



Estudio de caso de una paciente adulta con depresión. Aplicación de la Activación Conductual desde una mirada humanista-existencial.

Case study of an adult patient with depression. Application of Behavioral Activation from a humanistic-existential point of view.

Máster Universitario de Psicología General Sanitario y Máster de Especialización Terapéutica Humanista Experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción

Autor: Paula Vázquez González
Tutora: Irene García Heras

Trabajo Fin de Máster

Madrid
Mayo de 2024

Resumen

La intención de este estudio de caso es aplicar la Activación Conductual a través de la programación de actividades en un caso de depresión, potenciando la agencia y la toma de conciencia vital de la persona a través del acompañamiento que la mirada humanista existencial propone como medio para recuperar la sensación de valía y capacidad de afrontamiento mermadas en la depresión, a través del vínculo. Objetivo: Se presenta el caso clínico de una mujer de 37 años diagnosticada con Depresión desde hace 4 años, manteniendo desde entonces un proceso terapéutico con la terapeuta principal. El objetivo de la presente intervención consiste en mejorar la calidad de vida de la paciente únicamente en el ámbito social. Método: La evaluación se realizó mediante la entrevista clínica y las escalas SRS y ORS aplicadas durante las 14 sesiones quincenales de la intervención. Resultados: Se obtuvieron resultados que relacionaban la sensación de mejoría o progreso de la paciente con la mejora del vínculo y la alianza terapéutica, tal y como la mirada humanista-existencial plantea que se produce el progreso y desarrollo personal. También se obtienen puntuaciones positivas en aquellas sesiones donde la terapeuta prioriza el vínculo y la comprensión de la paciente sobre las técnicas y la explicación del caso, de nuevo, confirmando la importancia del vínculo en la reparación de uno mismo. Conclusiones: El presente caso de estudio puede abrir las puertas a investigaciones más detalladas sobre la eficacia de la Activación Conductual desde un enfoque más humanista-existencial focalizado en el vínculo y no solo meramente conductual.

Palabras clave: depresión, estudio de caso, Activación Conductual, orientación humanista-existencial, orientación conductual, orientación integradora.

Abstract

This case study intends to apply Behavioral Activation through the programming of activities in a case of depression, enhancing the agency and vital awareness of the person through the accompaniment that the existential-humanistic view proposes as a means to recover the sense of worth and coping capacity depleted in depression, through bonding. Objective: We present the clinical case of a 37 year old woman diagnosed with depression for 4 years, maintaining since then a therapeutic process with the main therapist. The aim of the present intervention is to improve the patient's quality of life only in the social sphere. Method: The evaluation was carried out by means of the clinical interview and the SRS and ORS scales applied during the 14 biweekly sessions of the intervention. Results: Results were obtained that related the patient's feeling of progress with the improvement of the bond, as the humanistic-existential viewpoint suggests that progress and personal development occur in patients. Positive scores are also obtained in those sessions where the therapist prioritizes the bond and the understanding of the patient over the techniques and the explanation of the case, again, confirming the importance of the bond in the repair of oneself. Conclusions: The present case study may open the doors to more detailed research on the efficacy of Behavioral Activation from a more humanistic-existential approach focused on bonding and not merely behavioral.

Key words: *depression, case study, Behavioral Activation Treatment, humanistic-existential orientation, conductual orientation, integrative orientation.*

Índice General

Introducción.....	5
Diseño.....	11
Metodología de evaluación.....	12
Presentación del caso, antecedentes y evaluación inicial	13
Formulación del caso.....	15
Tratamiento y curso.....	18
Objetivos de la intervención	19
Formato y contenido de la intervención.....	20
Sesión 1 y 2	21
Sesión 3	21
Sesión 4.....	22
Sesión 5	23
Sesión 6	24
Sesiones 7 y 8.....	25
Sesión 9	26
Sesiones 10, 11 y 12.....	26
Sesiones 13 y 14.....	27
Resultados.....	32
Discusión	37
Limitaciones y puntos fuertes	38
Perspectivas de futuro	39
Anexos.....	40
Referencias Bibliográficas.....	42

Introducción

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y que más problemas de discapacidad genera en la población española (Vindel et al., 2012), convirtiéndose, desde hace años, en un problema de salud pública que supone al Estado un alto gasto en sanidad, principalmente en fármacos (Álvarez, 2007). Los datos recogidos en España en 2020 reflejan una prevalencia de 5,4% en población de 15 años en adelante (INE, 2021), siendo de 2 a 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres. Esta diferencia se acentúa en la edad adulta (Ministerio de Sanidad, 2021). Estas cifras sobre la prevalencia de la depresión varían según los distintos estudios existentes, debido principalmente a la dificultad de comparar distintos instrumentos de medida de diagnóstico, distintas tipologías de muestras e incluso diferentes formas de entender y definir la depresión (Fernández, 2015). Sin embargo, aunque exista variabilidad en los cálculos, los estudios apuntan a que constituye un problema de salud pública que debe ser foco principal de profesionales de la salud (Fernández, 2015), ya que la depresión supone uno de los trastornos mentales con mayor impacto negativo sobre la calidad de vida en términos sociales y de discapacidad funcional (área laboral, área social, actividades cotidianas, relaciones íntimas, etc. ...), superando incluso patologías físicas crónicas (Vindel et al., 2012).

Asimismo, los trastornos depresivos poseen una alta comorbilidad con otros problemas de salud, tanto físicos como psicológicos (Lugo et al., 2018). La depresión ha sido comúnmente asociada con otros trastornos mentales, como la ansiedad principalmente, y con enfermedades físicas, como las afecciones cardiovasculares (Fernández et al., 2015). Además, a medida que aumenta la edad, se incrementa el riesgo de padecer una mayor comorbilidad con otras afecciones físicas y psicológicas (Rodríguez et al., 2004) como la diabetes o trastorno por consumo de alcohol (Lizárraga et al., 2006).

Debido a la alta prevalencia y al gran impacto negativo que supone este trastorno en la población, se han realizado numerosos estudios a lo largo de los años para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas y farmacológicas en relación con la depresión.

La Activación Conductual, en adelante AC, es una terapia eficaz para tratar la depresión y es tratamiento de primera línea según las principales guías de la psicología

basada en la evidencia como la guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) o la APA (American Psychological Association). Incluso, esta terapia muestra ser más eficiente que los fármacos, y más eficaz que la Terapia Cognitiva de Beck (Álvarez, 2007; González-Terrazas et al., 2021). La AC tiene su origen en las terapias conductistas, donde el objetivo se centra en introducir conductas alternativas—entendiendo conducta como comportamientos, emociones o pensamientos—, o bien, reducir o eliminar aquellas conductas problemáticas en base a las características del contexto concreto para una mejor adaptación de la persona a su entorno físico, social y cultural (Labrador et al., 2004).

Concretamente la AC entiende la depresión desde el análisis funcional, donde los síntomas depresivos serían consecuencia de una reducción de conductas gratificantes (que, por distintas razones, han dejado de ser reforzadas positivamente en su contexto), a la vez que se aumentan las conductas de evitación o escape frente a situaciones adversas o desagradables, impidiendo que se puedan llevar a cabo conductas operantes adaptativas y, con ello, reforzadores positivos contingentes (Lejuez et al., 2001; Salguero et al., 2014); de este modo, el repertorio de conducta se va reduciendo y la persona se va convirtiendo en un sujeto cada vez más pasivo percibiendo en mayor medida las consecuencias aversivas de sus conductas, frente a las consecuencias gratificantes (González-Terrazas et al., 2021).

Por eso, en este tipo de terapia es imprescindible atender a las características individuales de la persona para entender la influencia que está teniendo el contexto concreto en su psique (comprender qué reforzadores positivos y negativos del entorno están operando, y de qué forma), para así poder modificar la conducta en su entorno y, en definitiva, devolver de nuevo el papel activo de la persona en su propio bienestar (Barraca, 2009). Es decir, la AC amplía y refuerza el papel del contexto, de forma que los síntomas de la persona se entienden como la manifestación de los “esfuerzos fallidos en resolver un problema” del entorno (Álvarez, 2007, p.101).

La intervención desde la AC se centra principalmente en la programación de actividades para aumentar las conductas agradables y aquellas que sustentan las rutinas habituales adaptativas, y a su vez, restringir aquellas conductas dirigidas a la evitación o escape de escenarios desagradables o aversivos que imposibilitan el contacto con posibles

fuentes reforzadoras (González-Terrazas et al., 2021). Por tanto, el foco de esta terapia está en movilizar a la persona a cambiar sus conductas en función del contexto, y así incrementar las posibilidades en su repertorio de conducta, recuperando la sensación de valía y agencia frente a posibles desafíos del entorno.

Dentro de las bases de la rama humanista-existencial también se comparte la importancia de la orientación ideográfica, la importancia del paciente como agente activo en el cambio y la importancia del contexto, que rescata la Activación Conductual.

Ludwig Binswanger, psiquiatra pionero de la psicología existencial-humanista, entiende los trastornos mentales, como la depresión, como una “alteración del ser-en-el-mundo” (como se citó en Martorell et al., 2008, p.59), parecida a la idea de la AC sobre la depresión como “una forma posible de estar en el mundo dadas las circunstancias” (Álvarez, 2007, p.101), haciendo ambos referencia a la importancia del contexto en el desarrollo de la depresión. Binswanger considera que la forma de intervenir en terapia es precisamente ayudar al paciente a recuperar y sentir su papel activo en su contexto para recobrar la responsabilidad perdida por la alienación y la evitación (Martorell et al., 2008). Se asemeja al proceso principal de recuperación propuesto por la AC, consistente en la toma de conciencia y reducción de la evitación conductual, la cual obstaculiza la agencia de la persona y con ello la sensación de valía y bienestar, oscureciendo y dificultando a su vez la interacción proactiva con el contexto.

Binswanger se acerca a los conceptos de agencia y de evitación conductual desde su idea de proceso de *toma de decisiones* y los *modos de ser*. Las dos formas de toma de decisiones posibles son la *elección del futuro* o la *elección del pasado*. La primera fomenta el desarrollo y crecimiento personal, ya que la persona vive descubriendo, abriendo la posibilidad a lo desconocido, y por ende al aprendizaje (Martorell et al., 2008) (desde la perspectiva de la AC, incrementando el repertorio de conducta). Esta forma de elegir y, en definitiva, de vivir, dan paso al modo de ser *auténtico*: “verse capaz de influir en la propia vida a través de las decisiones y elegir el futuro en pensamiento y acción” (como se citó en Martorell et al., 2008, p.61); es decir, el modo de ser *auténtico* implica tener conciencia de nuestro papel activo en el mundo y la sensación de valía y capacidad para enfrentarnos a él (Bernal et al., 2022). La terapia desde esta mirada, por lo tanto, se

enfoca en la toma de conciencia de uno mismo para tender al modo de ser *auténtico* y tomar decisiones enfocadas al *futuro*.

La *elección del pasado*, por otro lado, disminuye el desarrollo y crecimiento personal al restringir la posibilidad a aquello conocido, fomentando el modo de ser *conformista*: “considerarse indefenso ante las fuerzas externas con una orientación pasiva, eligiendo el pasado, decisiones que, de todos modos, tratarán de evitar” (como se citó en Martorell et al., 2008, p.62). Es decir, la persona deja de sentirse agente de su vida, deja de sentirse capaz de influir en el mundo, y vive evitando el sufrimiento, por lo que elige vivir en aquello que ya conoce reduciendo las posibilidades de desarrollarse y ser uno mismo.

Esta última forma de ser y elegir serían la manifestación de los síntomas depresivos de los que hablaba Binswanger, parecidos a los procesos de evitación emocional y sus consecuencias, comentadas anteriormente sobre la AC, donde precisamente la persona con depresión aumenta conductas de evitación para aliviar el malestar que podría suponer enfrentarse a situaciones adversas o de incertidumbre. Esto último minimiza a su vez la posibilidad de poder enfrentarse a estas situaciones de forma exitosa y así recuperar sentimiento de valía y de influencia en su contexto, volviéndose, en definitiva, un sujeto más pasivo y desconectado de su existencia. La depresión para Binswanger es una experiencia de sufrimiento donde hay una *descentración* de la existencia (Laureiro, 2002).

Por otro lado, Rollo May, psicoterapeuta pionero de la psicología existencial-humanista –igual que Binswanger– también entiende la enfermedad (incluyendo la depresión) como un proceso de evitación que aleja a la persona de su papel activo en el mundo y reduce la conciencia de su existencia (May, 1990; Bernal et al., 2022). Además del proceso de evitación conductual de la AC, también hace referencia al impacto que tiene la reducción de conductas agradables en el desarrollo de la depresión. Considera la enfermedad como la incapacidad para discernir los deseos y objetivos de uno mismo y establecer acciones para conseguirlos por medio de la voluntad, libertad y responsabilidad (De Castro, 1999). Por tanto, el bienestar psicológico se obtendría tomando conciencia de la existencia individual, siendo capaces de reconocer quiénes somos, nuestros deseos y,

tomando la responsabilidad que esto conlleva, llevando acciones para el desarrollo propio.

Rollo May, además, aporta una idea muy interesante sobre el acercamiento del terapeuta en la terapia. El terapeuta es consciente de los mecanismos y principios generales del funcionamiento humano, y lo pone a favor de la terapia, pero parte principal del proceso es vincular emocionalmente con el paciente para poder entender el mundo como él en el proceso de acompañamiento (May, 1990). Es decir, que el mundo psicológico objetivo (entendiendo pautas y principios generales de conducta) se pone a favor del mundo psicológico subjetivo de la persona, de forma que partimos primero de *comprender* la existencia del paciente desde sus ojos, para más tarde *explicar* ese proceso a raíz del conocimiento general del ser humano (Bernal et al., 2022). En este sentido, tanto las corrientes humanista-existenciales como la AC comparten la importancia del papel fundamental que tiene el carácter ideográfico en la terapia.

En contrapartida, las dos corrientes difieren en la profundidad en la que el terapeuta comprende y empatiza con la existencia del paciente. La corriente humanista-existencial tiene como meta comprender su existencia, mientras que la AC pretende explicar su existencia para plantear una ruta de cambio en la mejora de los síntomas depresivos. En este sentido May (1977) plantea que debe imperar el *comprender* al *explicar* la existencia del paciente: “El conocer a fondo lo que hacemos, sentirlo, experimentarlo con todo nuestro ser es mucho más importante que saber el *porqué*. Si conocemos plenamente el *qué* de la persona, el *porqué* vendrá por sí solo” (p. 113).

Teniendo esta idea presente, May (1990) propone una serie de puntos sobre los que tendría que estar basado el proceso terapéutico. En estos puntos subraya la importancia del significado que le da el paciente a su contexto, donde el terapeuta no siempre tiene el conocimiento de lo que mueve a la persona, siendo su objetivo, por tanto, priorizar escucharle con atención y respeto, buscando comprender la existencia de esa persona sin priorizar la aplicación de técnicas (Bernal et al., 2022). Es decir, escuchar con curiosidad, no dar nada por sentado, siendo la persona quien nos da el conocimiento de su vida, y siendo el terapeuta quien se ajusta al proceso terapéutico (De Castro, 1999). También señala la importancia de entender a la persona como un agente activo en su vida, teniendo como requisito imprescindible el compromiso consigo mismo (y con la terapia),

y siendo entonces el objetivo principal del acompañamiento que la persona experimente esa agencia como real y la ejerza (gracias al incremento de la conciencia de su propia existencia) (Martorell et al, 2008). Por último y más importante, May resalta el papel fundamental del vínculo, precisamente para poder ver el mundo a través de los ojos de la persona, entendiendo vivencialmente lo que sucede en su psique (Martorell et al., 2008). Para ello el terapeuta requiere de una serie de habilidades como la empatía, la capacidad de aceptación incondicional y la autenticidad (Rogers, 1957) para poder ofrecer una relación auténtica donde la persona se sienta segura, de tal forma que no tenga que preocuparse por la aprobación o rechazo del terapeuta (De Castro, 1999). Este último punto será precisamente lo que permita que la persona se muestre tal y como es, y aprenda a través del vínculo a relacionarse consigo misma, tomando conciencia de su existencia y de su impacto en su contexto (Bernal et al., 2022).

Desde la corriente humanista-existencial, el vínculo con la persona forma parte del foco principal de intervención junto con la toma de conciencia de la responsabilidad, libertad y, en definitiva, existencia de uno mismo, desde el punto de vista del aquí y el ahora (Bernal et al., 2022). Esta perspectiva temporal también es compartida por la AC (Álvarez, 2007; González-Terrazas et al., 2021), la cual centra su atención en el análisis funcional del presente. La mirada humanista-existencial añade a esta visión temporal un matiz, y es el peso que tienen las acciones orientadas al futuro frente al pasado (Cobos, 2017). En este sentido, y como se ha mencionado en las ideas de Binswanger, cobra mayor importancia el afrontamiento del proyecto vital (orientado al futuro; *elecciones de futuro*) frente a la historia de la persona (orientado al pasado; *elecciones del pasado*) (Martorell et al., 2008).

La intención de este estudio de caso es aplicar la Activación Conductual a través de la programación de actividades en un caso de depresión, potenciando a su vez la agencia y la toma de conciencia vital de la persona a través del acompañamiento que la mirada humanista existencial propone como medio para recuperar la sensación de valía y capacidad de afrontamiento; en definitiva, el bienestar psicológico. Esta mirada humanista existencial se enfoca principalmente en establecer un buen vínculo terapéutico desde la comprensión profunda de la persona, adoptando el terapeuta una posición de compromiso profundo con el paciente a nivel emocional desde la empatía, autenticidad y aceptación incondicional; lo que permitirá que la paciente pueda sentirse ella misma y

tomar conciencia de su existencia, recuperando la sensación de valía, libertad y responsabilidad para afrontar el mundo.

En la literatura científica existen muchas evidencias y estudios relacionados con la eficacia de la AC desde una perspectiva puramente conductual; sin embargo, este estudio puede resultar interesante como un nuevo aporte a este campo trabajando desde un foco más integrativo, añadiendo esta mirada humanista-existencial.

Diseño

El diseño del presente estudio sigue la estructura de un estudio de caso clínico cualitativo.

La intervención clínica tiene lugar en el centro clínico privado de Landana Terapia, salvo aquellas sesiones donde se lleva a cabo un acompañamiento en alguna actividad concreta (ej.: conducción). La paciente fue seleccionada debido a que realiza un proceso terapéutico principal con otra psicóloga del centro, lo que permite centrar el estudio únicamente en el área social (como así lo marcó la terapeuta principal), y así poder analizar la eficacia de la intervención en un ámbito más acotado, facilitando también la replicabilidad del estudio de caso.

La formación de la terapeuta consta del Grado en Psicología y la presente formación del Master Universitario de Psicología General Sanitario, además de la especialización terapéutica humanista experiencial y Terapia Focalizada en la Emoción. Por otro lado, la terapeuta en prácticas previamente ha podido adquirir habilidades y conocimientos en sus formaciones, tanto de terapia de grupo e individual, como en población infantojuvenil y de adulto, además del trabajo con familias.

Durante el proceso, la terapeuta cuenta con supervisiones del equipo de terapeutas del centro, donde también se encuentra la terapeuta principal de la paciente. Estas supervisiones semanales tienen una duración de 2 horas cada sesión, donde se supervisan los casos de 3 alumnas en prácticas. También se cuenta con la supervisión de la tutora del TFM para elaborar y estructurar la intervención y el estudio.

El comité de ética de la Universidad Pontificia de Comillas ha dado su aprobación para llevar a cabo el presente estudio de caso.

Metodología de evaluación

La metodología de evaluación empleada en el estudio es, principalmente, la entrevista clínica. Igualmente, tanto para la obtención de datos sobre la alianza terapéutica como sobre la percepción de mejoría por parte de la paciente, se utilizaron la Escala de Calificación de Resultados (ORS) y la Escala de Calificación de la Sesión (SRS).

La Escala de Calificación de Resultados (ORS), en inglés *Outcome Rating Scale* (Miller, et al., 2003), tiene como objetivo evaluar el nivel de progreso terapéutico percibido por la paciente a lo largo de las sesiones terapéuticas (ver Anexo I). La escala evalúa cuatro ítems que se miden utilizando cuatro subescalas analógicas visuales de 10 centímetros de longitud. Estas cuatro subescalas son: bienestar general (subescala global), bienestar individual (subescala individual), bienestar con las relaciones cercanas y familiares (subescala interpersonal) y el bienestar en el trabajo/formación (subescala social funcional). La aplicación de esta escala consiste en solicitar a la paciente, al inicio de cada sesión, que responda a estos 4 ítems teniendo en cuenta el tiempo pasado desde la última sesión.

En este estudio se utilizó la versión traducida al español por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González (Harris, 2012), la cual tiene una fiabilidad adecuada ($\alpha = .91$) para evaluar el bienestar y los resultados psicoterapéuticos percibidos por el paciente (Moggia et al., 2018), siendo igual de adecuada que la fiabilidad de la escala original ($\alpha = .93$) (Miller et al., 2003).

Por otro lado, la Escala de Evaluación de la Sesión (SRS) en inglés *Session Rating Scale*, (Duncan et al., 2003), tiene como objetivo valorar la alianza terapéutica en cada sesión (ver Anexo II). Esta escala también consta de cuatro ítems que se miden utilizando cuatro subescalas analógicas visuales de 10 centímetros de longitud, igual que la ORS. Las 4 escalas son las siguientes: subescala de relación (percepción del paciente sobre la escucha, el respeto y comprensión por parte del terapeuta), subescala de objetivos y metas (percepción sobre si se está trabajando sobre aquello que el paciente quería trabajar), subescala de enfoque y método (adecuación de enfoque y técnicas utilizadas) y subescala general (la calificación general de la sesión en cuestión). En contrapartida, la aplicación es distinta, ya que en este caso se pide responder a estos 4 ítems al finalizar cada sesión teniendo en cuenta lo que ha ocurrido durante la misma.

De nuevo se utilizó la versión traducida al español que hemos mencionado anteriormente (Harris, 2012), y cuya fiabilidad en este caso resultó ser de .93 (Moggia et al., 2021), que es incluso mayor que la fiabilidad de la versión original ($\alpha = .88$) (Duncan et al., 2003).

La entrevista clínica también ha sido un instrumento fundamental a la hora de evaluar las sesiones, ya que permitía medir de forma cualitativa los cambios de agencia de la paciente, siendo este uno de los puntos fundamentales del presente estudio de caso.

Por último, se le pidió a la paciente, al inicio y final de la terapia, una calificación global del 1 al 10 sobre su percepción de su calidad de vida en el ámbito social, siendo 10 una vida social perfecta y satisfactoria y 1 sin vida social.

Presentación del caso, antecedentes y evaluación inicial

Isabel es una mujer de 37 años, de nacionalidad española, soltera y sin hijos. Estudió la Formación Profesional de Ciclo Superior de Administración y trabaja actualmente en un puesto fijo de administrativo desde 2017. Se muda con su familia a España desde Ecuador cuando ella tiene 3 años, concretamente a Galicia, hasta que finalmente se trasladan a Madrid a los 8 años. Desde entonces vive con su padre y su madre en la casa familiar, desde hace 29 años.

Con 34 años, Isabel es diagnosticada con depresión, en marzo de 2020. Desde entonces recibe medicación y acude a terapia psicológica quincenalmente. En octubre de 2023, la psicóloga principal le propone a Isabel acudir de forma quincenal a sesiones con la terapeuta en prácticas (y autora de la presente investigación) focalizadas exclusivamente en mejorar su vida social a través de la programación de actividades – por petición de la psicóloga principal–.

En la actualidad, mantiene una relación fusionada y dependiente con sus padres donde refiere haberse sentido sobreprotegida durante toda su vida. Nunca ha vivido sola y no realiza apenas ninguna actividad sin ellos. Tiene una hermana mayor de 39 años que vive fuera de casa, en Asturias, con su pareja. Isabel comenta que desde pequeñas su hermana era muy estricta y perfeccionista con ella, a veces haciéndola sentir inferior y culpable. Pese a esto, refiere mantener una relación muy estrecha con ella, con la que mantiene contacto diario por teléfono.

No se refieren antecedentes médicos familiares hasta hace unos 4 años. Su padre tuvo cáncer de próstata en 2020, del cual se recuperó. Su madre tuvo un accidente el mismo año donde se rompió la cadera, de la cual le siguieron tres intervenciones quirúrgicas, la última en marzo de 2024 para operar la rodilla. Tanto Isabel como su padre cuidan de la madre, siendo Isabel quien lleva el mayor peso del cuidado. Esta situación familiar aumenta el peso que los mandatos familiares ejercen sobre Isabel, limitando su autocuidado (ya sea en forma de tiempo para ella misma, como tiempo para su red social) y favoreciendo la evitación conductual a la hora de enfrentar situaciones sociales.

La paciente lleva un estilo de vida sedentario. No realiza ninguna actividad física, y esto es algo que comenta que le gustaría cambiar para llevar un estilo de vida saludable. Tampoco realiza actividades que le repercutan bienestar. Frecuentemente aparecen pensamientos intrusivos que impiden llevar a cabo actividades o conductas agradables: “Me encantan las manualidades [...], pero con mi edad no me pudo poner con estas cosas”. También refiere sentir cierta dependencia debido a la incapacidad de poder conducir sola. La única actividad relevante que le aporta algo de estimulación social es la actividad laboral. En la oficina refiere tener una relación cordial con sus compañeros de trabajo.

Parece relevante mencionar la historia de acoso escolar que sufrió Isabel desde su infancia hasta la adolescencia, donde se han podido ver afectadas en gran medida sus habilidades sociales. Pese a acudir al mismo colegio y vivir en el mismo barrio desde los 8 años, no consiguió establecer amistades en ninguno de los dos entornos. En la actualidad le causa un gran malestar y ansiedad enfrentarse a situaciones sociales y establecer relaciones con gente de su entorno. También refiere sentirse muy sola. Por último, se revela durante la evaluación inicial la necesidad de Isabel de pertenecer a una comunidad: “Necesito sentir que hay gente como yo a la que poder acudir”.

Para la investigación, se le explicó a Isabel el procedimiento del estudio que se iba a realizar, los fines estrictamente académicos y científicos que pretende este trabajo y la garantía de protección de datos para salvaguardar en todo momento su identidad. Se revisó conjuntamente el consentimiento informado y se le ofreció tiempo para preguntar dudas. Se avisó también que en cualquier momento podría retirarse del estudio sin necesidad de explicaciones, y sin que tuviera ningún tipo de penalización, discriminación

o efecto sobre su proceso terapéutico. Esto se llevó a cabo en la cuarta sesión, debido a que, siguiendo el espíritu y mirada humanista, era de vital importancia anteponer el vínculo y la alianza terapéutica ante cualquier intervención o propósito del trabajo. Por ello, y como se podrá observar en el apartado de resultados, se le consultó su participación en la investigación una vez la alianza terapéutica parecía haberse establecido entre paciente y terapeuta.

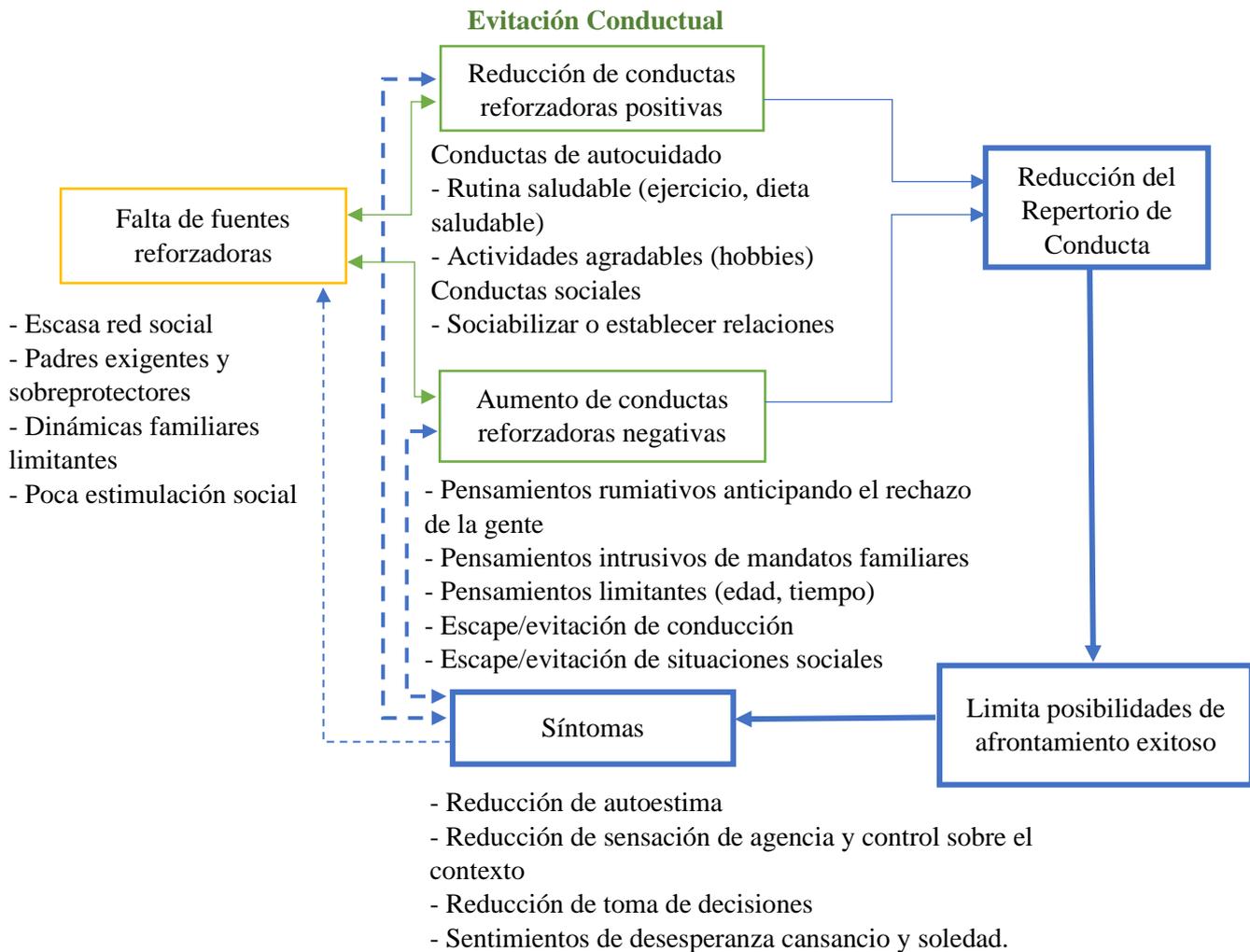
Formulación del caso

Como ya se ha mencionado anteriormente, el estudio y la intervención se enfocan en mejorar el ámbito social de Isabel, por lo que la formulación del caso y el tratamiento van dirigidos a esta área principal. Sin embargo, no podemos olvidar el cuadro depresivo que acompaña a Isabel, el cual también determina la mirada que tiene frente a su vida social. Entre los principales síntomas están las conductas de evitación y escape frente al afrontamiento de situaciones sociales en relación a sus conocidos del barrio y/o gente desconocida, la falta de ánimo para realizar actividades que le agradan (las cuales le gustaría compartir con gente) y establecer una rutina saludable (ejercicio, dieta sana, higiene, etc. ...); pensamientos rumiativos anticipando el rechazo de la gente, pensamientos intrusivos de mandatos familiares limitantes, conductas de evitación y escape frente a la conducción, sentimientos profundos de soledad, falta de identidad, falta de autonomía y por último, y no menos importante, dificultad en la toma de decisiones.

Desde la AC (ver Figura 1) entendemos que Isabel se encuentra en un escenario donde existen muy pocas fuentes reforzadoras (no tiene apenas red social, dinámicas familiares limitantes, pocas oportunidades de estimulación social, etc.). Debido a esta falta de fuentes reforzadoras, se reducen las conductas dirigidas a obtener reforzadores positivos, es decir, se produce un castigo negativo (como la falta de intentos de sociabilizar, realizar hobbies o establecer rutinas saludables) a la vez que aumentan conductas de evitación y escape, esto es, refuerzos negativos para reducir el malestar que pudiera provocar el afrontamiento a situaciones que ella vive como adversas a corto plazo (como atender pensamientos rumiativos de anticipación al rechazo que impiden conocer a gente nueva, atender los mandatos familiares que impiden dedicarse tiempo a sí misma, evitar la conducción que impide ser más independiente, pensamientos rumiativos limitantes que impiden la toma de decisión). El resultado es una reducción significativa

del repertorio de conducta, limitando las posibilidades de afrontamiento exitoso, lo que provoca una reducción de autoestima significativa, reducción de su papel activo en su vida y reducción de toma de decisiones y de autonomía. Al mismo tiempo, aumentan los sentimientos de desesperanza, cansancio y soledad y, en definitiva, se genera un gran malestar a corto y largo plazo.

Figura 1. Esquema de Formulación del caso desde la Activación Conductual.



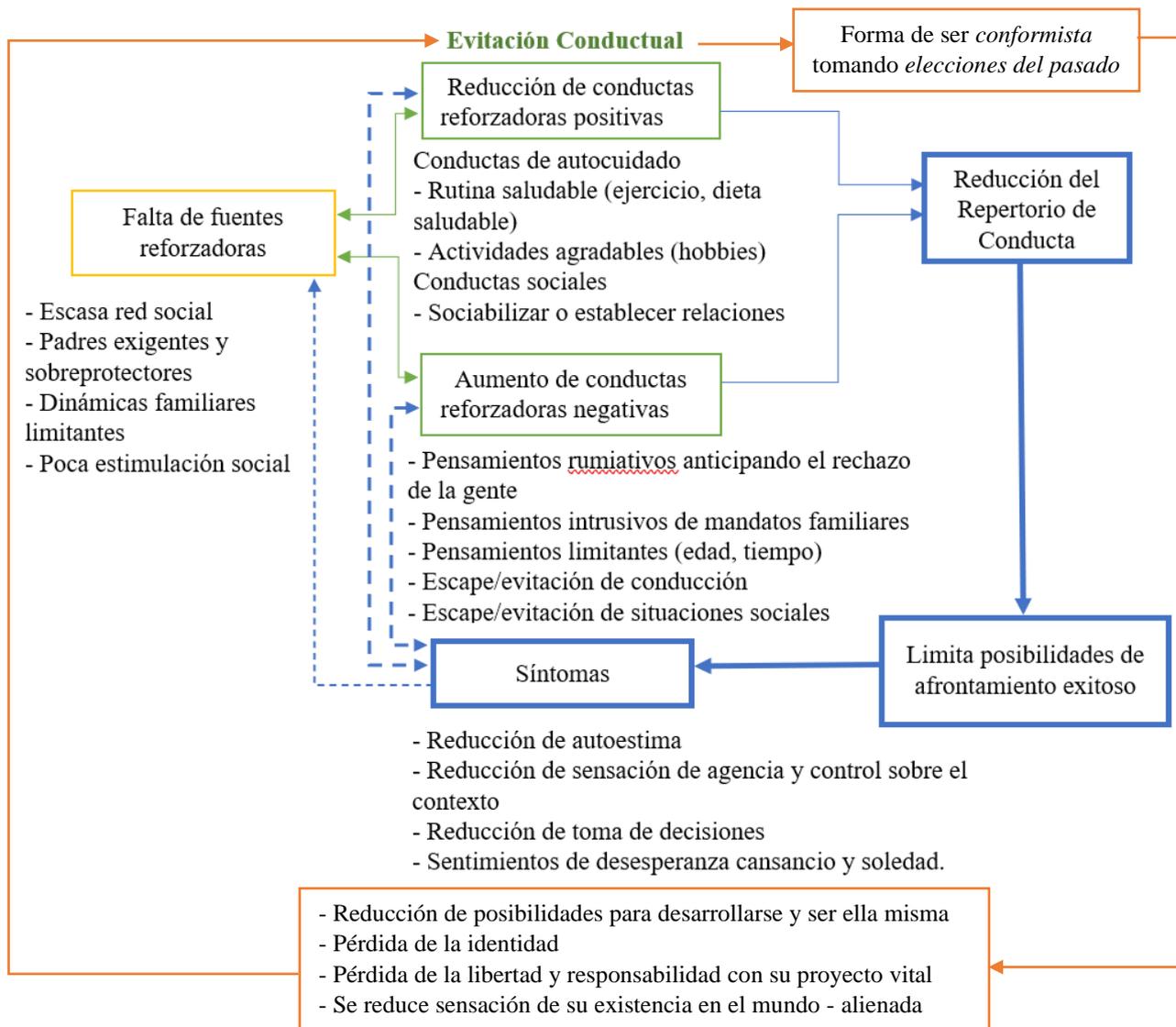
La Figura 1 representa de forma esquemática el proceso de evitación emocional que se perpetúa en la paciente, retratado desde la Activación Conductual. Los recuadros verdes hacen referencia a las conductas puestas en marcha por la paciente que forman parte del proceso de evitación conductual. Los recuadros azules hacen referencia a las consecuencias generadas por este proceso de evitación. Y, por último, el recuadro amarillo hace referencia a los disparadores que también se perpetúan en el proceso.

Aunque a largo plazo exponerse y enfrentarse a situaciones sociales puede ser beneficioso, a corto plazo le obliga a ponerse en contacto con sus sentimientos (vergüenza de ser rechazada, miedo al abandono de los padres y soledad) y pensamientos negativos

(anticipación del rechazo, defraudar a sus padres, etc.), produciendo un alto malestar que impide acceder a reforzadores positivos más valiosos (Lejuez et al., 2001; Salguero et al., 2014); reforzadores que devolverían a Isabel sensación de agencia y de valía. Por lo tanto, sin estos reforzadores, Isabel va percibiendo cada vez en mayor medida las consecuencias aversivas de sus conductas, frente a las posibles consecuencias gratificantes, volviéndose cada vez más pasiva a la hora de enfrentar la vida (González-Terrazas et al., 2021).

Desde la mirada humanista-existencial (ver Figura 2) se añade a esta formulación de caso la importancia de la falta de identidad y de reconocimiento de su existencia. En este proceso de evitación conductual, Isabel se mueve por *elecciones del pasado* (evitando el sufrimiento y lo desconocido), siendo conformista (sintiéndose indefensa ante su contexto con una orientación pasiva) y olvidándose cada vez más de su existencia: perdiendo su identidad y su capacidad de tomar decisiones (Bernal et al., 2022; Martorell et al., 2008). Diríamos, en otras palabras, que Isabel vive reduciendo las posibilidades de desarrollarse y ser ella misma, abandonando la responsabilidad y libertad de reconocer sus deseos y honrarlos en su proyecto vital y, en definitiva, *descentrando* su existencia (Bernal et al., 2022; De Castro, 1999; Martorell et al., 2008 May, 1990; May, 1977).

Figura 2. Esquema de Formulación del caso desde la Activación Conductual añadiendo la mirada humanista-existencial.



La Figura 2 representa de forma esquemática el proceso de evitación emocional que se perpetúa en la paciente, retratado desde la Activación Conductual junto con la mirada humanista-existencial (recuadros en naranja). Los recuadros verdes hacen referencia a las conductas puestas en marcha por la paciente que forman parte del proceso de evitación conductual. Los recuadros azules hacen referencia a las consecuencias generadas por este proceso de evitación. Y, por último, el recuadro amarillo hace referencia a los disparadores que también se perpetúan en el proceso.

Tratamiento y curso

La intervención llevada a cabo desde la Activación Conductual se realiza principalmente a través de la programación de actividades. Esta nos permite establecer rutas de acción a corto y medio plazo para aumentar las conductas agradables y aquellas

que sustentan las rutinas habituales adaptativas, y a su vez, restringir aquellas conductas dirigidas a la evitación o escape de escenarios desagradables que imposibilitan el contacto con posibles fuentes reforzadoras (Lejuez et al., 2001; Salguero et al., 2014).

Como se ha comentado anteriormente, sabemos que esta terapia tiene evidencia empírica e incluso se utiliza como intervención de primera línea para casos de depresión (González-Terrazas et al., 2021). Concretamente también tenemos evidencia empírica de casos en los que se incluye el ámbito social dentro de la programación de actividades (Álvarez, 2007).

Por otro lado, la intervención utiliza la mirada humanista-existencial para trabajar en aquellos aspectos más esenciales y existenciales de la persona, como es la toma de conciencia de su identidad y existencia, y cómo puede tomar agencia de ésta para tener un papel activo en su bienestar y en su contexto (Martorell et al, 2008). El foco principal de trabajo desde esta mirada consiste en crear y fortalecer el vínculo terapéutico para que la persona se sienta lo suficientemente segura y comprendida como para poder expresarse y mostrarse libremente tal y como es (De Castro, 1999); y al mismo tiempo, ir reflejando partes desconocidas por la paciente, o más bien, pasadas por alto, para facilitar la toma de conciencia de su identidad, sus deseos y necesidades, y con ello devolver la libertad y la responsabilidad a la persona de desarrollarse y seguir su proyecto vital (Bernal et al., 2022).

Precisamente añadir esta mirada humanista-existencial a la intervención y al presente estudio, es el aporte que pretende ofrecer este estudio de caso, ya que existen extensas evidencias de investigación acerca de la AC, pero ningún estudio que ofrezca un enfoque más integrativo añadiendo la mirada humanista-existencial.

Objetivos de la intervención

El objetivo general de la intervención consiste en mejorar la calidad de vida de la paciente en el ámbito social. Concretamente desde la AC, los objetivos que se establecieron de forma conjunta al inicio del proceso terapéutico y tras la evaluación fueron los siguientes:

Conductas a activar:

Establecer una rutina de ejercicio físico que se pueda llevar a cabo fuera de casa para fomentar hábitos saludables adaptativos.

Iniciar actividades agradables escogidas por la paciente y retomar antiguos hobbies.

Formar parte de una comunidad, a través de la asociación de mujeres de su barrio.

Aumentar la estimulación social a través de actividades para conocer gente nueva e incrementar la red social.

Aumentar la estimulación social retomando el contacto con antiguos conocidos.

Retomar la conducción.

Conductas a extinguir o moderar:

Desatender los mandatos de su familia que le impiden enfocar su tiempo en mantener contacto con su red social y en su autocuidado.

Desatender la rumia cognitiva que le impide tomar decisiones.

Por otro lado, los objetivos específicos establecidos desde la mirada humanista-existencial de forma transversal son:

Tomar conciencia de uno mismo (de su identidad y de su existencia).

Tomar conciencia del impacto del contexto en nuestro cuerpo y nuestra psique, y viceversa; nuestro papel activo en nuestro contexto y nuestro bienestar (tomar conciencia de nuestra agencia).

Desarrollar la autonomía (ejercer la agencia).

Ejercer la libertad y responsabilidad en el proyecto vital y desarrollo personal.

Formato y contenido de la intervención

La intervención constó de 14 sesiones (ver Tabla 1) de 1 hora, en formato quincenal durante aproximadamente 8 meses. Las sesiones se llevaron a cabo en el centro privado de Landana Terapia, salvo aquellas donde se realizó un acompañamiento en alguna actividad concreta fuera del centro (ej.: conducción).

Sesión 1 y 2

En las dos primeras sesiones se llevó a cabo la evaluación inicial, focalizada principalmente en establecer cuáles serían las áreas dentro del ámbito social donde aplicar la programación de actividades desde la AC. Este fue un punto importante en la intervención, ya que se tuvo que priorizar una mirada más *explicativa* (desde la AC), que desde la *comprensión* (desde la mirada humanista-existencial), debido a la urgencia con la que se debía empezar con la terapia, algo que se comentará en mayor profundidad en el apartado de limitaciones. Aun así, esto no impidió el desarrollo adecuado de la intervención, y durante el proceso, sobre todo en las primeras etapas, nunca se perdió de vista el objetivo principal común a ambas corrientes, pero en especial desde esta mirada humanista-existencial, que es la creación de la alianza terapéutica.

Sesión 3

En la tercera sesión se puso en común la información compartida en la evaluación inicial y se estableció de forma conjunta con la paciente los objetivos y las tareas con los que se trabajaría a lo largo del proceso terapéutico, priorizando esta vez la mirada humanista-existencial: anteponiendo el vínculo, la comprensión frente a la explicación y, sobre todo, anteponiendo a la persona frente a las técnicas. Se da espacio a la teoría del cambio de la persona (cuáles son sus objetivos, qué considera más importante, cuál cree que es su “problema” o sus dificultades, su motivación para el cambio e, incluso, por dónde le gustaría empezar – si es que quiere empezar el cambio-). Esto fue fundamental, ya que, a Isabel, al tomar conciencia de los cambios que conllevaría llevar a cabo el programa de actividades, le surgieron miedos e inseguridades, activándose su tendencia a realizar conductas de escape: “Yo esto no sé si voy a poder hacerlo” “Me agobia un poco pensar en todas estas cosas” “A lo mejor no tengo tiempo para hacerlas”. La terapeuta en este momento da espacio y valida estas emociones, lo que permite la reducción de estos miedos y la sensación de sentirse “obligada” a llevar a cabo dichas actividades. Se dan las condiciones oportunas para que Isabel sienta que es un espacio libre de juicio y donde, al contrario, se valora y se acompaña el camino que ella sienta como propio.

Se reforzó la idea de que el programa se construye entre la terapeuta y la paciente al servicio de su bienestar y no al revés, y se seguiría el camino que ella misma trazara en

base a sus necesidades. Precisamente tomar esta mirada humanista-existencial de comprensión profunda y priorizar a Isabel antes que la técnica, reforzó la alianza terapéutica (ver Resultados, Gráfico 1) y permitió que se sintiera más segura y en confianza para poder expresar lo que sentía frente al trabajo terapéutico.

Como decíamos, se sacrificaron algunas características de la AC, como es la directividad, a favor de la mirada humanista-existencial que busca darle la agencia a la persona para guiar su propio desarrollo personal.

Sesión 4

Se continuó con la construcción conjunta del programa de actividades. Concretamente en esta sesión se comenzó con psicoeducación del análisis funcional, ya que Isabel quería comprender en mayor profundidad el sentido del trabajo terapéutico del programa de actividades. Esta comprensión favorece la agencia y autonomía de la paciente, además de la adherencia al tratamiento. Esto se puede ver reflejado en las acciones de Isabel, ya que, tras la psicoeducación, ella misma decide iniciar por el objetivo de *Establecer una rutina de ejercicio físico*.

Desde la mirada humanista-existencial, dar espacio a su libertad y responsabilidad con su propio proceso terapéutico es esencial. Empieza un momento clave, ya que Isabel comienza a tomar conciencia de sus deseos y necesidades y, con ello, poco a poco va ejerciendo su propia agencia a la vez que va tomando conciencia de su identidad. Esto se ve ejemplificado cuando decide empezar por establecer la rutina de ejercicio físico: “Creo que me conozco y sé que de todos los retos que tengo por delante, este es el que puedo asumir ahora, [...]. Si para ti como psicóloga tiene sentido, es lo primero que quiero hacer. Quiero empezar por saber qué me gusta Paula, ¡casi ni lo sé! [...] Empezaré por la natación, y si no me gusta, me cambio a baile”. En estos casos, la terapeuta emplea reflejos empáticos y de agencia para que la paciente vaya tomando conciencia de estos gestos de iniciativa propia.

Por otro lado, desde la AC se va creando conjuntamente una ruta explícita de cómo conseguir el objetivo marcado por Isabel, por ejemplo: apuntarse a natación 2 veces por semana en el gimnasio de su barrio.

Por último, en esta sesión se comienza a trabajar en otro objetivo: *Desatender la rumia cognitiva que le impide tomar decisiones*. Esto es, tras la psicoeducación del análisis funcional, la terapeuta hace un reflejo de todas aquellas cosas que le gustaría hacer a Isabel – mencionadas en la evaluación inicial –, pero que no llega a realizar nunca, a lo que ella responde: “[...] ¡Ese es mi problema!, mi cabeza siempre está con una cosa, y con la otra, pero al final no sé qué pasa, que no hago nada”, identificando así, esa rumia cognitiva. Durante la sesión se dedica un tiempo a seguir buscando ejemplos en los que este tipo de pensamientos han evitado que Isabel llevara a cabo determinadas conductas. Finalmente, ella misma propone como tarea para la próxima sesión redactar una lista de esos pensamientos rumiativos, a lo cual la terapeuta sugiere, estando Isabel de acuerdo, añadir también las conductas evitadas como consecuencia de esos pensamientos rumiativos.

Sesión 5

Se revisó conjuntamente el objetivo de *Establecer una rutina de ejercicio físico* y se reflexionó sobre el impacto positivo que había sentido en el tiempo entre las sesiones.

Por otro lado, se dedicó un tiempo a la tarea que Isabel se propuso para *Desatender la rumia cognitiva que le impide tomar decisiones* y ella misma revela su propia reflexión acerca del impacto que tienen estos pensamientos en ella: “Aquí tengo la lista, me ha servido mucho tenerla presente durante la semana porque me he dado cuenta de que tengo muchísimos pensamientos de este tipo. [...] La de cosas que habré evitado sin ser consciente Paula”. Tras reflejar la importancia de tomar conciencia de sus propios pensamientos y el efecto que tienen en ella, Isabel comparte con preocupación lo siguiente: “En estas dos semanas me he dado cuenta de alguno [...] y hay veces que no los escucho y finalmente salgo y voy a natación [y realiza actividades para su autocuidado como ir a la peluquería o hacerse las uñas], pero hay otras veces que aunque sepa lo que quiere ese pensamiento, la función que tiene, no puedo evitar sentirme mal, y me alivia quedarme en casa”. Desde la AC, reafirmamos sus sensaciones haciendo alusión a la psicoeducación. Desde la mirada humanista-existencial, se aprovecha el momento para remarcar el impacto que los pensamientos y el contexto tienen en nuestro propio cuerpo y psique (emociones, sensaciones); y a su vez, el impacto que tenemos nosotros en el contexto y en nuestro propio bienestar.

La terapeuta hace una revelación de proceso y de agencia, señalando cómo ha nacido de Isabel la necesidad de buscar y crear su propio bienestar aun teniendo esos pensamientos que la provocan malestar y facilitan la evitación (ej.: yendo a la peluquería, yendo a natación, aunque no le apeteciera, y buscando actividades agradables para empezar a hacer las próximas semanas). Se refleja que parece que está siendo cada vez más consciente de lo que ella y su cuerpo necesita, y cómo durante la semana parece que ha puesto en marcha acciones para honrar esas necesidades. Isabel recoge y confirma estos reflejos, sintiéndose a continuación satisfecha y capaz de continuar con el próximo objetivo que ella misma marca para la próxima sesión y que ya inició durante la semana pasada: *Iniciar actividades agradables escogidas por la paciente y retomar antiguos hobbies*. “Siento que me estoy cuidando más, como cuando empiezas a ir al gimnasio y estas motivada [...]. Espero que no se me pase esta motivación como con el gimnasio. [Se ríe]. No creo, me siento bien, la verdad, con fuerza.”

Por último, también menciona que ha estado acudiendo a unas reuniones de antiguas conocidas del barrio los domingos, y que, aunque no se siente cómoda del todo, siente que “no molesta” al grupo; y quiere seguir acudiendo; aunque sea lo que más le cuesta.

Sesión 6

En esta sesión se trabaja sobre el objetivo de *Iniciar actividades agradables escogidas por la paciente y retomar antiguos hobbies*. Se revisan las actividades llevadas a cabo durante la semana (baile y manualidades), reflexiones de Isabel y el impacto que tiene en ella llevar a cabo estas actividades (junto con las demás que se siguen manteniendo). De nuevo se hacen reflejos de proceso señalando la importancia de tomar conciencia de nuestras necesidades y deseos y poner medios para poder honrarlos “[Paciente] (...) Junto con más cosas, por eso he sentido que quería priorizar las manualidades, aunque tenga que hacer frente a ese gasto” “[Terapeuta] Veo que has tomado conciencia de lo que te pedía el cuerpo esta semana. Qué bueno que le hayas dado un espacio y hayas podido decidir honrarlo”. También se hacen reflejos de agencia para señalar que, de nuevo, toma la iniciativa en su desarrollo personal y ella misma decide su camino, aunque no haya sido marcado dentro de sesión.

En las primeras sesiones de evaluación Isabel comentaba: “Si al menos no me diera miedo conducir sola, podría hacer mi vida y hacer lo que quisiera, pero cada vez que quiero desplazarme tengo que contar con mis padres – Me da terror conducir sola, nunca creo que pueda hacerlo”. Al finalizar la Sesión 6, Isabel vuelve a hacer un comentario en referencia a la dependencia que sentía por no poder conducir sola. La terapeuta, sabiendo que se había construido una buena alianza terapéutica, propone por primera vez uno de los objetivos para trabajar durante las siguientes semanas: *Retomar conducción*. Sorprendentemente Isabel lo acepta con ganas y, aunque nerviosa, pide a la terapeuta acompañarla en la siguiente sesión en un paseo de 15 minutos en coche por el barrio, ya que sola no podría, pero confía en la terapeuta. La alianza terapéutica fue clave, ya que, hasta la fecha, únicamente se había sentido segura con sus padres y nunca antes había podido conducir sola.

Sesiones 7 y 8

Ambas sesiones se llevaron a cabo en el vehículo de la paciente. Primero, durante unos 15 minutos se inicia la sesión en el coche estacionado, y una vez Isabel se relaja, comienza la conducción; el primer día 20 minutos y el segundo día 40 minutos. Durante la sesión fue de vital importancia la tranquilidad de la terapeuta y la transmisión de la confianza plena que se tenía en la paciente durante la conducción. Por supuesto se hicieron reflejos de proceso, de agencia, e incluso revelaciones del terapeuta: “Estoy muy tranquila aquí como copiloto, lo haces fenomenal”. Esta confianza y tranquilidad depositada en aquellos momentos más vulnerables no solo permitieron a la paciente tener espacio para poder equivocarse y cometer fallos, sino incluso más importante, salir ella misma de las situaciones desagradables sin que la otra persona tuviera que asistir, como ocurría cuando conducía con sus padres. Fueron dos sesiones muy agradecidas por parte de Isabel, donde se puede ver de nuevo, en el apartado de Resultados (Gráfica 1), cómo a partir de estas dos sesiones aumenta la alianza terapéutica hasta las puntuaciones más altas. También facilitó que se pudieran dar cambios más nucleares en Isabel, permitiendo que en las próximas sesiones se pudieran trabajar las relaciones sociales.

A partir de esta sesión, Isabel empieza a acudir al centro en coche sola.

Sesión 9

En la novena sesión se trabajó el objetivo de *Aumentar la estimulación social retomando el contacto con antiguos conocidos*, para el cual ella misma ya había estado “preparando el terreno” semanas antes, teniendo pequeños contactos cordiales con sus conocidas del barrio para que la incluyeran en el grupo de Whatsapp®. Ahora la tarea consistía en ser ella la que propusiera, cada 2 semanas aproximadamente, un plan que pudiera hacer el grupo los domingos; “Me da bastante vergüenza proponerles algo si no sé al 100% que les va a encantar, pero creo que es el momento. Estoy cómoda y sinceramente creo que ellas también lo están conmigo”.

Por otro lado, de forma paralela se comienza a trabajar el objetivo de *Desatender los mandatos de su familia*, ya que según reflexiona Isabel en sesión, se da cuenta de que principalmente lo que la frena a aumentar su red social, entre otras cosas (como dedicarse tiempo a sí misma), son los mandatos familiares. Es importante mencionar que, desde este presente estudio y esta intervención, únicamente trabajamos este objetivo desde la AC (con psicoeducación y entendiendo el impacto que tiene en el análisis funcional), ya que es la psicóloga principal quien se encarga de intervenir en esta problemática dentro del área personal y familiar de Isabel (ver apartado de Limitaciones).

Sesiones 10, 11 y 12

Durante estas sesiones se incidió sobre los objetivos de: *Aumentar la estimulación social a través de actividades para conocer gente nueva e incrementar la red social*; y, por otro lado: *Formar parte de una comunidad, a través de la asociación de mujeres de su barrio*.

Primero se dedicó un tiempo a reflexionar con ella sobre qué tipo de personas le gustaría conocer y estar rodeada; y, en segundo lugar, qué acciones podía llevar a cabo destinadas a conseguirlo. Isabel se descargó entonces una aplicación de eventos y, como objetivo, se apuntaría 1 vez a la semana para acudir a estos planes y conocer gente.

Este proceso trajo a la vez la necesidad de pertenecer a una comunidad, para la cual se propuso formar parte de la Asociación de Mujeres del barrio y poder compartir tiempo, vivencias, cursos, reflexiones, talleres e incluso trabajo entre todas.

Desde la mirada humanista-existencial estas sesiones trajeron mucha riqueza y profundidad al trabajo terapéutico, ya que la exploración empática sobre esta necesidad de pertenencia a una comunidad, trajo consigo una gran toma de conciencia de su propia identidad, hasta incluso reconocer retazos de lo que podría ser su proyecto de vida: “Creo que mi vida es lo que quiero que sea, salvo en algunos detalles; es una sensación extraña, pero de calma”. Fueron sesiones donde apenas se dedicaba tiempo a la reflexión de las tareas desde la programación de actividades (ya que para ella estaba muy claro lo que necesitaba hacer), y se daba mucho más espacio a la expresión de las emociones y de la necesidad subyacente “[Entre lágrimas] Estaba muy perdida porque no he tenido a nadie en quien reflejarme”. Estas reflexiones trajeron a su vez conciencia de progreso y desarrollo personal, y de cómo ella misma ha decidido mirarse a su propio espejo para conocerse y aceptarse tal como es.

Sesiones 13 y 14

Las últimas dos sesiones fueron destinadas al cierre, para poder dedicar tiempo a reflexionar y reconocer todos aquellos cambios que se habían dado en Isabel y, sobre todo, dar espacio a las emociones que podrían suponer cerrar esta etapa terapéutica.

Se exploró la experiencia de progreso de Isabel, dando espacio a su reflexión sobre el contraste antes de empezar la intervención y cómo se encontraba en el momento actual: “[...] me lo noto en muchas cosas, pero, sobre todo, me lo noto en la fuerza; siento que al principio daba vueltas a las cosas, no tenía ganas ni fuerzas para hacer cosas, para tomar decisiones; y ahora, me noto mucho más fuerte mentalmente y corporalmente. Es muy abstracto [se ríe] pero es como una sensación que tengo”. Estas afirmaciones fueron acompañadas y validadas por la terapeuta “[Terapeuta sonrío] Claro, como si tuvieras la energía y la fuerza para moverte hacia donde quieras, hacia donde te propongas”, lo que ayuda a reforzar y afianzar esas sensaciones de valía y agencia.

También se exploró qué aprendizajes se llevaba de la terapia y, desde la AC, qué conductas le gustaría mantener y cuales eliminar: “Me ha servido mucho pensar la función que pueden estar teniendo mis pensamientos o mis conductas a la hora de alcanzar lo que yo realmente quiero, y aunque ya no lo piense tanto como al principio de terapia, cada vez que me siento rara, o dudo, lo hago”.

Y por último se exploró la experiencia de cierre para Isabel, en la cual compartió sus emociones y sentimientos de tristeza, pero sobre todo de agradecimiento hacia la terapeuta y el espacio terapéutico. La terapeuta hizo algunas revelaciones personales sobre el progreso que veía en Isabel de manera genuina, además de compartir el agradecimiento por la confianza depositada en ella y por los propios aprendizajes de vida que se lleva del proceso terapéutico.

Tabla 1. Objetivos e intervención desde la Activación Conductual y desde la mirada humanista-existencial.

Sesión	Objetivo desde mirada humanista-existencial	Objetivo desde AC	Desde Activación Conductual	Desde mirada humanista-existencial
Sesión 1 18/10/23	Tomar conciencia de uno mismo. Tomar conciencia del impacto del contexto en nuestro cuerpo y nuestra psique, y viceversa; nuestro papel activo en nuestro contexto, y nuestro bienestar. Desarrollar la autonomía. Ejercer la libertad y responsabilidad en el proyecto vital y desarrollo personal.	Evaluación inicial Establecer alianza terapéutica (en adelante A. T.)	Evaluación de las áreas dentro del ámbito social que podrían ser deficitarias o problemáticas y que la paciente desearía cambiar.	Se priorizó la mirada AC. Desde la mirada humanista-existencial se prioriza el vínculo. Vínculo: desde la aceptación incondicional, la empatía y la congruencia del terapeuta. Anteponemos el <i>comprender</i> al <i>explicar</i> .
Sesión 2 8/11/23		Evaluación inicial A.T.		
Sesión 3 22/11/23		A.T. Pacto de objetivos y tareas	Programación de actividades (objetivos y tareas) a raíz de la evaluación inicial. Se estableció el programa de forma conjunta con la paciente.	Foco principal en el vínculo. Escucha activa desde la curiosidad, buscando comprender a la persona. Espacio para comprender la teoría del cambio de la paciente. Se dio prioridad a aquello que la paciente consideraba más importante. Se dio espacio a los miedos que le generaban tener que enfrentarse a ciertas partes del programa. Se remarcó que antes del programa, estaría ella como foco de importancia en la intervención, es decir que el programa está al servicio de su bienestar y no al revés.
Sesión 4 13/12/23		A.T. Establecer una rutina de ejercicio físico	Psicoeducación de análisis funcional. Construcción de tareas (cómo y cuándo llevar a cabo el objetivo).	Foco principal en el vínculo. Escucha activa desde la curiosidad, buscando comprender a la persona. Se dio prioridad a aquello que la paciente consideraba más importante.

		Desatender la rumia cognitiva	Toma de conciencia de la rumia cognitiva y su impacto en el análisis funcional.	Exploración de la identidad. Reflejos de agencia.
Sesión 5 10/1/24	Tomar conciencia de uno mismo. Tomar conciencia del impacto del contexto en nuestro cuerpo y nuestra psique, y viceversa; nuestro papel activo en nuestro contexto, y nuestro bienestar. Desarrollar la autonomía. Ejercer la libertad y responsabilidad en el proyecto vital y desarrollo personal.	A.T. Desatender rumia cognitiva Iniciar actividades agradables	Revisión de anteriores objetivos y actividades. Psicoeducación. Construcción de tareas (cómo y cuándo llevar a cabo el objetivo).	Foco principal en el vínculo. Escucha activa desde la curiosidad, buscando comprender a la persona. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso.
Sesión 6 24/1/24		A.T. Iniciar actividades agradables Retomar conducción	Revisión de objetivos y actividades. Construcción de tareas (cómo y cuándo llevar a cabo el objetivo).	Foco principal en el vínculo. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso. Escucha activa desde la curiosidad, buscando comprender a la persona. Guía de proceso (conducción).
Sesión 7 7/2/24		A.T. Retomar conducción	Revisión de objetivos y actividades.	Foco principal en el vínculo. Acompañamiento emocional. Afirmaciones empáticas.
Sesión 8 14/2/24		A.T. Retomar conducción	Revisión de objetivos y actividades.	Foco principal en el vínculo. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso. Autorrevelación de la terapeuta.
Sesión 9 6/3/24		A.T. Retomar contacto con antiguos conocidos Desatender mandatos familiares	Revisión de objetivos y actividades. Construcción de tareas (cómo y cuándo llevar a cabo el objetivo). Toma de conciencia de los mandatos familiares limitantes y su impacto en el análisis funcional. Psicoeducación.	Foco principal en el vínculo. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso. Escucha activa desde la curiosidad, buscando comprender a la persona.

Sesión 10 20/2/24	Tomar conciencia de uno mismo. Tomar conciencia del impacto del contexto en nuestro cuerpo y nuestra psique, y viceversa; nuestro papel activo en nuestro contexto, y nuestro bienestar. Desarrollar la autonomía. Ejercer la libertad y responsabilidad en el proyecto vital y desarrollo personal.	A.T. Iniciar actividades para conocer gente nueva Formar parte de una comunidad	Revisión de objetivos y actividades. Construcción de tareas (cómo y cuándo llevar a cabo el objetivo).	Foco principal en el vínculo. Espacio a la necesidad de una comunidad. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso.
Sesión 11 3/4/24		A.T. Formar parte de una comunidad	Revisión de objetivos y actividades.	Foco principal en el vínculo. Espacio a la necesidad de una comunidad. Exploración de la identidad. Reflejos de agencia. Reflejos de proceso. Exploración del proyecto vital
Sesión 12 17/4/24		A.T. Formar parte de una comunidad	Revisión de objetivos y actividades. Preparación del cierre terapéutico.	Foco principal en el vínculo. Espacio a la necesidad de una comunidad. Exploración de la identidad. Exploración del proyecto vital Afianzar el progreso del cliente de manera genuina.
Sesión 13 1/5/24		Cierre terapéutico	Reflexión del impacto de nuestras conductas en nuestro propio bienestar. Toma de conciencia de nuestra agencia desde el análisis funcional.	Foco principal en el vínculo. Explorar la experiencia de progreso de la paciente: contrastar Antes-Ahora. Afianzar el progreso del cliente de manera genuina.
Sesión 14 15/4/24		Cierre terapéutico	Reflexión de todas aquellas conductas que le repercuten bienestar, las cuales querría seguir manteniendo; y aquellas que quiere extinguir o reducir que le repercuten malestar o le impiden acceder al bienestar mencionado.	Foco principal en el vínculo. Explorar la experiencia de cierre para la paciente. Explorar proyectos futuros y presentes. Afianzar el progreso del cliente de manera genuina. Autorrevelación del terapeuta.

Resultados

Teniendo en cuenta el impacto positivo de cara a los resultados en el proceso terapéutico que provoca la alianza terapéutica desde cualquier corriente psicológica (Griffin, 2014), y concretamente lo esencial del vínculo desde la mirada humanista-existencial (Martorell et al., 2008), es interesante estudiar los resultados de la alianza terapéutica a lo largo de la terapia.

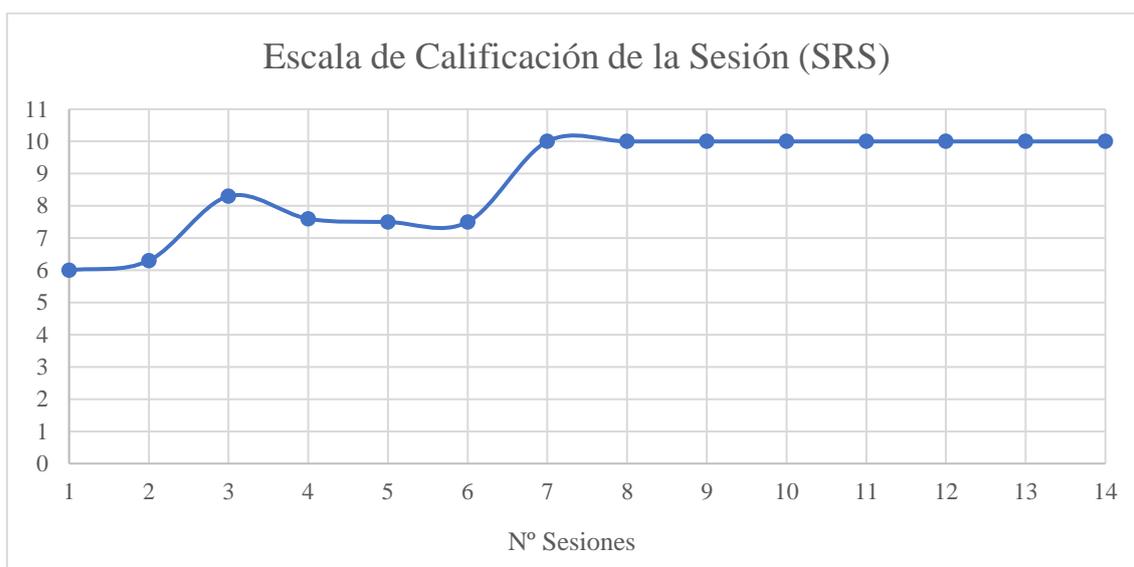
Atendiendo a la Gráfica 1 de la Escala de Calificación de la Sesión, que mide la Alianza Terapéutica, observamos que las máximas puntuaciones corresponden con las sesiones de mayor relevancia en el vínculo. En general, la observación de la terapeuta, junto con verbalizaciones de la paciente y la Escala de Calificación de la Sesión, confirman que la alianza terapéutica es buena, y ha ido en ascenso a lo largo de la terapia. Sin embargo, los dos momentos cruciales que resalta la terapeuta como puntos de inflexión en el vínculo, son precisamente los mismos momentos que se marcan en el gráfico: la sesión 3 y la sesión 7.

La sesión 3 representa un instante crucial en la terapia debido a que se produce un momento de gran vulnerabilidad por parte de la paciente. Surgen emociones fuertes de vergüenza y miedo al tomar conciencia de los cambios que conllevaría llevar a cabo el programa de actividades: “No sé si voy a ser capaz de cambiar todo esto, [...], lo miro y me agobia”. La terapeuta da espacio a estas emociones, a la vez que transmite a la paciente la importancia de las mismas y cómo en la terapia nunca se priorizará las técnicas, o la programación de actividades en este caso, frente a sus necesidades (May,1990). Dar espacio a los miedos que surgieron de la paciente permitió que se sintiera más segura y en confianza para poder expresar lo que sentía frente al trabajo terapéutico; favoreciendo, así mismo, y aunque parezca de forma paradójica, el inicio de este: “Me voy en calma. Me he sentido muy cómoda contigo y muy escuchada y comprendida en la sesión, [...] te lo agradezco de corazón”. Este cambio en el vínculo se puede ver representado en las puntuaciones de la Gráfica 1.

Por otro lado, en la sesión 7 se obtuvo la máxima puntuación en la escala, manteniéndose hasta el cierre del proceso terapéutico. En esta sesión, de nuevo, aparece un momento de gran vulnerabilidad por parte de la paciente (primera sesión de conducción), donde además de emociones fuertes de miedo e inseguridad, también se dan

sentimientos fuertes de vergüenza. De nuevo, la terapeuta pudo dar espacio a esas emociones, aceptarlas incondicionalmente sin intentar cambiarlas y transmitiendo, a la vez, la seguridad y confianza plena que se tenía hacia la paciente durante la sesión. Al terminar la sesión, las emociones de la paciente se habían transformado en orgullo y gratitud: “Al principio estaba nerviosa, pero tú me transmitías tanta calma y confianza que me dejaron de importar los demás coches. Estoy contenta y emocionada. [...] Quiero volver a hacerlo y no te lo puedo agradecer más, gracias”. En el vínculo se pudo ver reflejada en el otro desde una mirada más amable y protectora (Bernal et al., 2022), lo cual también se puede estar viendo reflejado en las puntuaciones de la Alianza Terapéutica.

Gráfico 1: Escala de Calificación de la Sesión (SRS). Medición de Alianza Terapéutica.



El Gráfico 1 representa las puntuaciones de la Escala de Calificación de la Sesión (SRS), que tiene como objetivo valorar la alianza terapéutica en cada sesión. La aplicación de esta escala consiste en solicitar a la paciente, al finalizar la sesión, que responda a los ítems teniendo en cuenta lo ocurrido durante la misma.

En cuanto a los resultados en referencia a los objetivos terapéuticos, en general desde la AC prácticamente se alcanzan todos los objetivos establecidos e incluso, en las sesiones de cierre, Isabel manifiesta que son conductas que quiere mantener a largo plazo: “Para el futuro me gustaría mantenerme como estoy, con mi deporte, mis hobbies, la asociación [...], siento que tengo una rutina que me hace bien”. Además, atendiendo a la

Gráfica 2 de la Escala de Calificación de Resultado, podemos ver cómo la sensación de mejora y progreso en la paciente aumenta casi de forma lineal a lo largo de las sesiones.

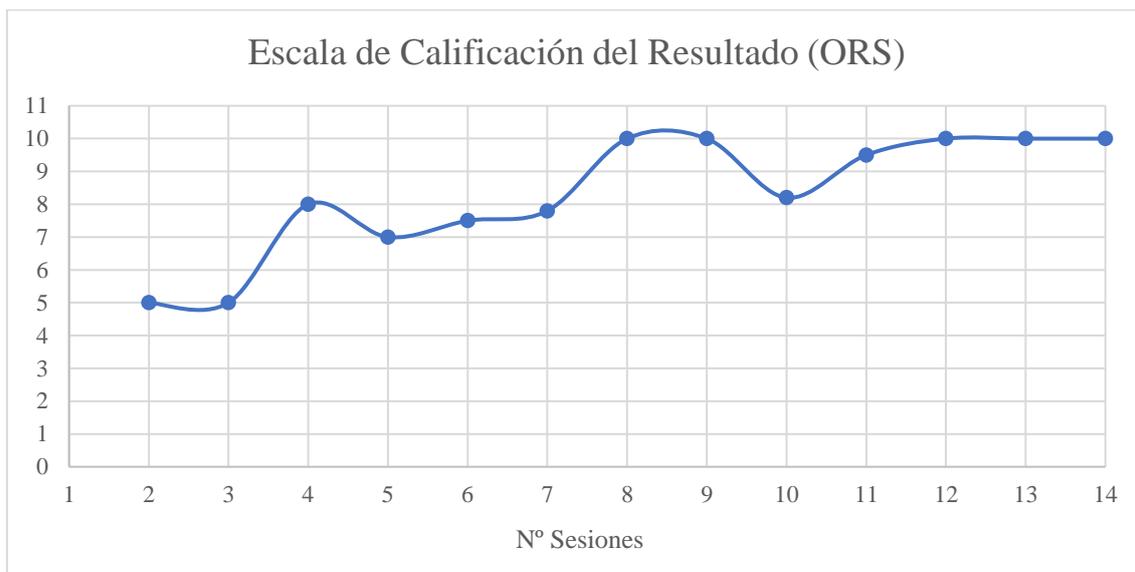
El único objetivo que parece que no se llega a consolidar es *Aumentar la estimulación social a través de actividades para conocer gente nueva e incrementar la red social*. Esto puede ser debido a una limitación por parte de la integración de ambas miradas terapéuticas ya que, en aquellas sesiones dedicadas en principio a este objetivo (sesiones 10, 11 y 12), se priorizó la mirada humanista-existencial dando espacio a las emociones y la fuerte necesidad de Isabel por pertenecer a una comunidad (y con ello la necesidad de tener una identidad propia, descubrirla y aceptarla), lo que opacaba la relevancia de este objetivo desde la AC, ensalzando y priorizando por contra los objetivos de la mirada humanista-existencial. A pesar de este límite, el resto de objetivos alcanzados favorecen en cierta manera que pueda conocer gente nueva y ampliar su red social aunque no fuera a través de la actividad concreta establecida para este objetivo.

Si atendemos a la Gráfica 2, la cual recordemos que se aplica al inicio de la sesión en referencia al tiempo transcurrido entre sesiones, podremos observar que a raíz de la Sesión 11 (donde se está evaluando la sesión anterior, es decir la Sesión 10) existe un punto de inflexión en cuanto al nivel de progreso terapéutico percibido por la paciente que se mantiene hasta el final de la terapia. Parece que precisamente aumenta la percepción de mejora y de consecución de objetivos en aquellas sesiones donde se prioriza la comprensión (en este caso, de la necesidad que parecía tener la paciente para expresar y entender esta necesidad primaria de pertenencia y de identidad), frente a la explicación y resolución de los objetivos y la técnica establecida en el programa de actividades fijado. Los resultados parecen encajar con lo que May (1990) proponía sobre la forma de acompañamiento que debe prestar el terapeuta donde debe imperar la persona frente a la técnica, de la misma forma que se debe anteponer la *comprensión* a la *explicación* a la hora de acercarnos al paciente (Bernal et al., 2022).

Por otro lado, además del momento ya reseñado, podemos ver que los picos de máxima puntuación (Sesión 4, que corresponde a las Sesión 3, y Sesiones 8 y 9 que corresponden a las 7 y 8), coinciden con aquellas sesiones donde se produjeron picos positivos en la alianza terapéutica y el vínculo. Es decir, que aquellas sesiones donde Isabel tiene una mayor sensación de mejora o de proceso, coinciden con aquellas donde

se produce una mejora de la alianza y el vínculo. Lo podríamos entender como mencionaba Bernal et al. (2022) donde a través del vínculo aprendemos a relacionarnos con nosotros mismos, tomando conciencia de nuestra existencia y nuestro impacto en el otro, permitiendo nuestro desarrollo personal (Cobos, 2017).

Gráfico 2: Escala de Calificación del Resultado (ORS). Medición de Resultados Percibidos



El Gráfico 2 representa las puntuaciones de la Escala de Calificación de Resultado (ORS), que tiene como objetivo evaluar el nivel de progreso terapéutico percibido por la paciente a lo largo de las sesiones terapéuticas. La aplicación de esta escala consiste en solicitar a la paciente, al inicio de cada sesión, que responda a los ítems teniendo en cuenta los cambios ocurridos desde la última sesión. Por lo que, para interpretar la gráfica, hemos de tener en cuenta que la puntuación que aparece en cada sesión hace referencia a los cambios producidos gracias a la sesión anterior.

Desde los objetivos transversales de la mirada humanista-existencial, podemos observar un cambio en Isabel en cuanto a la toma de conciencia de la identidad, de su existencia, de su agencia y de cómo la ejerce. Al ser cambios más profundos y menos visibles resultan más complicados de cuantificar y evaluar. Más que en verbalizaciones o conductas concretas – que también están recogidas –, se percibe el cambio en su actitud ante la vida. Como diría Binswanger, parece que se ha empezado un proceso de cambio en cuanto a la forma de elegir de Isabel, pasando de *elecciones del pasado* a *elecciones del futuro*, con una actitud más auténtica y de exploración hacia la vida (Martorell et al., 2008): “(En referencia a la conducción) Me doy cuenta de que puedo enfrentarme a muchas más cosas de las que pienso. Tengo miedo, sí, pero eso no me hace cobarde si al

final intento las cosas. Y luego no es tan horrible, y me siento mejor.”. Como ella misma menciona, sigue teniendo miedo, pero eso no le impide explorar, aprender y afrontar la vida con éxito.

Quizás el objetivo desde la mirada humanista que menos se puede percibir es el de *Ejercer la libertad y responsabilidad en el proyecto vital y desarrollo personal*; en este sentido, aunque podríamos decir que por los cambios y resultados mencionados hasta ahora se podría estar cumpliendo ese desarrollo personal, parece más difícil decir lo mismo de la proyección del proyecto vital; posiblemente porque aún harían falta más sesiones para profundizar en la toma de conciencia del mismo y, más adelante, en su agencia frente al proyecto vital.

Por otro lado, atendiendo a la recogida de datos más general, también podemos decir que se ha producido un cambio en cuanto a la visión global de Isabel sobre la calidad de su vida social desde el inicio de las sesiones hasta el cierre de la terapia. En la primera sesión de evaluación inicial (ver en Metodología de evaluación) calificó su calidad de vida social con un 4, en una escala del 1 al 10; frente a la última sesión (Sesión 14), donde calificó su calidad de vida social en un 8.

En lo que respecta a la adherencia al tratamiento por parte de Isabel, el formato quincenal supuso una dificultad para el arranque terapéutico. Isabel comentaba que “se hacían muy largas las distancias entre sesiones y perdía el hilo conductor de la terapia”. Sin embargo, esto no impidió la buena adherencia al tratamiento, la cual se puede ver reflejada en su completa asistencia a las sesiones, su motivación al cambio y la iniciativa con la que Isabel afronta las actividades del programa. Por ejemplo, Isabel, sabiendo que más adelante tendría que llevar a cabo un objetivo muy difícil para ella – *Aumentar la estimulación social retomando el contacto con antiguos conocidos*, concretamente proponiendo por iniciativa propia planes para hacer todas juntas (destinado para la Sesión 10) –, comenzó a preparar el terreno en la Sesión 5: dejándose ver por el barrio y acudiendo a las reuniones informales de los domingos. Esta anticipación al objetivo nació de ella misma para poder sentirse segura, cómoda y capaz de poder llevar a cabo el programa de actividades.

Por último, de cara a que prevalezcan los cambios en el futuro, parece que la intención de Isabel en mantener los logros que ha traído consigo el tratamiento es estable

y consistente. Como se mencionaba anteriormente en verbalizaciones de Isabel, siente que le proporciona bienestar la rutina saludable que ha adoptado, y tiene intenciones de mantenerla.

Discusión

Los resultados obtenidos del tratamiento son los esperados, se ha cumplido el objetivo terapéutico principal: mejorar la calidad de vida en el ámbito social de la paciente; y gran parte de los objetivos concretos desde la Activación Conductual y desde la mirada humanista-existencial. Desde la AC, y como se reflejaba en la literatura, podemos comprobar que la programación de actividades, atendiendo al análisis funcional, permite mejorar la calidad de vida social de la paciente, aumentando conductas agradables que permiten establecer rutinas saludables adaptativas y reduciendo conductas de evitación que permiten llevar a cabo conductas operantes adaptativas; incrementando de esta manera el repertorio de conducta y por lo tanto, recuperando su papel activo en su entorno y en su bienestar (Barraca, 2009; Lejuez et al., 2001; Salguero et al., 2014).

Aunque se puede observar que la sensación de mejora y de progreso de la paciente aumenta a lo largo de las sesiones, los puntos clave del tratamiento han sido aquellos donde el vínculo entre paciente y terapeuta se estrechaba y fortalecía, observándose un impulso de las puntuaciones de resultado de tratamiento en estas sesiones. Estos resultados concuerdan con lo propuesto por la mirada humanista-existencial, donde el vínculo es lo que permite a la persona poder reflejarse en el terapeuta y tomar conciencia de la existencia y agencia de uno mismo, para poder ejercer la libertad y responsabilidad sobre el desarrollo personal y el proyecto vital (Bernal et al., 2022; De Castro, 1999; May, 1990; May, 1977); es decir, es lo que nos permite sentir que nos reconocemos en nosotros mismos avanzando en el proceso de sanación. En este sentido, la mirada humanista-existencial acentúa la recuperación del papel activo y la sensación de valía que busca la Activación Conductual (Salguero et al., 2014), añadiendo una orientación temporal hacia el futuro, donde reconocemos nuestra identidad y deseos para poder ejercer nuestra libertad y responsabilidad con nuestro proyecto vital (Bernal et al., 2022; Laureiro, 2002; Martorell et al., 2008); algo que la Activación Conductual no contempla.

Limitaciones y puntos fuertes

Pese a que de forma general se pudo integrar la mirada humanista-existencial con la programación de actividades de la Activación Conductual, existieron dos momentos de conflicto durante el tratamiento en los que fue necesario priorizar uno por encima del otro, limitando los resultados. Desde un primer momento, por necesidades externas al estudio (guía de la psicóloga principal), era prioritario establecer entre la segunda y tercera sesión el programa de actividades de la Activación Conductual, limitando los tiempos con los que se podría haber establecido el tratamiento atendiendo al modelo de la mirada humanista-existencial – *comprender* frente *explicar* (Bernal et al., 2022)-. Aunque esto no impidió el desarrollo adecuado de la intervención, y nunca se perdió de vista el objetivo principal común a ambas corrientes (la creación de la alianza terapéutica), puede suponer una limitación en cuanto a la calidad de la integración de los dos modelos; alterando los resultados del trabajo.

Un punto fuerte del presente trabajo, y a la vez una limitación, es la concreción del ámbito de aplicación del tratamiento. Por un lado, dirigir la intervención únicamente al área social de la paciente puede facilitar la replicabilidad en futuros casos al ser un área más acotada de estudio, e igualmente favorece que la intervención pueda ser diseñada de forma más específica y personalizada para ese ámbito concreto, enfocando todos los esfuerzos en esa línea y no teniendo que sacrificar nada de esa área en post de otras variables o áreas de la paciente puesto que éstas ya estaban siendo tratadas por la terapeuta principal. Sin embargo, esto a su vez puede suponer una limitación teniendo en cuenta que dichas áreas (como la familiar, en este caso) probablemente incidan e influyan directamente en los resultados que se producen en el área social y en los cuales no podemos incidir desde este estudio, pudiendo haber alterado los resultados y la eficacia de la intervención

Por otro lado, otra limitación del estudio es la dificultad de cuantificar el alcance de los resultados, en cuanto a objetivos alcanzados, en procesos difíciles de medir como son los objetivos humanistas (como ya hemos comentado en el apartado de resultados, al analizar el objetivo del proyecto vital); y por otro lado, procesos como las extinciones de conducta, donde es complejo medir la existencia o no de conductas que no se están manifestando en sesión, pero que podrían darse fuera de sesión en formas que la paciente puede no ser consciente.

Por último, y más importante, cabe dudar del efecto exclusivo de la intervención como fuente de la mejoría de la paciente, ya que ésta se encontraba de forma paralela en otro proceso terapéutico con la psicóloga principal. Esta intervención está dirigida principalmente a mejorar la calidad de vida de la paciente a nivel general, incidiendo sobre todo en el área familiar; lo que de nuevo, puede estar alterando los resultados del caso.

Perspectivas de futuro

Esta investigación refleja la aplicación de un programa de actividades para mejorar la calidad de vida social de una paciente, resaltando la importancia del vínculo en la toma de conciencia de uno mismo y su agencia, para poder recuperar la sensación de valía y el papel activo en nuestro bienestar. Este estudio puede abrir las puertas a investigaciones más detalladas sobre la eficacia (o tal vez el aumento de la eficacia) de la aplicación de la AC desde un enfoque más integrador, añadiendo la mirada humanista-existencial y no solo meramente desde el enfoque conductual. Como recomendación para futuras investigaciones siguiendo este enfoque integrador, además de intentar paliar las limitaciones anteriores, recomendamos una reflexión previa sobre qué pasos deberíamos seguir si surgen conflictos entre modelos. Es decir, qué debe anteceder o qué se debe priorizar en la terapia, según los modelos; pudiendo ser esto otra línea de investigación futura en el trabajo con enfoques integradores.

Anexo I

Escala de Calificación de la Sesión (SRS versión 3.0)

Nombre <u>Isabel</u>	Edad (Años): <u>37</u>
ID # _____	Género: <u>MUJER</u>
Sesión N° <u>1</u>	Fecha: <u>18.10.2023</u>

Por favor indique cómo fue la sesión de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia

Relación

No me senti escuchado/a, comprendido/a, ni respetado/a.



Me senti escuchado/a, comprendido/a y respetado/a.

Metas y Temas

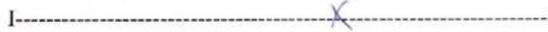
No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.



Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar.

Enfoque o Método

El enfoque del/de la terapeuta no encaja bien conmigo.



El enfoque del/de la terapeuta encaja bien conmigo.

En General

En la sesión de hoy faltaba algo.



En general, la sesión de hoy estuvo bien para mí.

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, y Lynn Johnson
Traducido por Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Anexo II

Escala de Calificación de Resultado (ORS)

Nombre Isabel Edad (Años): 37 Género: MUJER
 Sesión N° 2 Fecha: 8.11.2023
 ¿Quién completa esta escala? Por favor, indique: Usted Otra persona
 En caso de que sea por otra persona, ¿Cuál es su relación con ella? _____

Considerando la última semana, incluido hoy, ayúdenos a comprender cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Marcas a la izquierda representan niveles bajos, mientras que marcas a la derecha indican niveles altos. *Si usted está completando esta escala por otra persona, por favor hágalo según crea que le está yendo a esa persona.*

Individualmente

(Bienestar personal)

I-----X-----I

En lo Interpersonal

(Familia, relaciones cercanas)

I-----X-----I

Socialmente

(Trabajo, Escuela, Amistades)

I-----X-----I

En General

(Sentido general de bienestar)

I-----X-----I

Better Outcomes Now

www.betteroutcomesnow.com

© 2000, Scott D. Miller y Barry L. Duncan

Traducción por: Rafael S. Harris, Jr., Barbara L. Hernandez, y Elena Gismero González

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, M. P. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del psicólogo*, 28(2), 97-110. ISSN: 0214-7823
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197. DOI: 10.5093/cl2010v21n2a7
- 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. *Edupsykhé. Revista De Psicología Y Educación*, 8(1). <https://doi.org/10.57087/edupsykhé.v8i1.3820>
- Bernal, J. S., y Fernández-Puig, V. (2022). *Psicoterapias humanistas: una mirada actual* (Vol. 702). Editorial UOC.
- Cobos, A. G. B. (2017). Experiencia y existencia en las psicoterapias humanistas. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 207-229. ISSN 1130-5142
- De Castro, A. (1999). Salud, enfermedad y psicoterapia en la psicología existencial de Rollo May. *Psicología desde el Caribe*, (4) 63-81.
- Duncan B. L., Miller S. D., Sparks J., Claud D., Reynolds L., Brown J. & Johnson L., (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Fernández, F. C., Martínez, Á. M., Martín, A. B. B., Fuentes, M. D. C. P., Jurado, M. D. M. M., y Linares, J. J. G. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279. DOI: 10.1989/ejihpe.v5i2.118
- Griffin Valdivieso, M. I. (2014). *Alianza terapéutica entre pacientes y terapeutas practicantes en tres tipos de corrientes psicológicas terapia cognitiva conductual, terapia humanista y terapia psicodinámica* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ).
- González-Terrazas, R., & Aguilera, M. D. G. C. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-

conductual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 175-195. ISSN: 0188-8145

Harris R. S., Jr., (2010). *Encuesta de Resultado [Outcome Rating Scale] [Measurement instrument]*. Retrieved from <https://betteroutcomesnow.com/wp-content/uploads/2018/01/spanish.docx>

INE. (2021). *Cifras INE: Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística*. Instituto Nacional de Estadística. NIPO: 096-20-009-8

Labrador, F. J., Larroy, C., & de la Puente, M. L. (2004). *Terapia de conducta*. *Psicoterapias contemporáneas*, 113.

Laureiro, M. E. S. (2002). Depresión: ¿un camino de transformación?. *Prisma (Histórica)*, (18), 118-147. Recuperado a partir de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/prisma/article/view/3586>

Lizárraga, M. C., Zamora, S. R., Morales, L. V. A., & de Anda, V. M. D. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(4), 132-137.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior modification*, 25(2), 255-286.

Lugo, S. G., Domínguez, A. P., & Romero, J. C. G. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-10. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-3.dafr>

May, R. (1977). *Existencia: una nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madrid. Gredos. (p. 110-115).

May, R. (1990). *El amor y la voluntad*. Gedisa. (p. 175).

May, R. (1990). *La psicología y el dilema del hombre*. Gedisa. (p. 86- 175).

Martorell, J. L. y Prieto, J. L. (2008). *Fundamentos de Psicología*, Ed. C. A. Ramón Areces, Madrid. (p. 40-82).

- Ministerio de Sanidad. (2021). *Encuesta europea de salud en España ESEE 2020*. Ministerio de Sanidad. NIPO: 133-21-028-7
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2018). Psychometric properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish clinical sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. eXX. DOI:10.1017/sjp.2018.32
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2021). Psychometric properties of the Session Rating Scale 3.0 in a Spanish clinical sample. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(5), 648-659. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1778635>
- Rodríguez, M., y Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20(2), 175-186. ISSN electrónico (www.um.es/analesps): 1695-2294
- Rogers, C. R. (1957). A note on the "nature of man." *Journal of Counseling Psychology*, 4(3), 199–203. <https://doi.org/10.1037/h0048308>
- Salguero, J. M. B., & Martínez, A. M. M. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia*, 8(2), 83-93. DOI: 10.21500/19002386.1223
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11. ISSN: 0214-7823; ISSN electrónico: 1886-1415