

activación conductual – behavioral activation

Authored by
memjavad

November 6, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *activación conductual – behavioral activation*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2981>

Activación Conductual (AC)

Primary Disciplinary Field(s): Psicología Clínica, Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Análisis Aplicado de la Conducta.

Proponents: Peter Lewinsohn, Neil Jacobson, Christopher Martell, Jonathan Kanter.

1. Principios Fundamentales y Definición

La **Activación Conductual** (AC) es una intervención psicoterapéutica estructurada, breve y altamente focalizada, diseñada primordialmente para el tratamiento del [trastorno depresivo mayor](#). A diferencia de las formas tradicionales de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que enfatizan la reestructuración de patrones de pensamiento desadaptativos, la AC se centra exclusivamente en el cambio de comportamiento. Su fundamento teórico reside en el principio de que la depresión es mantenida, o incluso causada, por una reducción en la tasa de reforzamiento positivo contingente a la conducta, lo cual es resultado directo de la evitación y el aislamiento conductual.

El modelo de la AC postula que, ante eventos vitales estresantes o adversidades (como la pérdida de empleo, duelos o conflictos interpersonales), los individuos tienden a reducir sus actividades y a retirarse de su entorno. Este patrón de evitación y pasividad, aunque inicialmente puede ser una respuesta de afrontamiento a corto plazo, tiene el efecto perjudicial de disminuir drásticamente las oportunidades de experimentar reforzamiento positivo (recompensas, logros, interacciones placenteras). La disminución de estas interacciones positivas perpetúa un círculo vicioso de bajo estado de ánimo, fatiga y mayor inactividad, que es la esencia de la sintomatología depresiva. Por lo tanto, el objetivo central de la AC es revertir este ciclo ayudando al paciente a incrementar sistemáticamente la participación en actividades que son valoradas y que están asociadas con resultados positivos o reforzantes.

Una característica definitoria de la AC es su adherencia rigurosa a los principios del [conductismo](#) radical y el condicionamiento operante. La AC no intenta modificar el estado de ánimo o los pensamientos del paciente directamente, sino que asume que el cambio de comportamiento precede al cambio afectivo y cognitivo. La máxima operativa es que "la acción precede a la motivación". Se instruye a los pacientes a actuar de acuerdo con un plan, incluso cuando no sientan ganas o motivación para hacerlo, basándose en la comprensión de que el aumento de la actividad reforzadora es la vía para mejorar el estado de ánimo, no al revés. Esta sencillez conceptual y su enfoque pragmático han contribuido a su creciente popularidad como tratamiento de primera línea.

2. Desarrollo Histórico y Contexto Teórico

Los orígenes de la Activación Conductual se remontan a la década de 1970, con el trabajo pionero

de **Peter Lewinsohn** en la Universidad de Oregón. Lewinsohn propuso una teoría conductual de la depresión que vinculaba directamente el estado de ánimo deprimido con una baja tasa de reforzamiento positivo. Su modelo sugería que la depresión surgía cuando los individuos carecían de las habilidades necesarias para obtener reforzamiento, o cuando su entorno no proporcionaba suficientes reforzadores. Las primeras intervenciones basadas en este modelo se centraron en la programación de actividades agradables y el entrenamiento en habilidades sociales para aumentar la interacción del paciente con fuentes de recompensa ambiental.

A medida que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se consolidaba en las décadas de 1980 y 1990, el componente conductual de la TCC para la depresión a menudo quedó eclipsado por el enfoque en la reestructuración cognitiva, popularizado por Aaron Beck. Sin embargo, un hito crucial que resucitó y refinó la AC fue el estudio de desmantelamiento de la TCC liderado por **Neil Jacobson** y sus colegas a mediados de los 90. Este estudio comparó la terapia cognitiva, la activación conductual (la parte puramente conductual del paquete de TCC) y el tratamiento farmacológico para la depresión. Los resultados fueron sorprendentes: la activación conductual demostró ser tan efectiva, si no más, que la terapia cognitiva completa o el tratamiento con antidepresivos.

A partir de este hallazgo empírico, la AC fue formalizada como una terapia independiente y manualizada por **Christopher Martell, Neil Jacobson** y **Sona Dimidjian**. Esta nueva generación de AC se diferenció de las versiones anteriores de "programación de actividades agradables" al integrar un análisis funcional más riguroso. El terapeuta de AC ya no solo programa actividades al azar, sino que utiliza el análisis funcional para identificar qué comportamientos de evitación están siendo mantenidos por reforzamiento negativo (alivio temporal de la angustia) y qué actividades son verdaderamente significativas y generadoras de reforzamiento positivo a largo plazo, alineando las conductas con los valores del paciente. Esta evolución marcó la Activación Conductual como una terapia de "tercera ola" conductual que aplica los principios del conductismo de manera precisa y enfocada.

3. Mecanismos de Acción y Modelo Funcional

El mecanismo central de la AC opera rompiendo el ciclo de evitación-depresión. La persona deprimida se siente abrumada o desesperanzada, lo que lleva a la **evitación conductual** (quedarse en cama, rechazar invitaciones). Esta evitación proporciona un reforzamiento negativo inmediato--una reducción temporal del malestar o la ansiedad--pero a largo plazo, resulta en la pérdida de reforzamiento positivo y el mantenimiento de la depresión. La AC interviene directamente en este punto, promoviendo la exposición a situaciones que han sido evitadas y aumentando la probabilidad de consecuencias positivas.

El terapeuta de AC guía al paciente a través de un **análisis funcional** detallado de su

comportamiento. Este análisis se basa en el modelo ABC (Antecedente, Comportamiento, Consecuencia). Por ejemplo, un paciente puede notar que el antecedente (A) de recibir una llamada social lleva al comportamiento (B) de ignorarla, lo que resulta en la consecuencia (C) de un alivio temporal de la ansiedad social, pero también el reforzamiento de la soledad. El terapeuta ayuda al paciente a identificar comportamientos alternativos (responder la llamada) y a predecir y experimentar las consecuencias positivas a largo plazo (conexión social, sentido de pertenencia), que sirven como reforzadores naturales para el cambio de conducta.

La clave del modelo funcional de la AC es la distinción entre las actividades que son placenteras y las que son necesarias para el **dominio** o el logro. La AC enfatiza la necesidad de programar ambos tipos de actividades. Las actividades de dominio proporcionan un sentido de competencia, logro personal y control sobre el entorno, que son poderosos reforzadores positivos intrínsecos. Las actividades placenteras, aunque importantes, no son suficientes por sí solas para contrarrestar la desesperanza y la inercia asociadas a la depresión. Al lograr un equilibrio entre el placer y el dominio, el paciente construye un repertorio de conductas que son funcionalmente adaptativas y que mantienen una tasa alta de interacción reforzante con el entorno.

4. Componentes Clave de la Intervención

La aplicación de la Activación Conductual se realiza a través de una serie de componentes específicos y secuenciales que guían al paciente desde la inercia hasta la acción. El tratamiento es típicamente manualizado y se lleva a cabo en un número limitado de sesiones (a menudo 8 a 15). Estos componentes están diseñados para ser prácticos y fáciles de implementar, tanto para el terapeuta como para el paciente.

El primer paso fundamental es la **Monitorización de Actividades y del Estado de Ánimo**. Se pide a los pacientes que registren sus actividades diarias y califiquen su estado de ánimo y su nivel de placer o dominio experimentado en cada una. Este proceso sirve para dos propósitos clave: primero, proporciona datos objetivos para el análisis funcional, identificando patrones de evitación y las horas o situaciones que preceden a los estados de ánimo bajos; segundo, ayuda a desvincular la creencia del paciente de que "hacer algo" no cambia nada, al mostrar empíricamente la correlación entre actividad y estado de ánimo.

A continuación, se introduce la **Programación Jerárquica de Actividades**. Basándose en la monitorización y en los valores previamente identificados por el paciente (como familia, carrera, salud), el terapeuta ayuda a crear una lista jerárquica de actividades de dominio y placer. Las actividades se programan de manera gradual, comenzando por aquellas que tienen una alta probabilidad de éxito y un bajo costo de respuesta. Es crucial que las actividades se programen como citas fijas, independientemente de cómo se sienta el paciente ese día. El terapeuta también aborda las barreras específicas (como rumiación, perfeccionismo o evitación) que impiden la

ejecución de la actividad.

Otro componente esencial es el trabajo con las **Estrategias de Evitación y Rumiación**. La AC trata la rumiación (pensamiento repetitivo y negativo sobre los problemas) como una forma de evitación encubierta. Al igual que la evitación conductual abierta, la rumiación proporciona un alivio temporal de la necesidad de actuar o resolver problemas, pero es desadaptativa. Se enseña a los pacientes a reconocer la rumiación y a redirigir su atención hacia la acción o hacia una actividad programada. El terapeuta enfatiza que la acción es la antítesis de la rumiación, ya que la acción genera nuevas consecuencias y rompe el patrón de pensamiento circular.

Finalmente, se utiliza la **Evaluación de Contingencias**. El terapeuta trabaja para asegurar que el entorno del paciente maximice el reforzamiento para las conductas adaptativas. Esto puede implicar el entrenamiento en habilidades de comunicación para mejorar las relaciones interpersonales, o la modificación del entorno físico para facilitar la actividad. El enfoque es siempre práctico y orientado a la solución, asegurando que el paciente comprenda cómo las consecuencias de sus acciones, y no sus pensamientos internos, están moldeando su estado de ánimo.

Monitorización Detallada: Registro diario de actividades, placer y dominio.

Análisis Funcional: Identificación de patrones ABC (Antecedente-Comportamiento-Consecuencia) que mantienen la depresión.

Alineación de Valores: Determinación de áreas de vida significativas para guiar la selección de actividades.

Programación por Jerarquías: Introducción gradual de actividades de bajo costo de respuesta y alta probabilidad de reforzamiento.

5. Aplicaciones Clínicas y Poblaciones Objetivo

Si bien la Activación Conductual fue desarrollada y validada principalmente para el tratamiento del [Trastorno Depresivo Mayor](#) (TDM) en adultos, su alcance clínico se ha expandido significativamente. Debido a su naturaleza estructurada, breve y de fácil comprensión, ha demostrado ser particularmente eficaz en entornos donde la TCC completa puede ser demasiado compleja o prolongada.

La AC es altamente efectiva en el tratamiento de la depresión crónica o recurrente, ya que aborda directamente los hábitos de inercia y evitación que suelen establecerse a largo plazo. También se ha aplicado con éxito en poblaciones con comorbilidad, incluyendo pacientes con depresión y dolor crónico, ya que fomenta la reincorporación a la vida a pesar de las limitaciones físicas. En estos casos, la programación de actividades se ajusta para maximizar el dominio y el placer dentro de las capacidades físicas del individuo, reduciendo el enfoque en el dolor como el principal determinante del comportamiento.

Una de las aplicaciones más prometedoras de la AC es en entornos de baja intensidad y bajos recursos, así como en la salud mental comunitaria. Su manualización y la claridad de sus pasos permiten que sea administrada por personal no especializado (como coaches de salud o asistentes sociales) después de una capacitación adecuada. Además, su brevedad la hace ideal para la implementación a través de formatos de tele salud o aplicaciones digitales, aumentando el acceso al tratamiento en regiones con escasez de terapeutas. La AC ha demostrado ser eficaz en adolescentes y adultos mayores, adaptando los tipos de reforzadores y actividades a las etapas vitales específicas.

6. Eficacia Empírica y Comparación con TCC

La Activación Conductual goza de un sólido respaldo empírico, con numerosos ensayos controlados aleatorizados (ECA) que validan su eficacia. Los hallazgos del estudio de Jacobson de 1996 fueron replicados y ampliados, estableciendo que la AC es un tratamiento no inferior a la terapia cognitiva o a la TCC completa para la depresión. Algunos metaanálisis y revisiones sistemáticas sugieren que la AC puede incluso tener una ligera ventaja en términos de retención del paciente y tasas de remisión a largo plazo, especialmente en casos de depresión severa.

La ventaja comparativa de la AC radica en su parsimonia teórica y práctica. Al eliminar el componente cognitivo, el tratamiento se vuelve más conciso y menos exigente para el paciente, que no tiene que dedicar tiempo a desafiar sus creencias internas, sino simplemente a cambiar su interacción con el mundo. Para muchos pacientes deprimidos que experimentan anhedonia o una sensación de "mente en blanco", la exigencia de realizar una reestructuración cognitiva puede ser una barrera, mientras que la instrucción directa de "hacer" algo resulta más manejable y menos intimidante.

Además de su eficacia en la reducción de síntomas depresivos, la AC ha demostrado ser costo-efectiva. Su formato breve reduce el número de sesiones necesarias, y su éxito al ser implementada por terapeutas menos experimentados (con supervisión adecuada) la convierte en una opción económicamente viable para los sistemas de salud. La evidencia sugiere consistentemente que la focalización exclusiva en el cambio de comportamiento y el aumento del reforzamiento ambiental es un mecanismo suficiente y poderoso para lograr la recuperación de la depresión, desafiando la noción de que la modificación de las cogniciones es un requisito indispensable para la mejoría.

7. Críticas y Limitaciones

A pesar de su robusta base empírica, la Activación Conductual no está exenta de críticas. Uno de los principales argumentos en contra es que, al centrarse únicamente en el comportamiento y el entorno, podría **oversimplificar** la etiología compleja de la depresión, ignorando factores

biológicos, genéticos o traumas tempranos que contribuyen a la vulnerabilidad. Los críticos señalan que, si bien la AC es efectiva para interrumpir el ciclo de evitación, puede no abordar las causas subyacentes o los esquemas cognitivos profundamente arraigados que podrían llevar a una recaída si los factores estresantes reaparecen.

Una limitación práctica surge en el tratamiento de pacientes con depresión grave que presentan una **anhedonia** extrema o una inercia conductual muy alta. En estos casos, la simple tarea de monitorizar o programar actividades puede percibirse como insuperable. El terapeuta de AC debe ser extremadamente hábil en la descomposición de tareas y en el manejo de la resistencia, pero si el paciente no logra iniciar el comportamiento, el tratamiento no puede progresar. Esta dificultad subraya la dependencia de la AC en la capacidad del paciente para movilizarse, aunque sea mínimamente, para iniciar el proceso de reforzamiento.

Finalmente, existe un debate dentro del campo de la TCC sobre si la AC es realmente una terapia completamente separada o simplemente la aplicación pura de los principios conductuales que siempre debieron haber sido el núcleo de la TCC. Algunos argumentan que la AC, aunque efectiva, puede carecer de las herramientas necesarias para abordar problemas comórbidos complejos o trastornos de personalidad que a menudo acompañan a la depresión. No obstante, los defensores de la AC responden que su especificidad y enfoque la hacen ideal para la depresión, y que la introducción de elementos cognitivos solo diluiría su eficacia y su costo-efectividad.

Further Reading

[Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., & Busch, A. M. \(2010\). The BAP-SF: A brief version of the Behavioral Activation for Depression Scale.](#)

[Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. \(2010\). Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide.](#)

[Activación Conductual \(Wikipedia en español\).](#)

[Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, D. M., Gollan, J. K., Gortner, E. O., & Prince, S. E. \(1996\). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression.](#)