

GUÍA PRÁCTICA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Uso clínico y
psicoeducativo
estructurado por
semanas

Psicólogo Edgar Guzman
Balderas

Principio base

 *No esperamos a que llegue la motivación para actuar; actuamos para que la motivación aparezca.*

Esta guía está diseñada para trabajarse **por semanas**, con actividades breves, graduales y ajustadas a la energía real de la persona.

ESTRUCTURA GENERAL

- Duración inicial: **2 semanas** (renovable)
- Frecuencia: **todos los días**
- Objetivo: reducir evitación, aumentar contacto con reforzadores y recuperar sensación de agencia

Además del estado de ánimo, se registran **emociones displacenteras y emociones adaptativas**, para evitar una lectura sesgada exclusivamente negativa.

SEMANA 1 – REACTIVACIÓN BÁSICA

Objetivo clínico: romper la inhibición conductual y establecer rutina mínima.

Día 1 – Observación sin juicio

 Actividad:

- . Registrar qué haces durante el día, sin cambiar nada.
- . Anotar nivel de energía (0–10) y estado de ánimo (0–10).

 Objetivo: aumentar conciencia conductual.

Día 2 – Activación física mínima

Actividad:

- . Salir a la luz natural o moverte 5–10 minutos.

Análisis funcional:

- . Antecedente: cansancio / pensamientos de inutilidad
- . Conducta: movimiento breve
- . Consecuencia: activación fisiológica leve

Día 3 – Autocuidado básico

Actividad:

- . Una acción de autocuidado (ducha, cambio de ropa, ordenar un espacio pequeño).

 Objetivo: restablecer conducta de mantenimiento personal.

Día 4 – Contacto social mínimo

 Actividad:

- . Enviar un mensaje breve o interactuar de forma básica con otra persona.

 Objetivo: reducir aislamiento sin sobreexigencia.

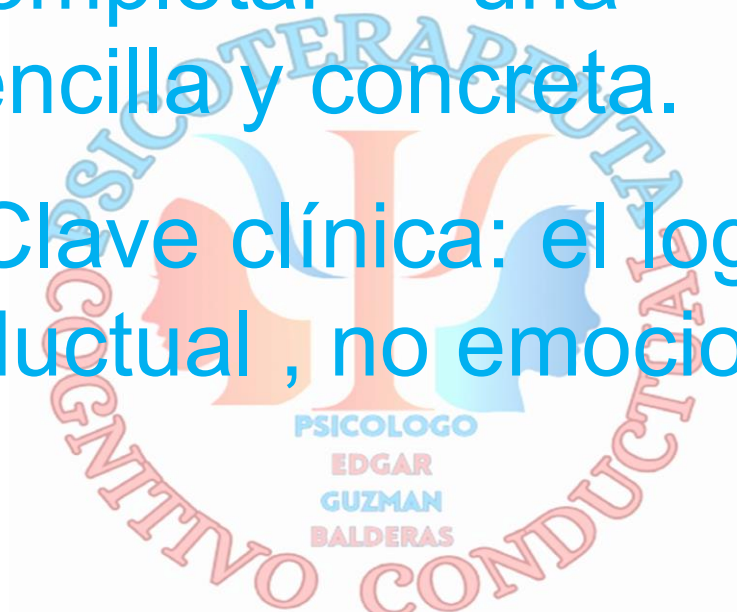


Día 5 – Actividad de logro pequeño

 Actividad:

- . Completar una tarea sencilla y concreta.

 Clave clínica: el logro es conductual , no emocional.



Día 6 – Actividad placentera breve

 Actividad:

- . Algo agradable durante 10–15 minutos (música, serie, lectura ligera).

 Objetivo: reactivar sistema de recompensa.





Día 7 – Revisión semanal



Actividad:

- . Revisar registros.
- . Identificar **emociones displacenteras predominantes y emociones adaptativas presentes**, aunque hayan sido breves.
- . Detectar actividades que aumentaron sensación de eficacia, calma o conexión.

♥ Enfoque compasivo: ajustar, no forzar.



SEMANA 2 – CONSOLIDACIÓN Y VALORES

Objetivo clínico: aumentar consistencia y dirección.



**Día 8 – Repetición
estructurada**

- . Repetir 2 actividades que funcionaron en semana 1.





Día 9 – Actividad alineada a valores



Actividad:

- . Elegir una acción conectada con lo que es importante (familia, salud, aprendizaje).



Día 10 – Activación cognitivo-conductual

 Actividad:

- . Registrar pensamiento automático previo a una actividad y realizar la acción aun con malestar.



Día 11 – Incremento gradual

☐ Actividad:

- . Aumentar ligeramente duración o dificultad de una actividad previa.



Día 12 – Regulación emocional

☐ Actividad:

- . Técnica breve de respiración o regulación antes de una actividad.



Día 13 – Conexión significativa

 Actividad:

- . Interacción social con mayor intención (llamada, conversación breve).



Día 14 – Evaluación clínica

Actividad:

- . Revisar avances.
- . Ajustar jerarquía de actividades.
- . Definir siguiente semana con apoyo terapéutico.

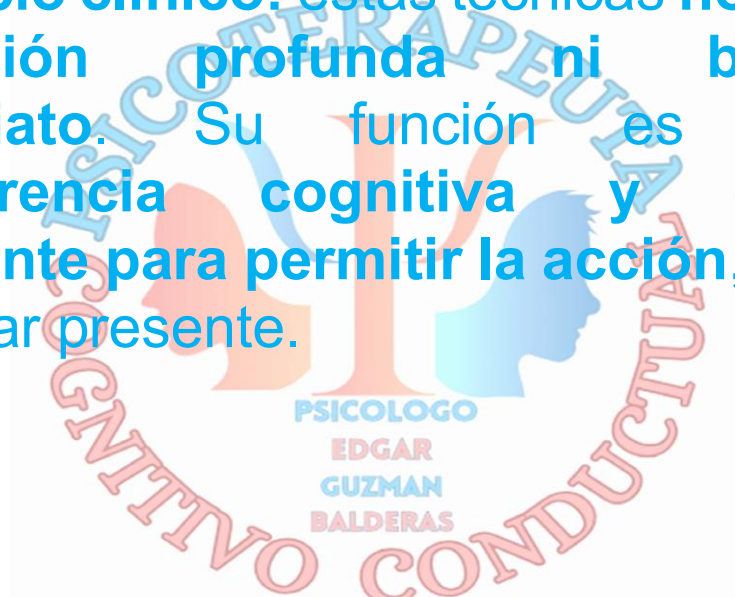


REGISTRO EMOCIONAL INTEGRADO

☐ MINDFULNESS CON MOVIMIENTO INTEGRADO A ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Técnicas de regulación funcional (conductas puente)

Principio clínico: estas técnicas no buscan relajación profunda ni bienestar inmediato. Su función es reducir interferencia cognitiva y corporal suficiente para permitir la acción, aun con malestar presente.





Respiración alternada discreta

- . Tapa suavemente una fosa nasal
- . Inhala por esa fosa
- . Cambia de lado
- . Exhala por la otra
- . Ritmo natural, silencioso



Función: disminuye
velocidad del pensamiento
y favorece enfoq

Activación cruzada sutil

- . Presiona pulgar con índice
- . Suelta
- . Cambia de dedo
- . Alterna ambas manos

 **Función:** ocupa
atención sin llamar la
atención externa

Anclaje en los pies

- . Presiona ligeramente un pie contra el piso
- . Cambia al otro
- . Nota el contacto

 **Función:** reduce
inquietud mental y
disociación leve





Descarga

corporal mínima

- . Aprieta puños o mandíbula
- . Exhala soltando lentamente
- . Mantén hombros relajados

 **Función:** libera tensión acumulada sin hiperactivación



Movimiento suave de tronco

- . Inhala al centro
- . Exhala girando apenas el torso
- . Regresa al centro
- . Cambia de lado

 **Función:** ayuda cuando la ansiedad se expresa corporalmente

☐ 🧠 Respiración con palabra mental

- . Inhala pensando “entro”
- . Exhala pensando “salgo”
- . Labios cerrados

👉 **Función:** reduce rumiación sin forzar calma



31 USO DIARIO SUGERIDO (ESTRUCTURA FUNCIONAL)

Mañana – Encendido del sistema

- 1 técnica corporal (1–3 min)
- 1 microtarea inmediata

Tarde – Sostén conductual

- Técnica breve
- Actividad de mantenimiento

Noche – Descarga sin análisis

- Técnica de descarga corporal
- Cierre sin evaluación cognitiva

Bajones dopaminérgicos (en cualquier momento)

- Técnica corporal breve
- Acción mínima inmediata
- Registro funcional corto

Integración con análisis funcional

A: pensamiento automático + emoción displacentera **B:** técnica corporal + acción pequeña **C:** reducción de bloqueo, sensación de agencia (no felicidad)

 Este proceso debilita la tríada cognitiva de Beck desde la conducta.

REGISTRO EMOCIONAL INTEGRADO

Objetivo clínico: monitorear el estado emocional sin convertirlo en criterio para actuar.

Emociones displacenteras (0–10)

- Tristeza
- Ansiedad
- Vacío / embotamiento
- Irritabilidad
- Culpa

Emociones adaptativas (0–10)

- Calma
- Alivio
- Interés
- Satisfacción
- Esperanza funcional

✧ *Una emoción adaptativa puede aparecer incluso en días difíciles y suele ser breve. Registrar su presencia entrena detección de cambio.*

VERIFICACIÓN EMOCIONAL DIARIA

Responder una vez al día:

- Emoción más intensa del día:
- Emoción adaptativa presente (aunque haya sido leve):
- Situación o actividad asociada:

☎ **Línea de la Vida**
(México): 800 911 2000 –
atención 24/7

🚒 **Emergencias: 911**

✉ **Contactar al terapeuta**
tratante



OBJETIVO FINAL

Restablecer patrones conductuales funcionales, ampliar el repertorio emocional, reducir evitación experiencial y facilitar recuperación emocional progresiva.

✦ Esta guía debe adaptarse siempre a la evaluación clínica individual y no sustituye el acompañamiento psicológico profesional.

Aporte de la neuropsicología en la comprensión de la depresión

Desde la neuropsicología, la depresión se asocia con cambios funcionales en el sistema nervioso que impactan la capacidad de iniciar, sostener y organizar la conducta.

Entre los procesos más frecuentemente implicados se encuentran:

Disminución de la activación del sistema de recompensa, especialmente en circuitos dopaminérgicos mesolímbicos

Alteraciones en funciones ejecutivas como el inicio conductual, la planificación y la toma de decisiones

Sesgos atencionales hacia información negativa

Fatiga cognitiva y enlentecimiento psicomotor

Estos cambios explican por qué muchas personas con depresión expresan frases como:

“Sé lo que tengo que hacer, pero no puedo empezar”

“Todo me cuesta más esfuerzo”

“Mi mente está lenta o agotada”

Desde este marco, estas dificultades no se conceptualizan como falta de voluntad, flojera o resistencia, sino como una disminución temporal de la eficiencia neurocognitiva asociada al episodio depresivo.

✿ Implicaciones clínicas del enfoque neuropsicológico

Reconocer estas alteraciones permite ajustar la intervención psicológica de forma más precisa:

Uso de actividades breves, estructuradas y predecibles

Reducción de la carga cognitiva en tareas terapéuticas

Inicio de la activación conductual con acciones mínimas

Integración de conductas puente de regulación corporal antes de la acción

Uso de refuerzos inmediatos en lugar de recompensas diferidas

Este ajuste previene:

Frustración terapéutica

Autocrítica excesiva

Abandono del tratamiento

La neuropsicología no sustituye la psicoterapia, su función es explicar y dosificar la intervención de acuerdo con la capacidad real del sistema nervioso en ese momento.

💧 Integración del abordaje psiquiátrico en depresión

La psiquiatría no se integra automáticamente por la presencia de un diagnóstico depresivo. Desde un modelo clínico basado en evidencia, la interconsulta psiquiátrica se decide por gravedad, curso del trastorno, nivel de riesgo y respuesta al tratamiento psicológico.

El abordaje farmacológico no compite con la psicoterapia, cumple una función complementaria cuando la carga biológica interfiere de forma significativa con el proceso terapéutico.

✦ Indicaciones clínicas frecuentes para interconsulta psiquiátrica

La valoración psiquiátrica suele considerarse cuando se presenta uno o varios de los siguientes escenarios:

Depresión mayor moderada o severa con deterioro funcional significativo

Inhibición conductual marcada que impide sostener activación conductual

Ideación suicida activa o pasiva persistente, o antecedentes de intento

Falta de respuesta clínica tras 6 a 8 semanas de intervención psicológica bien estructurada

Alta carga biológica: anhedonia intensa, enlentecimiento psicomotor, alteraciones severas del sueño o del apetito

Comorbilidades relevantes como ansiedad severa, TDAH no tratado, trastornos del sueño o sospecha de trastorno bipolar

🌐 Función del tratamiento farmacológico dentro del proceso terapéutico

El objetivo del tratamiento farmacológico no es eliminar emociones ni “arreglar” la vida del paciente, sino:

Modular la activación neurobiológica

Disminuir interferencia cognitiva y emocional

Facilitar el inicio y mantenimiento de conductas terapéuticas

Permitir que la psicoterapia sea efectiva

Dicho de forma clínica:

El medicamento baja el volumen del sistema nervioso para que el trabajo psicológico pueda realizarse.

🤝 Trabajo interdisciplinario

Una integración adecuada implica:

Comunicación constante entre psicoterapia y psiquiatría

Monitoreo conjunto de síntomas, funcionalidad y efectos secundarios

Ajustes coordinados según la evolución clínica

El tratamiento farmacológico no sustituye la psicoterapia, y la psicoterapia no invalida la utilidad del medicamento cuando está indicado.

