

## **NUEVAS TERAPIAS PARA LA DEPRESIÓN: LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL**

La depresión es uno de los trastornos que más ha crecido en los últimos años. Además, las previsiones sobre su incremento las siguientes décadas la convierten en uno de los principales problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad actual. Por fortuna, a la par que prosigue su endémica expansión, se están desarrollando tratamientos psicológicos novedosos y muy eficaces para contrarrestarla. Terapias como la Activación Conductual se han revelado ya hoy en día tan efectivas como la medicación, y resultan superiores a las terapias cognitivas, hasta ahora de primera elección. Los componentes de aceptación, el trabajo con los valores personales y el sentido de la vida, y el incremento de las actividades son los elementos constituyentes de estos nuevos modelos.

### **A vueltas con la depresión**

Sin duda, a pesar de lo mucho que se habla de ella en los medios de comunicación, la realidad de la depresión se escapa a muchas personas que no la han sufrido personalmente o que no han tenido amigos o familiares cercanos que la hayan padecido. Y es lógico, pues a todos nos cuesta distinguirla de la tristeza o pensar que, aunque uno esté bajo su influjo, no es posible actuar de una manera menos pasiva, ver las cosas de forma más realista o tomar decisiones sensatas que, efectivamente, dejarían de alimentar ese estado.

Por eso es importante delimitar bien cuándo nos hallamos frente a una auténtica depresión y cuándo frente a otra cosa. Para empezar, no es correcto establecer una conexión directa entre depresión y tristeza. Es verdad que en la mayoría de las depresiones hay un hondo sentimiento de desesperanza y congoja, pero en algunos casos se dan depresiones latentes en que los síntomas manifiestos son malestares corporales (jaquecas, dolores musculares), ansiedad, enfermedades orgánicas (que se contraen con suma facilidad) o, más corrientemente en niños y adolescentes, enfado y rabia. Por otro lado, este sentimiento de tristeza no es cosa de determinados momentos del día, sino que se prolonga de forma continua durante varios días y está presente todo el día con pocos momentos de excepción.

Pero, aunque sí se observe esta honda y permanente tristeza, su mera presencia no justifica el diagnóstico de depresión: junto con ella es necesario que se den algunos de estos otros síntomas: (1) una disminución acusada del interés o de la capacidad de sentir placer en todas o casi todas las actividades; (2) una pérdida importante de peso sin hacer régimen o un aumento de peso, o, al menos, una pérdida o aumento del apetito diario; (3) una situación de insomnio o, lo contrario, un exceso de sueño que se sucede prácticamente todas las noches; (4) una agitación o, mucho más frecuentemente, un enlentecimiento de los movimientos o del habla que es observable por los demás (no son meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido); (5) una gran fatiga y la sensación de pérdida de energía (que no está justificada por un exceso de actividad); (6) sentimientos de inutilidad o de culpa exagerados o inapropiados (que pueden llegar a estar completamente distorsionados); (7) una disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o una enorme indecisión (incluso en las tareas que antes se llevaban a cabo de forma rutinaria); y, por último (8) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideas de suicidio y, en ocasiones, planes para cometerlo.

En suma, lo primero que resulta imprescindible en esta sociedad donde mucha gente afirma bastante a la ligera que “está depre” consiste en saber que la depresión de verdad es un estado muy grave, con muchos síntomas asociados, que afecta profundamente a las personas durante periodos largos y que acarrea un enorme sufrimiento. Pocas cosas temen más las personas que han padecido una depresión que volver a escurrirse por su empinada y fatídica pendiente.

### **Los antidepresivos, ¿la solución?**

Aunque no se niegue la gravedad del problema que estamos describiendo, muchas personas se sienten aliviadas al pensar que los fármacos con que contamos hoy en día suponen un tratamiento siempre efectivo y rápido, que consigue rescatar a los pacientes aun con depresiones más severas. Sin embargo, lo cierto es que las investigaciones científicas y un análisis más pormenorizado arrojan serias dudas al respecto.

Para empezar, no deja de resultar paradójico que la venta de estos fármacos se haya disparado en las últimas décadas pero que la depresión, como una epidemia, siga creciendo y alcance cotas de prevalencia no imaginadas hace sólo seis o siete años. Ante este hecho habrá que plantearse si estamos en una sociedad desquiciada y que produce más y más depresiones, o bien si los antidepresivos se prescriben de forma exagerada y su eficacia no es tan alta como se supone.

Además, es una enorme contradicción el que la prescripción de un fármaco que actúa sobre la química cerebral se plantee como la solución a un problema social, y no se estime que el paciente depresivo deba llevar a cabo cambios vitales. Pues si es la vida que llevamos en esta sociedad la que engendra la depresión ¿cómo no plantear mudanzas en esa misma vida? ¿Es sensato enfocar el tratamiento de la depresión únicamente como si de una enfermedad orgánica se tratase?

Por otro lado, los antidepresivos plantean muchas otras dudas e inconvenientes. Todavía hoy desconocemos cuáles son sus mecanismos reales de actuación en el nivel de los neurotransmisores del Sistema Nervioso Central, por qué necesitan de intervalos de tiempo (habitualmente, de quince días a un mes) para que sus efectos sean perceptibles o a qué se debe que con unas personas sean eficaces y con otras no. Así mismo, casi todos ellos acarrear efectos secundarios muy importantes e incómodos para los pacientes y muchos temen que su toma continuada les afecte de forma permanente, pues es verdad que una prescripción estándar de antidepresivos supone un consumo durante periodos extensos de tiempo (nunca menos de seis meses, aunque mucho más frecuentemente se prolonga durante un año). Quizás por ello, multitud de estudios han demostrado que los tratamientos farmacológicos son abandonados por los pacientes bastante antes de que el psiquiatra lo indique. Pero aún después de recibida el alta médica, cuando se interrumpe progresivamente y según la pauta marcada, las recaídas depresivas resultan muy frecuentes cuando la única intervención ha consistido en la prescripción del fármaco antidepresivo.

### **Una alternativa con eficacia demostrada: la terapia psicológica**

Frente al tratamiento con medicamentos, existe desde hace años la posibilidad de abordar la depresión por medio de terapias psicológicas de probada eficacia. Este tipo de intervenciones no están sólo indicadas para las depresiones menos graves o severas, o aquellas con menos años de evolución. Tampoco hay evidencias de que respondan peor ante las consideradas depresiones “endógenas” y que sólo sirvan para aquellas “exógenas” o de naturaleza reactiva. Los ensayos clínicos aleatorizados con los antidepresivos más

recomendados y prescritos —como son los ISRS: Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina— y las terapias psicológicas han revelado que las técnicas cognitivas y conductuales son tan eficaces como los tratamientos farmacológicos, pero aportan además varios beneficios: menor abandono de la terapia antes de su finalización, menores recaídas (con seguimientos de hasta dos años) y mejor aceptación por parte de los pacientes cuando son preguntados. Estos datos están publicados y han sido difundidos por varios grupos de investigadores (DeRubies et al., 2005; Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008). No obstante, es posible que su conocimiento no sea tan del agrado de las grandes internacionales farmacéuticas, que tienen un negocio muy lucrativo con la venta multimillonaria de antidepresivos.

Resulta muy importante señalar que contemplar la depresión como un problema vital, al que el paciente puede hacer frente con estrategias psicológicas, en vez de como un desequilibrio biológico o neuroquímico, no supone ningún menoscabo de la importancia que posee este trastorno. No es una forma de minimizar su gravedad ni restar un ápice al enorme sufrimiento que comporta al que lo padece. Además, no se puede negar que los cambios en los comportamientos llevan aparejadas alteraciones en el plano biológico y químico. Hoy en día existen multitud de pruebas experimentales que evidencian que la actividad física, la exposición a determinados estímulos sensoriales o la regulación de los hábitos, por poner unos cuantos ejemplos, repercuten en cambios físicos observables a través de análisis químicos o con las sofisticadas técnicas de neuroimagen.

### **La nueva modalidad: la terapia de Activación Conductual**

Ciertamente, desde hace años existen terapias psicológicas que se han empleado con un éxito considerable para la depresión; sin embargo, los procedimientos más parsimoniosos y sencillos, más rápidos y de eficacia más claramente contrastada son bastante recientes. Entre ellos, destaca una intervención denominada terapia de Activación Conductual difundida sobre todo por Christopher Martell, Neil Jacobson o Sonja Dimidjian (los dos manuales más importantes de esta intervención, aún no traducidos al español, son los firmados por Martell et al., 2001, 2010 y cuya referencia completa se encontrará en la bibliografía).

Esencialmente, la Activación Conductual concibe la depresión más como una situación en la que el sujeto está inmerso que como un desequilibrio en los neurotransmisores cerebrales, un déficit orgánico o una alteración de la racionalidad del individuo (promovida por el surgimiento de ideas irracionales o distorsiones de pensamiento). Por supuesto, no niega que puedan acabar apareciendo las alteraciones químicas o cognitivas, pero éstas serían una consecuencia más de las circunstancias. Los síntomas depresivos como el agotamiento, las dificultades de concentración, los pensamientos negativos, las alteraciones del sueño y del apetito (y el resto que se mencionaron al inicio de este artículo), se consideran aquí sólo un producto de la depresión, sino algo que perpetúa este estado, que mantiene a la persona en la misma situación depresiva.

Pero ¿cómo llega a producirse esta situación? En principio, es habitual que la depresión se inicie (de forma progresiva o repentina) por el surgimiento de un acontecimiento doloroso (la pérdida de un ser querido o de un trabajo, una ruptura afectiva, un cambio de ciudad, una enfermedad, etc.). Este hecho favorece, en algunas personas, una pérdida de contacto con su fuente de gratificación más importante y esa situación mantenida conduce a los primeros síntomas depresivos. Sin embargo, una vez aparecidos

éstos, su mantenimiento en el tiempo se explica porque su presencia favorece un alivio a corto plazo, que, no obstante, resultará en consecuencias muy negativas a la larga. Un caso lo aclarará: para muchas personas que enviudan resulta muy difícil volver a salir y relacionarse. El contacto con los conocidos supone recordar lo vivido (y perdido) y la comparación con la dichosa circunstancia anterior se hace inevitable. Sin embargo, si uno carece de fuerzas, no puede concentrarse, sus hábitos de sueño y vigilia están alterados, etc. es comprensible que no salga ni se relacione, está justificado, también para uno mismo. Este modo de actuar —estos síntomas— suponen un cierto lenitivo a corto plazo, pero a la larga impiden que se retome una vida que proporciona satisfacciones y nuevos motivos para seguir adelante con ilusión. Pero, además, cuando la situación depresiva se prolonga durante muchos meses, se hace cada vez más difícil tomar decisiones, volver a recuperar el ritmo de vida anterior y hacer frente a las demandas del entorno.

Dado este marco comprensivo que propone la Activación Conductual, resulta lógico que la terapia se organice a partir del bloqueo de los comportamientos evitativos inherentes a la depresión y la promoción de las actividades que pueden suponer nuevas fuentes de gratificación.

### **La estrategia de la Activación Conductual**

Si bien conocer el modelo explicativo de la depresión que posee la Activación Conductual puede ser útil, lo realmente importante consiste en entender qué es lo que hace en cada caso.

Cuando un paciente con síntomas de depresión llega a la consulta, el terapeuta de Activación Conductual trata de entender las circunstancias que le han llevado a la situación presente y los comportamientos que parecen estar manteniéndola. A diferencia de lo que puede creer el mismo paciente (y muchas veces habrá oído de familiares y amigos) —esto es, que no tiene ningún sentido que actúe así y que debe animarse, moverse y esforzarse por mostrarse más contento—, el terapeuta trata de hacerle ver que su comportamiento está perfectamente justificado y tiene todo el sentido del mundo. Más aún: es la mejor forma que el paciente ha encontrado para hacer frente a sus difíciles circunstancias. Pero al tiempo debe hacerle consciente de que ese modo de actuar inevitablemente hará que su estado se perpetúe, que no rompa con la depresión. Por tanto, sólo hay una salida: comenzar a actuar de otra manera. ¿Y cuál es esa manera? Moverse no por lo que sienta sino a partir de unos objetivos establecidos sin considerar a corto plazo cómo le harán sentirse. Esta forma de hacer se denomina en la Activación Conductual actuar “de fuera-adentro”, por contraposición a actuar “de dentro afuera” que es lo que hasta ese momento hacía el paciente.

De forma más sencilla: un sujeto que acude a consulta puede explicar —y ser esto una descripción objetiva de su realidad— que cuando, merced a un esfuerzo extraordinario, logra salir con unos amigos que le han invitado, luego se encuentra mucho peor en esa reunión (aunque lo disimule) y aún más descorazonado al regresar a casa. Por tanto, lo que siente como “lógico” o “necesario” es evitar esas situaciones sociales que le hunden más y más. Sin embargo, el terapeuta le plantea que fijarán algunos objetivos de este tipo (sociales o de actividades laborales o de ocio) no porque vayan a hacerle sentirse mejor, sino porque a la larga reducirán su estado depresivo. Naturalmente, esto supone un importante acto de confianza en el paciente, pues de entrada el resultado esperable es que se encuentre algo peor. No obstante, si comprende que al comenzar a cambiar así su forma de actuar es

mucho más probable que al cabo tome de nuevo contacto con las cosas que antes le hacían feliz y dotaban de sentido a su vida, será más fácil que se mantenga en ese empeño.

Si bien la lógica de este procedimiento no es extraña, la habilidad del terapeuta para conseguir que el paciente actúe así es todo un arte. Por eso, deberá estar entrenado en un conjunto de técnicas encaminadas a conseguir el objetivo mencionado. ¿Cuáles son sus estrategias? A continuación se enumeran las más importantes:

*1. El empleo de registros donde se establece la conexión entre determinadas actividades y el estado anímico.*

Lo primero que propone el terapeuta al paciente en este modelo es apuntar cómo se siente a lo largo del día, especificando qué está haciendo en cada momento. Esto es necesario porque cuando se lleva tiempo deprimido es muy probable que ya no se aprecien los sutiles cambios de ánimo que se prolongan a lo largo del día y que no se asocian con nada de lo que uno está haciendo. Es importante romper esa sensación de humor deprimido general e indiscriminado que se sucede a lo largo del día, y la manera de hacerlo es atender a sus posibles mudanzas. Además, es el mecanismo a través del cual el paciente descubrirá que, aunque determinadas actitudes evitativas a corto plazo le alivian, a la larga no hacen sino redundar en su malestar. Estos registros se seguirán a lo largo del tratamiento para enseñar al paciente que esa “monitorización” favorecerá también en el futuro, una vez recuperado, que no se produzcan las temidas recaídas.

*2. La capacidad para organizar jerárquicamente y de forma progresiva las actividades que conviene recuperar.*

La siguiente destreza que despliega el clínico consiste en planear, junto con el paciente, unas actividades que, de acuerdo con el análisis efectuado en cada caso, probablemente facilitarán la recuperación del estado de ánimo. Sin duda, este es el elemento fundamental en la intervención —lo que supone realmente “activar” al paciente— y la técnica que se ha mostrado en más trabajos experimentales como la más eficaz para la curación de la depresión. No obstante, es igualmente la más complicada de llevar a la práctica. Para lograrlo el terapeuta tendrá que jerarquizar de forma muy cuidadosa las actividades o las partes de actividades más complejas o amplias. Así, por ejemplo, parece muy difícil que un paciente severamente deprimido sea capaz de apuntarse a un gimnasio y acudir a él tres veces por semana; sin embargo, quizás sea posible que pueda dar un paseo de unos diez minutos diarios. Pero si aún esto es difícil por el estado de postración en el que se halla quizás para empezar deba ir acompañado, o conseguir sólo que se arregle y camine hasta el bar de la esquina. Poco a poco, y a veces con los lógicos parones y toda la comprensión del mundo, se conseguirá que todas o la mayoría de las actividades programadas se lleven a cabo hasta su finalización.

*3. Métodos para conseguir que el paciente se centre en la actividad que está haciendo y no tanto en sus pensamientos negativos: la atención consciente.*

Algo muy característico de la depresión es la “rumia cognitiva” en que muchos pacientes se ensimisman. De hecho, a veces, aunque se lleven a cabo las actividades programadas, su puesta en práctica no reportará beneficios anímicos si el paciente no se centra en lo que está haciendo y sigue rumiando pensamientos negativos sobre sus culpas, sus recuerdos del pasado, sus errores, sus incapacidades, etc. En estos casos, es importante entrenar la atención consciente (o *mindfulness*, en el original inglés) a fin de que se centre en lo que

está viviendo justo en el momento presente, en el aquí y el ahora y atento a cada detalle o estímulo del momento actual.

#### *4. La programación de actividades de acuerdo con los valores del sujeto.*

En contraste con lo que sucedía en las anteriores terapias conductistas de la depresión, como las de Lewinsohn, en la Activación Conductual las actividades que se programan no necesariamente son las supuestamente gratificantes (por ejemplo, salir con amigos, ir al cine, ir a cenar fuera, pasear por el campo, etc.), sino aquellas que se incardinan con los valores de cada persona. Para un determinado sujeto, estar con sus hijos adolescentes con los que no tiene la mejor de las relaciones puede resultar difícil y poco gratificante, pero es posible que le transmita una sensación de deber cumplido y, a la larga, le produzca más satisfacción que evitar ese compromiso. Para una persona creyente muy deprimida y con déficit de atención puede resultar arduo leer a diario algunos versículos de la Biblia, pero también puede causarle una sensación muy positiva. Por otro lado, cuando se programan así actividades es más fácil que los pacientes sientan que están luchando por redescubrir el sentido de su vida, lo que habitualmente está muy afectado por el cuadro depresivo. Por último, definir este tipo de tareas es clave, pues es posible que determinadas actividades supuestamente positivas sean formas encubiertas de evitación. Así, por ejemplo, hacer el esfuerzo de ir a una exposición puede parecer positivo para alguien que está deprimido, pero si se hace para evitar llevar a cabo una obligación laboral, a la larga generará una frustración bastante más profunda.

#### *5. La práctica de habilidades sociales, de conductas asertivas y de muestras de expresividad.*

Por último, es habitual que en la misma consulta el clínico ensaye y haga role-playings con el paciente de forma que las muestras de conducta que éste exhiba lleven más fácilmente a proporcionarle el reforzamiento perseguido. Así, por ejemplo, si un sujeto deprimido quiere invitar a un compañero de trabajo a tomar un café porque en sesión se ha visto que tal actividad sería conveniente, es mejor que paciente y psicólogo ensayen varias veces cómo hacer esa petición ya que si ésta se realiza de forma muy inhábil socialmente (esto es, con un tono de voz casi inaudible y con la mirada gacha) es menos probable que el compañero acepte la invitación.

### **Conclusiones: salir de la depresión es posible cuanto se incrementa un tipo de actividad conveniente**

Como hemos visto, existen formas para conseguir romper con la depresión por medio de la terapia psicológica. El modelo de Activación Conductual asume que la correcta programación de unas actividades —aquellas que guardan estrecha relación con los valores importantes de la persona—, es el método más poderoso para recuperar la salud, la productividad y el sentido de la vida. Por supuesto, llevar a la práctica esta programación no es fácil, y se consigue sólo de forma muy progresiva y tras un correcto análisis de las conductas que representan evitaciones.

Frente a la toma de medicación que sitúa al paciente en una posición pasiva, la Activación Conductual le concibe como alguien capaz de respuesta, y que ha llegado a su situación de forma lógica, dadas sus circunstancias personales. Este énfasis por desbiologizar la depresión y por hacer que el paciente depresivo no sea visto como alguien aquejado de “deficiencias” (por ejemplo, de pensamiento) o “desequilibrios”

(neuroquímicos, fisiológicos o biológicos de cualquier índole) es una forma de rehumanizar la terapia que ofrecemos a los pacientes y un medio para permitirles ganar dignidad e integridad aun en el contexto de una situación de gran sufrimiento.

**Jorge Barraca Mairal**  
**Doctor en Psicología**  
[www.jorgebarraca.com](http://www.jorgebarraca.com)

## **BIBLIOGRAFÍA**

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Nueva York: Guilford Press.