

LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL Y LA DESMEDICALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Marino Pérez Álvarez

Universidad de Oviedo

La Activación Conductual (AC) emerge como la terapia más eficaz para la depresión. Ha mostrado ser más eficaz que la Terapia Cognitiva y tan eficaz pero más eficiente que la medicación para la depresión mayor. La AC entiende la depresión en términos contextuales y trata de ayudar a las personas deprimidas a reengancharse en sus vidas. La AC representa una alternativa a los modelos del déficit de la depresión que dominan el discurso clínico, sea en términos de química cerebral o de mecanismos psicológicos.

Palabras clave: Depresión, Activación Conductual, Terapia Cognitiva, antidepresivos

Behavioural activation (BA) emerges as the most effective therapy for treating depression. It has shown to be more effective than cognitive therapy, and similarly effective but with more effectiveness than medications used to treat major depression. BA therapy considers depression in contextual terms, trying to help depressed persons to get their lives back. BA represents an alternative view to the deficit model of depression that prevails among clinical settings in terms of brain chemistry or psychological mechanisms.

Key words: Depresión, Behavioural Activation, Cognitive Therapy, antidepressants

La AC es una nueva terapia para la depresión. En principio, la aparición de una nueva terapia para la depresión no debiera sorprender, ya que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más agradecidos para cualquier terapia con tal de que ésta tenga un mínimo de compostura. No es casual que sean numerosas las terapias eficaces para la depresión (Pérez Álvarez & García Montes, 2003). La novedad de la AC está en que pone en entredicho las prácticas clínicas al uso y lleva incluso a proponer la desmedicalización de la depresión.

EN ENTREDICHO LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS AL USO

Las prácticas clínicas en entredicho se refieren tanto a la medicación como a la terapia cognitiva. La medicación es sin duda el tratamiento más utilizado hoy día para la depresión. Se da la circunstancia de que el enorme incremento en la incidencia de la depresión en los países desarrollados en los últimos veinticinco años tiene que ver precisamente con la disponibilidad de la medicación, por no citar de repente al marketing farmacéutico. Esto es así a pesar de que los nuevos antidepresivos, a los que se debe irónicamente el aumento de la depresión, ni son tan eficaces como los antidepresivos clásicos, al menos en las depresiones más severas, ni están exentos de efectos nocivos, según se suponía cuando fueron lanza-

dos. Lo cierto es que la medicación antidepresiva supone un enorme gasto sanitario. De acuerdo con datos del Ministerio de Sanidad, en España el consumo de antidepresivos ha pasado de 7.285.182 de envases vendidos a cargo de la Seguridad Social en 1994 a 21.238.558 en 2003.

Hasta ahora, la medicación antidepresiva se justificaba en base a una asumida superior eficacia respecto a la terapia psicológica para la depresión mayor. En relación con la 'depresión menor' (de leve a moderada) se reconoce la eficacia también de la terapia psicológica. Aun así, la medicación es igualmente el tratamiento más usual para la depresión leve y moderada que, por lo demás, es el caso de la mayoría de las depresiones (véanse para estas cuestiones, González Pardo & Pérez-Álvarez, en prensa; Healy, 2004; Leventhal & Martell, 2006; Medawar & Hardon, 2004).

Pues bien, la AC ha mostrado ser tan eficaz como la medicación en la depresión mayor (Dimidjian, Hollon, Dodson et al, 2006). Este hallazgo pone en entredicho la medicación como tratamiento de elección para la depresión. Asimismo, pone en entredicho la supuesta naturaleza biológica de la depresión y en todo caso su consideración como enfermedad. Por otro lado, si se tiene en cuenta que buena parte de los pacientes con depresión mayor (entre el 26-66% de los pacientes de atención primaria) elegirían terapia psicológica en vez de medicación cuando se les da la opción (Craven & Bland, 2006), quedarían en entredicho también las polí-

ticas sanitarias que sigan promoviendo la disponibilidad de la medicación en detrimento de la terapia psicológica de probada eficacia. En definitiva, la AC parece proporcionar poderosas razones para la desmedicalización de la depresión (Jacobson & Gortner, 2000; Pérez Álvarez & García Montes, 2003), habida cuenta que su creciente incidencia responde en buena medida a la medicalización de la infelicidad, el sufrimiento, el descontento, el infortunio, la insatisfacción y la tristeza (Dworkin, 2001; Pilgrim & Bentall, 1999).

Por su parte, la terapia cognitiva es probablemente el tratamiento psicológico más utilizado para la depresión y en todo caso el que más se ha comparado con la medicación. Se refiere concretamente a la Terapia Cognitiva de la depresión (TC) de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1981). Debido a que formó parte de un importante programa de investigación para el tratamiento de la depresión del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (Elkin, Shea, Watkins et al, 1989), la TC alcanzó una celebridad por encima del resto de terapias psicológicas (incluyendo la terapia interpersonal que también formó parte de este estudio y a pesar de que ésta fue superior a la propia terapia cognitiva). De todos modos, la TC siguió mostrando su eficacia comparable a la medicación en estudios posteriores (DeRubeis, Hollon, Amsterdam et al, 2005; Hollon, DeRubeis, Shelton et al, 2005).

Con todo, la TC, aun cuando eficaz, plantea la cuestión acerca de si su eficacia se debe a la terapia en conjunto o quizá más bien a alguno de sus componentes, en particular, los conductuales o los cognitivos. La cuestión no sólo tiene un interés empírico-técnico en relación con la especificación de los componentes activos y así un posible perfeccionamiento de la terapia, sino que tiene además importantes implicaciones relativas al estatus de la TC y a la naturaleza del propio concepto de depresión. Concretamente, si resultara que el componente conductual por sí solo fuera igual de eficaz que la terapia completa, quedaría en entredicho el componente cognitivo y por ende el estatus de la terapia. Y así parece resultar de la investigación al respecto (Jacobson, Dodson, Truax, Addis & Koerner, 1996). Desde el punto de vista clínico aplicado esto no supondría, en principio, ningún problema, por cuanto se trataría de la misma eficacia conseguida acaso de una forma más eficiente. De confirmarse este hallazgo, la cuestión podría ser ya que el componente conductual se constituyera él mismo como toda una terapia. Esto es precisamente lo que ha ocurrido,

dando lugar a la ya así llamada terapia de AC. Es más, la AC ha llegado incluso a mostrar una mayor eficacia que la propia TC (Dimidjian et al, 2006). Al final, no deja de ser irónico que uno de los componentes de la TC, debidamente explotado al margen del bagaje cognitivo, resulte más eficaz que la terapia completa, aplicada de acuerdo con todos sus supuestos.

De esta manera, la AC no sería una terapia psicológica más que se alinea a la par de las terapias cognitivo-conductuales sino que pone en entredicho la propia TC, tanto su fundamento como su procedimiento. En relación con la TC, la AC representa un modelo radicalmente distinto. Mientras que la TC responde a un modelo médico de psicoterapia, la AC responde a un modelo contextual. En este sentido, la AC viene a contribuir igualmente a la desmedicalización de la depresión que también sería necesaria en la terapia psicológica representada en este caso por la TC.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LA AC

Como ya se ha apuntado, la AC tiene su origen en la investigación de los componentes de la TC (Jacobson et al., 1996). Los componentes de la TC se diferencian en dos grandes tipos de técnicas: conductuales y cognitivas. Ni que decir tiene que las técnicas cognitivas constituyen el componente esencial de la terapia, de acuerdo con el modelo cognitivo de la depresión propuesto por la propia terapia. El modelo cognitivo de la depresión sostiene que los individuos depresivos tienen ciertos esquemas cognitivos (asunciones o creencias) que les predisponen a interpretaciones negativas de los eventos de la vida (distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos), las cuales llevan a su vez a las conductas depresivas (actividad reducida y bajo humor). Así, la TC incluye técnicas dirigidas a la activación de conductas, a las distorsiones o pensamientos automáticos y a los esquemas o creencias subyacentes. El primer foco se lleva a cabo mediante técnicas conductuales y los dos siguientes mediante técnicas cognitivas, unas dirigidas a los pensamientos automáticos y otras a las creencias subyacentes. Aunque la terapia suele empezar por las técnicas conductuales, se entiende que su eficacia se debe sobre todo a las técnicas cognitivas y tanto más en la medida en que reestructuren los esquemas depresógenos subyacentes, causa de la depresión (según la *hipótesis cognitiva* al respecto).

Como quiera que la TC es un paquete multicomponente, cabe considerar explicaciones alternativas a la *hipótesis cognitiva*. Concretamente, se podrían considerar

dos hipótesis alternativas: la *hipótesis de la activación* y la *hipótesis del afrontamiento*. De acuerdo con la hipótesis de la activación, la eficacia se debería a lo que hace la terapia para 'activar' a los pacientes y ponerlos en contacto con posibles condiciones ambientales beneficiosas. De acuerdo con la hipótesis del afrontamiento, la eficacia se debería a las habilidades aprendidas durante la terapia en tratar con los eventos y los pensamientos automáticos disfuncionales. De acuerdo con la hipótesis cognitiva, la eficacia se debería a la reestructuración de los esquemas depresógenos subyacentes. Para poner a prueba estas hipótesis se diseñó un cuidadoso estudio en el que se comparaban estas tres condiciones (Jacobson et al, 1996):

- 1) la activación conductual en relación con la hipótesis de la activación,
- 2) la activación conductual más la modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales en relación con la hipótesis del afrontamiento, y
- 3) la TC completa en relación con la hipótesis cognitiva

La condición de activación conductual consistió en el componente de técnicas conductuales que forman parte de la TC: programación de actividades, valoración del 'agrado y dominio' de las actividades realizadas, asignación de tareas graduales, ensayo imaginario de las actividades a realizar, discusión de problemas específicos y desarrollo de habilidades sociales. La condición de activación conductual más modificación de pensamientos automáticos disfuncionales consistió en añadir a la condición anterior técnicas cognitivas tales como detección de pensamientos precedentes a los cambios de humor, registro diario de pensamientos disfuncionales asociados a eventos, revisión de los pensamientos negativos, entrenamiento en pensamientos más realistas, re-atribución de los eventos y puesta a prueba de las interpretaciones negativas. La condición de TC consistió en la terapia completa, de manera que además de las condiciones anteriores incluía técnicas cognitivas dirigidas a la modificación de los esquemas tales como la discusión de creencias subyacentes causantes de los problemas depresivos, la identificación de las asunciones y creencias básicas, la propuesta de asunciones alternativas, la discusión de las ventajas y desventajas de unas u otras creencias, la discusión de las ventajas a corto y largo plazo de las distintas creencias, tareas para casa a fin de poner a prueba la validez de las creencias y la revisión de creencias asociadas a eventos (Beck et al., 1979/1981).

Si los cambios estructurales en los esquemas subyacentes son realmente necesarios para el tratamiento de la depresión, entonces la TC (condición 3) habría de ser significativamente más eficaz que una terapia que se quedara en la modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales (condición 2) y desde luego que la que consistiera únicamente en la activación conductual (condición 1).

El hallazgo fue que ninguna de las tres condiciones resultó superior a las otras, dentro de que todas ellas obtuvieron una eficacia comparable a la ya conocida de la TC según estudios anteriores. Los resultados muestran que la activación conductual es tan eficaz como la terapia completa. Sugieren asimismo que las técnicas cognitivas no son necesarias para el cambio terapéutico. Así pues, los resultados confirman la hipótesis de la activación frente a la hipótesis del afrontamiento y la hipótesis cognitiva. Dado el rigor del estudio, se descarta que los resultados se pudieran deber al solapamiento de los tratamientos (los cuales fueron ciertamente diferentes de acuerdo con sus propios protocolos) o la inadecuada aplicación de la TC que de hecho se aplicó por acreditados terapeutas cognitivos (Jacobson et al, 1996). Por otro lado, estos resultados se mantenían en un seguimiento de dos años, de modo que no se podría decir que la terapia cognitiva no tuvo tiempo en mostrar su aportación (Gortner, Gollan, Dodson & Jacobson, 1998).

Este hallazgo dio pie a la propuesta de la activación conductual hasta ahora un componente de la TC como una terapia por sí misma. La consideración de la AC como terapia por sí misma supuso su replanteamiento como una terapia propiamente conductual. Así, se resituía en la tradición y en la perspectiva del análisis funcional de la depresión establecido por Ferster (1973) siguiendo a Skinner (1957/1981). De acuerdo con el análisis de Ferster, la depresión consistiría básicamente en la reducción de conductas reforzadas positivamente (reducción de actividades interesantes) y/o en el aumento de conductas reforzadas negativamente (consistentes en la evitación de algo negativo más que en la consecución de algo positivo). Se entiende que esta situación es debida a cambios en las circunstancias personales ocurridas de una forma más o menos gradual o abrupta. El caso es que la depresión supone una *situación* en la que las cosas valiosas hasta entonces han perdido su valor si es que no resultan punitivas. En este sentido, la depresión sería más una situación *en* la que uno está que algo que uno tiene *dentro* de sí.

Asimismo, la AC tiene que ver con la terapia conductual para la depresión desarrollada por Lewinsohn y colaboradores ya a partir de la década de 1970 (Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1978; Lewinsohn & Gotlib, 1995). La terapia de Lewinsohn enfatiza el desarrollo de actividades agradables y de habilidades sociales. De todos modos, en relación con estas terapias conductuales de la depresión como la de Lewinsohn y otras más que se podrían citar (véase Pérez-Álvarez & García-Montes, 2003), la AC incorpora importantes aspectos nuevos (Hopko, Lejuez, Rugiero & Eifert, 2003).

En primer lugar, la AC es más ideográfica que las terapias conductuales tradicionales (y desde luego que la TC), en la medida en que pone más atención en las circunstancias personales que mantienen la conducta depresiva de un individuo concreto. En esta línea y en segundo lugar, la AC supone un análisis funcional tanto de la conducta depresiva como de las actividades propuestas. Así, por ejemplo, más que meramente aumentar las actividades que se suponen agradables (o la simple programación del tiempo), la AC propone actividades que sean relevantes para las necesidades y valores de la persona en particular. En tercer lugar, la AC incorpora el modelo de aceptación-cambio que ya figura en la terapia de aceptación y compromiso (Wilson & Luciano, 2002). En este sentido, propone la realización de actividades a pesar del estado de humor y pensamiento negativo que se pueda tener. En todo caso, la aceptación de la AC está más orientada al cambio que propiamente a la aceptación, ya que trata más de modificar las condiciones de las que depende la 'experiencia depresiva' que de aceptar tal experiencia como 'filosofía de vida'. A propósito de la terapia de aceptación y compromiso, la AC introduce igualmente el concepto de evitación, si bien habla de evitación conductual en vez de evitación experiencial (como se verá más adelante). En cuarto lugar, la AC reconoce la implicación de la cognición en la depresión, pero no considera que sea la causa próxima de la conducta abierta y que por ello debiera ser objeto directo del tratamiento. La AC 'trata' las cogniciones y las emociones indirectamente, al poner a las personas en contacto con posibles consecuencias positivas de su conducta abierta.

FILOSOFÍA CONTEXTUAL

La AC supone por lo pronto una recuperación de las raíces contextuales de la terapia de conducta (Jacobson, 1997; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001).

La terapia de conducta en sus orígenes, a partir de la década de 1950, lo que hoy ya se ve como su primera generación, tenía un marcado enfoque contextual, al poner el énfasis en las contingencias ambientales como determinantes de la conducta, incluyendo la conducta problemática. Un ejemplo de este enfoque sería el citado análisis funcional de la depresión de Ferster (1973). En este sentido, el cambio de la conducta implica el cambio del ambiente en relación con ella. Este cambio del ambiente puede ser 'operado' por el terapeuta, en la medida en que disponga de las condiciones necesarias para llevarlo a cabo, lo que a menudo queda limitado a contextos institucionales. Otra posibilidad del terapeuta para 'manejar' el ambiente está en la situación clínica, cuya posibilidad fue especialmente desarrollada por la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999). El cambio del ambiente podría ser 'operado' también por el paciente, si hace algo que pueda alterar las circunstancias de una forma beneficiosa. En este caso, ya no sería un paciente pasivo sino un agente activo o sujeto operante. Esta es la estrategia que seguirá la AC.

Con todo, este enfoque contextual se perdió en buena medida cuando la terapia de conducta se alió con la terapia cognitiva, dando lugar al conocido compuesto cognitivo-conductual, lo que constituiría toda una segunda generación de la terapia de conducta, a partir de la década de 1970. Ahora, la terapia no se propone cambiar el ambiente sino la mente. Los problemas psicológicos ya no se deberían a las condiciones de la vida, sino a las percepciones, procesamiento de la información y demás. En fin, de un enfoque contextual se pasaría a un enfoque cognitivo. Un ejemplo de esta *caída* en el enfoque cognitivo sería precisamente la TC de la depresión. La cuestión sería que buena parte del éxito del enfoque cognitivo habría sido a costa de desvirtuar el sentido contextual e ideográfico de la terapia de conducta y de adoptar en su lugar un modelo médico, internista, nomotético y, en definitiva, descontextualizado de los problemas psicológicos, como si todos los casos de un cuadro fueran iguales y sus causas consistieran en el déficit o disfunción de algún supuesto mecanismo interno. Por otro lado, el enfoque cognitivo puede que esté impidiendo aplicaciones terapéuticas más eficaces, debido a su rigidez explicativa y a la estandarización de su procedimiento (Addis & Jacobson, 1996; Kohlenberg, Kanter, Bolling et al, 2002).

Debido a estos problemas (desvirtuación del sentido contextual y limitaciones de la eficacia), junto con un mayor desarrollo del propio enfoque contextual, ha emergido a partir de la década de 1990 una nueva generación de terapias, declarada ya como la tercera ola o tercera generación de terapias de conducta (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2006). Entre estas nuevas terapias figura la AC. Una característica de todas ellas, empezando por la AC, es precisamente la recuperación de las raíces contextuales perdidas. Ahora bien, no se trata de una mera recuperación de las raíces perdidas sino de toda una filosofía contextual acerca del entendimiento de los trastornos psicológicos (psiquiátricos o mentales) y de su tratamiento.

La filosofía contextual sitúa los trastornos psicológicos en el contexto de las circunstancias personales y no, por ejemplo, en el ámbito de alguna supuesta avería interna, psiquiátrica y psicológica. Los 'síntomas', lejos de ser vistos como emanaciones (brotes o señales) de causas subyacentes, se verían como acciones dramáticas (en varios sentidos) que se desarrollan en el curso de la vida. Los 'síntomas', como toda conducta, tienen alguna función, se excusa decir en el contexto en el que ocurren. En este sentido, los 'síntomas' serían tanto un problema como un intento de solución, aunque fallida. Se podría decir, entonces, que los 'síntomas' son esfuerzos fallidos en resolver un problema de la vida. En esta perspectiva, la cronificación podría ser vista más como la instalación de uno en el 'síntoma' que como el 'síntoma' instalado en uno, en cuya instalación en el 'síntoma' pueden contribuir, por cierto, algunas prácticas clínicas.

Por su lado, la filosofía contextual concibe el tratamiento psicológico como una tarea consistente, ante todo, en ayudar a la persona a solucionar los problemas presentados. Más en concreto, la terapia psicológica se concebiría como consultoría conductual (Froján, 2004). El papel del terapeuta se define y así se explica al cliente en términos de consultor, asesor, colaborador o, incluso, de 'preparador' o 'entrenador personal', a pesar de estar enmarcado en un contexto clínico-médico o quizá precisamente por ello. Este papel habría de generar el papel complementario de cliente o consultante, más que el de paciente o enfermo. En todo caso, la cuestión es que el 'paciente' adopte un papel activo en relación con su problema, en vez de esperar que el clínico le aplique o le dé una solución que por sí misma lo resolviera (supuesto que existiera). Ni que decir tiene que esta relación terapéutica es un tanto paradójica en el contexto

clínico según éste está 'formateado' a imagen y semejanza de la práctica médica. El psicólogo clínico, sin dejar de ser clínico, no sería sin embargo un clínico a la manera médico-psiquiátrica.

La AC es un ejemplo paradigmático de esta filosofía contextual de la práctica clínica, consistente en hacer que el paciente sea agente activo en cambiar las condiciones reales de las que depende su problema. En esta misma línea se citaría el modelo de ayuda psicológica de Costa y López (2006), concebido expresamente para 'dar poder para vivir' en el sentido de 'fortalecer a las personas', frente a la tendencia de convertirlas en pacientes consumidores de remedios que fomentan el desvalimiento.

LA DEPRESIÓN EN CONTEXTO

De acuerdo con esta perspectiva, la depresión no es algo que uno tiene, según a menudo se da a entender, como si uno tuviera dentro de sí una condición patógena (un desequilibrio neuroquímico o un déficit en el funcionamiento psicológico) sino una situación en la que uno está, por lo pronto, una situación sin alicientes, al menos, sin los alicientes que hasta ahora eran importantes. Esta situación depresiva puede deberse a varias circunstancias, aunque a veces no sean fáciles de determinar. Para muchas personas, el comienzo de la depresión puede encontrarse en una pérdida súbita, tal como la pérdida de un empleo, la disolución de una relación o la muerte de un familiar, en el fallo en conseguir una meta personal o en la dificultad para afrontar los avatares cotidianos de la vida. Para otras, sin embargo, el comienzo de la depresión no es fácil de relacionar con alguna circunstancia o evento particular. Aun así, no quiere decir que no existan. En la perspectiva contextual cabe considerar que las condiciones antecedentes hayan estado presentes por largo tiempo, incluso años, sin que el propio individuo pueda dar cuenta de ellas. En todo caso, no por eso es necesario asignar la etiología de la depresión a supuestas condiciones bioquímicas ni tampoco se gana nada renombrándola como endógena. La atribución de la depresión a causas bioquímicas o endógenas supone más la ignorancia de las condiciones personales que propiamente un conocimiento de causa.

La AC se atiene al principio según el cual las personas son susceptibles de la depresión por una variedad de circunstancias. En este sentido, la depresión no sería sino una forma posible de estar-en-el-mundo, dadas las circunstancias. El hecho de que alguien tenga más propen-

sión a la depresión que otro en las 'mismas circunstancias' se habría de entender en el contexto de su historia personal que al ser única, nunca estaría en realidad en las mismas circunstancias. La invocación de una supuesta predisposición genética no sólo se hace sin conocimiento de causa sino que desvía del conocimiento de las causas contextuales, por otro lado, más plausibles y remediabiles.

En todo caso, estén o no más o menos claras las circunstancias que han propiciado la depresión, las personas deprimidas suelen actuar de una manera que puede estar manteniendo la propia condición depresiva. Quiere decir que las acciones y reacciones que caracterizan a las personas deprimidas juega un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro, como supone la psicopatología al uso (de corte nosográfico). Así, de acuerdo con la AC, buena parte de los 'síntomas' de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como evitación. Se trataría, por tanto, de 'síntomas' que cumplen una función sobre el ambiente. Siendo así, los síntomas mejor se verían como conductas. De hecho, la AC se refiere a los síntomas en términos de 'evitación conductual'.

La evitación conductual toma una variedad de formas, desde la permanencia en casa 'retirándose' de las actividades habituales a los 'pensamientos rumiativos' pasando por 'modos depresivos' de interacción con los demás. En general, se podría decir que la 'depresión' en su conjunto es toda una forma de evitación. Desde luego, no siempre es obvio que las conductas de los clientes son conductas de evitación. El cliente hace lo que *siente* na-

tural. Únicamente cuando se analizan las consecuencias de la conducta se puede empezar a comprender su función, en este caso, la de evitación. El aspecto decisivo es la función no la forma. La cuestión es que la evitación no sólo estaría impidiendo a las personas deprimidas abordar los problemas que han causado la situación actual y abrir nuevas posibilidades para su vida, sino que estaría también metiéndolas en el círculo vicioso de la depresión.

La evitación conductual es, en realidad, un 'problema secundario' derivado de las circunstancias depresógenas iniciales que, sin embargo, juega un papel primordial en la situación depresiva. Así, pues, la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas, en este caso, las circunstancias que propician la depresión como en sus respuestas a tales eventos, en este caso, la evitación conductual. La AC representa la situación depresiva como interacción entre diversos aspectos del contexto, según la Figura 1.

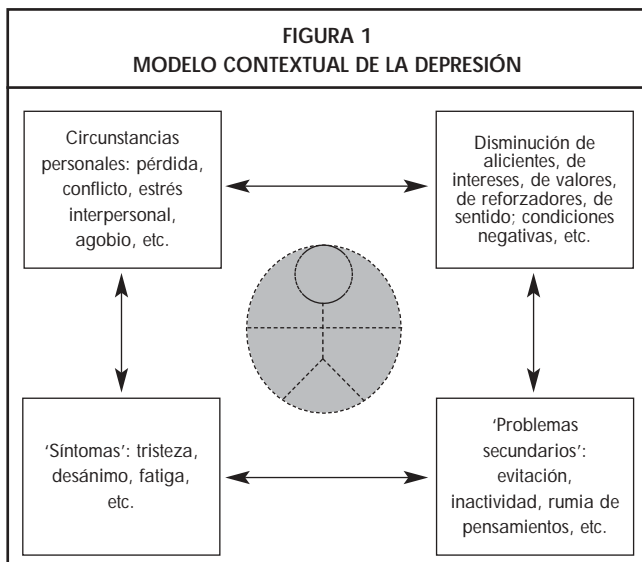
Así, los eventos vitales pueden estar asociados con la disminución de reforzamiento positivo o de alicientes de la vida, el cual puede llevar a 'problemas secundarios' de evitación y a diversos 'síntomas depresivos'. Nótese que los 'síntomas', a menudo considerados la 'depresión', no son sino un aspecto de toda una situación que termina por envolver a la persona.

APLICACIÓN DE LA AC

Para la aplicación de la AC es más importante la filosofía contextual que las técnicas. De hecho, las técnicas son bastante comunes, aunque requieren su habilidad y tener claro dónde se quiere ir (Martell et al., 2001, p. 59). Se expondrán en primer lugar ciertos principios que el terapeuta ha de tener presentes a lo largo de la terapia. Se expondrán asimismo ciertos fundamentos en los que se asiente la aplicación terapéutica. A continuación se expondrá el procedimiento (Hopko et al., 2003; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Martell et al., 2001).

Principios a tener presentes a lo largo de la terapia

- 1) *Las personas son susceptibles de depresión por una variedad de razones.* La referencia a la 'susceptibilidad' sugiere que la depresión se entiende más como una posibilidad del ser humano que como un déficit o disfunción de algún supuesto mecanismo neuropsicológico. Por su parte, la referencia a la 'variedad de razones' apunta a las circunstancias de la vida de manera que, aun cuando éstas no sean fáci-



les de identificar, no por ello la depresión tendría causas endógenas. En este sentido, se diría que la depresión tendría más bien *razones* vitales que *causas* biológicas.

- 2) *Las conductas para afrontar la situación depresiva juegan un papel decisivo en la depresión.* Quiere decir que las conductas características de las personas deprimidas exacerbaban la depresión, impiden abordar los problemas de la vida que pudieran cambiar las cosas y mantienen una actitud pasiva que mete en un círculo vicioso. Estas conductas 'depresivas' se refieren a los sentimientos de tristeza, los pensamientos pesimistas, la reducción de actividades, la actitud pasiva, etcétera. Para la AC, estas conductas, lejos de ser meros síntomas de depresión, constituyen y contribuyen a la condición depresiva. En particular, la AC destaca el papel evitativo que están cumpliendo tales síntomas o conductas, la evitación conductual señalada.
- 3) *La AC no consiste simplemente en aumentar las actividades agradables.* No se trata pues de hacer por hacer (en plan hipomaniaco) ni de rellenar el tiempo por estar ocupado, sino de hacer algo funcional, con sentido práctico para la persona. La idea es que el consultante termine siendo un experto en observar las relaciones entre las acciones y las consecuencias en la vida diaria, en particular las consecuencias que tienen que ver con su estado de ánimo.
- 4) *Los clientes deberían reparar en la situación en la que están y en las consecuencias de las conductas sobre su estado de ánimo.* La AC enseña a sus clientes a observar lo que hacen o dejan de hacer en orden a saber por qué se sienten como se sienten. Es primordial para la AC relacionar lo que a uno le pasa con las circunstancias de su vida.

Fundamentos sobre los que se asiente la aplicación terapéutica

- a) *La terapia tiene como foco central las conductas del cliente y el contexto en el que éstas ocurren.* La cuestión primordial para el terapeuta es 'qué circunstancias están implicadas en cómo el cliente se siente y responde a ellas de manera que mantienen tal sentimiento', de tristeza, desánimo o lo que sea que experimente.
- b) *La terapia trata de enseñar al cliente a ser activo, a pesar de sus estados emocionales.* La cuestión es que el cliente actúe de acuerdo a objetivos de su interés en vez de acuerdo a cómo se siente.

- c) *La terapia necesita identificar los patrones de respuesta que puedan estar manteniendo la depresión.* Esto supone analizar sobre registros diarios u otros datos las pautas características del cliente en la vida cotidiana.
- d) *La terapia enseña al cliente a hacer análisis funcionales de sus propias conductas, identificando sus antecedentes y consecuentes.* Supone por lo general una nueva perspectiva acerca de sí mismo, consistente en entender el propio comportamiento en relación con el contexto, en vez de conformarse con explicaciones internas que apelan a sentimientos o pensamientos. No se trata de invalidar ni de disputar las explicaciones que dan los clientes en términos de causas internas como, por ejemplo, cuando atribuyen su comportamiento a la 'baja autoestima', sino de relacionar tales 'causas' con condiciones del contexto manejables. Así, respecto de la señalada 'baja autoestima', el terapeuta no discutiría este concepto sino que diría algo como, 'Bien, la gente entiende diferentes cosas por este término, me gustaría saber qué significa para ti. ¿Podrías decirme qué cosas están ocurriendo cuando te sientes con baja autoestima? ¿Hay veces en las que tu autoestima es alta?' Una vez que las explicaciones internas, que parecían autosuficientes, se relacionan con las condiciones de las que en realidad dependen, es posible 'activar' a la persona de una manera en la que puede ahora crear, cambiar y mejorar su situación, incluyendo la 'autoestima'.

PROCEDIMIENTO

La exposición del procedimiento de la AC ha de empezar por la consideración también de cuatro objetivos: la evitación conductual, el contexto terapéutico, la interrupción de rutinas y el afrontamiento pasivo.

La evitación conductual. Como ya se dijo, la evitación conductual constituye para la AC el problema primordial de la depresión. Dadas las circunstancias por las que uno ha *entrado* en depresión, un problema secundario en el tiempo como es la evitación conductual se constituye en el problema primordial de la situación depresiva. De acuerdo con la AC, la depresión misma es una forma de evitación. La evitación de la que se habla aquí no es asunto de intencionalidad, sea por decir que el cliente pasa el día en la cama para no ir a trabajar, sino de funcionalidad, tal que haciendo eso no arregla la situación. Un criterio funcional, pragmático, prima en la AC. Más específicamente, la evitación conductual mantiene a uno fuera de contacto con las condiciones de las que po-

dría depender una mejoría a la vez que pueden meterlo en todo un circuito auto-reflexivo.

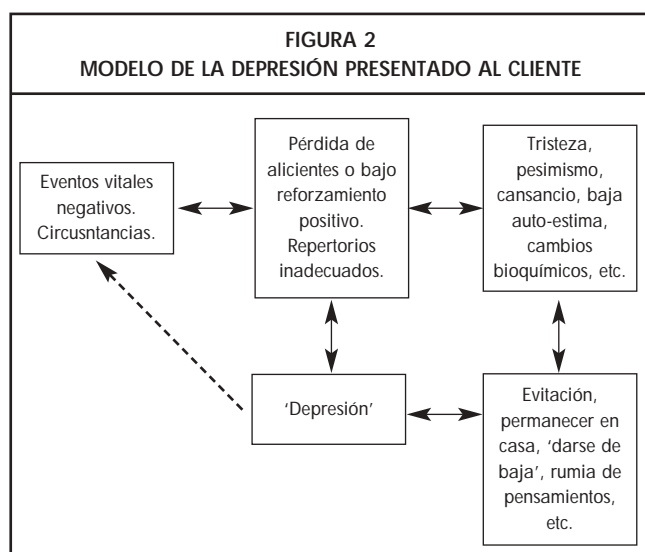
El contexto terapéutico. Para la AC, como para otras psicoterapias, el contexto de la relación terapéutica es muy importante. De todos modos, la AC no sólo requiere de una colaboración empírica como la TC, en esta caso para poner en práctica la activación conductual en el contexto extra-clínico, sino que toma la propia relación terapéutica como contexto propiamente terapéutico, en esto como la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg et al, 1999). En este sentido, es un requisito del terapeuta de AC considerar la función de las verbalizaciones del cliente tanto o incluso más que su contenido. Así, por ejemplo, la expresión de un cliente 'Me siento solo' puede tener la función de 'mando', en terminología skinneriana, que demanda efectivamente determinada atención social, puede tener alternativamente la función de 'mando mágico' en el sentido definido por Skinner (1957/1981, p. 62) sin que en este caso 'demande' una respuesta particular o, en fin, puede tener también la función de evitar el tema del que se estaba hablando. En general, es mejor estimular conversaciones acerca de actividades prácticas que alimentar conversaciones acerca de quejas reiteradas sobre la vida.

La disrupción de rutinas. La disrupción de las rutinas que constituyen el funcionamiento de la vida cotidiana suele preceder a un episodio depresivo. Aunque tal disrupción está particularmente reconocida en la depresión bipolar, también es importante en las demás depresiones. En todo caso, la AC trata de restablecer las rutinas interrumpidas o en su lugar establecer otras que vengán a estabilizar el ritmo de la vida.

El afrontamiento pasivo. Puesto que el afrontamiento pasivo es cómplice de la situación depresiva, la AC propone desde el principio un papel activo para sus clientes. En vez de otorgarles a las personas deprimidas el papel de pacientes pasivos, a la espera de estar bien para actuar, la AC les propone actuar para estar bien.

La AC es un tratamiento ideográfico, de manera que no sigue un procedimiento protocolizado sesión-por-sesión. De todos modos, su lógica permite una aplicación estructurada sin dejar de ser flexible. La duración del tratamiento es de 20-24 sesiones, si bien hay modalidades más breves del orden de 6-12 sesiones (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001) e incluso formatos autoaplicados (Addis & Martell, 2004). El curso del tratamiento pasa por una serie de etapas. Empieza, como otras psicoterapias, por el establecimiento de una relación terapéutica colaboradora. En todo caso, la AC procura mantener un equilibrio entre la atención a las preocupaciones del cliente y la adhesión a los objetivos y técnicas del tratamiento. En esta línea, el terapeuta demuestra un entendimiento de la situación del cliente y hace preguntas que puedan llevar a una mayor especificación de los patrones conductuales que han llegado a ser problemáticos. Dado este contexto, el terapeuta enseña al cliente a analizar la depresión en términos contextuales. A este respecto, presenta un modelo de la depresión, utilizando a menudo diagramas. El modelo de la depresión presentado al cliente sitúa en un diagrama los distintos aspectos de la situación depresiva (Figura 2).

Uno de estos aspectos viene dado por las condiciones de la vida que anteceden la depresión. Estas condiciones antecedentes pueden consistir en eventos negativos actuales o recientes fácilmente identificables o en circunstancias biográficas predisponentes. Otro aspecto es la pérdida de aliciente de las cosas hasta ahora interesantes y de valor para uno o, en términos técnicos, el nivel bajo de reforzamiento positivo. Este aspecto incluye también la inadecuación de los repertorios conductuales que serían necesarios para mantener o alcanzar las metas valiosas. Otro aspecto diferenciado es el 'sentimiento depresivo' (tristeza, baja autoestima, etcétera) resultante de los aspectos anteriores. Se podrían incluir aquí posibles cambios neuroquímicos concomitantes al estado depresivo. Nótese que este aspecto, a menudo considerado la depresión misma, se sitúa en el modelo como subefecto de la situación depresiva y no, por ejemplo, como su causa o entidad auto-definitoria. Un cuarto aspecto destacado es el patrón de evitación conductual, consistente



en la retirada de las actividades habituales, la implicación en otras actividades que no hacen sino evitar situaciones, 'darse de baja' en varios sentidos, la 'rumia' dándole vueltas a pensamientos sin resolución, etcétera. Aun cuando este aspecto, como se ha dicho, es un 'problema secundario' de la condición depresiva tiene sin embargo un papel decisivo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. El modelo destaca asimismo un quinto aspecto nombrado 'depresión', quizá para que la idea de depresión quede *situada* en el modelo. En todo caso, la 'depresión' así figurada no deja de ser un aspecto dentro del circuito en el que consiste en realidad la situación depresiva. Recuérdese que la depresión sería una *situación* dentro de la que uno está y no una *cosa* que uno tiene dentro de sí.

El sentido del modelo es entender el circuito en el que termina por ser la depresión y ver la manera de salir de él. Se trata de comprender la 'trampa' de la depresión y de volver a ponerse en 'camino' a través de la 'acción'. A este propósito, la AC utiliza tres acrónimos resultantes de palabras inglesas que significan 'trampa', TRAP, 'camino', TRAC(K) y 'acción', ACTION. Permítase seguir estos acrónimos originales, aunque lo importante es en todo caso la idea del análisis funcional que subyace.

TRAP deriva de:

Trigger, 'precipitante', para referirse a los eventos negativos antecedentes;

Response, 'respuesta', para referirse en este caso a cómo se siente uno (por ejemplo, 'deprimido');

Avoidance-Pattern, 'patrón de evitación', para referirse a la pauta de evitación que uno adopta ('quedarse en casa', etcétera).

Se entiende que el *patrón de evitación* mantiene la *respuesta* de sentirse deprimido e impide abordar los *eventos* que la han 'precipitado' (Figura 3). Para salir de esta 'trampa', la AC propone un 'camino' alternativo nombrado como TRAC.

TRAC deriva de:

Trigger, como en TRAP;

Response, como en TRAP;

Alternative Coping, 'afrentamiento alternativo', para referirse ahora a una nueva pauta de acción que rompa el patrón de evitación instaurado.

Se entiende que el *afrentamiento alternativo* bloquea la pauta de evitación, interrumpe el circuito que refuerza la respuesta depresiva y abre la posibilidad de modificar la situación 'depresógena' (Figura 3).

Por su parte ACTION es otro acrónimo que puede ser útil para alguno clientes a fin de establecer nuevas rutinas.

ACTION deriva de:

Asses, 'evaluar', en este caso preguntándose uno a sí mismo si lo que hace no estará en realidad manteniendo el problema;

Choose, 'decidir', tomar la decisión de seguir evitando o actuar de una forma resolutiva;

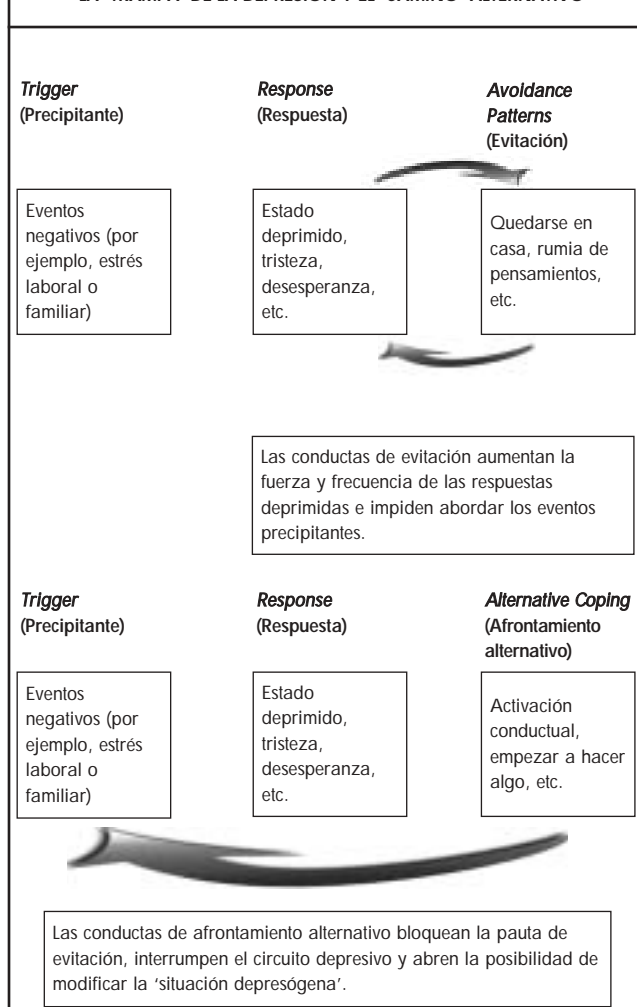
Try, 'probar' las acciones decididas;

Integrate, 'integrar' las nuevas actividades en las rutinas diarias;

Observe, 'observar' el resultado preguntándose a sí mismo si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si está en dirección a su meta a largo plazo.

Never give up, 'nunca abandonar', seguir intentándolo.

FIGURA 3
LA 'TRAMPA' DE LA DEPRESIÓN Y EL 'CAMINO' ALTERNATIVO



Supuesto que más importante que nada es la filosofía contextual, la AC también se vale de diversas técnicas, además del análisis funcional a través de los esquemas TRAP, TRAC y ACTION. Entre ellas, quizá la más importante, es la continua monitorización de la actividad, mediante cualquier medio (registros sistemáticos, diarios, narrativas) con tal de que el cliente pueda poner en relación lo que siente, con lo que hace y con lo que ocurre en su ambiente. En la misma línea se considera la evaluación continuada por medio, por ejemplo, de un inventario como el de Beck. Asimismo se considera la valoración del 'dominio y agrado' de actividades, siempre en orden a proporcionar oportunidades para poner en juego acciones que sean posiblemente reforzadas por las contingencias del ambiente social natural. Otras técnicas usuales son:

- la asignación de tareas graduales,
- el ensayo verbal de tareas propuestas,
- el manejo de contingencias situacionales,
- el ensayo de conducta,
- el modelado del terapeuta de estrategias de activación,
- el entrenamiento para superar déficit de habilidades sociales o de otro tipo,
- la terapia de pareja,
- la 'atención a la experiencia' o *mindfulness*,
- la aceptación, etcétera.

Se contemplan asimismo técnicas que puedan suponer un alivio temporal tales como la distracción, el contacto limitado, la evitación o la medicación, cara a abordar en mejores condiciones situaciones que finalmente han de ser enfrentadas.

De entre todas las técnicas que usa la AC, merece destacar la 'actuación dirigida a la meta' (Martell et al., 2001, pp. 116-119), una renovación de la 'terapia del rol-fijo' de George Kelly y del 'actuar como-sí' de Alfred Adler (Pérez Álvarez, 1996, p. 154). Se instruye al cliente para que se comporte de acuerdo a una meta auto-propuesta o de una manera consistente con cómo le gustaría sentirse o ser percibido por los demás, valga por caso, como si tuviera 'alta autoestima'. Se diseña y entrena el nuevo papel y se propone actuar *como-sí* tuviera en este caso 'alta autoestima'. La AC usa esta técnica de actuar de acuerdo con una meta más que de acuerdo con un sentimiento para demostrar al cliente que su conducta puede tener efecto en cómo se siente uno y en cómo los demás interactúan con él. Al fin y al cabo, el comportamiento depresivo contribuye a sentirse deprimido y crea un ambiente deprimente, incluyendo la

interacción de los otros respecto de uno. Más allá de esta justificación, el comportarse *como-sí* responde a un 'principio quijotesco' o 'efecto Quijote' según el cual el fingir y fungir una *manera de estar* puede forjar todo un *modo de ser* (Pérez Álvarez, 2005; Pérez Álvarez & García Montes, 2004). Esto puede ser así tanto para bien como para mal: para bien en la medida en que comportarte *como-sí* te haga capaz de superar la inseguridad y para mal en la medida en que comportarte *como-sí* te haga un carácter o estilo neurótico, como diría Adler. Así, por ejemplo, si uno tiene que 'fingir' y 'fungir' que está más deprimido que lo que está realmente para conseguir una 'baja' y 'justificarla' ante los demás, puede que 'forje' toda una depresión, incluyendo el ambiente social generado.

EVIDENCIA EMPÍRICA

La primera evidencia empírica de la AC se encuentra en el estudio de desmantelamiento de componentes de la TC donde, como se recordará, el componente de 'activación conductual' mostró una eficacia equivalente a la terapia completa (Jacobson et al., 1996). Recuérdese que la TC tiene probada su eficacia y es de hecho hasta ahora la terapia psicológica de referencia para otras (Pérez Álvarez & García Montes, 2003).

A partir de este estudio, la AC como terapia por derecho propio fue probada en diversos estudios. Así, un estudio con pacientes de depresión mayor hospitalizados mostró que la AC aplicada en un formato breve llevado en dos semanas a razón de tres sesiones semanales de unos 20 minutos fue significativamente más eficaz que la psicoterapia de apoyo (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003). La AC también ha sido probada en formato de grupo con depresión mayor en un contexto público de salud mental, mostrando su eficacia de acuerdo con un diseño de grupo de espera (Porter, Spates & Smitham, 2004). Otro estudio mostró que la efectividad de la AC se da también con pacientes que están tomando medicación antidepressiva como en los que no lo están en una aplicación entre 6 y 10 sesiones (Cullen, Spates, Pagoto & Doran, 2006). La AC cuenta también con estudios de caso referidos a depresiones con complicaciones adicionales que muestran igualmente su eficacia (Hopko, Bell, Armento, Hunt & Lejuez, 2005; Hopko, Lejuez & Hopko, 2004; Hopko, Robertson & Lejuez, 2006; Hopko, Sánchez, Hopko, Dvir & Lejuez, 2003; Lejuez, Hopko, LePage, Hopko & McNeil, 2001; Mulick & Naugle, 2004; Ruggiero, Morris, Hopko & Lejuez, 2005).

Con todo, el estudio más importante sobre la evidencia de la AC y probablemente el más riguroso de los llevados hasta ahora en el campo de la depresión es el ya citado de Dimidjian et al. (2006). Este estudio comparó la AC con la TC y con la medicación antidepressiva en un diseño aleatorio con grupo de control-placebo llevado sobre 241 pacientes adultos con depresión mayor. Aunque todos los tratamientos fueron eficaces con la depresión menos severa, la AC fue superior a la TC con la depresión más severa igualando la eficacia de la medicación. Adicionalmente, la AC presentó una menor tasa de abandono que la medicación. Quiere decir que los 'pacientes', aquí considerados agentes activos, siguen mejor la AC que la medicación, a pesar de que ésta parece más cómoda de llevar. Si además se consideran los efectos secundarios que suelen acompañar a la medicación y las recaídas que también suelen darse cuando ésta cesa, la AC resulta superior al considerar todo lo que hay que considerar.

En resolución, la evidencia empírica muestra que la AC es un tratamiento psicológico de probada eficacia para la depresión. Todo parece indicar que es más eficaz que la propia TC y que iguala la eficacia de la medicación, hoy por hoy la terapia de referencia para probar otras terapias. La evidencia empírica muestra que la AC es también un tratamiento eficiente en términos de coste-beneficio. Para empezar, la AC es más parsimoniosa que la TC. En relación con la medicación, la AC parece tener menos abandonos, de modo que alcanza a más clientes, aparte lo relativo a recaídas y efectos secundarios. Por otro lado, la AC ha mostrado su eficacia igualmente en formatos breves, del orden de 6-10 sesiones y es susceptible de ser aplicada en grupo para 6-10 participantes. Se recordará que su eficacia está probada en una variedad de contextos, incluyendo los servicios públicos de salud mental. Hay también evidencia preliminar de estudios de caso que sugiere la eficacia de la AC en otros trastornos como el estrés postraumático (Mulick et al., 2005; Mulick & Naugle, 2004), la ansiedad (Hopko et al., 2004; Hopko et al., 2006) y la personalidad límite (Hopko et al., 2003).

Es de señalar que esta eficacia mostrada por la AC fue medida de acuerdo con los instrumentos propios de la TC y de la medicación, las típicas escalas de Beck y Hamilton. No obstante, la AC dispone también de su propia escala (Kanter, Mulick, Bush, Berlin & Martell, 2007). Puede suponerse que la eficacia de una terapia de la depresión no habría de ser medida sólo en términos negativos de re-

ducción de síntomas sino también en términos positivos de mejoras personales (cambios ambientales, orientación de la vida, clarificación de valores, realización de actividades, consecución de objetivos, etcétera).

POR LA DESMEDICALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Se preguntaban Jacobson y Gortner en el año 2000 si la depresión podría ser desmedicalizada en el siglo XXI (Jacobson & Gortner, 2000). La respuesta quedaba a expensas de un estudio en el que se ponía a prueba la AC en relación con la TC y la medicación antidepressiva, de acuerdo con un diseño metodológicamente desafiante. Así, por ejemplo, la TC sería aplicada por un *Dream Team* de terapeutas cognitivos, de manera que no se pudiera alegar la falta de compromiso con la terapia. La medicación sería igualmente aplicada con todo rigor psicofarmacológico. Por su parte, la AC extremaría su carácter contextual. Este estudio no es otro que el ya citado de Dimidjian et al. (2006).

Pues bien, con los datos a la vista, la respuesta sería que la depresión puede ser desmedicalizada. ¿Qué significa esto en el estado actual de las cosas? Por lo pronto, la reapertura de una alternativa a los modelos del déficit de la depresión que dominan el discurso clínico, sea en términos de química cerebral (típicamente, 'desequilibrios de serotonina') o de mecanismos psicológicos, (típicamente 'esquemas cognitivos'). Estos modelos del déficit representan el triunfo del modelo de enfermedad entre los profesionales de la salud mental, un modelo que fue algún día contestado por los psicólogos clínicos pero que ahora es abrazado por la mayoría de ellos, en la medida en que la TC es el tratamiento psicológico de referencia. El caso es que el modelo de enfermedad de la depresión está incorporado en las convenciones clínicas incluso por parte de aquellos que propugnan tratamientos psicológicos.

La alternativa sería un modelo contextual que, como se ha visto, empieza por enseñar al cliente a comprender el problema presentado en relación con las circunstancias personales y en relación también con las cosas que él hace en tal situación (y no como algo que le 'pasa' o 'falla' dentro de sí). Tal como están las cosas, tiene especial relevancia resituar al 'paciente' respecto de su propio problema, ya que es usual que se conciba a sí mismo precisamente como paciente de una supuesta enfermedad de depresión, según se ha propagado en la cultura clínica mundana y se fomenta en las prácticas profesionales. Comoquiera que esta concepción no responde a

hallazgos científicos sino a tendencias culturales promovidas en buena medida por la industria farmacéutica, la concepción podría ser de otra manera y, por lo que aquí respecta, de una manera en que las personas tomaran las riendas para la solución de sus problemas como agentes activos que buscan la ayuda acorde con la naturaleza de su problema, como sería la ayuda proporcionada por la AC. Para la perspectiva contextual en clínica véanse, por ejemplo, Costa y López (2006) y González Pardo y Pérez Álvarez (en prensa).

Al menos, los pacientes/clientes deberían estar informados de estos hallazgos terapéuticos, alternativos a la medicación y a la consideración de su problema como enfermedad. Ni que decir tiene que esta consideración no le quita a la depresión importancia ni ignora el sufrimiento que supone. Lo que hace es situar la depresión en el contexto de los problemas de la vida y devolver al paciente la categoría de agente expropiada por la concepción de enfermedad.

Los clínicos también deberían estar informados como, por lo demás, es su deber de hallazgos como estos, debidamente fundados en estudios controlados y publicados. Si la 'formación continuada' de los clínicos incluyera como merece la alternativa contextual, la desmedicalización de la depresión se haría posible, ya que su medicalización actual es más que nada cuestión institucional. 'Como piensan las instituciones' es determinante para que las cosas sean de una manera u otra. De todos modos, el cambio de las convenciones clínicas no es sólo cuestión de 'formación continuada' sino y sobre todo de 'formación inicial' (de formación propiamente). Si los futuros clínicos no saben pensar los problemas de la gente más que en términos de moléculas o de mentes, aparte de que no sabrán otras cosas, pararán por padecer ellos mismos una suerte de 'efecto Charcot', por cuanto que encontrarán en los pacientes lo que ellos mismos propagan (Pérez Álvarez & García Montes, en prensa). Los que piensan en términos de moléculas lo tienen todavía más fácil para incurrir en este efecto, ya que los pacientes suelen estar formateados por la misma propaganda que los forma a ellos.

Finalmente, la política sanitaria que no se conforme con estadísticas, que esté preocupada por el continuo aumento del gasto sanitario en antidepresivos (como se recordará, en España se ha triplicado en 10 años) y que esté también interesada en ofrecer lo más efectivo y eficiente para los usuarios, debería considerar la alternativa contextual representada por la AC. Por lo que aquí

respecta, ya no se trataría sólo de reconocer la mejor alternativa representada por los tratamientos psicológicos de la depresión (Pérez Álvarez & García Montes, 2003). Por cierto, la alternativa de los tratamientos psicológicos de la depresión es reconocida por la London School of Economics (LSE, 2006; véase también InfoCop, 2006) al recomendar al sistema británico de salud la contratación de cinco mil psicólogos clínicos en los próximos siete años. Por lo que aquí respecta, se trataría de destacar dentro de los tratamientos psicológicos la alternativa más eficaz y la vez más eficiente que parece ser la AC. Al menos, el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU ya empieza a considerar la AC como una forma más simple de TC (NIMH, 2005, p. 92).

REFERENCIAS

- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral therapy psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Addis, M. E. & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time. The new behavioural activation approach to getting your life back*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/1981). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Bolling, M. Y., Kohlenberg, R. J. & Parker, C. R. (2000). Behavior analysis and depression. En M. J. Dougher, ed., *Clinical behavior analysis* (127-152). Reno, NV: Context.
- Costa, M. & López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Craven, M. A. & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the effective base. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (Suppl 1, May).
- Cullen, J. M., Stapes, C. R., Pagoto, S. & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallop, R. (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., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dworkin, R. W. (2001). The medicalization of unhappiness. *Public Interest*, 144, 85-99.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 857-870.
- Froján, M. X. (2004). Consultoría conductual. Terapia psicológica breve. Madrid: Pirámide.
- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (en prensa). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dodson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-388.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York: New York University Press.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K. & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioural activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-233.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviours in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 460-478.
- InfoCop (2006, 28 de Junio). *Depresión, ansiedad y esquizofrenia: ¿Se está dando respuesta desde los sistemas nacionales de salud?* http://www.infocop.es/view_article.asp?id=914&cat=5
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295-304.
- Jacobson, N. S. & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Bush, A. M., Berlin, K. S. & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (Preprint), pp. 1-12. <http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?>
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R. & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive*

- and *Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y & Kanter, J. W. (1999), Focusing on the client-therapist interaction. Functional analytic psychotherapy: a behavioural approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lejuez, C. W. Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D. & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- LSE (2006). *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.
- Leventhal, A. M. & Martell, C. R. (2006). *The myth of depression as disease. Limitations and alternatives to drug treatment*. Londres: Praeger.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Medawar, C. & Hardon, A. (2004). *Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Netherlands: Aksant.
- Martell, C. R, Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Mulick, P. S., Landes, S. & Kanter, J. W. (2005). Contextual behaviour therapies in the treatment of PTSD: A Review. *International Journal of Behavior Consultation and Therapy*, 1, 223-238.
- Mulick, P. S. & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- NIMH (2005). *Breaking ground, breaking through: the strategic plan for mental research*. National Institutes of Mental Health, U. S. Department of Health and Human Services.
- Pilgrim, D. & Bentall, R. (1999). The medicalization of misery: a critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, 8, 261-274.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2005). Psicología del Quijote. *Psicohema*, 17, 2, 303-310.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I., (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos* (pp. 161-195. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (en prensa). The Charcot Effect: the invention of mental illness. *Journal of Constructivist Psychologist*, 20.
- Porter, J. F., Stapes, C. R. & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R. & Lejuez, C. W. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 2, 1-17.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide.