



Programas de intervención basados  
en psicología positiva: Marco Teórico

## **TEMA 2. Intervenciones clásicas contra la depresión**

## Introducción

### ¿Qué es depresión? ¿Cuáles son las características de las personas clínicamente deprimidas?

Cuando hablamos de depresión nos referimos a un cuadro clínico que se caracteriza por:

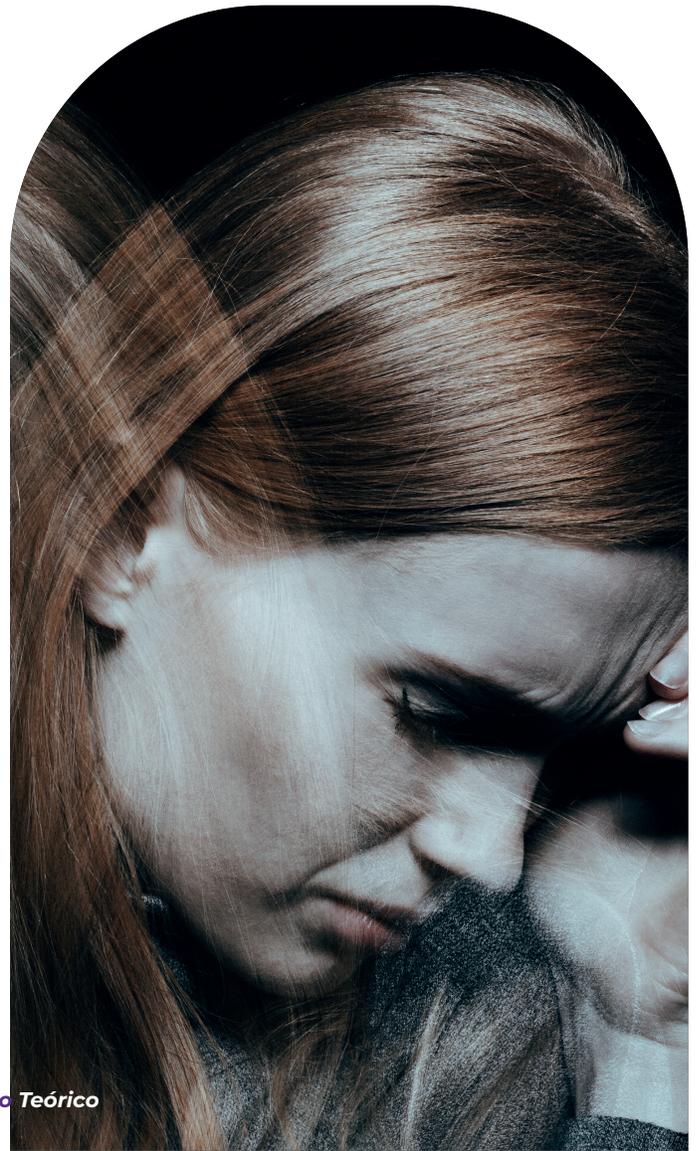
- ▶ Un bajo estado de ánimo persistente en el que la persona siente una elevada tristeza o irritabilidad.

---

- ▶ Una pérdida generalizada del interés o placer, también llamada anhedonia (American Psychiatric Association, 2013).

---

Además de las señales emocionales previamente mencionadas, se destacan síntomas vinculados a la motivación y comportamiento: se observa un marcado déficit en la iniciativa, una actitud pasiva e incidentes en las relaciones interpersonales. En el ámbito cognitivo, encontramos una tendencia hacia la autocrítica, la presencia de pensamientos suicidas recurrentes y dificultades en mantener la concentración. En lo que respecta al plano fisiológico, los individuos con depresión exhiben perturbaciones en sus patrones de sueño y apetito, así como en su actividad psicomotora, sumado a un alto grado de cansancio o agotamiento de energía.



En la siguiente tabla se resumen las principales características clínicas de la depresión mayor:

Depresión					
Emoción	Motivación	Conducta	Pensamiento	R. sociales	Cuerpo
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tristeza</li> <li>○ Ansiedad</li> <li>○ Miedo</li> <li>○ Enfado</li> <li>○ Culpa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pérdida de interés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pocas actividades placenteras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pensamientos negativos</li> <li>○ Pérdida de la concentración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pérdida de relaciones sociales</li> <li>○ Conflictos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problemas de sueño</li> <li>○ Cambios de apetito</li> <li>○ Cansancio</li> </ul>

Un individuo contento con su existencia es aquel que experimenta un bienestar emocional, que goza de una autoestima y competencia adecuadas, y que, además, mantiene un nivel de actividad considerable en su sentido más generalizado. En contraste, la insatisfacción con la vida puede desencadenar una disminución en la realización de actividades, una disminución de la autoestima y una serie de alteraciones emocionales y fisiológicas desfavorables.

La edad promedio en la que suele manifestarse el primer episodio de depresión mayor es alrededor de los 20 años, sin embargo, en los tiempos actuales, este trastorno tiende a comenzar en edades cada vez más jóvenes.



El curso de la depresión es diverso, y aunque la gran mayoría de las personas afectadas logran recuperarse cerca de un año después de la aparición del episodio, existen otros individuos que padecen episodios de forma recurrente o crónica a lo largo de su existencia (DeRubeis et al., 2016).

Las investigaciones indican que la edad, el estado civil y el género son factores correlacionados con la depresión. Desde sus primeras descripciones, se ha identificado como una enfermedad más prevalente en mujeres. La posibilidad de que un individuo sea diagnosticado con este trastorno es cerca del doble si es mujer, manteniéndose esta diferencia en varios grupos demográficos y culturales (Andrade et al., 2003).

La mayor parte de las personas que padecen un trastorno de depresión mayor suelen también sufrir de un trastorno de ansiedad (Kessler et al., 2003).

La depresión es uno de los desafíos mentales más comunes en nuestra sociedad. El informe *The Size and Burden of Mental Disorders in Europe* (Wittchen et al., 2011), que recoge los datos de los estudios epidemiológicos de mayor calidad realizados en Europa, reveló que el trastorno depresivo mayor se ubica en la tercera posición en prevalencia anual (6.9%) entre los trastornos mentales, detrás de los trastornos de ansiedad y el insomnio. Esta información es alarmante por diversas razones. Primero, porque la depresión es el trastorno mental más vinculado al suicidio (Henriksson et al., 1993) y el número anual de suicidios supera al número anual de muertes por accidentes de tráfico (Organización Mundial de la Salud, 2012). Además, la depresión es el trastorno mental más incapacitante (Wittchen et al., 2011). Por sí sola, la depresión genera un 6% de discapacidad general, siendo la tercera causa de discapacidad en Europa (Chisholm et al. 2004; Ustun et al. 2004).

## 2. Modelos explicativos de la depresión

¿Por qué se deprimen algunas personas? Existen varios modelos teóricos que tratan de explicar las razones que dan origen a la depresión (y su mantenimiento en el tiempo):

### Enfoque comportamental de Lewinsohn

Lewinsohn, a mediados de los años 70, describió los aspectos más estrictamente conductuales relativos a la depresión, señalando que esta tiene su origen en una baja frecuencia de refuerzos.

Por ejemplo, hace ocho meses que Ana fue mamá por primera vez. Desde que Ana tuvo a su bebé, su vida ha cambiado radicalmente. Ahora Ana tiene mucho menos tiempo para salir o hacer cosas que antes disfrutaba, como salir a cenar con sus amigas, hacer ejercicio o dedicar un tiempo para su autocuidado personal. La reducción significativa de actividades agradables conlleva una disminución de refuerzos o estímulos positivos en la vida de Ana: (las risas con sus amigas, la sensación de conexión y pertenencia, los logros, o las emociones de calma y sosiego). La falta de refuerzos positivos en su vida ha generado que Ana se sienta triste y deprimida.



Este ejemplo pone en evidencia la importancia de que en nuestra vida haya una buena disponibilidad de reforzadores o estímulos positivos. La reducción de actividad en la vida de las personas lleva a un bajo estado de ánimo que, a su vez, lleva a más inacción y desgana a la hora de poner en marcha nuevas actividades.



Jesús lleva varias semanas triste y sin ánimo para salir de casa. Cuando sus amigos o familiares le proponen salir a pasear o a realizar alguna actividad fuera de casa, se siente desmotivado y siempre termina cancelando el plan. No tiene fuerzas ni ánimo para salir de casa, pero cuanto más se queda en casa, más triste y desmotivado se siente. Además, cada vez se siente más inseguro en el ámbito social, considera que no tiene las habilidades sociales necesarias para relacionarse con los demás.

Desde un punto de vista funcional, Lewinsohn tuvo en cuenta dos hipótesis básicas:

- Una relación causal entre bajos refuerzos o estímulos positivos y el bajo estado de ánimo.
- La falta de habilidades sociales como principal determinante del bajo nivel de refuerzos o estímulos positivos.

### Enfoque de indefensión aprendida de Seligman

Martin Seligman, antes de ser considerado el padre de la psicología positiva, fue un gran referente sobre las teorías de depresión. Seligman propuso que el estilo atribucional de las personas que padecen depresión estaría caracterizado por una tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales para los propios fracasos o los acontecimientos negativos y, por el contrario, hacer atribuciones externas, inestables y específicas para los logros y los acontecimientos positivos.



Un ejemplo, Yolanda tiene una forma característica de interpretar su realidad; si reprueba un examen, lo atribuye a causas internas (“es mi culpa”), estables (“soy poco inteligente”), y globales (“todo me sale mal”); mientras que, si saca buenas calificaciones, lo atribuye a causas externas (“era fácil”), inestables (“tuve suerte”) o específicas (“ese tema concreto lo domino más”). Esa forma de interpretar su realidad le lleva a deprimirse y a sentir que no tiene el control sobre su vida.

Este estilo atribucional causa desesperanza, poniendo en riesgo de desarrollar depresión a la persona que lo ejerce. Sentirse culpable por los fracasos e interpretar los éxitos como cuestiones externas puede llevar a que la persona sienta que no tiene el control de su situación o se sienta indefenso/a (no hay nada que yo pueda hacer para tener éxito).

### Enfoque de indefensión aprendida de Seligman

El enfoque cognitivo de la depresión de Beck define tres esquemas o patrones de pensamientos negativos que pueden dar origen a la depresión:

- **Visión negativa de uno mismo:** “soy torpe”, “soy inútil”, “no soy valioso/a”.
- **Visión negativa de su mundo:** “nadie me quiere”, “los demás no tienen interés en mí”.
- **Visión negativa del futuro:** “las cosas no van a mejorar”, “el futuro es negativo”.

Estos esquemas o patrones cognitivos hacen referencia a cómo la persona percibe su realidad. Son representaciones de experiencias pasadas, guardadas en la memoria y operan como filtros en el análisis de la información recibida en la actualidad.

Esta forma distorsionada de percibir la realidad hace que la información consistente con dichos esquemas depresivos se procese, mientras que toda aquella información que va en contra se ignora.

Por ejemplo, José tiene pensamientos negativos sobre el mundo. Habitualmente, piensa que nadie tiene interés en él o que nadie le quiere. Aunque José recibe en algunas ocasiones el cariño de sus familiares, él se sigue sintiendo poco querido. En su mente, pesan más aquellas ocasiones en las que se encontró solo que aquellas en las que alguien le mostró afecto.



### 3. Tratamiento clásico para la depresión

Hay una extensa tradición investigativa enfocada en la intervención psicológica para la depresión. En los últimos 30 años, más de 250 estudios controlados y comparativos han explorado la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión (Linde et al., 2015). Hasta el momento, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la terapia de resolución de problemas, la terapia conductual y la terapia interpersonal han demostrado ser particularmente efectivas para el tratamiento de la depresión.

La Terapia Cognitivo-Conductual es un método de tratamiento que se centra en asistir al paciente para que modifique sus pensamientos, emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales o problemáticas por otras más adaptativas.

El objetivo de la TCC es instruir al paciente:

- Qué es la depresión y cuáles son sus causas.
- Incrementar las actividades placenteras que realiza en su día a día.
- Identificar sus pensamientos negativos y remplazarlos por otros más adaptativos.
- Entrenar habilidades de comunicación asertiva.
- Aprender técnicas de solución de problemas.
- Usar técnicas de relajación.

A pesar de la variedad de tratamientos psicológicos empíricamente validados para la depresión, los estudios de seguimiento muestran elevadas tasas de recaída y recurrencia tras la intervención. Además, muchos pacientes abandonan los tratamientos psicológicos prematuramente.

#### 4. ¿Por qué es necesario psicoterapia positiva para la depresión?

Pensemos en la depresión como la gran antítesis de la felicidad humana. Los sentimientos de desdicha, tristeza y abatimiento son la marca de esta condición. Los tratamientos para la depresión han mostrado su eficacia para simplemente reducir síntomas. Aun siendo esto fundamental, quizás no sea suficiente.

---

▶ **En primer lugar**, mucha gente “recuperada” o para quienes los tratamientos han sido “efectivos”, presentan síntomas residuales que los acompañarán durante meses o años (Vázquez y Sanz, 2008).

---

▶ **En segundo lugar**, lo que psicopatológicamente caracteriza a la depresión es tanto la emocionalidad negativa (por ejemplo, tristeza) como una emocionalidad positiva reducida (anhedonia: no tener interés en las cosas, dificultad para disfrutar, no tener ganas de hacer nada). Las intervenciones psicoterapéuticas normalmente se centran más en reducir el malestar emocional que en aumentar el afecto positivo. Quizás mejoremos síntomas de depresión, pero no tanto la calidad de vida de los pacientes, pues ambas cosas, como ya hemos indicado, no son necesariamente coincidentes.

---

▶ **En tercer lugar**, y más importante, lo que los pacientes con depresión desean es mejorar sus vidas y no solo reducir problemas. En efecto, en un estudio de Zimmerman et al. (2006) se preguntó a 535 pacientes con depresión cuál sería su objetivo terapéutico preferido, si tuvieran que elegir uno; muy pocos seleccionaron el objetivo de “estar libres de síntomas”, sino algo más ambicioso: ser más optimistas, estar en sintonía con la vida, disfrutar, o tener una salud mental positiva. ¿Puede la psicología dar la espalda a estos deseos? Probablemente se necesita una dosis de valentía para afrontar este nuevo reto hasta donde podamos darle respuesta con la mejor ciencia disponible.

---

## Cierre

El desarrollo de los modelos psicológicos de bienestar y la demostración de que buena parte del bienestar se debe a la actividad intencional de la persona (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005), han permitido que se diseñen programas de tratamiento para la depresión basados en psicología positiva. Se trata de un paso necesario y relevante en el avance de la investigación sobre las intervenciones psicológicas.



## Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Estados Unidos: American Psychiatric Association.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., Graaf, R., Vollebergh, W., y Kawakami, N. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J., y Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression. *The British Journal of Psychiatry*.

DeRubeis, R. J., Strunk, D. R., & Lorenzo-Luaces, L. (2016). Mood disorders. En J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & N. Pole (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (pp. 31–59). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14862-002>

Henriksson, M., Aro, H., Marttunen, M., Heikkinen, M., Isometsa, E., Kuoppasalmi, K., y Lonnqvist, J. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*.

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., y Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*.

Linde, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Schumann, I., Meissner, K., y Schneider, A. (2015). Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: Systematic review and network meta-analysis. *Annals of Family Medicine*.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K., y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*.

Üstün, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*.

World Health Organization. (2012). Depression: A Global Crisis World Mental Health Day, October 10, 2012. Recuperado de:  
<https://www.emro.who.int/media/news/mental-health-day2012.html>

Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., y Steinhausen, H. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*.

Zimmerman, M., McGlinchey, J., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, M., y Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*.

La obra presentada es propiedad de ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN SUPERIOR A.C. (UNIVERSIDAD TECMILENIO), protegida por la Ley Federal de Derecho de Autor; la alteración o deformación de una obra, así como su reproducción, exhibición o ejecución pública sin el consentimiento de su autor y titular de los derechos correspondientes es constitutivo de un delito tipificado en la Ley Federal de Derechos de Autor, así como en las Leyes Internacionales de Derecho de Autor.

El uso de imágenes, fragmentos de videos, fragmentos de eventos culturales, programas y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, es exclusivamente para fines educativos e informativos, y cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por UNIVERSIDAD TECMILENIO.

Queda prohibido copiar, reproducir, distribuir, publicar, transmitir, difundir, o en cualquier modo explotar cualquier parte de esta obra sin la autorización previa por escrito de UNIVERSIDAD TECMILENIO. Sin embargo, usted podrá bajar material a su computadora personal para uso exclusivamente personal o educacional y no comercial limitado a una copia por página. No se podrá remover o alterar de la copia ninguna leyenda de Derechos de Autor o la que manifieste la autoría del material.