



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

## Trabajo Fin de Grado

# Intervenciones positivas y psicopatología centrada en depresión

**Alumno: Miriam Alcántara Castro**

Tutor: Ana Raquel Ortega Martínez y Encarnación  
Ramírez Fernández

Dpto: Psicología

**Junio, 2016**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Páginas</b>
<b>Resumen y palabras clave</b>	
<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Modelos descriptivos</b>	
<b>2.1.Modelo cognitivo de la depresión</b>	
2.1.1. Teoría de la indefensión aprendida.....	6
2.1.2. Modelo de Beck.....	7
<b>2.2.Modelo conductual de la depresión</b>	
2.2.1. Disminución del refuerzo positivo.....	7
2.2.2. Entrenamiento en autocontrol.....	8
<b>2.3.Otros modelos psicológicos.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Tratamientos</b>	
<b>3.1.Tratamientos farmacológicos.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2.Tratamientos psicológicos</b>	
3.2.1. Terapia cognitivo conductual.....	11
3.2.2. Terapia Activación Conductual.....	13
3.2.3. Psicoterapia Interpersonal.....	16
3.2.4. Terapia de Aceptación y compromiso.....	17
<b>4. Psicoterapia positiva para la depresión.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.Terapia del bienestar de Fava.....</b>	<b>19</b>
4.1.1. Apoyo empírico de la terapia del bienestar.....	20
4.1.2. Desarrollo de las sesiones de la terapia del bienestar.....	25
4.1.3. Tratamiento de la depresión recurrente.....	27
4.1.4. Terapia del bienestar: peculiaridades, limitaciones y orientaciones futuras.....	28
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>30</b>

## **RESUMEN**

Este trabajo ha tenido como objetivo realizar una revisión teórica de los diferentes estudios realizados en los últimos años sobre las intervenciones positivas que se utilizan para el tratamiento de la depresión y hacer una comparación con las terapias psicológicas tradicionales como la terapia cognitivo-conductual. Se revisan varias terapias psicológicas utilizadas en la depresión como son la terapia cognitivo conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal y la terapia de aceptación y compromiso. Así como también la eficacia y efectividad de cada una de estas terapias. Posteriormente, se hace una revisión acerca de las intervenciones positivas y la terapia del bienestar y se compara con las terapias psicológicas tradicionales.

*Palabras clave:* depresión, terapia cognitivo-conductual, intervenciones positivas, terapia del bienestar.

## **ABSTRACT**

This work has had as aim realize a theoretical review of the different studies realized in the last years on the positive interventions that are in use for the treatment of the depression and to do a comparison with the psychological traditional therapies as the cognitive-behavioral therapy. There are checked several psychological therapies used in the depression since they are the therapy cognitive behaviorally, the behavioral activation, the interpersonal therapy and the therapy of acceptance and commitment. As well as the efficacy and effectiveness of each of these therapies. Later, a review is done brings over of the positive interventions and the therapy of the well-being and it is compared with the psychological traditional therapies.

*Key words:* depression, cognitive-behavioral therapy, positive interventions, well-being therapy.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, afectando a 340 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2004).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Estos síntomas tienen como consecuencia un malestar significativo en la vida social, laboral y de otras áreas importantes del individuo.

Este trastorno puede presentarse como condición única o puede ir acompañada de otras patologías y, a menudo, se presenta después de una pérdida o de un evento estresante.

La depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos en su sintomatología, pudiendo variar mucho de una persona a otra la manifestación de un cuadro depresivo. No todos los síntomas son necesarios en la depresión, la tristeza por ejemplo a veces no es necesaria para que se haga un diagnóstico de trastorno depresivo.

Según Vázquez y Shramm (1998), los síntomas que se asocian frecuentemente a la depresión lo podemos resumir en cinco grandes núcleos:

- Síntomas anímicos: tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío.
- Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, anhedonia.
- Síntomas cognitivos: déficit de memoria, atención y capacidad de concentración.
- Síntomas físicos: alteraciones del sueño, fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y del deseo sexual.
- Síntomas interpersonales: deterioro de las relaciones interpersonales, disminución del interés por los demás, aislamiento social.

Los síntomas van a variar según la persona, gravedad, frecuencia y duración del trastorno. Se han encontrado diferencias en cuanto a los síntomas que presentan niños y adultos. Los síntomas en los niños se deben a cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento del niño. Algunos de los síntomas de la depresión en los niños pueden ser apatía, irritabilidad y tristeza persistente.

El comienzo de este trastorno puede darse a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia aparece entre los 15 y los 44 años. Por lo tanto, es de gran importancia la educación, el funcionamiento y las relaciones personales en la edad juvenil.

En los jóvenes es más frecuente encontrar síntomas conductuales mientras que en los adultos los síntomas tienden a ser más somáticos. La depresión se puede transmitir de padres a hijos, esto se debe principalmente a los genes, comportamientos aprendidos en el hogar o en su entorno.

Atendiendo a los datos ofrecidos por el *Nacional Comorbidity Survey Replication* americano se detectó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos 12 meses.

Además de su alta prevalencia, otro de los aspectos más destacados de la depresión es su relación con la conducta suicida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un serio problema de salud pública que supone casi un millón de víctimas al año además de unos costes económicos muy elevados. Los datos sobre población española indican que el número de suicidios consumados han ido en aumento.

Los principales tipos de depresión son el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, el trastorno ciclotímico, el trastorno afectivo estacional y la depresión bipolar. El trastorno depresivo mayor, el distímico y ciclotímico son las formas más comunes de depresión. El trastorno distímico y ciclotímico son más crónicos, con una tristeza persistente durante al menos dos años. El trastorno afectivo estacional tiene los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor, en lo que se diferencia es que se produce en una época del año que suele ser el invierno. La depresión bipolar es la fase depresiva de un trastorno llamado “trastorno bipolar”.

## **2. MODELOS DESCRIPTIVOS**

Dada la importancia del trastorno depresivo, es necesario disponer de modelos teóricos que ayuden a comprender mejor este trastorno, su etiología, mantenimiento y recaída. Actualmente, existen una serie de modelos integradores acerca de las variables que se alteran cuando un individuo presenta un trastorno depresivo.

A continuación se proponen los diferentes modelos que explican el trastorno depresivo.

## **2.1. Modelo cognitivo**

Las teorías cognitivas demuestran que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluarse negativamente a sí mismos.

El modelo cognitivo es el que más investigación ha generado. Según este modelo, las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos, están relacionadas con la forma de procesar la información. Los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos.

El modelo de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck et al, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos de la depresión.

### **2.1.1. Teoría de la indefensión aprendida**

La teoría de la indefensión aprendida fue desarrollada por Martin Seligman en 1975. Para Seligman, la depresión se produce cuando las personas atribuyen sus fracasos a sucesos incontrolables y creen que continuarán fracasando debido a la falta de control que mantienen sobre las circunstancias que hacen que fallen. Es decir, la depresión se produce cuando las personas asumen que los acontecimientos que suceden en sus vidas son independientes de sus acciones y por lo tanto no controlables. Las investigaciones sobre la indefensión aprendida comenzaron con animales (Seligman y Maier, 1967; Overmier y Seligman, 1967) y son la base de la teoría sobre la depresión de Seligman.

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión.

Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (a uno mismo), estables (irreversibles) y globales (que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993).

### 2.1.2. Modelo de Beck (1967)

La depresión es producida por una disfunción cognitiva conocida como “triada cognitiva” que produce en el sujeto una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos que explican la depresión (Perris, 1989):

- La tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro.
- Los pensamientos automáticos negativos.
- Los errores en la percepción y en el procesamiento de información.
- La disfunción en los esquemas.

## **2.2. Modelo conductual**

El modelo conductual sugiere que la depresión es un fenómeno aprendido relacionado con las interacciones negativas entre la persona y su entorno (por ejemplo, relaciones sociales negativas). “Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones” (Antonuccio et al, 1989).

Entre los modelos conductuales podemos destacar la disminución del refuerzo positivo y el entrenamiento en autocontrol como las dos teorías con mayor aportación empírica.

### 2.2.1. Disminución del refuerzo positivo

Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), “la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente”.

Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al, 1985). Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y

cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la depresión se considera como un conjunto de factores tanto ambientales como disposicionales. “La depresión se define como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones” (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997).

Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión, que son conocidos como factores de vulnerabilidad. Entre ellos se encuentran: ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, tener una historia previa de depresión, la susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión: tener capacidad de iniciativa, competencia social auto percibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos y un gran apoyo social.

#### 2.2.2. Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el cual integró los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas.

Los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de auto castigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia.

### **2.3. Otros modelos psicológicos**

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos, se han propuesto otros planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el enfoque interpersonal, en el cual existen aportaciones de la teoría interpersonal de Sulliven (1953) y la teoría psicobiológica de Mayer (1957).



Aunque el modelo de la terapia interpersonal no explica las causas de la depresión (Klerman y Weissram, 1993), sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos juegan un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento del trastorno depresivo.

### **3. TRATAMIENTOS**

Las guías prácticas para el manejo de la depresión recomiendan distintos fármacos antidepresivos, la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (TIP) como los procedimientos de intervención más eficaces (Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el adulto, 2008; National Institute for Clinical Excellence, 2009).

#### **3.1. Tratamientos farmacológicos**

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para el tratamiento de los trastornos depresivos. Según Wagner, Hansen, Gartlehner, Lohr, Gaynes y Carey (2005) se distinguen los de la primera generación, que son los antidepresivos antiguos, los de la segunda generación o intermedios y los de la tercera generación, los más recientes.

- **Antidepresivos de la primera generación:** la mayor parte de ellos son los antidepresivos tricíclicos, como la imipramina, desipramina, ciomipramina, amitriptilina y nortriptilina.
- **Antidepresivos de la segunda generación:** un grupo muy heterogéneo por su estructura química, en la que se incluyen entre otros la maprotilina, la mianserina y la viloxacina.
- **Antidepresivos de la tercera generación:** Este grupo comprende sobre todo los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, conocidos como IRSS (trazodone, nefazodone, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina y citalopram), y los nuevos antidepresivos, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la venlafaxina o la duloxetina.

La eficacia de varios antidepresivos de segunda generación en la prevención de recaídas/recurrencias se ha comprobado en 21 ensayos clínicos controlados con placebo. Los resultados de tres ensayos clínicos sugieren que no existen diferencias entre

sertralina y fluoxetina, sertralina y fluvoxamina y entre venlafaxina y trazodona (Mitchell et al, 2015).

Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos. En los últimos años se han generado importantes avances en el desarrollo de los antidepresivos, lo que ha generado distintas opciones en su utilización. Se dispone de distintas clases de antidepresivos, aunque se considera que no existe un único esquema clasificatorio para este tipo de fármacos (Gitlin, 2009). Todos los antidepresivos alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del sistema nervioso central.

Sin embargo, hasta la fecha no se dispone de informaciones fiables acerca de si un determinado antidepresivo es mejor que otro, resultando su elección según su perfil de efectos secundarios y de las interacciones con otros medicamentos. Esto es, en la mayoría de los casos, lo que lleva a elegir un antidepresivo sobre otro se basa principalmente en los efectos secundarios deseados y no deseados y su adecuación al paciente (Gitlin, 2009).

Se concluye que ningún antidepresivo es superior a otro en términos de eficacia, y que la selección del antidepresivo debe basarse en el perfil de tolerabilidad, comorbilidad y coste. Las futuras investigaciones en farmacoterapia en pacientes con depresión deberían incluir estudios de mayor duración y calidad (Herrera, 2015).

### **3.2. Tratamientos psicológicos**

En lo que respecta a los tratamientos con apoyo empírico para la depresión, rondando la década de los 80 aparecieron algunos tratamientos: tratamientos conductuales (Lewinsohn, 1975), cognitivos (Beck, 1983) e interpersonales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984).

En la actualidad existen otros tratamientos que presentan evidencia científica y que pasaremos a desarrollar a continuación. Los métodos de la terapia cognitiva y la terapia conductual suelen aplicarse hoy en día de forma conjunta, por lo tanto se presentará conjuntamente.

### **3.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual**

Los creadores de este modelo de intervención son Aaron Beck y Albert Ellis. Este modelo se basa en la posibilidad de cambiar los pensamientos negativos y las creencias asociadas a ellos (Keegan, 2007). Con respecto a los trastornos del estado de ánimo, en concreto el trastorno depresivo, encontramos diferentes estudios que muestran efectos positivos sobre la terapia cognitivo conductual (Peng, Huang, Chen y Lu, 2009), incluso mostrando resultados a largo plazo (Krishna et al, 2011).

Diferentes estudios han mostrado que las intervenciones psicológicas son eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos en los adultos (Cuijpers, Straten, Warmerdam y Smits, 2008), mostrando una mayor eficacia en este tipo de terapias psicológicas frente a las terapias farmacológicas.

Esta terapia parte de la idea de que la depresión es la consecuencia de una combinación de déficit en habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva del mundo negativa (Romero, 2006).

Dentro de la terapia cognitivo conductual, la parte cognitiva se refiere a que la depresión es el resultado de una alteración del procesamiento de información como consecuencia de creencias o emociones negativas (Vázquez et al, 2002). Multitud de estudios controlados aleatorizados y de metaanálisis como el de Butler, Chapman, Forman y Beck (2006) ponen de manifiesto que la terapia cognitivo conductual se muestra al final del tratamiento como un método eficaz y al menos al mismo nivel que las terapias con psicofármacos.

Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert y Wade, 2003), en pacientes con depresión moderada y grave (Cuijpers, Van Lier, Van Straten y Donker, 2005; Hollon y cols, 2005), y resulta un tratamiento eficaz en costes y funcionamiento en contextos clínicos reales (Hollon y cols, 2005).

Este tipo de terapia tiene como objetivo cambiar los estilos cognitivos negativos, y los produce en mayor medida que las terapias farmacológicas y los tratamientos placebo (DeRubeis et al, 1990; Hollon et al, 2006). También parece reducir más el riesgo de recaídas y recurrencia que las terapias farmacológicas (Hollon et al, 2005).

Parece haber indicadores de que los factores cognitivos son importantes tanto en el inicio del episodio depresivo como en las recaídas y recurrencias del mismo (Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Kuyken, Dalgleish y Holden, 2007).

Dentro de la terapia de Conducta se pueden reconocer distintos procedimientos terapéuticos. Entre ellos encontramos el de Lewinsohn y Gotlib (1995), la Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987) y la Terapia Conductual de Pareja (Beach y O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Schmalings y Salusky, 1999). El más famoso de ellos fue realizado por Lewinsohn y Gotlib (1995).

Este tratamiento tiene tres modalidades de aplicación:

- 1) Programa de actividades agradables;
- 2) Entrenamiento en habilidades sociales;
- 3) Curso para el afrontamiento de la depresión.

Este tratamiento tuvo buenos resultados en el campo de la investigación. Sin embargo, en muchas ocasiones era difícil de explicar su eficacia. De esta manera empezó a formar parte la terapia cognitiva debido a que ciertas técnicas funcionaban exitosamente.

En otra investigación de Vázquez, Hermida, Torres, Otero, Blanco y Díaz (2014) se evaluó un programa cognitivo conductual breve de prevención indicada para la depresión dirigida a cuidadoras no profesionales que presentaban síntomas depresivos elevados, pero que aún no habían desarrollado un episodio depresivo mayor. La intervención cognitivo conductual, en sólo cinco sesiones, produjo diferencias en la aparición de nuevos casos de depresión en comparación con el grupo control. Durante las cinco semanas en las que se aplicó la terapia, se desarrollaron 10 nuevos casos de depresión en el grupo control. Aunque en la literatura sobre prevención en la depresión hay evidencia de que pueden reducirse los síntomas depresivos, los estudios que ofrecen son escasos (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003). En el estudio de prevención indicado dirigido a cuidadoras no profesionales de Vázquez et al. (2014) también hallaron un impacto significativo de su programa en la incidencia de la depresión tras la terapia en población mayor.

Un estudio de Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015) quería comprobar que la aplicación de una terapia cognitivo-conductual en ancianos deprimidos institucionalizados sin deterioro cognitivo era efectiva para la mejora de la depresión como en otras variables como ansiedad. Los resultados reflejaron una disminución de la depresión en el grupo de tratamiento tras la administración de la terapia.

La eficacia de las técnicas cognitivas para el alivio de la depresión en personas mayores ha sido mostrada en otros trabajos como el de Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson y Dick-Sinkin (2003).

Un estudio de Antón, García-Marín y García-Benito (2016), presenta la intervención en el caso de una adolescente con trastorno depresivo mayor. El objetivo de este estudio era analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. El tratamiento cognitivo conductual incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Este caso clínico aporta una evidencia más de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión.

Los resultados del estudio anterior concuerdan con los obtenidos por Méndez (2002) en su revisión sobre la evidencia del tratamiento psicológico para la depresión infantil y adolescente, concluyendo que la terapia cognitivo conductual es la que obtiene mejores resultados.

La terapia cognitivo-conductual ha sido defendida como el tratamiento de elección para la depresión por numerosos autores. Pérez-Álvarez y García-Montes (2001) afirman que los tratamientos más eficaces para la depresión son la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck (1979) y la terapia interpersonal de Klerman (1984).

### **3.2.2. Terapia Activación conductual (AC)**

La activación conductual es una terapia la cual sostiene que las conductas que caracterizan a las personas deprimidas juegan un papel significativo en la depresión. La idea de la que parte la activación conductual es que la persona ha dejado de recibir refuerzos de su entorno y es esa falta de refuerzos lo que produce la depresión. Por eso, la activación conductual es un proceso terapéutico que propone al paciente realizar conductas observables que probablemente le llevarán a un entorno que le refuerce y, de esta forma, produzca las mejoras correspondientes en pensamientos, estado de ánimo y sobre todo en calidad de vida (Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009).

Los estudios empíricos han mostrado mayor efectividad de las intervenciones desde perspectivas cognitivo conductuales, manteniendo sus resultados a largo plazo, lo que les ha permitido hacer parte de los llamados tratamientos con apoyo empírico (Hollon y Dimidjian, 2009).

La activación conductual (AC) ha demostrado ser tan eficaz como la medicación en la depresión mayor (Dimidjian, Hollon, Dodson et al, 2006). Entre el 26 y el 66% de los pacientes eligen la terapia psicológica en vez de la medicación cuando se les da la opción (Craven y Bland, 2006).

La terapia cognitivo conductual ha sido el tratamiento psicológico más utilizado para la depresión y el que más se ha comparado con la medicación como hemos visto anteriormente. Sin embargo, la AC ha llegado a demostrar mayor eficacia que la terapia cognitiva según Dimidjian et al. (2006).

Con la activación conductual se identifican patrones de evitación que pueden estar manteniendo la depresión y promueve incrementar actividades productivas para mejorar el estado de ánimo de los pacientes (Bottonari et al, 2008; Dimidjian et al, 2008; Martell et al, 2010).

Jacobson et al. (1996) (citado en Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009 y Manos, Kanter y Busch, 2010) realizaron un estudio sobre cuáles de los componentes de la terapia cognitivo conductual eran los que influían en la mejora que proporciona esta terapia, llegando a la conclusión de que la activación conductual es el factor fundamental. Estos autores hicieron tres tratamientos a grupos equivalentes. En el primero solamente emplearon la activación conductual. En el segundo la activación conductual y la discusión de los pensamientos y en el tercero la terapia cognitivo conductual para la depresión completa. En todos consiguieron los mismos resultados positivos. Con ello se demostraba que el tratamiento de activación conductual era tan eficaz como el tratamiento cognitivo conductual y que, en realidad, era su componente fundamental.

La primera evidencia empírica de la AC se encuentra en el estudio de componentes de la terapia cognitiva donde el componente de activación conductual mostró una eficacia equivalente a la terapia cognitivo conductual completa (Jacobson et al, 1996).

Los desarrollos empíricos de la activación conductual han estado centrados en dos aspectos fundamentales: el desmantelamiento de los componentes de la terapia cognitivo conductual para la depresión y los estudios dirigidos a validar la efectividad de la AC en diferentes problemáticas y poblaciones.

Dimidjian et al. (2006), replicaron un estudio realizado por Jacobson et al. (1996). Este estudio buscaba comparar la activación conductual, la terapia cognitiva y la medicación antidepresiva en el contexto de un ensayo con un grupo al que se le administró un placebo. Los resultados mostraron que la activación conductual es comparable con la eficacia de la medicación antidepresiva y más eficaz que la terapia cognitiva. Además, las diferencias más importantes se observaron en aquellos pacientes que tenían una depresión más severa (Dimidjian et al, 2006; Martell et al, 2010). Además, la AC presentó una menor tasa de abandono que la medicación (Dimidjian et al, 2006).

La mayor parte de los estudios han buscado mostrar la efectividad de la AC en población adulta con trastorno depresivo mayor. Se han llevado a cabo tres estudios, dos en grupos y un estudio de caso único. La investigación en grupos mostró un aumento significativo de las actividades realizadas por los participantes y un decremento de los comportamientos relacionados con la depresión (Snarski et al, 2011) y en el estado de ánimo depresivo, aunque los efectos sobre la AC no fueron concluyentes (Avellaneda, Orostegui y Muñoz-Martínez, 2013). El estudio de caso único también tuvo resultados positivos tras la aplicación de la activación conductual (Bottonari, Roberts, Thomas y Read, 2008). Resultados similares se encontraron con jóvenes adultos con depresión moderada (Gawrysiak, Nicholas y Hopko, 2009).

Con adolescentes se han desarrollado algunas investigaciones con resultados favorables (Ritschel, Ramirez, Jones y Craighead, 2011). Aunque un estudio de caso llevado a cabo por McCauley, Schloretd, Gudmundsen, Martell y Dimidjian (2011) resultó inefectivo, en este hicieron algunas recomendaciones a tener en cuenta en el uso de la AC para esta población como: fomentar el desarrollo de habilidades de solución de problemas, mantener una intervención estructurada, hacer un seguimiento cercano de las conductas relacionadas con autolesión o intentos de suicidio y la inclusión de familiares en el proceso.

La AC ha sido empleada también en el tratamiento de personas que presentan otros problemas clínicos en comorbilidad con la depresión. Romero, Oñate y Vucinovich (2011), presentaron en un paciente con esquizofrenia resultados positivos en la disminución de síntomas depresivos y síntomas psicóticos así como un incremento de los niveles de reforzamiento positivo percibido.

La activación conductual se ha convertido en una alternativa útil para el manejo de los problemas psicológicos en comparación con otras estrategias terapéuticas, lo que la ha llevado a posicionarse no solo como una intervención basada en la evidencia empírica, sino también en una intervención válida clínicamente (Carrascoso y Valdivia, 2007), sobre todo en la intervención de la depresión, que como ha mostrado la Organización Mundial de la Salud es uno de los principales problemas en salud pública en la actualidad.

### **3.2.3. Psicoterapia Interpersonal**

La Terapia Interpersonal (TIP) es una forma de psicoterapia breve y altamente estructurada que maneja los asuntos interpersonales en la depresión.

La TIP se centra en intervenir en el funcionamiento social. Los problemas de funcionamiento social que puede sufrir el paciente se resumen en disputas o déficit interpersonales, transición de roles y pérdida tras la muerte.

La duración de la terapia es de entre 12 y 16 sesiones de una hora de duración con una frecuencia semanal. Trata la depresión como una enfermedad asociada a una disfunción en las relaciones personales significativas.

Levkovitz et al. (2000) evaluaron la eficacia de una psicoterapia interpersonal grupal para pacientes con trastorno depresivo. Compararon los resultados obtenidos con los de otro grupo de pacientes de condiciones similares que recibieron el tratamiento antidepressivo convencional. Se encontró que el grupo que recibió psicoterapia mejoró significativamente más que el que recibió farmacoterapia. La terapia interpersonal, además de resultar eficaz en los síntomas depresivos, facilitó a los pacientes la habilidad para afrontar la pérdida interpersonal y mejoró su funcionamiento personal.

Crujpers et al. (2011) compararon la terapia interpersonal en depresión con varias condiciones de tratamiento en un total de 4.356 pacientes: no tratamiento,



tratamiento, otras psicoterapias, psicofármacos y tratamiento combinado. Se confirmó que la terapia interpersonal era un tratamiento eficaz tanto en monoterapia como en tratamiento combinado.

En el trastorno depresivo, American Psychiatric Association, (2010) recomiendan la TIP como uno de los tratamientos psicológicos de elección junto a la terapia cognitivo conductual.

#### **3.2.4. Terapia Aceptación y Compromiso**

En los últimos años, numerosos estudios como el de Ruiz (2010) centrados en la eficacia terapéutica de las terapias de tercera generación han permitido abordar la intervención en la vejez.

En concreto, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que fue desarrollada por Hayes, Strosahl y Wilson (1999); Wilson y Luciano (2002) como el modelo de intervención más representativo y que cuenta con más evidencia empírica (Hayes, 2004; Ruiz, 2010).

La ACT es un tipo de intervención psicológica orientada a la aceptación psicológica y a los valores personales (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011). Es un modelo de intervención psicológica diseñado para el tratamiento del Trastorno de Evitación Experiencial (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Este trastorno se caracteriza por un patrón inflexible y rígido de comportamientos dirigidos a disminuir el malestar en forma de pensamientos, sensaciones u otros eventos privados como objetivo para poder vivir (Wilson y Luciano, 2002).

Desde ACT, el problema de la depresión no sería el estado de ánimo o los pensamientos negativos sino la función que han adquirido los eventos privados en el individuo, que han llevado a una regulación ineficaz de la conducta que limita la vida y aumenta el malestar (Zettle y Hayes, 2002). Los estudios sobre supresión de pensamientos son un buen ejemplo de la forma en que la evitación experiencial participa en la creación de esta psicopatología (Galera et al, 2012).

El objetivo de ACT es alterar el trastorno de evitación creando un repertorio de acciones dirigidas a metas personales valiosas, incluso en presencia de experiencias cargadas de malestar (Luciano y Valdivia, 2006).

En personas mayores, las estrategias basadas en la evitación como la supresión de pensamientos, parece relacionarse con una reducción en el significado de la vida (Krause, 2007), el incremento de la ideación suicida y la sintomatología depresiva (Andrew y Duling, 2007; Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal y Lynch, 2008).

Wetherell et al. (2011) aplicaron un protocolo de ACT en ancianos diagnosticados de Trastorno de Ansiedad Generalizada a lo largo de 12 sesiones individuales con terapeutas basado en Hayes et al. (1999). Los resultados indicaron una reducción de la sintomatología depresiva y la preocupación, sin embargo no se observaron cambios significativos en las puntuaciones de ansiedad. El estudio de Wetherell et al. (2011) proporciona evidencia sobre la eficacia y aplicabilidad de un protocolo de intervención breve basado en terapia de aceptación y compromiso en el anciano con Trastorno distímico y Trastorno Depresivo Recurrente.

Karlin et al. (2013) aplicaron una intervención ACT orientada a la depresión en dos grupos: uno de jóvenes (entre 18-64 años de edad) y otro de mayores (por encima de los 65 años). Los resultados demostraron que el modelo ACT era un tratamiento efectivo y adecuado para mayores veteranos, incluyendo aquellos con altos niveles de depresión.

Alonso, López, Losada y González (2013) aplicaron un protocolo ACT. Este protocolo tuvo una duración de 10 sesiones también basado en Hayes et al. (1999), así como en el entrenamiento en estrategias de selección, optimización y compensación (Baltes y Baltes, 1990). Los resultados indican un incremento en la satisfacción con la consecución de objetivos y una disminución de las creencias negativas asociadas al dolor.

Los estudios comentados anteriormente acerca de la eficacia de ACT, permiten abrir una línea de investigaciones centradas en la eficacia de protocolos breves basados en ACT en población mayor con psicopatología depresiva (Karlin et al, 2013; Wetherell et al, 2011).

Para futuras investigaciones, se proponen mejoras en la terapia que se centren en clarificar las trayectorias valiosas y en generar interacciones para discriminar los eventos privados en curso, quién los tiene y potenciar una regulación del comportamiento eficaz con aportaciones recientes en ACT (Luciano y Valdivia, 2012).

#### **4. PSICOTERAPIA POSITIVA**

Las terapias de orientación conductual, cognitivo conductual y la terapia interpersonal son las que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, Seligman, Rashid y Parks (2006) plantearon la existencia de un tratamiento desde la Psicología Positiva, que podría ser incluso más eficiente que los tratamientos tradicionales para pacientes con depresión.

La terapia enfocada en la psicología positiva para pacientes con depresión deriva de la felicidad y el optimismo, obliga a las personas a pensar en forma positiva y a no centrarse en los problemas (Myers, 2000). Propone un cambio de visión frente a las enfermedades, buscando la felicidad e incrementando las emociones positivas. Así, se busca educar al paciente con el objetivo de hacer este cambio permanente, transformando el estilo cognitivo de las personas y disminuyendo las probabilidades de recaídas, que son muy frecuentes en el trastorno depresivo (Vera, 2006).

Esta terapia proviene de la psicología positiva desarrollada por Seligman a partir de 1998 hasta la actualidad, radica en la búsqueda de la verdadera felicidad a la que Seligman (2003) define como “la identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y de su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos”. Así, al aplicar las fortalezas personales en la vida de los pacientes, ayudamos a luchar contra la depresión y las emociones negativas. Por lo tanto, se enfoca más hacia ámbitos positivos, potenciando la creatividad, la tolerancia, la apertura a nuevas ideas y experiencias (Diener y Seligman, 2002).

##### **4.1. Terapia del bienestar de Fava (Well-Being Therapy)**

Sin duda la depresión es probablemente el problema psicológico en el que mejor encajan las intervenciones positivas. Desde un punto de vista teórico, muchos de los modelos explicativos existentes conectan con estas aproximaciones terapéuticas.

Recordemos el modelo de reforzamiento de la depresión (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn y Amenson, 1978), según el cual las personas deprimidas realizan pocas actividades placenteras y demasiadas actividades desagradables en su vida cotidiana. Esta disminución de actividades reforzadoras se debe a que el entorno no proporciona los suficientes reforzadores positivos o bien a que el individuo no es capaz de apreciarlos.

Este tipo de intervenciones se centran en identificar y cultivar características personales positivas intactas y experiencias resultantes de mayor resistencia a la adversidad (Seligman, Rashid y Parkes, 2006). La eficacia de este tipo de intervenciones ha sido investigada en muestras clínicas y existe una amplia evidencia de efectos significativos (Bolier et al, 2013).

Según Seligman (2002) la definición de la felicidad implica tres componentes vitales: placer, compromiso y sentido. La presencia de estos componentes conduce a una vida equilibrada, lo que desencadena a superar los síntomas depresivos.

Los resultados obtenidos por Cuadra, Veloso, Ibergaray, y Rocha (2010) dan cuenta de una disminución significativa en los síntomas depresivos y un aumento en la satisfacción vital en los pacientes que asistieron a psicoterapia positiva. Los pacientes que presentaban depresión grave o moderada al principio del estudio, obtuvieron una disminución como mínimo a la categoría inferior según el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre la terapia tradicional y los talleres de psicoterapia positiva.

De particular interés en el área de la psicología positiva es el constatar que el aumento del bienestar es en realidad capaz de predecir la disminución de la depresión (Keyes et al, 2010).

#### **4.1.1. Apoyo empírico de la terapia del bienestar**

Sin y Lyubomirsky (2009) realizaron un meta-análisis de 51 estudios con 4.266 participantes para investigar las intervenciones positivas. Se encontraron mejoras significativas tanto en el bienestar como en los síntomas depresivos. Se investigó el estado de la depresión, la edad, la duración de la intervención y el tipo de grupo de comparación como la moderación de factores. Los resultados demuestran que las intervenciones eran especialmente efectivas entre los participantes deprimidos de un grupo mayor de edad, en concreto entre los 36 y los 59 años.

Otro meta-análisis reciente (Bolier et al, 2013) apoya la idea de que estas intervenciones son eficaces para aumentar los niveles de bienestar y mejorar la depresión. Sin embargo, sólo 6 de los 69 estudios se hicieron con muestras de personas relativamente mayores de edad. Al repasar la edad media de los participantes, era

evidente que la mayoría de los estudios se llevaron a cabo con los participantes más jóvenes (estudiantes la mayoría).

Desde la aparición del movimiento de la psicología positiva, las intervenciones aparecieron como un enfoque prometedor para aumentar el bienestar y aliviar los síntomas de la depresión (Sin y Lyubomirsky, 2009). Estas intervenciones se componen de actividades que tienen como objetivo cultivar los aspectos positivos de la personalidad (fortalezas), emociones positivas (gratitud), cogniciones positivas (optimismo) y comportamientos positivos (altruismo).

Diversos estudios han encontrado que la gratitud se relaciona con un incremento del bienestar (Allan, Steger y Shin, 2013), y el optimismo (Peters, Meevissen y Hanssen, 2013) y con una disminución de la depresión (Konradt, Hirsch, Jonitz y Junglas, 2013), y la ansiedad (Allan, Johnson y Emerson, 2014).

Así, Proyer, Gander, Wellenzohn y Ruch (2014), llevando a cabo una intervención online centrada en Gratitud, Saboreo y Fortalezas, obtuvieron un aumento de la felicidad y una disminución en la sintomatología depresiva en personas mayores. De modo similar, Ortega, Ramírez y Chamorro (2014) encontraron disminuciones en depresión y ansiedad estado.

Las técnicas de intervención destinadas a identificar y utilizar las propias fortalezas podrían ser muy útiles para aliviar o combatir estos sesgos negativos.

Una de las vías más interesantes para el desarrollo de la Psicología Positiva es la de las intervenciones clínicas tanto en el ámbito de la salud como de los trastornos mentales.

López, Chaves, Vázquez, Duque y Soria (2014) compararon la eficacia de una intervención positiva con una intervención cognitivo-conductual. 36 mujeres adultas con un diagnóstico de depresión mayor o distimia fueron asignadas a una de las dos intervenciones con un formato grupal de 10 sesiones. Se evaluaron medidas clínicas y de bienestar. Ambos programas resultaron igualmente eficaces en la reducción de la sintomatología clínica y en la mejora del bienestar. Sin embargo, la intervención positiva mostró mejores resultados en relación con las emociones positivas y el foco emocional. En conclusión, la depresión puede ser tratada de manera efectiva no sólo

reduciendo sus síntomas sino también a través de la construcción de recursos positivos (López et al, 2014).

Chávez, López, Vázquez, Hervás, Duque y Loreto (2014) diseñaron un programa completo de tratamiento para la depresión basado en intervenciones positivas que ha demostrado ser eficaz. Se trata de un programa grupal de 10 sesiones en el que se fomentan las emociones positivas, el optimismo, la amabilidad, la gratitud, las fortalezas personales, estrategias de mindfulness, el sentido vital y el crecimiento ante la adversidad.

La depresión es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. Las personas que la padecen suelen presentar un bajo afecto positivo y un alto afecto negativo. Mira, Botella, Bretón-López, Soler, y Baños (2014) han desarrollado un programa de intervención online que consta de 8 módulos. Sus componentes principales son la activación comportamental y la psicología positiva. Pretende enseñar habilidades para afrontar los problemas, centrándose en el desarrollo de emociones positivas, participación en actividades significativas y el fomento de las propias fortalezas.

En este sentido, se ha hecho mucho hincapié en el análisis empírico de la eficacia de las intervenciones positivas. Para ello, Cataluña y Ovejero (2014) proponen un programa conocido como “Programa Bienestar 10”, el cual se compone de 10 sesiones que se realizan en una hora de forma individual. Está destinado principalmente a personas que deseen incrementar su bienestar y que no experimenten sintomatología clínica con una intensidad elevada. En las sesiones se trabajan las fortalezas, la gratitud, los valores, el optimismo, la felicidad y el establecimiento de metas. El objetivo principal de la investigación de Cataluña y Ovejero (2014) es comprobar la eficacia inicial del programa Bienestar 10. Para ello se analizan las diferencias en las medidas de bienestar psicológico, felicidad general, satisfacción vital, optimismo y sentido vital. También, se analiza la experiencia y la opinión de las personas que formaron parte del programa. La muestra estaba compuesta por 47 personas. En el programa se incluyeron medidas de Felicidad General, de Optimismo, de Satisfacción General con la Vida, de Sentido Vital y de Bienestar Personal. Los resultados demuestran lo siguiente:

- 1) La felicidad y la satisfacción vital son más altas tras la intervención.
- 3) La presencia de sentido vital se ve incrementada tras la intervención.
- 4) Se encontraron mayores niveles de bienestar en los participantes.
- 5) El análisis cualitativo permite concluir que la intervención es eficaz.

Las intervenciones positivas en la depresión siguen siendo un punto importante en la investigación psicológica. Como sabemos, estas intervenciones dan prioridad a las emociones y experiencias positivas para mejorar la salud mental y el bienestar de los pacientes. Aunque se ha confirmado que los resultados de psicopatología y los factores socioculturales inhiben las capacidades inherentes de un individuo para el crecimiento, la satisfacción y el bienestar (Rashid, 2015).

La terapia del bienestar propuesta por Fava, Rafanelli, Grandi, Conti y Belluardo, (1998) fue planteada inicialmente como una estrategia de prevención de recaídas en pacientes con trastornos afectivos, los cuales tras un tratamiento farmacológico experimentaban aún síntomas residuales. Más adelante se ha planteado también como una terapia que puede ser añadida a la terapia cognitivo conductual.

La terapia del bienestar ha sido asociada con efectos positivos para los trastornos afectivos como depresión o ansiedad. Esta modalidad terapéutica tiene como objetivo potenciar la sensación de bienestar de los pacientes, mejorando la conciencia de los momentos positivos, discutiendo y modificando los pensamientos negativos que bloquean dichas experiencias.

La terapia del bienestar consta de 8-12 sesiones, una sesión por semana. La duración de cada una de ellas puede variar de 30 a 50 minutos. Es una técnica que hace hincapié en la auto-observación (Emmelkamp, 1974), con el uso de un diario estructurado.

La terapia del bienestar se basa en el modelo cognitivo del bienestar psicológico de Ryff (1989). Este modelo abarca seis dimensiones de bienestar: autonomía, dominio del medio ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida, auto-aceptación y relaciones interpersonales positivas. Estas dimensiones estarán afectadas en pacientes con trastornos afectivos como la depresión (Fava et al, 1998; Fava et al, 2001 y Rafanelli et al, 2000). En los últimos años se ha investigado sobre el creciente interés en conceptos tales como el bienestar psicológico, calidad de vida y el funcionamiento humano óptimo (Cloninger, 2006; Linley, José, Harrington, y Madera, 2006). El objetivo del terapeuta es llevar al paciente a un nivel óptimo en las seis dimensiones del bienestar psicológico. Este nivel óptimo de bienestar podría ser diferente de un paciente a otro, en función de factores como son los rasgos de personalidad, roles sociales y contextos culturales y sociales (Ryff, 2008).

Las diversas dimensiones del funcionamiento positivo no sólo abarcan las seis dimensiones descritas por Ryff (1989) sino también otros conceptos similares que surgieron de la investigación de psicología positiva (Govindji y Linley, 2007; Magayar-Moe, 2009). El objetivo de la terapia del bienestar, tal como otras intervenciones positivas, deber ser la promoción de un funcionamiento óptimo en estas dimensiones en los individuos (Keyes, 2002).

La investigación desarrollada para probar la eficacia de esta terapia muestra que tras un tratamiento farmacológico, la combinación de terapia cognitivo conductual más terapia del bienestar previene las recaídas en mayor grado que el cuidado clínico habitual en pacientes depresivos. Además, también se ha observado que en pacientes con ansiedad generalizada, al combinar la terapia del bienestar con un programa cognitivo conductual, parece ser más eficaz que cuando se aplica únicamente el programa cognitivo conductual (Fava, Ruini, et al, 2005).

Moeenizadeh y Salagame (2010) asignaron a pacientes con depresión al azar a una de las siguientes terapias: terapia cognitivo conductual sola o a la terapia del bienestar conjunta con la terapia cognitivo conductual. Estos autores querían evaluar la eficacia del tratamiento relacionado con la mejora del bienestar y la reducción de los síntomas depresivos en estos pacientes. A pesar de que tanto la terapia cognitivo conductual por sí sola como en conjunto con la terapia del bienestar mostraron una reducción significativa de los síntomas, los resultados indicaron que la terapia conjunta experimentó un mayor alivio de la sintomatología depresiva.

Otro estudio examinó el bienestar de los individuos con fibromialgia (Cosci, Pennato, Bernini y Berrocal, 2011). Los autores investigaron si la pérdida de bienestar afectaba negativamente en los pacientes con fibromialgia. Los participantes estaban formados por 48 mujeres con fibromialgia y 48 controles. Los resultados indicaron que los participantes con fibromialgia tenían puntuaciones significativamente más altas en depresión, deterioro funcional y dolor que los controles. Las relaciones positivas y el propósito en la vida resultaron ser predictores significativos para el deterioro funcional de estos pacientes. Cosci et al. (2011) sugirieron que podría ser útil la terapia del bienestar para las personas con fibromialgia dado que la intervención trabaja en el fortalecimiento de las dimensiones del bienestar. Con esta terapia podría disminuir los niveles de ansiedad, mejorar el funcionamiento diario y prevenir la depresión.



Se podrían sugerir algunos mecanismos por los cuales la terapia del bienestar podría estar potenciando la mejora del paciente. Por ejemplo, el hecho de centrar la atención del paciente en sus emociones positivas puede aumentar la tasa de ocurrencia de las mismas por un efecto de auto-observación de conductas. Por otra parte, el planteamiento de buscar los elementos que interrumpen el bienestar puede estimular y asentar el uso de mecanismos de regulación afectiva destinados a mantener un estado de ánimo positivo (Wood, Heimpel y Michela, 2003).

La psicología positiva persigue la salud, el bienestar floreciente y todas las características que hacen que valga la pena vivir (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Un aumento del bienestar psicológico puede proteger contra la recaída y recurrencia. Más recientemente, muchas investigaciones en los entornos psicósomáticos han proporcionado confirmación de la función protectora de bienestar, tanto para la salud mental y física (Wood y Joseph, 2010).

#### **4.1.2. Desarrollo de las sesiones de la terapia del bienestar**

- Sesiones iniciales

Estas sesiones se refieren simplemente a la identificación de episodios de bienestar y la colocación en una situación, sin importar la duración. A los pacientes se les pide que hagan un informe en un diario estructurado de las circunstancias que rodean sus episodios de bienestar en una puntuación en escala de 0-100, donde 0 es ausencia de bienestar y 100 el más intenso bienestar que podría ser experimentado.

El objetivo de esta fase inicial de la terapia del bienestar, por lo tanto, es ayudar a los pacientes a notar y apreciar momentos positivos en la vida diaria. Esta capacidad parece estar limitada de manera especial después de la depresión severa y puede conducir a comportamientos de evitación.

Desde una perspectiva positiva, la terapia del bienestar tiene como objetivo tanto aumentar el disfrute de los pacientes en la vida diaria y la motivación de los pacientes para una participación plena en el trabajo y actividades de ocio. En esta etapa, el concepto de experiencia óptima podría ser introducido a los pacientes. Se caracteriza por el disfrute, el control de la situación, información clara sobre el curso de la actividad y motivación intrínseca (Deci y Ryan, 1985), y también por la percepción de altos

desafíos ambientales y dominio del medio ambiente, la concentración profunda y la participación (Csikszentmihalyi, 1990).

Los estudios han demostrado que la experiencia óptima puede ocurrir en cualquier contexto diario, tales como el trabajo y el ocio (Delle Fave y Massimini, 2003). Esta fase debe ser concebida como un re-activación conductual de los pacientes, sobre la base de la búsqueda de experiencias positivas y emociones positivas.

Esta fase inicial se extiende generalmente en un par de sesiones, pero su duración exacta depende de los factores que afectan a cualquier tarea, tal como la resistencia y el cumplimiento.

- Sesiones intermedias

En estas sesiones, se recomienda al paciente identificar los pensamientos y creencias que conducen a la interrupción prematura del bienestar.

Esta fase es crucial, ya que permite al terapeuta identificar qué áreas de bienestar psicológico están afectadas por pensamientos irracionales o automáticos. Se recomienda a los pacientes a la búsqueda y a participar en experiencias óptimas y actividades agradables. El objetivo es siempre el autocontrol de los momentos, la sensación de bienestar y la asignación de tareas graduales.

Esta fase intermedia se puede extender sobre dos o tres sesiones, dependiendo de la motivación del paciente y su capacidad.

- Sesiones finales

Llegados a este punto en el tiempo, el paciente se espera que sea capaz de identificar fácilmente los momentos de bienestar, estar al tanto de las interrupciones para el bienestar de los sentimientos. Para ello utilizan técnicas cognitivo-conductuales frente a estas interrupciones y llevan a cabo experiencias óptimas.

La eficacia de esta terapia en la fase residual de los trastornos afectivos se puso a prueba por primera vez en una pequeña investigación controlada (Fava et al, 1998) en veinte pacientes con trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo).

Estos pacientes habían sido tratados con éxito con un tratamiento conductual o farmacológico. Lo que se hizo en el estudio fue asignar al azar a los pacientes a la terapia del bienestar y a otros a la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los síntomas residuales.

Tanto la terapia del bienestar como la terapia cognitivo conductual se asociaron con una reducción significativa de los síntomas residuales. Sin embargo, se observó una ventaja significativa de la terapia del bienestar frente a la cognitivo-conductual cuando se compararon los síntomas residuales en los dos grupos tras el tratamiento.

La mejora en los síntomas residuales se explicó sobre la base del equilibrio entre lo positivo y lo negativo (Fava et al, 1998; Kellner, 1987; Rafanelli y Ruini, 2012).

#### **4.1.3. Tratamiento de la depresión recurrente**

La terapia del bienestar es una de las terapias que forma parte específica e innovadora de la terapia cognitivo conductual que se aplica en la depresión recurrente.

Un estudio compuesto por cuarenta pacientes con depresión mayor recurrente que habían sido tratados con éxito con fármacos antidepresivos anteriormente, fueron asignados al azar a un tratamiento cognitivo-conductual que incluía la terapia del bienestar o la gestión clínica. En ambos grupos, los fármacos antidepresivos se les disminuyeron. El grupo que recibió la terapia cognitivo conductual más la terapia del bienestar tenía un nivel significativamente menor de síntomas residuales después del tratamiento en comparación con la gestión clínica. También se encontró una tasa de recaída más baja a los dos años del seguimiento en este grupo. En el seguimiento a los 6 años, la tasa de recaída fue 40% en el primer grupo y 90% en el segundo (Fava et al, 2004).

Moeenizadeh y Salagame (2010) confirmaron la importancia de la terapia del bienestar para la depresión grave. Se asignaron al azar a 40 pacientes con depresión mayor bien a la terapia cognitivo conductual o a la terapia del bienestar. Los resultados no muestran diferencias significativas entre estas dos terapias. Sin embargo, los tamaños del efecto de intervenciones mostraron que los pacientes que fueron tratados con la terapia del bienestar tuvieron una mayor reducción de los síntomas en comparación con el otro grupo.

Stangier et al. (2013) aplicaron conjuntamente la terapia del bienestar y la terapia cognitivo conductual para pacientes con depresión recurrente. La muestra estaba compuesta por 180 pacientes con tres o más episodios depresivos mayores. Fueron asignados al azar a 16 sesiones de terapia cognitivo conductual más terapia del bienestar o a una terapia de psicoeducación. Después se realizó un seguimiento a los 12 meses. A pesar de que el tiempo de recaída o recurrencia de depresión mayor no cambió significativamente entre las condiciones de tratamiento, se observó una diferencia entre las condiciones de tratamiento y el número de episodios anteriores. Dentro de la muestra, los pacientes con 5 o más episodios previos, se encontró que la terapia cognitivo conductual más la terapia del bienestar fue significativamente superior a la psicoeducación.

#### **4.1.4. Terapia del bienestar: peculiaridades, limitaciones y orientaciones futuras**

La terapia del bienestar se ha desarrollado desde hace casi dos décadas y se ha probado en un gran número de ensayos controlados aleatorios. Fue desarrollada originalmente como una estrategia para la fase residual de los trastornos afectivos y dirigida a la promoción del bienestar que aún estaba deteriorada en poblaciones clínicas después de un tratamiento farmacológico (Fava et al, 2004).

Esta terapia estaba basada en la suposición de que las alteraciones en el bienestar pueden representar un factor de vulnerabilidad para las adversidades y recaídas (Ryff y Singer, 1996; Wood y Joseph, 2010).

Los resultados obtenidos en las investigaciones muestran que los pacientes que recibieron la terapia del bienestar eran menos propensos a presentar recaídas en depresión o trastornos de ansiedad a largo plazo (Fava et al, 2005; Ruini y Fava, 2009).

La administración secuencial de terapia cognitivo conductual y terapia del bienestar fue capaz de hacer frente a su sintomatología, así como a participar activamente en la búsqueda del bienestar. Los protocolos clínicos de la terapia del bienestar por lo tanto pueden variar de una persona a otra de acuerdo a sus propias necesidades específicas, personalidad, rasgos, roles sociales y factores culturales (Ryff, 2014; Ruini y Fava, 2012).

La terapia del bienestar se puede considerar una terapia positiva de intervención desarrollada en el ámbito clínico (Bannink, 2014; Carr y Finnegan, 2014). Esta terapia

mantiene las raíces tradicionales de la psicología clínica pero al mismo tiempo proporciona aspectos específicos para promover el bienestar como intervenciones positivas nuevas (Bannink, 2014; Carr y Finnegan, 2014; Madera y Joseph, 2010).

Sin embargo, esta terapia presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, fue utilizada y validada en combinación con otros tratamientos psicoterapéuticos tanto en depresión como en ansiedad (Fava et al, 2005). Es difícil deducir su efecto específico como la administración de un único tratamiento por lo que podría ser problemático aplicarla en un paciente agudamente enfermo (episodio depresivo mayor) ya que en la fase aguda de trastornos afectivos los episodios de bienestar pueden tener lugar pero a menudo son abrumados por los síntomas y la angustia.

Además, a diferencia de otras intervenciones positivas recientes, la terapia del bienestar sigue siendo insuficientemente aplicada e investigada en estudios controlados aleatorios con pocas excepciones.

## **5. CONCLUSIONES**

El objetivo principal de este trabajo era realizar una revisión teórica de los diferentes trabajos realizados en los últimos años sobre las intervenciones positivas que se utilizan para el tratamiento de la depresión y hacer una comparación con las terapias psicológicas tradicionales como la terapia cognitivo-conductual.

Las principales conclusiones que hemos podido obtener de esta revisión son las siguientes:

En primer lugar, aunque la terapia cognitivo-conductual ha resultado ser la terapia psicológica más efectiva en el tratamiento de la depresión, actualmente la activación conductual cuenta con investigaciones que afirman que puede llegar a ser incluso más efectiva que la terapia cognitivo conductual y el tratamiento farmacológico. La terapia interpersonal también ha resultado ser una terapia efectiva cuando se incluye junto con la terapia cognitivo-conductual. La terapia de aceptación y compromiso ha mostrado un incremento en la satisfacción con la consecución de los objetivos y una disminución de las creencias negativas asociadas al dolor de los pacientes.

Actualmente, existe evidencia que muestra la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas positivas en el aumento del bienestar y la reducción de

sintomatología depresiva. Sin embargo, la evidencia recogida a partir de estudios controlados en diferentes muestras resulta escasa.

A pesar de que la investigación sobre la terapia del bienestar todavía presenta varias limitaciones, que deben ser abordadas en un trabajo futuro, parece que podría considerarse la única terapia dirigida a la promoción de las seis dimensiones de Ryff del modelo de bienestar hasta ahora disponible en psicología positiva.

Los estudios de validación y observaciones clínicas parecen sugerir que la terapia del bienestar es particularmente eficaz en el tratamiento de la ansiedad y su sintomatología física relacionada. Además, se encontró que era un factor de protección a largo plazo para las recaídas y recurrencias en el trastorno depresivo (Fava et al., 2004).

Las investigaciones futuras deben probar su eficacia como intervención preventiva dirigida a individuos vulnerables con bajos niveles de bienestar psicológico, y por lo tanto en riesgo de desarrollar la depresión con el tiempo (Wood y Tarrier 2010).

En esta revisión, se tuvo como objetivos contribuir a una nueva alternativa de tratamiento de un trastorno que a nivel mundial está en aumento. Además, se hace una aportación a la aplicación de una innovadora visión frente a la depresión, la cual modifica la forma de ver la realidad, las capacidades y fortalezas propias de los pacientes, mejorando así la calidad de vida de estos.

Finalmente, es importante el desarrollo que pueden lograr los pacientes al tomar conciencia y emplear sus fortalezas personales en la vida cotidiana, no solo para el tratamiento de un trastorno depresivo.

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Agudelo, D; Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de la ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.

- Antón, V; García, P. y García, J. (2016). Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicopatología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 42-52.
- Bianchi, J.M. y Muñoz, A.M. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psicología: avances de la disciplina*, 8(2), 83-93.
- Bianchi, J. y Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80.
- Buela, G., Sierra, J.C. y Cano, M.C. (2008). *Evaluación y tratamiento de la depresión. Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carr, A. y Finnegan, L. (2015). The Say “Yes” to Life (SYTL) Program. A Positive Psychology Group Intervention for Depression. *Contemp Psychother*, 45, 109-118.
- Cuadra, A., Veloso, C., Ibergaray, M., y Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 27-134.
- Dambrun, M. y Dubuy, A. (2014). A positive psychology intervention among long-term unemployed people and its effects on psychological distress and well-being. *Journal of employment counseling*, 51, 75-88.
- Echeburúa, E., Corral De, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el año 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(3), 149-160.
- Flores, E; Terán, V. y González, J. (2015). Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes. *Salud Mental*, 38(1), 67-75.
- García, J.A. (2010). Tratamientos de la depresión. Recuperado el 8 de Junio de 2016, de [http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos\\_depresion.html](http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/depresion/tratamientos_depresion.html).

- Herrera, N. (2015). Efectividad de los antidepresivos atípicos e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de serotonina. *Revista Farmaciencia*, 3(1), 39-42.
- Hollon, S.D., Shelton, R. y Davis, D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 270-275.
- Jarret, R.B. y Rush, A.J. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57, 115-133.
- Karwoski, L., Garratt, G. y Ilardi, S. (2006). On the Integration of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Positive Psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 159-170.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- López, R. y Marqués, D. (2016). Efectividad del MBCT para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 231-249.
- Luciano, C; Páez, M. y Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y salud*, 17(3), 339-356.
- Miró, M., Perestelo, L; Pérez, J; Rivero, A; Gonzáles, M; De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 1-14.
- Moenizadeh, M. y Kumar, K. (2010). Well-Being Therapy (WBT) for Depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 107-115.
- Ortega, A.R., Ramírez, E. y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation In Health*, 5(1), 23-33.
- Pérez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28(2), 97-110.



- Pérez, M. (2012). La psicología positiva: magia simpática. *Papeles del psicólogo*, 33(3), 183-201.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Prieto, M. (2006). Psicología positiva: una moda polémica. *Clínica y salud*, 17(3), 319-338.
- Proyer, R.T., Gander, F., Wellenzohn, S. y Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005.
- Puerta, J.V. y Padilla, D.E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 251-257.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170.
- Reiter, C. y Wilz, G. (2016). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology*, 11(1), 99-108.
- René, M., Kindynis, S. y Csillik, A. (2012). Particularités des thérapies cognitivo-comportementales et des interventions de psychologie positive dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(1), 169-174.
- Ritschel, L; Ramirez, C. y Cooley, J. (2016). Behavioral Activation for Major Depression in Adolescents: Results From a Pilot Study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 39-57.
- Rodríguez, C. y Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, 9(1), 105-117.
- Ruini, C; Albieri, E. y Vescovelli, F. (2015). Well-Being Therapy: State of the Art and Clinical Exemplifications. *J Contemp Psychother*, 45, 129-136.

- Ruiz, L; Cangas, A. y Barbero, A. (2014). Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 445-458.
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E. y Meléndez, J.C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
- Sánchez, O., Méndez, F.X. y Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Santandreu, M. y Ferrer, V.A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología conductual*, 22(2), 239-256.
- Senf, K. y Kienfie, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *J Happiness Stud*, 14, 591-612.
- Vázquez, C., Hervás, G., M, S. y Ho. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernan, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology*, 18(1), 139-165.
- Vázquez, E. (2016). Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*, 79(1), 42-51.
- Vázquez, F., Blanco, V., Torres, A., Otero, P. y Hermida, E. (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología*, 30(1), 9-24.

Vázquez, F.L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo conductual en cuidadoras con síntomas depresivos elevados. *Psicología conductual*, 22(1), 79-96.

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

Vera, B. (2006). Acercarse a la Psicología Positiva a través de una bibliografía comentada. *Clinica y salud*, 17(3), 259-276.

Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.