

# Depresión y elección

**Por:** Fabián Maero - psicólogo, profesor y coautor del libro: Tratamiento breve de Activación Conductual para depresión, publicado por editorial Akadia.



*Imagen: Alex Holt - Unsplash.com*

Quisiera compartir con ustedes algunas observaciones sobre las distintas formas de conceptualizar teóricamente a la depresión y las consecuencias e interacciones que generan. También vamos a ver de qué manera activación conductual aborda el fenómeno-que es algo menos intuitivo de lo que parece- y por qué es necesario mejorar el mundo (tengan paciencia).

Esto va a ser largo, así que antes de empezar quizá quieran hidratarse apropiadamente, comer algo ligero antes, y ponerse ropa cómoda.

Para este viaje, tenemos que empezar desembarazándonos un poco de las nociones aprendidas sobre qué es depresión, y empezar por volver a describir lo que entendemos por depresión -dejando de lado por ahora las explicaciones respecto a las causas de la depresión- enfocándonos en el fenómeno.

Empecemos entonces describiendo aquellos puntos sobre la depresión en los cuales los distintos modelos teóricos pueden acordar, a grandes rasgos, y progreseemos a partir de ahí.

## **1- Cuando hablamos de depresión hablamos de conductas**

Algo en lo cual todos los modelos teóricos de la depresión pueden estar de acuerdo es que sólo hablamos de depresión cuando una persona tiene determinados patrones de conductas. Aquí “conductas” debe ser tomado en sentido amplio: no sólo nos referimos a las conductas observables, sino también a lo que manifiesta sentir, las cosas que dice, etc., *todo lo que hace*, ya sea que pueda ser observado por otros o sólo por la propia persona.

Aun no estamos hablando de las causas de esas conductas, ni tampoco estamos diciendo que sean voluntarias o intencionales, sino que nos limitamos a señalar que sólo decimos que alguien está deprimido cuando exhibe determinados patrones de conductas: si no hay conductas tales como abandonar actividades, llanto, manifestar culpa, rumiación, insomnio, etc., no hablamos de depresión. Luego, la explicación de por qué se producen esas conductas, sus mecanismos o su sentido, podrá ser atribuida a conflictos intrapsíquicos, creencias disfuncionales, desbalances químicos, sistemas

sociales, flujos energéticos, karma, condicionamiento, etc., pero todos los modelos teóricos coinciden en que vamos a hablar de depresión cuando una persona exhibe o ha modificado en determinada dirección sus patrones de actividad: dice y hace ciertas cosas en lugar de decir otras.

El primer postulado nos quedaría así: **la depresión consiste en conductas.**

## **2- Las conductas en la depresión pueden ser conceptualizadas como elecciones**

Si pudiéramos ver el día de una persona deprimida, podríamos observar una sucesión de momentos pivotaes, pequeñas encrucijadas que se resuelven en alguna dirección: el momento en el cual se despierta y en lugar de levantarse se queda en la cama mirando el techo, el momento en que se tira en el sillón a ver una serie con poco entusiasmo en lugar de salir a hacer las compras o ponerse a arreglar la pared que está deteriorada, el momento en que almuerza un café y un cigarrillo en lugar de una ensalada, el momento en que se queda rumiando en la cama en lugar de llamar a un amigo, y así.

Independientemente de la explicación psicológica que utilicemos, podemos observar que en cada momento hay alternativas de acción posibles, y que llevar a cabo una actividad, sea cual fuera, implica no hacer otras. Esto es así para todas las personas todo el tiempo, por supuesto: en cualquier momento realizo la elección de sentarme a escribir o salir a trotar, o ponerme a leer, o tocar el piano, etc. Dicho de otro modo "*una buena parte de lo que hacemos cotidianamente puede ser conceptualizado como elecciones*"(Bourret & Vollmer, 2003).

El escritor Jorge Luis Borges basó un cuento, *El jardín de los senderos que se bifurcan*, en esta misma idea, concibiendo un libro escrito por el hipotético autor *Ts'ui Pên*, en el

cual se exploran todas las elecciones posibles: *“En todas las ficciones, cada vez que un hombre se enfrenta con diversas alternativas, opta por una y elimina las otras; en la del casi inextricable Ts’ui Pên, opta -simultáneamente- por todas. Crea, así, diversos porvenires, diversos tiempos, que también proliferan y se bifurcan. De ahí las contradicciones de la novela. Fang, digamos, tiene un secreto; un desconocido llama a su puerta; Fang resuelve matarlo. Naturalmente, hay varios desenlaces posibles: Fang puede matar al intruso, el intruso puede matar a Fang, ambos pueden salvarse, ambos pueden morir, etcétera. En la obra de Ts’ui Pên, todos los desenlaces ocurren; cada uno es el punto de partida de otras bifurcaciones.”*

Por supuesto, cuando hablamos de elección aquí no nos estamos refiriendo a elecciones intencionales, deliberadas o pensadas (aunque tampoco las excluimos), sino meramente a toda situación en la cual se verifica una alternativa con exclusión de otra u otras (McDowell, 1988). Tampoco nos referimos a un proceso que suceda de manera ocasional o de manera épica, sino un proceso que puede ser pequeño y continuo (sigo eligiendo escribir esto en lugar de salir a caminar, y ustedes, del otro lado de la pantalla, han elegido seguir leyendo hasta aquí, y ahora eligen seguir o -lo que estaría muy bien- hacer cualquier cosa más interesante, como ver crecer el césped por ejemplo).

Por esto, una forma posible de conceptualizar a las conductas de la depresión es como un patrón de **elecciones** a lo largo del tiempo—levantarse de la cama o no, ir a trabajar o no, conectarse con otras personas o no, etcétera. Si hablamos de una persona deprimida que está en la cama a las seis de la tarde y permanece allí hasta las ocho, podríamos decir que se está realizando una elección entre permanecer en la cama o levantarse. Pero insisto, **no estoy hablando de una elección voluntaria o deliberada**, tan sólo decimos que una persona hizo A existiendo las opciones B, C, D, etcétera. Si es voluntario, razonado, o deliberado, es algo de lo cual de momento podemos prescindir.

Nuevamente, esto es algo a lo cual todos los modelos teóricos podrían suscribir, decir que la depresión involucra que las acciones de una persona implican seguir un camino en lugar de otro. No es obligatorio pensarlo como elecciones, pero tampoco resulta inconsistente. Y por eso, nuestro segundo postulado sobre la depresión sería este: las conductas de la depresión se pueden pensar como una serie de **elecciones o preferencias conductuales (en el sentido más descriptivo del término)**.

### **3- Las elecciones no parecen tener sentido**

La selección de alternativas que efectúa la persona deprimida es catalogada como depresión porque esas alternativas no parecen tener sentido: la persona dice sentirse triste y aislada y hace cosas que siguen manteniéndola aislada, por ejemplo.

Nuevamente, no estoy diciendo nada nuevo. La depresión es categorizada como enfermedad, trastorno, o disfunción, porque las acciones y elecciones que realiza la persona tienen a mediano y largo plazo consecuencias que no son funcionales, sino que resultan contraproducentes, dolorosas, o disfuncionales para sí misma.

Las cosas que hacen no parecen tener sentido, por eso es que formulamos teorías y explicaciones de toda índole, para tratar de entender por qué una persona actúa de esa manera. Por eso cuando una persona que acaba de perder a un ser querido no la etiquetamos como deprimida ni armamos sistemas teóricos para explicar eso, porque sus acciones (llanto, aislamiento, insomnio, etc.) tienen sentido para nosotros.

Por decirlo de alguna manera: las elecciones conductuales que efectúa la persona deprimida no nos parecen racionales, funcionales, o saludables. En esto también los distintos modelos teóricos pueden acordar a grandes rasgos -si las elecciones de la depresión parecieran racionales o útiles no recibirían tratamiento, digamos.

Entonces, lo que tenemos hasta ahora podría enumerarse así

1. **La depresión consiste en una serie de conductas**
2. **Esas conductas pueden pensarse como elecciones (no como elecciones voluntarias sino como seguir distintas alternativas de acción)**
3. **Esas elecciones no parecen funcionales o racionales sino todo lo contrario.**

Con la depresión la tarea de los modelos teóricos, bosquejada a grandes rasgos, ha sido la de dar una explicación a por qué se llevan a cabo esas elecciones en particular, si es que son elecciones que parecen perjudiciales, y qué camino se puede seguir para que la persona realice otras elecciones.

Lo que hemos visto hasta aquí es una forma de ver a la depresión con la cual pueden estar de acuerdo prácticamente todos los modelos. Es en explicar y modificar estas elecciones en donde los modelos teóricos varían.

## **Los modelos explicativos internalistas**

Todos los modelos teóricos proponen algún tipo de explicación a por qué las personas actúan de la manera que llamamos “depresión”: *¿por qué una persona actuaría de esa manera?* Claramente no es una forma de actuar útil, vital, saludable, normal, racional, o como quieran llamarla -ningún modelo teórico dice algo como “la depresión está joya, seguí así que vas muy bien”, por lo cual se intenta explicarla y proponer una solución.

Ahora bien, las explicaciones más populares de la depresión que tenemos en psicología y psiquiatría son lo que podríamos llamar explicaciones *internalistas*: explicaciones que se basan en procesos intra-individuales, tales como fenómenos cognitivos o fenómenos neurobiológicos, estados internos de la persona deprimida. Las

explicaciones internalistas proponen algo que podríamos expresar así: “Dado que la persona deprimida está actuando de manera irracional/disfuncional, tiene que haber algo dentro de la persona que la haga actuar así”. Para una explicación de tipo internalista la persona que elige quedarse en la cama, rechazar invitaciones de amigos, abandonar actividades, etc., está llevando a cabo esas elecciones irracionales por alguna falla de un mecanismo o proceso interno, como por ejemplo:

- La presencia o ausencia de ciertos pensamientos
- La presencia, carencia o falla de ciertos *patrones* de pensamiento
- Un déficit o exceso de algún neurotransmisor
- Algún tipo de lesión o fallo cerebral
- Mal funcionamiento orgánico de otro tipo (inflamación, por ej.), o factores genéticos
- Un conflicto intrapsíquico
- Falla en la regulación de las emociones, etc.

Por ejemplo Beck y colaboradores (2010) afirman:

*“El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como **consecuencia de los patrones cognitivos negativos**. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo”* (p.20, el resaltado es mío)

Similarmente, LeDoux (2003) postula:

“La depresión (...) involucra **circuitos alterados** que lo bloquean a uno en un estado de retirada neural y psicológica”.

Otros abordajes postulan distintos factores o entidades internas hipotéticas, biológicas o psicológicas. Si bien las explicaciones internalistas suelen incluir al ambiente como un factor, la relevancia del mismo suele ser más bien modesta, usualmente relegado a un papel de disparador o de vulnerabilidad para el proceso mental, psíquico o biológico que se considera la *verdadera* causa y esencia de la depresión.

Consistentemente, estas explicaciones postulan como solución la modificación del factor interno hipotéticamente implicado. Se intenta corregir, resolver, o arreglar aquello que está funcionando mal: corregir los pensamientos distorsionados, resolver el complejo intrapsíquico, corregir el desarreglo neuroquímico, etc. En los casos en que un modelo internalista propone algún tipo de intervención ambiental, lo hace con el sólo propósito de ayudar a corregir el desarreglo interno.

Las explicaciones internalistas son la norma en psicología, pero como veremos a continuación, no son la única forma de pensar el fenómeno.

Si siguen despiertos, este sería un buen momento para desperezarse, elongar músculos, volver a acomodar la postura y tomar impulso, que nos falta un trecho todavía.

## Elecciones

Hay otra forma de abordar las elecciones conductuales como las hemos definido aquí, y esto es considerarlas como *conductas situadas en un contexto*. Y con un poco de suerte, en las siguientes secciones intentaremos demostrar de qué manera esto



representa un abordaje completamente distinto de las explicaciones internalistas, tanto en términos de explicación como en términos de intervención.

Si hasta ahora no se han dormido, les proponemos un ejercicio de pensamiento para demostrar la relación entre el contexto y las elecciones. Para esto imaginaremos una situación de elección pura y veremos qué pasa, partiendo de un primer escenario hipotético.

### **Escenario A**

Supongamos que abrimos un modesto casino con tan sólo dos máquinas tragamonedas, una al lado de la otra. Nuestro hipotético casino tiene un solo apostador, porque somos modestos e imaginarios. Y supongamos que en total por cada \$10.000 apostados por día en las máquinas nuestro casino paga \$1.000, pero las máquinas no pagan parejamente, sino que la máquina **A** está configurada para pagar \$700 y la **B** para pagar \$300.

Ahora bien, ¿cómo va a distribuir sus apuestas nuestro apostador hipotético? ¿Todas a la A? ¿Todas a la B? ¿Mitad y mitad?



Lo que encontraríamos es que las apuestas no se distribuirían al azar, sino que en esta situación ideal las apuestas tenderían a distribuirse según la tasa relativa de ganancias –lo que podríamos llamar refuerzos, en este caso. Entonces, dado que la máquina A otorga un 70% del total, y la B paga un 30%, encontraríamos que a lo largo del tiempo, las apuestas tenderían a igualar esa proporción, con un 70% de las apuestas yendo a la máquina A, y un 30% de las apuestas a la máquina B.

Este es el fenómeno que en la ciencia conductual se llama “igualación” -porque la tasa relativa de respuestas tiende a *igualar* la tasa relativa de refuerzos – y se expresa en un principio conductual llamado “Ley de Igualación” (R J Herrnstein, 1961), utilizado para comprender conductas de elección.

Lo importante aquí es que la tasa de respuestas depende de la frecuencia *relativa* de refuerzo. Es decir, la ley de igualación establece que no sólo importa que una respuesta sea reforzada, sino que también importa qué valor de refuerzo tienen las otras alternativas.

Permítanme ilustrar esto con nuestro casino, imaginando una leve variación en la situación A.

### Escenario B

Supongamos que decidimos modificar la configuración de la máquina B, de manera que ahora, en lugar de pagar \$300, pase a pagar \$700 por cada \$10.000 apostados (es decir, igual que la máquina A). ¿Qué pasaría?



**A**



**B**

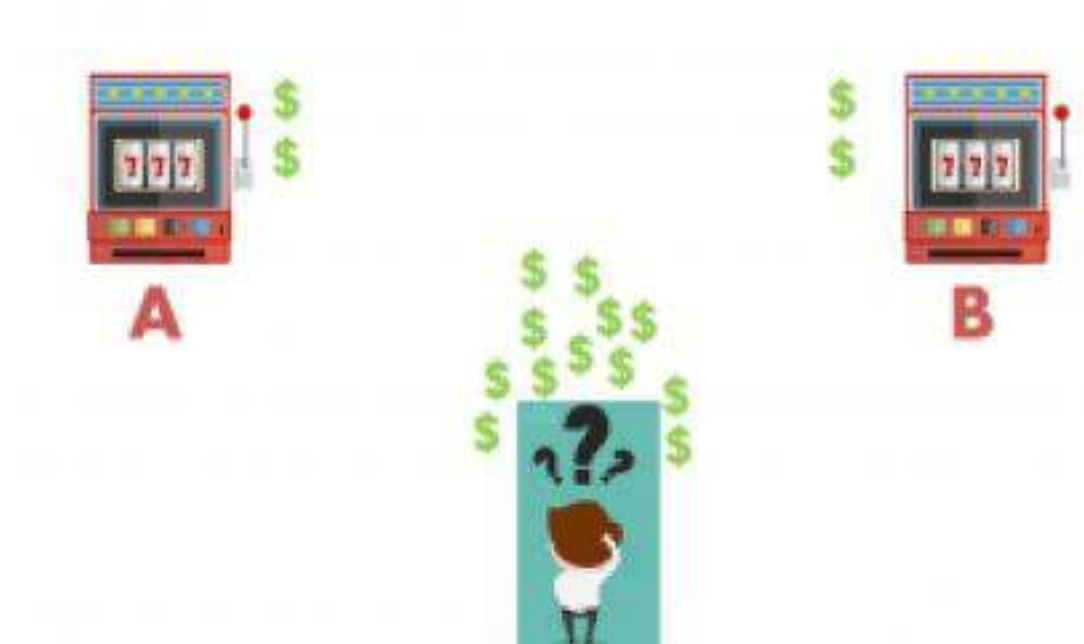


En una situación ideal, después de un tiempo las apuestas tenderían a igualar los refuerzos. Es decir, el apostador empezaría a distribuir sus apuestas un 50% a cada máquina, dado que ahora ambas pagan la misma proporción, (\$700 cada una).

Ahora, imaginemos una leve variación de esto y veamos qué pasa.

### Escenario C

Supongamos que en la puerta del casino empieza a llover dinero. Sí, somos la gente con más mala suerte del mundo. Espontáneamente caen del cielo billetes con regularidad. ¿Qué pasaría en esta situación con nuestro apostador? Probablemente, como cualquiera de nosotros, estaría afuera juntando los billetes que caen. Ninguna apuesta recibirían las máquinas A y B mientras lloviese dinero afuera.



Estas tres situaciones imaginarias plantean un muy interesante problema para las explicaciones que vimos antes, si tienen la paciencia de pasar conmigo a la siguiente sección.

## **El problema con las explicaciones internalistas de la elección**

Imaginen que un investigador que trabaja con explicaciones y teorías internalistas (es decir, con teorías que postulan que las elecciones están controladas principalmente por

factores internos), ha estado siguiendo a nuestro apostador, analizando todo lo que hace con la máquina A, y tratando de explicar lo que sucede.

Este investigador desconoce lo que está pasando en el resto del casino -supongamos que ve a nuestro apostador en una reunión semanal de una hora, durante la cual sólo pregunta por lo que pasó con la máquina A, motivo por el cual el investigador desconoce lo que pasó con la máquina B, y desconoce que llovió dinero en el casino.

Desde esa perspectiva, este investigador notaría que ocurrió lo siguiente:

1. Al principio, el apostador le dedicaba \$700 por día a la máquina A
2. Luego, el apostador empieza a dedicarle \$500 por día a la máquina A
3. Luego, el apostador cesa de apostar completamente a la máquina A

1), 2) y 3), corresponden por supuesto a nuestros escenarios A, B, y C. Las apuestas en la máquina A bajaron a \$500 en el escenario B, cuando la máquina B empezó a pagar más, y cayeron a 0 en el escenario C, cuando empezó a llover dinero, pero nuestro investigador desconoce esa información.

Imagínense el estupor del investigador: *¿cómo puede ser que la actividad con la máquina A haya disminuido, si nada ha cambiado en ese aspecto, si sigue pagando lo mismo de la misma manera? ¿habrá algo mal con el apostador?*

Lo que el apostador está haciendo con la máquina A *no tiene sentido* para ese investigador: si la máquina A sigue pagando lo mismo, ¿por qué el apostador disminuye primero y cesa sus apuestas luego? Nuestro investigador internalista podría buscar mecanismos cerebrales, cognitivos o emocionales por los cuales la máquina A recibe menos apuestas, y seguramente encontraría cambios en ese aspecto. Después de todo, la máquina A ha perdido valor de preferencia para nuestro apostador, es

probable que el apostador sienta menos entusiasmo hacia ella, y que ello implique cambios emocionales y cerebrales.

Nuestro investigador podría hacer varios estudios de neuroimágenes en nuestro apostador, y sería muy probable que incluso encontráse modificaciones cerebrales correlativas a los cambios en las apuestas en la máquina A. Probablemente al mostrarle imágenes de la máquina A mientras está en un aparato de fMRI se observará un patrón de activación distinto en el escenario A que en el escenario C (no soy un experto, pero asumo que ver llover dinero –escenario C- debe provocar algún tipo de cambio notable en el cerebro). Y podría hipotetizar que esos cambios cerebrales *explican* la pérdida de preferencia por la máquina A.

Pero este es el asunto: aún si tuviera un mapa completo y pormenorizado del cerebro y sus cambios, nuestro investigador seguiría sin entender la situación. A lo sumo, nuestro investigador podría decir “en tal momento detectamos tales y tales cambios en la estructura del cerebro” -o tales emociones reportadas o estilos cognitivos, etc. Pero sin conocer el contexto ampliado (lo que pasa en el escenario B y C), no hay manera para nuestro investigador de entender cabalmente el cambio de preferencias (también es interesante notar que si uno fuera un analista conductual observando sólo lo que pasa con la máquina A en términos de refuerzo, tampoco podría proporcionar una explicación satisfactoria, hasta tanto ampliará el foco para incluir el resto del contexto, ya que la máquina A sigue reforzando siempre igual).

## **Patologías como elección**

El punto que estamos tratando de ilustrar es que **el contexto ejerce una influencia que es completamente irreductible a la estructura biológica o psicológica.**

Por supuesto que conocer los cambios cerebrales, los estilos cognitivos o emocionales, puede aportar a una comprensión más acabada del fenómeno, pero una explicación internalista no puede dar cuenta cabalmente del sentido de una conducta analizada.

Citando a Rachlin, debemos “buscar las causas de la conducta no *profundamente* dentro del organismo, sino *ampliamente*, en el tiempo, en las contingencias entre la frecuencia de una acción y la tasa general de eventos significativos en el mundo externo” (Rachlin, en Herrnstein, 1997, p.8)

Hasta ahora hemos usado como ejemplo a nuestro hipotético casino, pero el mismo fenómeno se ha observado de manera muy similar en el mundo real con respecto a un área muy concreta: la adicción a drogas. Nos referimos al experimento llamado “*Rat Park*”, realizado en los años 70, que consistió precisamente en investigar el impacto de factores ambientales sobre elecciones conductuales (Alexander, Coombs, & Hadaway, 1978).

En dicho experimento se puso a unas ratas en jaulas estándar de laboratorio en las cuales tenían dos bebederos: uno con agua, y el otro con una solución de morfina diluida. Como era de esperar, al poco tiempo esas ratas estaban bebiendo casi exclusivamente la solución de morfina.



Mientras tanto, otro grupo de ratas fue puesto en una jaula más grande y abierta, en la que había otras ratas, espacio para jugar, esconderse y socializar (el “*Rat Park*” o *Parque de las Ratas*), en la que también había dos bebederos, uno con morfina diluida y otro con agua.



Lo que Alexander encontró es que las ratas con acceso a otros refuerzos (jugar, socializar, etc.), bebieron menos morfina que las ratas aisladas. Más aún, cuando las



ratas que estaban en las jaulas pequeñas fueron pasadas al *Rat Park*, su consumo de morfina se redujo, aun cuando esto implicó síntomas de abstinencia.

Dicho en los términos que venimos usando: el valor de la morfina como refuerzo no fue absoluto sino relativo, cuando hubo otros refuerzos compitiendo se redujo su valor de refuerzo y las conductas orientadas hacia ella. Más allá de cuáles fueran las estructuras cerebrales de las ratas, bastó con un cambio en el ambiente para que las conductas se modificarán.

El experimento de Alexander sugiere que nuestra forma tradicional de pensar la adicción, es decir, como un problema puramente interno, químico o cerebral, es errónea o por lo menos incompleta: cuando no hay otras actividades compitiendo, la adicción es una alternativa viable, pero cuando hay competencia, la adicción pierde valor por sí misma, aun cuando la droga siga teniendo la misma composición química y efectos, aun cuando los cambios cerebrales estén presentes. Es decir, el valor de la droga es *relativo* al valor de otras actividades disponibles (esto es consistente con la literatura de farmacología conductual, que ha demostrado que una droga puede tener efectos opuestos según el contexto en que se administre; véase por ejemplo Branch, 1984, o [nuestro lindo artículo al respecto](#)).

Tanto este ejemplo como nuestro casino imaginario proporcionan también una vía clara para intervenir sobre estas preferencias, es decir, para un tratamiento. Si quisiéramos hacer que el apostador use menos la máquina A o que la rata reduzca su consumo de morfina, no necesitamos analizar sus creencias, complejos, o conocer su estructura cerebral (aunque tampoco se excluye): podemos aumentemos el valor de refuerzo de la máquina B, o hacer llover dinero en el casino, o que en el caso de las ratas, proporcionemos un ambiente más enriquecido, con acceso a interacción social y otros reforzadores.

Dicho en otras palabras, si aumentamos el valor de refuerzo de las conductas alternativas (aumentar la accesibilidad, reducir la energía necesaria para acceder a ellas, y proporcionar refuerzo inmediato), la preferencia por las conductas problemáticas disminuye.

## Depresión como elección

La manera en la cual vemos a la depresión en activación conductual es similar a la expuesta para adicción: esas elecciones conductuales, esas preferencias, tienen sentido cuando se considera el contexto completo.

En la depresión, los refuerzos para las elecciones “saludables” (hablo de “saludables” en modo general, no normativo, no se tomen muy a pecho el término) son como una moneda devaluada: pierden su eficacia. Los refuerzos para las actividades depresivas, en cambio, tienen alto valor, se eligen las actividades depresivas porque son las que tienen mayor valor relativo de refuerzo.

No se asume que la persona que elige quedarse en la cama en lugar de ir a trabajar lo hace por hipotéticas causas internas como *falta de motivación, cogniciones irracionales, desbalance químico, problemas emocionales*, etc. (aunque no es necesario descartarlas), sino que se postula algo más simple: tiene más valor de refuerzo quedarse en la cama que ir a trabajar.

Hay diversos procesos que pueden reducir la preferencia por las actividades saludables, como por ejemplo:

- Su disponibilidad
- La cantidad de trabajo necesaria u obstáculos a sortear para obtener la consecuencia (a mayor trabajo, menor valor de refuerzo)

- La calidad, frecuencia y/o magnitud del refuerzo obtenido en ellas
- Lo inmediato de sus consecuencias positivas (a mayor retraso, menos valor, véase la literatura sobre descuento por retraso; Lattal, 2010; Odum, 2011)

Desde esta perspectiva, se entiende por qué la adicción y la depresión (entre otros trastornos), suelen prosperar en la pobreza y empeorar junto con las circunstancias socioeconómicas (Freeman et al., 2016; Lorant et al., 2007): las actividades saludables no son reforzadas, ya sea porque no están disponibles físicamente en el ambiente o porque hay mucha dificultad para acceder a ellos -consideren lo que pasa cuando un niño que vive en una villa quiere estudiar violín.

Por eso la depresión suele ser el condimento de situaciones de vida vulnerables (enfermedades crónicas, vejez, violencia, aislamiento, etc.), que hacen muy difícil acceder a actividades saludables. Y también esto explica por qué una mejora en las condiciones materiales de vida suele aliviar síntomas de depresión y patologías como adicciones: las actividades alternativas son más fácilmente reforzadas.

Por supuesto, no estoy diciendo que la depresión sea un problema que dependa exclusivamente de las condiciones objetivas de vida. Hay procesos individuales que pueden llevar obstaculizar el contacto con actividades saludables, aun cuando las condiciones de vida sean óptimas (véase el análisis de Ferster, 1973). Por ejemplo, una historia de aprendizaje con pocas habilidades sociales puede obstaculizar tomar contacto con cualquier actividad que involucre socialización; o procesos de desesperanza aprendida pueden reducir la actividad general de la persona al punto que no se toma contacto con el ambiente; la pérdida de un ser querido puede crear un ambiente aversivo que genera un círculo vicioso de inactividad.

Digamos, estudiar violín puede perder valor por condiciones objetivas que hacen difícil acceder a la actividad, como el costo del instrumento o la ausencia de profesores, o por

condiciones individuales que obstaculizan el acceso, como tener pocas habilidades sociales, lo cual interfiere con asistir a clases grupales, por ejemplo. En cualquier caso, se trate de procesos individuales o de problemas con las condiciones de vida, en la depresión la situación termina siendo similar: hay poco contacto con actividades alternativas a las actividades “deprimidas”, ya que el valor relativo de refuerzo para las actividades “saludables” es bajo.

Desde este punto de vista, la depresión sucede cuando el mundo de la persona deprimida es una jaula, un mundo empobrecido, ya sea porque no puede acceder a lo que hay en el ambiente, o porque *no hay* nada alternativo reforzado en el ambiente.

La psicología y psiquiatría en general, y la psicoterapia en particular, tienen a ver a la depresión como un problema interno, y a enfocarse en mecanismos y soluciones también internas. Rara vez se considera o se interviene el contexto en el cual la depresión sucede -a pesar de que en nuestra vida cotidiana, lo primero que ofrecemos cuando un amigo dice estar deprimido es una variación en sus actividades (“*probá hacer esto*”, “*hagamos esto juntos*”). La propuesta de activación conductual es mirar hacia afuera, observar en qué contextos suceden las conductas de la depresión, el mundo de la persona deprimida, y hacer lo mejor posible para mejorar el mundo y el acceso al mundo (en el sentido descrito en la sección anterior), en lugar de “*arreglar*” a la persona deprimida.

Este es el núcleo de activación conductual (al menos el modelo BATD): ayudar al paciente a enriquecer su ambiente de manera que haya mayor acceso a las actividades saludables. Por eso ayudamos a monitorear el tipo de actividad cotidiana y su refuerzo, a identificar actividades importantes o agradables a través de explorar valores (para aumentar el valor de refuerzo de las actividades), graduamos la dificultad de las actividades, ayudamos a incluirlas en la vida de manera efectiva, trabajamos con resolución de problemas (para resolver dificultades que disminuyan el valor relativo de

refuerzo de una actividad), y guiamos hacia cómo pedir ayuda al entorno social (para resolver problemas y aumentar el contacto social).

Y hasta ahora, toda la evidencia disponible se muestra fuertemente a favor de este abordaje para depresión. Al día de la fecha todas las investigaciones sobre activación conductual han sido favorables con el abordaje (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Curry & Meyer, 2016; Dobson et al., 2008; Kanter et al., 2010; Richards et al., 2016; Sewell & Garrison-diehn, 2013; Sturmey, 2009; Webb, Beard, Kertz, Hsu, & Björgvinsson, 2016), y ciertamente es el abordaje más económico en términos de entrenamiento y aplicación (Richards et al., 2016, estudio [que reseñamos aquí](#)). Incluso más allá de activación conductual como protocolo de tratamiento puro, los modelos más efectivos para depresión involucran un fuerte énfasis en la modificación de la conducta y condiciones de vida de la persona deprimida (pienso en terapia cognitiva, terapia de resolución de problemas, terapia interpersonal, ACT, etc.).

Si resumimos lo que hemos visto hasta ahora tenemos lo siguiente:

1. Las conductas de la depresión son vistas como elecciones conductuales
2. Tales elecciones son controladas por el contexto
3. El contexto de la depresión es uno en el cual
  1. el valor *relativo* de las actividades saludables es bajo (y su costo alto)
  2. el valor *relativo* de las actividades deprimidas es alto (y su costo bajo)
4. Un ambiente en el cual el refuerzo para las actividades saludables es bajo, tales como condiciones de pobreza o aislamiento, lleva a un aumento de la frecuencia de actividades depresivas.

5. Toda intervención que aumente el acceso y disponibilidad de refuerzo para actividades no depresivas tendrá un efecto positivo sobre la depresión.
6. La prevención y tratamiento de la depresión así entendida resulta en un continuo, en el cual en un extremo se ubican las intervenciones que mejoran las condiciones objetivas de vida, y en el otro las intervenciones individuales (psicoterapia), que permiten resolver problemas individuales de acceso a actividades saludables.

## **En resumen**

La depresión se puede entender, sin recurrir a explicaciones internalistas (aunque sin necesidad de descartarlos tampoco), como un patrón conductual de elecciones, en el cual diversos factores del contexto – tales como la disponibilidad, costo, inmediatez del refuerzo, soporte social, entre otros- disminuyen el valor relativo, es decir, la preferencia por las actividades saludables, lo que a su vez genera un aumento relativo de la preferencia por actividades depresivas, que son más accesibles, menos costosas, y reforzadas más inmediatamente, aun cuando generen problemas a largo plazo.

Esta conceptualización pone a la depresión en un continuo con otras patologías como la adicción, reconociéndolas también como elecciones conductuales en el mismo contexto que impide u obstaculiza el acceso a actividades saludables.

Pensar a la depresión de esta manera implica que el tratamiento de la depresión requiere aumentar el valor relativo de las actividades saludables, por medio de facilitar el acceso, disminuir el costo y aumentar la inmediatez de refuerzo para las mismas, lo cual pone al tratamiento de la depresión en un continuo de intervenciones socioambientales a distintos niveles que van desde intervenciones para mejorar condiciones de vida (nivel país), pasando por intervenciones para aumentar el apoyo

comunitario y acceso a actividades saludables (nivel comunidad), hasta intervenciones psicoterapéuticas para resolver problemas particulares de acceso a actividades saludables (nivel individuo o grupo). El debate de leyes y medidas para reducir la pobreza, organizar actividades comunitarias en un barrio, y completar una planilla de monitoreo diario, pueden ser consideradas como distintas facetas de aliviar la depresión en una población.

Dicho de alguna forma, el terapeuta trata de ayudar al paciente haciendo lo mejor posible con *lo que hay*, pero es necesario al mismo tiempo que “*lo que hay*” exista efectivamente y sea accesible. La psicoterapia, así pensada, no está aislada del contexto social, político y económico de una persona: tratamos de hacer que el mundo de la persona deprimida sea un poco mejor, y eso es un poco más fácil cuando el mundo en general es un poco mejor.

Digamos, para curar la depresión hay que mejorar el mundo.

Si han llegado hasta aquí sin hacer trampa, gracias por la paciencia, y nos leemos la próxima!

## Referencias

- Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/98787>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19th ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Bourret, J., & Vollmer, T. R. (2003). Basketball and the matching law. *Behavioral Technology Today*, 6, 2–6.
- Branch, M. (1984). Rate dependency, behavioral mechanisms, and behavioral pharmacology. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 3(3), 511–522. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1348121/>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–26. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Curry, J. F., & Meyer, A. E. (2016). Can Less Yield More? Behavioral Activation for Adolescent Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 62–65. <http://doi.org/10.1111/cpsp.12141>
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–77. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857–870. <http://doi.org/10.1037/h0035605>
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16(1), 1098. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>



- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 267–272. <http://doi.org/10.1901/jeab.1961.4-267>
- Herrnstein, R. J. (1997). *The Matching Law: Papers in Psychology and Economics*. (H. Rachlin & D. I. Laibson, Eds.). Harvard University Press.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Lattal, K. A. (2010). Delayed Reinforcement of Operant Behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93(1), 129–139. <http://doi.org/10.1901/jeab.2010.93-129>
- LeDoux, J. E. (2003). *Synaptic Self: How Our Brains Become who We Are*. Penguin Group.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 293–298. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020040>
- McDowell, J. J. (1988). Matching theory in natural human environments. *The Behavior Analyst*, 11(2), 95–109.
- Odum, A. L. (2011). Delay Discounting: I'm a k, You're a k. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 96(3), 427–439. <http://doi.org/10.1901/jeab.2011.96-423>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus

Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 6736(16), 1–10.

[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)

- Sewell, M. T., & Garrison-diehn, C. (2013). A Randomized Open Trial Assessing the Feasibility of Behavioral Activation for Pathological Grief Responding. *Behavior Therapy*, 44(4), 639–650.  
<http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009>
- Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33(6), 818–29.  
<http://doi.org/10.1177/0145445509350094>
- Webb, C. A., Beard, C., Kertz, S. J., Hsu, K., & Björgvinsson, T. (2016). Differential Role of CBT Skills, DBT Skills and Psychological Flexibility in Predicting Depressive versus Anxiety Symptom Improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 12–20. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.006>