

TRATAMIENTO DE UNA DEPRESIÓN CAUSADA POR PÉRDIDA AFECTIVA: CASO ÚNICO

TREATMENT OF A DEPRESSION CAUSED BY EMOTIONAL LOST

CARMEN M.^a GÓMEZ RIVAS Y M.^a LUISA ROA CAPILLA

Servicio de Psicología Aplicada. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Recibido 16-01-02

Aceptado 13-03-02

Resumen

Este artículo presenta la intervención terapéutica en un caso de depresión grave, causada fundamentalmente por pérdida afectiva. La cliente, de 26 años, sufre una ruptura de una relación sentimental.

Después de 2 meses de la ruptura, la paciente manifiesta síntomas depresivos como insomnio, pérdida de peso, llanto constante, falta de concentración, irritabilidad y sentimientos de culpa. Asimismo, se puso de manifiesto una fuerte resistencia a aceptar la ruptura. Se detectaron además miedos a posibles contagios (justificados por su profesión) o a contraer enfermedades y a morir, así como cierta tendencia a la somatización de los problemas y ansiedad situacional.

Entre otros, la intervención terapéutica abordó los siguientes objetivos: mejora del estado de ánimo, disminución de la dependencia afectiva y aumento de la percepción de autocontrol en el afrontamiento de situaciones ansiógenas.

Los objetivos propuestos fueron conseguidos a lo largo de 18 sesiones y mantenidos después de un seguimiento de tres meses.

Abstract

In this paper the intervention a case of mayor depression is presented. The patient was a twenty-six year old woman when had just broken up.

The depression symptoms started 2 months after the break-up. The symptoms presented was: cry, irritability, quilt and concentration problems.

The main aims of the intervention programme were: to improve the patient's mood, to decrease the affection dependence and to increase the self-control perceived while coping anxious stimuli.

The intervention consisted to get a improvement of mood, autonomy, self-control, and coping.

These goals aims were reached in 18 sessions and maintained in a 3 month yellow up

Palabras clave: Depresión, pérdida afectiva.

Key words: Depression, emotional lost.

Introducción

La depresión es un grave trastorno emocional que altera el funcionamiento cognitivo y el emocional-fisiológico de la persona (Beck, 1970). Las estadísticas indican que es uno de los trastornos más frecuentes que afecta, en mayor medida, a las mujeres (Wu & Anthony, 2000). Presenta una alta comorbilidad con un gran número de trastornos y se puede afirmar que afecta a las áreas vitales de la persona como un todo, causando un grave deterioro y altos niveles de sufrimiento (Alvarez Cervero, 1985). La depresión se ha constituido como un grave problema de impacto psicosocial, lo que la convierte en una importante área clínica.

Según el DSM-IV, los síntomas fundamentales de este trastorno se recogen en el episodio depresivo mayor, destacando: estado de ánimo depresivo, disminución del interés por el placer o las actividades, pérdida de peso y/o cambios en el apetito, insomnio o hipersomnía, enlentecimiento o agitación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte.

El origen de la depresión está lejos de ser esclarecido, pero su estudio ha dado lugar al desarrollo de diversos modelos teóricos que pretenden mejorar la comprensión y el tratamiento de este trastorno. Lo que sí se puede afirmar es que la depresión parece venir asociada al concepto experiencial de pérdida, ya sea real (trabajo, pareja, amistad, enfermedad,...) o percibida (Freud, 1917), así como al sentimiento de incapacidad para resolver problemas o cumplir expectativas personales (Beck, 1970). Los diversos acercamientos teóricos sitúan el origen de la depresión en conceptos diferentes pero complementarios, cuya consideración global permite una mejor comprensión del trastorno y, en consecuencia, un enfoque terapéutico más ajustado a las necesidades del cliente. Desde una perspectiva socioambiental, cabe mencionar el enfoque comportamental que pone el énfasis en la baja tasa de refuerzos de la persona, bien por una escasa disponibilidad en el ambiente como por una carencia de habilidades personales (conductuales y cognitivas) (Lewinsohn, Muñoz, Youngren &

Zeiss, 1978). El enfoque del auto-control, desarrollado a partir del modelo general de Kanfer (1970) por Rehm (1977, 1981) donde destacan los procesos de auto-observación, auto-evaluación y auto-refuerzo con relación al origen del trastorno. Cabe mencionar también el enfoque de la Indefensión aprendida de Seligman (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) que introducen el concepto de atribución, así como la aproximación cognitiva de Beck (1967), donde se hace referencia a los esquemas y estructuras cognitivas que constituyen la llamada tríada cognitiva: visión negativa de uno mismo, de la relación con el mundo y con el futuro. Esta visión negativa originaría conductas y emociones característicos del trastorno depresivo. El enfoque teórico que ha servido de guía en este caso, ha sido el cognitivo-conductual, donde se encuadra la teoría de la depresión de Beck.

Método

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema

El cliente es una mujer de 26 años, soltera, enfermera de profesión. Trabaja en un centro de salud, no tiene plaza fija y prepara oposiciones para optar a ella.

Manifiesta que le gustaba su trabajo, sin embargo, esta sensación ha disminuido debido a que hace dos años fue destinada a otro centro de salud donde ha encontrado dificultades para adaptarse. El horario de trabajo, en este nuevo centro, es de tarde, con lo cual se ha visto obligada a modificar sus actividades sociales. Además, el centro está ubicado en un barrio de mucha conflictividad social, lo que la expone, en su trabajo diario, a un mayor contacto con población de riesgo (drogas, sida, etc...). Esto le genera mucha ansiedad y miedo, ya que teme al contagio de enfermedades infecciosas.

Actualmente, vive en casa de sus padres y hermanos, con quien manifiesta tener una buena relación. Cuenta, además, con un apoyo social amplio y diversificado.

Su demanda principal es un enorme malestar que achaca a la falta de superación de la ruptura sentimental de una relación de larga dura-

ción (6 años) y una carencia de recursos para afrontar la situación.

La ruptura se da por iniciativa del varón con el principal motivo de «no tener claros sus sentimientos». La paciente encuentra como posibles hechos relacionados la desatención de la relación por su parte, debido a su especial dedicación a un familiar en fase terminal, así como el cambio de trabajo. Estas situaciones le generaban estrés y ansiedad que se manifestaban en forma de peor humor, tendencia a las discusiones, episodio de celos y falta de comunicación entre la pareja. No obstante, la decisión de la ruptura no se expresa en términos definitivos ni tajantes, sino como un tiempo para aclararse.

La pareja ha mantenido el contacto por iniciativa de ella, fundamentalmente a través de llamadas telefónicas, semanales primero y mensuales después, así como a través de alguna cita. Después de las mismas, ella sufre un recrudecimiento de su sintomatología: problemas para conciliar el sueño, más irritabilidad, discusiones en el trabajo y en su casa, falta de concentración, sentimientos de culpa, así como pensamientos recurrentes de tipo «¿qué voy a hacer ahora con mi vida?», «¿por qué me ha tenido que pasar esto a mí?», «Me quedará sola toda la vida», «no podré volver a confiar en nadie».

Desde pequeña, se declara como persona dependiente. Refiere no gustarse a sí misma. Siente miedo a la soledad, la evita, los fines de semana empeora toda la sintomatología y vive la incorporación al trabajo con cierto alivio. Tiene un aspecto físico agradable y conserva buenos hábitos de higiene y cuidado personal.

Evaluación

Instrumentos

Los instrumentos presentados a continuación fueron utilizados tanto para la primera evaluación, como para valorar los cambios alcanzados después del proceso terapéutico.

- Entrevista de evaluación.
- Cuestionario sintomático SCL-90R (Derogatis, 1983).
- Inventario de depresión de Beck, BDI (Beck, Rust, Shaw & Emery (1979).
- Listado de creencias comunes, LCC (Bas, 1983).
- Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio depresivo mayor (1995).

Tabla 1. Resultados evaluación

Tabla 1. Resultados evaluación		
* SCL-90-R:		
	Pre-tratamiento 07/03/01	Post-tratamiento 26/07/01
Somatización:	1,42	0,42
Obsesivo-compulsivo:	1,2	0,4
Depresión:	2,46	0,31
Susceptibilidad interpersonal:	1	0,33
Ansiedad:	1,8	0,7
Hostilidad:	0,16	0,16
Ansiedad fóbica:	0,57	0
Ideación paranoide:	0,66	0
Psicoticismo:	0,5	0,2
Índice de severidad global:	1,18	0,31
Índice de malestar:	2,03	1,12
Total de síntomas positivos:	52	25
* BDI:		
Pre-tratamiento 15/03/01	43	Depresión grave
Post-tratamiento 26/07/01	6	No significativo

Tabla 2. Resultados del Listado de Creencias Comunes*** LCC**

Los resultados pre-tratamiento (07/03/01) ponen de manifiesto una serie de creencias que alimentan la autofrustración, la importancia de la aprobación, un bajo control emocional interno, una gran relevancia de las experiencias pasadas y la idea de consecución de la felicidad a través de la pasividad. A modo de ilustración, a continuación se señalan las creencias más destacables que fueron modificadas después del tratamiento:

- Creencias que alimentan la sensación de autofrustración:
 - Dudas respecto a la idea «los fracasos producen, de un modo natural, sentimientos de culpa».
 - Totalmente de acuerdo en «lo que persiguen las críticas es ponerle a uno muy nervioso y ansioso».
 - En desacuerdo respecto a «las frustraciones no tienen por qué ser perturbadoras».
- Creencias que soportan la falta de control emocional interno:
 - Dudas respecto a la idea «ninguna cosa es perturbadora por sí misma; sólo lo es en la medida en que no lo interpreta así».
 - De acuerdo en «la infelicidad humana no tiene causas externas ni la gente tiene la habilidad de controlar sus penas».
- Creencias relacionadas con la importancia del pasado:
 - En desacuerdo respecto a la idea «si algún fracaso nos afectó sobremanera en el pasado, no tiene por qué seguir afectándonos en el futuro».
 - Totalmente de acuerdo en « todavía hoy un suceso muy influyente que ocurrió en el pasado sigue determinando nuestros sentimientos y nuestras conductas, porque permanece en nosotros como algo muy importante».
 - Totalmente en desacuerdo respecto a «el pasado es el pasado y no tiene por qué afectarle a uno ahora».

Problemas detectados

Bajo estado de ánimo. Problemas para conciliar el sueño. Rumiaciones. Baja autoestima. Conflictos familiares frente al manejo de la situación que vive. Rigidez cognitiva frente al constructo «pareja» (con relación a conceptos como dependencia, pertenencia o compromiso). Victimización y creencias deterministas respecto de las experiencias del pasado. Sentimientos de culpa. Ansiedad situacional (presiones familiares frente a lo que debía hacer, afrontamiento de los fines de semana). Tendencias hipocondríacas, reflejadas en la somatización de los problemas.

Motivación y recursos del cliente

La motivación del cliente era muy buena, acude a consulta manifestando un gran malestar y cansancio psicológico, así como desorientación y confusión. Era consciente de que no

terminaba de superar la situación, de que estaba afectándola a su vida familiar, laboral y personal y deseaba «dejar de sentirse tan mal». En todo momento se ha mostrado receptiva y colaboradora, participando activamente en la realización de las tareas propuestas, desarrolladas a través de registros y ensayos conductuales.

En este caso destacan especialmente como recursos del cliente, las habilidades sociales relacionadas con habilidades de comunicación y de expresión de sentimientos y necesidades, así como una consolidada red de grupos sociales amplia, que reunía las características necesarias para actuar como apoyo social efectivo.

Por último, mencionar una buena capacidad de comprensión y reflexión, que permitió realizar un trabajo cognitivo e intelectual rico y obtener resultados estables y provechosos en un corto plazo de tiempo.

Pese a las dificultades, el cliente mantenía su trabajo, y el deterioro en el ámbito laboral

fue una de las áreas más fácilmente mitigadas. Los requerimientos de una obligación diaria y, sobretudo, la estabilidad que aporta un horario de trabajo y unas responsabilidades bien definidas, empezaron a convertirse rápidamente en paliativos de la desorientación y el cuestionamiento de la valía personal.

Decisión terapéutica

Considerando la evaluación efectuada, se determinó que, si bien existían acontecimientos vitales estresantes (cambio del puesto de trabajo, desadaptación laboral, muerte de un familiar), el desencadenante de la depresión tuvo un origen relacionado con un cambio en la vida que afectó negativamente al cliente: la pérdida de un ser querido en forma de ruptura afectiva. Es fundamental considerar que lo importante no es la ruptura en sí misma, sino el valor subjetivo que la persona le otorgó a la pérdida.

Específicamente, en relación a los antecedentes mencionados, hay que añadir que el cliente sufrió una ruptura de cadenas conductuales, previa a la ruptura, lo que se tradujo en una decisiva pérdida de reforzadores (cambio

de horario laboral con disminución de encuentros sociales, ambiente hostil en el trabajo,...) que tuvieron un correlato en los estados de ánimo del cliente: irritabilidad, cansancio y tendencia al conflicto, que favorecieron el deterioro paulatino de su relación y de su capacidad de reacción y adaptación.

La coincidencia entre los síntomas del cliente y los descritos por Beck en su teoría de la depresión, propició que se siguieran los pasos recomendados por este autor en el proceso terapéutico. Para Beck, la depresión es un desarreglo cognitivo que se origina a partir de una serie de experiencias negativas. La persona se ve a sí misma, al entorno y al futuro, de manera negativa (triada cognitiva). Los síntomas depresivos, según Beck, se manifiestan en cinco áreas: *Emocional* (abatimiento, pérdida de alegría), *Cognitiva* (expectativas negativas, autculpa, percepción distorsionada de uno mismo), *Motivacional* (incapacidad para tomar decisiones, pérdida de motivación), *Vegetativa* (pérdida de apetito, cansancio) y *Motora* (retardo o agitación).

En la tabla 3 aparecen las áreas de fortaleza y de vulnerabilidad del cliente, en base a las cuales se tomaron las decisiones terapéuticas relativas a objetivos y técnicas a utilizar.

Tabla 3. Fortalezas y debilidades

	Puntos de fortaleza	Puntos de vulnerabilidad
Estilo de vida	Hábitos de aseo personal.	Falta de recursos en situaciones de soledad (evitación).
	Rutinas de levantarse a la misma hora y no muy tarde.	Alta dependencia social en las actividades gratificantes.
Estilo cognitivo	Actividades placenteras diversas, relacionadas con contactos sociales.	Mantenimiento del contacto con el exnovio.
	Reflexivo.	Sentimientos de culpabilidad.
		Excesivo perfeccionismo.
		Creencias en que el amor debería durar siempre.
		Focalización de la atención en lo negativo.
		Dramatización.
	Suposiciones sin datos.	

Tabla 3. Fortalezas y debilidades (cont.)

Área social	Soporte social adecuado (amplio y diversificado).	Alto grado de intervencionismo de su entorno próximo.
	Experiencias similares en su entorno próximo.	
Habilidad para solucionar problemas	Habilidades de expresión negociación.	Confusión emocional.
	Capacidad para expresar sentimientos y necesidades.	Vaga definición de objetivos personales.
	Capacidad para generar alternativas.	Pobre conciencia y defensa de derechos personales. Déficit asertivo.

Objetivos

Los objetivos terapéuticos se concretaron de forma conjunta, a la luz de la evaluación realizada, quedando como siguen: 1) Elevar el estado de ánimo, 2) Disminuir la ansiedad, 3) Aumentar la percepción de autocontrol emocional (auto eficacia, independencia), 4) Disminuir la dependencia afectiva de la relación., 5) Aumentar la autoestima, 6) Establecer nuevo plan de vida en un marco más flexible y cambiante, 8) Disminuir la somatización de los problemas.

Estrategias de intervención

Dadas las características y la sintomatología específica del cliente, se consideró prioritario abordar el trastorno depresivo, desde la línea de intervención cognitiva-conductual propuesta por Beck. En segundo plano y de forma colateral, se trabajó, desde la misma línea de intervención, las tendencias hipocondríacas y la somatización.

Dado que el área puramente conductual presentaba un menor deterioro que la cognitiva, fuente de mayor vulnerabilidad, el grueso de la intervención terapéutica se centró en la terapia cognitiva, así como en un entrenamiento en mejora de la autoestima. El análisis funcional del caso puso de manifiesto que los pensamientos distorsionados y una deficiente autoestima mantenían los síntomas depresivos, perpetuan-

do la percepción de dependencia e indefensión frente a la pérdida afectiva sufrida por el cliente.

Procedimiento

El tratamiento se desarrolló a lo largo de 19 sesiones, que incluyeron evaluación, tratamiento y seguimiento. Por razones de claridad expositiva, se presentan las distintas fases del tratamiento como sucesivas; sin embargo, como es bien sabido por los profesionales clínicos, la práctica clínica conlleva otra cadencia, otro ritmo, de tal forma que las áreas aquí planteadas por fases se trabajaron simultáneamente.

La *fase de evaluación* consistió en entrevistas terapéuticas, así como la cumplimentación de los instrumentos reseñados anteriormente.

En un primer momento, que podemos denominar *fase preliminar*, se consideró prioritaria la devolución de hipótesis del origen y mantenimiento de la sintomatología depresiva, en orden a reducir la confusión del cliente. Fue informada sobre las características del trastorno, así como sus fuentes de vulnerabilidad y de protección para aumentar la comprensión de su problema y consensuar objetivos y líneas de trabajo.

Como requisito previo al tratamiento, se puso de manifiesto la necesidad de establecer un espacio de tiempo de no contacto con el ex novio. Esta medida fue justificada y argumentada sobre la base de la efectividad de las técnicas

a aplicar y sobre la necesidad de ese espacio para el propio proceso emocional del cliente. Se estableció un contrato conductual en el que se pactaron tiempos de no contacto, supresión total de llamadas o preguntas relacionadas con el exnovio y se establecieron los recursos necesarios para superar los momentos de mayor dificultad de afrontamiento.

En la *primera fase del tratamiento*, se acordó abordar, en primer lugar, el objetivo de elevar el estado de ánimo y regular las alteraciones de sueño y peso. A través de registros se estableció la relación entre estado de ánimo y actividades, se detectaron áreas de conflicto (mañanas y fines de semana) y se instauró un programa de actividades placenteras, que incluía la planificación de actividades y la realización de ejercicio físico diario. Asimismo, se dieron pautas de higiene de sueño y de relajación, para favorecer su regulación y disminuir la fatiga y la falta de concentración.

Al mismo tiempo, dado el carácter intervencionista del entorno próximo del cliente, se consideró prioritario establecer un tiempo y un espacio para la expresión emocional de la experiencia de abandono, sin entrar en cuestionamientos más equilibrados o en críticas. Esta información fue básica para el posterior abordaje cognitivo.

La *segunda fase del tratamiento* se centró en el área cognitiva. El cliente fue instruido en el modelo integrador de la conducta, la cognición y la emoción, como base del funcionamiento personal, según el modelo teórico propuesto por Beck (1967). Desde ahí, se introdujeron los conceptos de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias irracionales. Las características del cliente hicieron posible el uso de biblioterapia y el trabajo con registros, lo

que facilitó enormemente la asimilación de los conceptos y el cambio terapéutico.

Una *tercera fase del tratamiento* hizo más incidencia en un programa específico de autoestima, cuyo núcleo consistió en trabajar en un «Inventario personal». Desde la perspectiva cognitiva, se hizo hincapié en el negativo efecto que causan las comparaciones parciales, los filtros mentales, las simplificaciones y las auto-evaluaciones específicas, no globales, que sólo consideran el aspecto estético de la persona. El trabajo se completó con un abordaje conductual, en el que cabe mencionar la definición de rutinas de auto cuidado, la exposición a situaciones de ridículo controlado o la observación de su propio cuerpo.

Merece la pena mencionar, lo que podemos considerar *una cuarta fase del tratamiento*, que consistió en un entrenamiento en asertividad. Lejos de ser exhaustivo, se abordó instruyendo al cliente en los derechos asertivos básicos y en claves básicas de comunicación asertiva. El objetivo era dotar de recursos de afrontamiento que aumentaran la auto-percepción de eficacia y la autoestima del cliente.

Por último, en la *fase de seguimiento*, se puso de manifiesto la aplicación práctica de los recursos cognitivos, conductuales y asertivos de la terapia. El cliente plantea objetivos personales, ha integrado conductas de auto cuidado, valora las situaciones de soledad como oportunidades de crecimiento personal, incluso las busca conscientemente; ha mejorado su autoimagen, tanto a nivel físico como psicológico; ha iniciado nuevas relaciones con individuos de sexo contrario; refiere tener más sentimientos de seguridad basados en sí misma y ha desarrollado recursos para afrontar momentos de mayor dificultad.

Tabla 4. Programas y técnicas aplicadas

Programa conductual:

- Contrato conductual (periodo pactado de no contacto con la ex pareja).
- Establecimiento de un plan de actividades reforzantes y de autocuidado.
- Planificación del tiempo libre (se incluía la realización de ejercicio físico).
- Claves de higiene del sueño.
- Regulación de hábitos alimenticios.

Tabla 4. Programas y técnicas aplicadas (*cont.*)*Programa de auto-control fisiológico-emocional:*

- Expresión libre del contenido emocional del duelo.
- Manejo de la ansiedad (respiración, focalización de la atención).
- Manejo de la atención y de los recuerdos perturbadores.
- Estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas (fines de semana) y los sentimientos de soledad.
- Exposición a pensamientos perturbadores y prevención de respuesta.

Programa cognitivo:

- Reestructuración de cogniciones erróneas (soledad, victimización, culpa, dependencia, posesión, hipocondría).
- Biblioterapia:
 - «¿Quién se ha llevado mi queso?» (Spencer Johnson, 2000).
 - Fragmentos seleccionados del libro «Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones» (Burns, 1990).
 - Fragmentos seleccionados del libro «Tratamiento psicológico de la depresión» (Sevilla y Pastor, 1998).

Programa de autoestima:

- Entrenamiento en mejora de la autoestima (Inventario personal).
- Exposición a situaciones evitadas (observación del propio cuerpo), fomentando un diálogo interno de aceptación y valoración global.

Programa de entrenamiento en habilidades sociales:

- Nociones básicas de asertividad (para fomentar la capacidad de independencia).

Prevención de recaídas:

- Garantizar un entorno estimular gratificante, siendo conscientes del efecto sobre el ánimo personal.
- Repaso de los contenidos aprendidos y practicados en relación a su relación con el adecuado afrontamiento de la depresión.
- Verbalización de las nuevas experiencias promovidas gracias al cambio en creencias e ideas irracionales.
- Exposición imaginada a problemas y desgracias «posibles» relacionadas con pérdidas y con el concepto dependencia. Planteamiento de técnicas y estrategias a utilizar.
- Normalización de recaídas o de recrudecimiento de sentimientos y pensamientos disfuncionales. Planteamiento de un plan de afrontamiento activo de los mismos.

Resultados

A tenor de la percepción clínica, de las verbalizaciones y actuaciones del cliente, así como de los instrumentos de evaluación, los resultados han sido satisfactorios.

Los objetivos planteados han sido cumplidos en su totalidad, si bien cabe mencionar una

cierta tendencia a la somatización de los problemas residual. El cliente refiere saber cómo enfrentarse a la ansiedad frente a contagios y a controlar sus conductas de seguridad, sin embargo, no consigue evitar que le aparezcan los pensamientos disfuncionales. Ahora bien, estos no suponen una alteración ni un hándicap para el desempeño de su trabajo ni para su estabilidad emocional.

Para una mejor comparación de los resultados, nos remitimos a las tablas 2 y 3, donde se ilustran los resultados pre y post-tratamiento, referentes a los instrumentos de evaluación SCL-90-R y BDI.

En lo que referente al listado de creencias comunes, la comparación de los resultados pre-tratamiento (07/03/01) y post-tratamiento (26/07/01) ponen de manifiesto los siguientes cambios:

1) Disminución de la sensación de auto-frustración, 2) Reducción de la importancia de la aprobación, 3) Aumento del control emocional interno. (percepción de autocontrol emocional), 4) Disminución del factor «felicidad a través de la pasividad», 5) Cuestionamiento de la importancia del pasado, cuya relevancia no era discutida en el pre-tratamiento.

Discusión

En este artículo se ponen de relieve varios aspectos que merecen consideración. Entre ellos, un elemento fundamentalmente destacado en los estudios relativos al estrés, que hace referencia a que la gravedad o intensidad del impacto de una pérdida o cambio en la vida de las personas depende no sólo de la presencia de la situación generadora del estrés, sino de la valoración personal sobre la misma y sobre los propios recursos para afrontarla (Beck, 1967). Otro aspecto clave a destacar es la importancia terapéutica de crear el clima adecuado y las oportunidades para el necesario procesamiento emocional de la situación de pérdida. Es necesario considerar un tiempo de duelo, de negación y rebeldía. La cognición y la emoción evolucionan mediante ritmos distintos, aunque se retroalimenten.

Un elemento que ha favorecido y apoyado la intervención terapéutica ha sido la red social del cliente. Este es un aspecto que merece la pena destacar en cuanto a que no todos los apoyos sociales existentes en el entorno del cliente se pueden considerar adecuados. Según Buceta y Bueno (1995) el apoyo apropiado sería aquel que favoreciera efectos beneficiosos como la reducción del carácter amenazante de la situación, el aumento de la motivación para superar «el reto» planteado, el incremento de la auto-

confianza en los recursos propios y el control de los momentos difíciles. Por el contrario, un entorno social que produzca los efectos contrarios a los indicados, así como un exceso de dependencia puede generar un estado de indefensión que alimentaría la problemática y el sufrimiento del cliente. Ambas facetas del apoyo social han estado presentes en la casuística que nos ocupa, haciendo necesario un tratamiento específico de los grupos «no beneficiosos», a través de contratos conductuales y pautas de distanciamiento.

Por último, los resultados favorables obtenidos en este caso sí parecen apoyar la eficacia de las técnicas propuestas por los modelos cognitivo-conductuales en la reducción, mejoría y eliminación de los problemas emocionales (Beck, 1983). Desde la perspectiva cognitivo-conductual, las aproximaciones terapéuticas han demostrado ampliamente su eficacia y utilidad, aunque no está claramente establecida la eficacia diferencial de los componentes de un tratamiento. Se ha demostrado que se consiguen efectos globales, no específicos, de tal manera que, cualquiera que sea el abordaje terapéutico, en definitiva se incide tanto sobre los aspectos comportamentales, como los cognitivos y los fisiológico-emocionales (Rehm, 1977).

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. & Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alvarez Cervero, J.E. (1985). *La depresión: definición y modelos*. En Análisis y Modificación de la Conducta II. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid.
- Bas, F. (1983). Listado de Creencias Comunes (LCC). En R. Fernández Ballesteros, *Cuaderno de Prácticas de Psicodiagnóstico*. UNED, Madrid.
- Beck, A.T., Rust, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York.
- Beck, A.T. (1967). *Depression, Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper y Row, New York.
- Beck, A.T. (1970). *Depression, Causes and Treatment*. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, Brian F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Buceta, J.M y Bueno, A.M. (1995). *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Burns, D. (1990). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones* (42-61). Barcelona: Paidós.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual II* (2ª edición). Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Freud, S. (1917). *Traver und Melancholie*. En *Gesamte Werke*, X, Imago, London, 1946.
- Kanfer, F.H (1970). Self-Monitoring. Methodological Limitations and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 148-152.
- Lewinsohn, P.M., Muñoz,, R.F., Youngren, M.A. & Zeiss, A.M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs. NJ: prentice-Hall.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV). Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. MASSON, S.A., Barcelona.
- Rehm, L.P. (1977). A self -control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, pp.787-804.
- Rehm. L.P. Kornblith, S.J., O'Hara, M.W., Lamparski, D.M., Romano, J.M. & Volkin, J. (1981). An evaluation of major components in a self-control behavior therapy program for depression. *Behavior Modification*, 5, 459-489. (1981).
- Sevilla, J. y Pastor, J. (1998). *Tratamiento psicológico de la depresión*. Valencia: Publicaciones del centro de terapia de conducta.
- Spencer Johnson, M.D. (2000). «¿Quién se ha llevado mi queso? Cómo adaptarnos a un mundo en constante cambio». Barcelona: Urano.
- Wu, L, & Anthony, J. (2000). The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for peak in later life. *Journal of Affective Disorders*, 60,159-171.