

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA PENA MÓRBIDA EN UN CASO DE RUPTURA DE PAREJA¹

Javier Fernández-Montalvo
Enrique Echeburúa

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento con lamentación dirigida y autoexposición en un caso de pena mórbida (trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, según el DSM-IV). El paciente, un joven de 24 años, sufría este cuadro clínico desde hacía 4 meses, a raíz de que su novia le dejara. El programa terapéutico consistió en 10 sesiones individuales (4 de lamentación dirigida y 6 de exposición), repartidas a lo largo de 8 semanas. Tras un año de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, con una desaparición de los síntomas de tristeza y de las conductas de evitación, así como con una mayor adaptación global. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: PENA MÓRBIDA; TRASTORNO ADAPTATIVO; LAMENTACIÓN DIRIGIDA; EXPOSICIÓN; TRATAMIENTO.

¹ Agradecimientos: Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.231-HA182/95). El primer autor ha contado con una beca predoctoral de investigación del Gobierno Vasco.

SUMMARY

In this paper the treatment of a patient affected by morbid grief (adaptative disorder with depressive mood state, according to DSM-IV) with guided mourning and exposure is described. The patient, a 24-year-old man, was suffering from this disorder for four months, when his girlfriend terminated their engagement. The treatment consisted of ten individual sessions (four sessions of guided mourning and six sessions of exposure) in a period of eight weeks. At the end of 1 year follow-up, the patient was much improved, without depressive symptoms nor avoidance behaviors, as well as with a greater overall adaptation. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: MORBID GRIEF; ADAPTATIVE DISORDER; GUIDED MOURNING; EXPOSURE; TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

La tristeza, junto con la ansiedad, constituyen el sentimiento más común tras la pérdida de un ser querido o la ruptura no deseada de una relación de pareja. La reacción de tristeza ante este tipo de situaciones es normal -e incluso adaptativa-, pues facilita los sentimientos de compasión y apoyo emocional por parte de las personas que rodean al sujeto (Echeburúa y Corral, 1997). De este modo, la tristeza es una emoción que acompaña a todas las personas sanas en ciertos momentos como una forma de adaptación a la pérdida afectiva sufrida.

En estos casos el duelo o la pena aguda no son sino una reacción normal a una situación de vacío afectivo. En este sentido los síntomas experimentados suelen ser, con las lógicas variaciones individuales, prácticamente uniformes: tristeza intensa, sensación de malestar físico, pensamientos recurrentes sobre la persona perdida o sobre diversos recuerdos de la relación vivida, sentimientos de culpa (especialmente por lo que pudo haber hecho y no hizo o por conductas pasadas que ahora considera inadecuadas), miedo a afrontar la soledad, reacciones hostiles, pérdida de ilusión ante el futuro y retraimiento en la actividad diaria habitual (Goalder, 1985; Hall, Beresford y Quinones, 1987; Lindemann, 1994). Este tipo de reacciones pueden tener un comienzo inmediato tras la pérdida afectiva o surgir de forma demorada (Sireling, Cohen y Marks, 1988), especialmente en aquellos casos en los que el sujeto

está implicado en la realización de tareas ineludibles o resulta imprescindible para mantener el estado de ánimo de los demás.

Si bien la duración de las reacciones de pena es variable en cada caso, ésta parece depender del grado de readaptación de la persona al nuevo entorno estimular, así como del establecimiento de nuevas relaciones. En definitiva, la acomodación del sujeto a la nueva situación surgida acelera el restablecimiento de su repertorio de conductas habitual.

Sólo cuando las reacciones de pena son muy intensas y duraderas o se complican con otros síntomas -irritabilidad o culpabilidad, pensamientos de muerte, sensación intensa de inutilidad, incapacidad de reasumir las obligaciones cotidianas, deterioro grave de la vida lúdica y social, etc.- adquieren una significación psicopatológica (Lindemann, 1994; Solomon, 1977). Es entonces cuando se puede hablar, según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), de *duelo*, en el caso de la muerte de un ser querido, o de *trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo*, en el caso de un suceso negativo como la ruptura no deseada de la relación de pareja.

La distinción entre las reacciones de pena debidas a la muerte de un ser querido de aquellas debidas a otro tipo de pérdidas afectivas parece, cuando menos, arbitraria. La diferencia de reacción no estriba tanto en el tipo de factor desencadenante como en la significación emocional y social de la ruptura afectiva. De hecho, la pena mórbida se produce ante la muerte de un ser querido, pero también ante otro tipo de pérdidas afectivas, como las separaciones y divorcios (Lindemann, 1994; Vogel y Peterson, 1991) o incluso los abortos espontáneos (Hall *et al.*, 1987).

La pena mórbida impide la readaptación del sujeto a las nuevas circunstancias y se mantiene en el tiempo debido a la evitación sistemática de pensamientos, recuerdos, objetos y situaciones que ponen en marcha la reacción de tristeza, así como a la falta de expresión de las emociones experimentadas. Por ello, las principales técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de este cuadro clínico han sido la *lamentación dirigida* y la *exposición* (cfr. Alario, 1992, 1994; Mawson, Marks, Ramm y Stern, 1981; Sireling *et al.*, 1988; Vogel y Peterson, 1991).

La lamentación dirigida es una técnica que consiste en hacer evocar al paciente de forma repetida los recuerdos y los pensamientos traumáticos, así como hacerle revivir las situaciones relacionadas con la pérdida afectiva, con el objetivo de conseguir que la tristeza desaparezca. En realidad, la lamentación dirigida no es más que una variante de las técnicas de exposición. Sin

embargo, algunos autores (*cf.* Mawson *et al.*, 1981; Sireling *et al.*, 1988) prefieren diferenciarla conceptualmente debido al componente cognitivo y verbal que presenta. A pesar de ello, es indudable que el mecanismo de actuación de esta técnica es la reducción de la tristeza a fuerza de "exponerse" a los recuerdos y pensamientos que la provocan, a modo de "saciación" de la respuesta.

Sin embargo, la lamentación dirigida no resulta una técnica suficiente. La exposición en vivo se ha utilizado principalmente para eliminar las conductas de evitación que presentan los sujetos con pena mórbida ante diferentes estímulos que les provocan tristeza y malestar (lugares, situaciones u objetos que recuerdan a la persona perdida) (Alario, 1992, 1994; Echeburúa y Corral, 1997; Gauthier y Pye, 1980).

Son muy pocas las investigaciones clínicas publicadas hasta la fecha en donde se pongan a prueba estas técnicas. Las publicaciones se limitan a estudios de casos aislados. No deja de ser sorprendente este relativo desinterés científico por este tema cuando este cuadro clínico puede llegar a afectar a un número relativamente alto de personas.

En un estudio no controlado de Lieberman (1978) se utilizaron la desensibilización sistemática y la implosión con 19 pacientes afectados de pena mórbida y se procuró implicar a los familiares de los pacientes para llevar a cabo el tratamiento. La intervención tuvo éxito en 16 sujetos (el 84,2% de la muestra). Los pacientes que contaban con mayor apoyo familiar mostraban un nivel significativamente menor de síntomas y eran más capaces de aceptar la pérdida afectiva al finalizar el tratamiento.

La primera investigación controlada en la que se utilizó la exposición como tratamiento de la pena mórbida fue la de Mawson *et al.* (1981). En este estudio se distribuyeron 12 pacientes al azar para recibir un tratamiento de exposición (en concreto, de lamentación dirigida, según la cual el sujeto debía relatar de forma repetida sus sentimientos) o un tratamiento de anti-exposición (es decir, instrucciones concretas de evitar situaciones displacenteras relacionadas con el duelo). Las dos modalidades consistían en 6 sesiones de entre una hora y una hora y media de duración, durante un período de 2 semanas.

Un mes después del tratamiento los pacientes del grupo de exposición mostraron menos evitación de las señales de duelo y obtuvieron mejores puntuaciones en el *Texas Inventory of Grief (TIG)* (Faschingbauer, Devaul y Zisook, 1977). Sin embargo, los dos grupos obtuvieron resultados similares

en otras medidas. Además, la superioridad en el *TIG* desapareció en el seguimiento de los dos meses.

Más tarde, Sireling *et al.* (1988) realizaron una réplica del estudio de Mawson *et al.* (1981) incluyendo un grupo de exposición (14 pacientes) y un grupo de anti-exposición (12 pacientes) con sujetos aquejados de pena mórbida durante más de 1 año e incorporando una serie de variaciones con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos. Así, aumentaron las sesiones de tratamiento hasta un total de 10 sesiones durante 14 semanas. Además introdujeron, dentro del grupo de lamentación dirigida, la exposición a los aspectos cognitivos y afectivos, como la ira, la culpa, los recuerdos y los pensamientos intrusivos dolorosos.

En concreto, en el grupo de lamentación dirigida se alentaba a los pacientes a exponerse repetidamente a las señales cognitivas, afectivas y conductuales relacionadas con el duelo, así como a enfrentarse a personas, objetos o situaciones relacionados con la persona desaparecida: leer en voz alta cartas del fallecido, visitar el cementerio, ver álbumes de fotografías, revisar sus objetos personales, pensar y hablar a otras personas de experiencias habidas con el fallecido, etc. Por el contrario, en el grupo de anti-exposición se daban instrucciones concretas de evitar cualquier situación o estímulo relacionado con el duelo.

Los resultados mostraron una superioridad del grupo de lamentación dirigida, pero solamente en una variable: la evitación del duelo. En el resto de las variables estudiadas -el estado de ánimo, por ejemplo- no hubo diferencias significativas. No obstante, este estudio adolece de una limitación muy importante: algunos pacientes recibían simultáneamente medicación antidepressiva durante el tratamiento.

El resto de las publicaciones se refiere a estudios de casos. En el artículo de Vogel y Peterson (1991), con 3 casos de pena mórbida, se utilizó una variante de la técnica empleada por Mawson *et al.* (1981) y Sireling *et al.* (1988). En concreto, se daban instrucciones a los pacientes para hacer diariamente la siguiente tarea: generar una fuerte respuesta de pena, utilizando cualquier pensamiento o imagen relacionados con la pérdida, y concentrarse posteriormente en dichos pensamientos durante 30 minutos. No recibían tareas de exposición en vivo ni instrucciones de anti-exposición. El objetivo de estas sesiones era producir la extinción/habitación de la respuesta de pena. Si bien no se especifica el número de sesiones, en dos de los casos el tratamiento duró 4 semanas y en el tercero 3. La intervención terapéutica tuvo éxito en dos de los tres casos.

Por lo que se refiere a nuestro país, destacan los estudios de casos publicados por Alario (1992, 1994). En ellos se utiliza la lamentación dirigida y la autoexposición en vivo en el tratamiento de la pena mórbida. Los resultados obtenidos con estas técnicas son alentadores. Los sujetos lograron superar la pena mórbida con unos períodos de seguimientos que alcanzan, en algún caso, los 3 años (*cfr.* Alario, 1992). No obstante, se pone de manifiesto la necesidad de utilizar las dos técnicas conjuntamente. A pesar de que con la lamentación dirigida los sujetos conseguían sentirse mejor, continuaban evitando los estímulos que les provocaban el recuerdo de la persona fallecida. La superación de estas conductas de evitación sólo se consiguió con la utilización de forma simultánea de la autoexposición en vivo con prevención de respuesta.

En resumen, la pena mórbida puede reducirse o desaparecer a través de las técnicas propuestas, pero este tipo de intervención reduce más la evitación de los aspectos implicados en la tristeza que el abatimiento emocional propiamente dicho. Queda aún por dilucidar la relación existente entre depresión, pena y evitación de los recuerdos y de las señales externas (Echeburúa y Corral, 1997).

En este artículo se presenta un caso en el que se utilizan la lamentación dirigida y la autoexposición en vivo en el tratamiento de un paciente con pena mórbida -trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, según el *DSM-IV* (APA, 1994)-. Se trata de un chico joven al que le ha dejado la novia. A raíz de este acontecimiento, el paciente desarrolla la sintomatología propia de la pena mórbida, con un alto componente de conductas de evitación y con un estado de ánimo de tristeza. El interés del caso estriba precisamente en la presencia de este cuadro clínico tras una ruptura afectiva, y no, como es más habitual, tras la muerte de un ser querido. Asimismo resulta novedosa la utilización de técnicas de exposición -tanto en imaginación como en vivo- en el tratamiento de un cuadro clínico que puede resultar muy habitual en la práctica clínica cotidiana.

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un joven de 24 años, soltero, estudiante de arquitectura, que reside en San Sebastián. Es el hijo mayor de una familia de clase media-baja compuesta por la madre, divorciada desde hace 5 años, y una

hermana de 20 años. Con el padre no mantiene ningún tipo de relación desde hace 2 años.

La madre del paciente se pone en contacto con la Asociación de Ayuda a Ludópatas Ekintza-Dasalud (Rentería, Guipúzcoa), debido a que el hijo había recibido tratamiento dieciséis meses antes por un problema de adicción al juego y ahora no sabe adónde acudir. La madre cree que su hijo necesita ayuda terapéutica, debido a que le ha dejado la novia y él se ha "hundido" totalmente. Han pasado cuatro meses y su hijo sigue igual. El temor de la madre es que el paciente no vaya a poder superar por sí mismo la situación y que se puedan cronificar -e incluso agravar- los problemas que presenta en la actualidad. El hijo quiere acudir a la consulta, pero tiene miedo, al no tratarse de una recaída en el juego, de que no se le reciba en el Centro, que está especializado exclusivamente en problemas de ludopatía. Se le aclara a la madre que, en calidad de antiguo paciente del Centro y como forma de prevención de recaídas, se le va a recibir. Acude a la primera consulta por el nuevo problema planteado en el mes de mayo de 1995.

El paciente salía con su novia desde hacía 5 años. Desde un principio había sido una relación muy estrecha y absorbente y el paciente presentaba una gran dependencia de su pareja, que le resultaba a ella un tanto agobiante. La novia, que había actuado como coterapeuta en el tratamiento de la ludopatía, decidió romper la relación hace cuatro meses porque, a raíz del problema del juego, se sentía aún más agobiada, había perdido la confianza en él y no veía un futuro claro a la relación de pareja. Desde entonces han hablado una vez por teléfono, pero no se han vuelto a ver. No obstante, el paciente se niega a aceptar la realidad y piensa, de forma poco realista, en la posibilidad de poder emparejarse de nuevo con ella.

Nada más producirse la ruptura, el paciente ha comenzado a presentar una sintomatología depresiva acusada, que se refleja fundamentalmente en los siguientes síntomas: tristeza y llanto, sentimientos de desesperanza respecto al futuro ("*nunca más podré estar con otra chica*", "*mi vida ya nunca será igual*", "*nunca volveré a estar como antes*"), pérdida de apetito y de peso (ha perdido 5 kilos en 4 meses), insomnio (duerme una media de 4-5 horas diarias) y falta de interés por las actividades que le resultaban placenteras antes (ir al gimnasio, salir con los amigos, etc.). Asimismo al paciente le cuesta sobremanera concentrarse en los estudios y ve prácticamente imposible aprobar las asignaturas en las que se ha matriculado este curso.

Respecto a la apariencia externa y al comportamiento durante la entrevista, son distintos de los que el paciente mostraba hace dieciséis meses cuando acudió por primera vez al Centro. El paciente ofrece ahora un aspecto general de abatimiento y tristeza y un pensamiento enlentecido, que contrastan claramente con el aspecto y la conducta mucho más normales que presentaba durante el tratamiento de la ludopatía.

El paciente ha comenzado a desarrollar conductas de evitación ante situaciones que le recuerdan su relación afectiva. En concreto, el paciente evita abrir el cajón de la mesilla en el que guarda las fotos y las cartas de su novia, no acude a los bares en los que habitualmente entraba con ella, ha dejado de ir a la playa de Fuenterrabía, que le trae recuerdos negativos de los momentos agradables de la relación vividos en ese lugar, y, por último, ha dejado de ir al gimnasio en el que conoció a su novia. Cuando, en alguna ocasión, el paciente se ha enfrentado a estas situaciones evitadas, inmediatamente se ha comenzado a sentir mal y le han aumentado el sentimiento de tristeza y las ganas de llorar. Sin embargo, cuando se ha alejado de estas situaciones, su estado de ánimo ha mejorado -o, al menos, aliviado-, aunque muy lentamente.

Así, por ejemplo, hace 15 días, al acercarse a la parada del autobús para ir a la Escuela de Arquitectura, pasó por la puerta del gimnasio al que va habitualmente y comenzó a tener pensamientos relacionados con su novia y con el cese de la relación, que le produjeron enormes ganas de llorar. Lo que hizo fue salir corriendo y, de este modo, se le redujeron de forma progresiva la rabia y el acceso de llanto. No obstante, el paciente pasó un día muy malo, con un sentimiento de tristeza mayor que en días anteriores. Desde entonces, cuando tiene que coger el autobús, da un rodeo y realiza un circuito más largo, con el que evita pasar por la puerta del gimnasio. Al percatarse de las razones del rodeo y de la irracionalidad del circuito elegido, se siente también triste, pero lo "soporta" mejor que recurrir al camino habitual.

El desarrollo evolutivo de la infancia y de la adolescencia ha sido normal. No ha padecido ninguna enfermedad médica grave y siempre ha tenido un buen rendimiento académico. El paciente fuma aproximadamente 10 cigarrillos diarios. Nunca ha consumido drogas y no le gusta el alcohol. Tras la separación de sus padres, que había sido muy complicada, el paciente comenzó a jugar a las máquinas tragaperras. De forma progresiva se fue implicando en el juego hasta desarrollar una adicción. Por este motivo, se llevó a cabo un tratamiento para la ludopatía consistente en un programa

de control de estímulos y de exposición en vivo con prevención de respuesta, junto con una intervención dirigida a la prevención de las recaídas (*cfr.* Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Con este enfoque terapéutico el paciente consiguió controlar su adicción al juego. Durante los tres meses posteriores al tratamiento, el paciente tuvo un episodio de juego -episodio que, justamente por su carácter aislado, se conceptualizó como una *caída* y no como una *recaída*- que no se ha vuelto a repetir. Cuando acude nuevamente a la consulta, el paciente lleva un año sin jugar. No presenta ningún otro antecedente psiquiátrico.

Procedimiento

a) *Evaluación*

Debido a que el paciente había recibido un tratamiento psicológico anterior en el mismo centro, no fue necesario elaborar una historia clínica detallada sobre las características demográficas y los antecedentes clínicos del paciente. Por ello, la evaluación, que constó de tres sesiones de una hora de duración, se centró en los nuevos problemas surgidos en los últimos meses.

En la primera sesión el terapeuta llevó a cabo una entrevista abierta con el objetivo de facilitar la expresión emocional de los sentimientos que presentaba el paciente. En este sentido, afloraron rápidamente ideas de injusticia ante lo ocurrido "*después de todo lo que él había hecho por ella*" y pensamientos despectivos hacia la novia, que contrastaban con el deseo de recuperarla, así como sentimientos de desesperanza y de tristeza. El paciente aludía constantemente a que este problema era distinto a la dependencia que había manifestado en el pasado hacia el juego y veía mucho más difícil la solución.

En esta primera entrevista se pusieron de manifiesto las conductas de evitación que había comenzado a desarrollar el paciente, a pesar de que él no las consideraba como motivo de preocupación actual.

Por último, se le proporcionó al paciente un apoyo emocional y se le recalcó la idea de poder superar adecuadamente sus sentimientos negativos actuales.

En la segunda sesión de evaluación, se entregaron al paciente cuestionarios y escalas -sensibles al cambio terapéutico- con el objetivo de evaluar objetivamente los síntomas que presentaba en la actualidad y compararlos

más tarde con los resultados obtenidos tras la intervención terapéutica. En este sentido, el paciente cumplimentó los siguientes cuestionarios:

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991). Consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40 (a mayor puntuación, mayor autoestima). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Escala de Desesperanza (HS) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974). Consta de 20 ítems que evalúan el grado de esperanza del sujeto hacia el futuro. Presenta un rango que oscila entre 0 y 20 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la desesperanza. La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Beck *et al.* (1983).

Escala de Pensamientos Suicidas (SSI) (versión autoaplicada) (Beck, Steer y Ranieri, 1988). Consta de 19 ítems que evalúan el riesgo de suicidio. El rango de la escala oscila entre 0 y 38 puntos. Una puntuación de 1 o más puntos significa que la persona está en riesgo de suicidio. La versión heteroaplicada de esta escala puede encontrarse en Beck *et al.* (1983).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982). Consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. En este estudio sólo se ha tomado en consideración la puntuación correspondiente a la subescala de estado-rasgo.

Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a). Refleja el grado en que los problemas actuales del paciente afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar, así como inadaptación global. Consta de 6 ítems con una puntuación de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala es de 0 a 30 (a mayor puntuación, mayor inadaptación). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987b). Este instrumento trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación del paciente ante el tratamiento y, desde una perspectiva más específica, el grado en que el paciente confía mejorar como consecuencia del tratamiento que va a recibir o está recibiendo. El paciente tiene que puntuar en una escala de tipo Likert que oscila de 1 (“nada”) a 6 (“muchísimo”). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

En la *tabla 1* figuran los resultados obtenidos por el paciente en estos instrumentos de medida en la evaluación anterior al tratamiento. Los resultados reflejan la presencia de una sintomatología depresiva moderada, numerosos pensamientos de desesperanza hacia el futuro, así como un nivel de autoestima medio-bajo. Todo ello produce un grado alto de inadaptación a la vida cotidiana. El nivel de ansiedad es medio-bajo. La evaluación hace descartar el riesgo de suicidio.

Tabla 1.- Resultados de la evaluación de las variables psicopatológicas en el pretratamiento

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIÓN OBTENIDA
Inventario de Depresión de Beck (<i>BDI</i>) (Beck <i>et al.</i> , 1979) (Rango: 0-63)	28
Escala de Desesperanza (<i>HS</i>) (Beck <i>et al.</i> , 1974) (Rango: 0-20)	12
Escala de Pensamientos Suicidas (<i>SSI</i>) (Beck <i>et al.</i> , 1988) (Rango: 0-38)	0
Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) (Rango: 10-40)	18
Inventario de Ansiedad (<i>STAI-E</i>) (Spielberger <i>et al.</i> , 1970) (Rango: 0-60)	15
Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987a) (Rango: 0-30)	25
Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987b) (Rango: 1-6)	4

Por último, en la tercera sesión de evaluación se elaboró un listado de las principales conductas de evitación que había desarrollado el paciente tras la ruptura de la relación afectiva, así como del grado subjetivo de tristeza (con una puntuación de 0 a 10) que le producía cada una de estas situaciones. Con la suma total de estas puntuaciones se elaboró un *índice subjetivo de tristeza (IST)*, con el objetivo de tener una medida dependiente para valorar el cambio terapéutico. El listado con las conductas de evitación, así como con el grado subjetivo de tristeza indicado por el paciente para cada una de ellas, figura en la *tabla 2*.

Tabla 2.- Situaciones evitadas y grado subjetivo de tristeza en cada una de ellas

SITUACIONES EVITADAS	GRADO SUBJETIVO DE TRISTEZA (0-10)
Abrir el cajón de la mesilla y ver las fotos y las cartas de su novia	10
Ir al gimnasio	9
Acudir a los bares en los que habitualmente entraba con la novia	9
Ir a la playa de Fuenterrabía	8
ÍNDICE SUBJETIVO DE TRISTEZA	36

Después de finalizar la intervención terapéutica, se realizó una evaluación postratamiento para verificar los resultados obtenidos. Asimismo, se llevaron a cabo unos controles de seguimiento al cabo de 1 mes, 3, 6 y 12 meses para constatar el mantenimiento de los resultados terapéuticos.

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le ofreció al paciente una información clara y detallada sobre los síntomas que presentaba y las posibilidades de intervención.

Se le explicó al paciente que todas las personas manifiestan síntomas de tristeza ante la pérdida de un ser querido o ante la ruptura no deseada de una relación de pareja. En este sentido, a cualquier persona contrariada en sus afectos le resultan muy duros los primeros pasos que tiene que dar en solitario. Los sentimientos normales en estas circunstancias son de tristeza y abatimiento. Por ello, lo que ha sentido es una reacción habitual después de la ruptura de una relación afectiva. Lo mismo ocurre cuando se muere un ser querido. La reacción de tristeza ante este tipo de situaciones es normal -e incluso adaptativa-, pues facilita los sentimientos de compasión y apoyo emocional por parte de las personas que nos rodean. De este modo, la tristeza es una emoción que acompaña a todas las personas sanas en ciertos momentos como una forma de adaptación a la pérdida afectiva sufrida.

Sin embargo, lo que diferencia a la *tristeza normal* de la *tristeza patológica* es precisamente la duración y la intensidad de los síntomas. Habitualmente los síntomas de tristeza van disminuyendo de forma paulatina con el paso del tiempo. No es ajeno a ello la adaptación del individuo a su nueva situación personal. Sin embargo, en este caso la intensidad de los síntomas era muy elevada y, a pesar de haber transcurrido cuatro meses, los síntomas tendían a ser cada vez más intensos, por lo que la probabilidad de que se cronificasen era muy elevada. Además, la tristeza del paciente se veía reforzada por la atención que prestaban las personas de su alrededor, especialmente su madre y su hermana, a sus quejas continuas.

Por otra parte, el sujeto había comenzado a evitar de forma repetida cualquier situación que le recordase su relación de pareja. El alivio experimentado tras cada evitación contribuía a hacer más probable la aparición de nuevas evitaciones. Pero, de este modo, iba limitando considerablemente su vida cotidiana y aumentando de forma indirecta los síntomas de tristeza, debido a la percepción del paciente de no poder hacer frente adecuadamente a este tipo de situaciones y a la falta de implicación en actividades recreativas. En este sentido, el sujeto había desarrollado una estrategia poco adaptativa para afrontar su situación actual.

El paciente comprendió mejor esta explicación cuando se le recordó lo que había ocurrido anteriormente con la separación de sus padres. En aquella ocasión el sujeto tampoco supo afrontar adaptativamente la situación y se implicó en una conducta de juego que desencadenó una adicción.

En este caso había además un factor predisponente que tendía a agravar la intensidad de los síntomas. El paciente era una persona más bien dependiente y tendía a utilizar la dependencia emocional de otras personas como

una estrategia de afrontamiento de los problemas. Por ello, la pérdida de la relación de pareja la percibía como un desafío que ponía en peligro su propia integridad psicológica, como había ocurrido también antes en el caso de la separación de sus padres.

Se le explicó al paciente el plan de tratamiento y la duración aproximada del mismo, así como las líneas generales de intervención. En concreto, se seleccionaron los siguientes objetivos terapéuticos: a) eliminar -o, al menos, reducir- la tristeza experimentada como consecuencia de la ruptura de la relación de pareja; y b) extinguir las conductas de evitación que ha desarrollado ante situaciones que le recuerdan la relación de pareja y promover conductas alternativas más adaptativas.

Con el objetivo de motivar al paciente para la terapia, se le recordó el éxito del tratamiento que había recibido anteriormente, del que él estaba muy satisfecho, así como la posibilidad de superar el sentimiento de desánimo actual y de recuperar su adaptación a la vida cotidiana con la ayuda de la terapia. Asimismo se enfocó el estado actual del sujeto como una situación de alto riesgo para la recaída en el juego, aspecto que le preocupaba especialmente y que suponía un estímulo importante para iniciar el tratamiento.

Por último, se actuó a nivel cognitivo sobre la idea recurrente del paciente de recuperar la pareja y de restablecer la relación. El terapeuta aconsejó al sujeto que aclarara esta posibilidad con su ex novia para saber a qué atenerse en un futuro y mantener unas expectativas realistas. El paciente, tras mantener una conversación con su ex novia, se percató claramente de la imposibilidad de restablecer la relación y constató el carácter irrevocable de su decisión.

c) Tratamiento

La intervención elegida fue el tratamiento mediante las técnicas de lamentación dirigida y autoexposición en vivo, junto con la prescripción de tareas concretas para casa. El programa terapéutico, excluidas las sesiones de evaluación, constó de 10 sesiones individuales, repartidas a lo largo de 8 semanas. Las cuatro primeras sesiones se llevaron a cabo con una periodicidad de dos sesiones semanales (2 semanas de duración) con la intención de conseguir una rápida mejoría inicial que constituyese una motivación para proseguir con el tratamiento. El resto de las sesiones (6 sesiones) se desarrolló a razón de una sesión por semana (6 semanas de duración).

Las cinco primeras sesiones de tratamiento se dedicaron a la utilización de la lamentación dirigida, con el objetivo de producir una disminución de los sentimientos de tristeza que presentaba el paciente después de la ruptura afectiva. Así, se le hacía describir al paciente de forma repetida los recuerdos, los pensamientos y las situaciones relacionados con la pérdida afectiva. El sujeto debía relatar al terapeuta todos sus sentimientos como si fuera la primera vez que lo hacía. El terapeuta insistía en que el paciente fuera lo más explícito posible en el relato de sus sentimientos y procuraba que se recreara al máximo en todos los detalles, por muy insignificantes que éstos fueran. De esta forma, cada vez que el sujeto acudía a una nueva sesión de tratamiento, el terapeuta le hacía relatar al paciente lo mal que se sentía, como si no se lo hubiera contado previamente. El sujeto, una vez superada la perplejidad que le suponía esta situación, comenzaba a narrar sus sentimientos y, a medida que transcurrían las sesiones, disminuían sus sentimientos de tristeza e incluso se iba olvidando de detalles que el terapeuta procuraba hacerle recordar.

Las tareas para casa se inscribían en esta misma línea. En concreto, el paciente debía escribir diariamente, especialmente en los momentos en que se encontraba triste, cartas y narraciones en las que el sujeto describía sus sentimientos de tristeza y de injusticia ante lo que le había ocurrido, así como los pensamientos que se le pasaban por la cabeza. Estos textos eran leídos posteriormente en voz alta por el paciente en la consulta delante del terapeuta.

A modo complementario, se implicó ya desde la primera sesión a la madre y a la hermana como coterapeutas para que procediesen a la extinción de las conductas de queja y lamentación del paciente y prestasen una atención diferencial a sus conductas de readaptación, sobre todo en el ámbito lúdico y social.

En la sexta sesión se comenzó la intervención dirigida a eliminar las conductas de evitación que presentaba el paciente. Para ello se utilizó la técnica de autoexposición en vivo. De este modo, se elaboró un procedimiento de exposición gradual a cada una de las situaciones evitadas por el paciente debido al malestar -tristeza fundamentalmente- que le provocaban. Se comenzó por el estímulo que menor desagrado generaba y, a medida que la tristeza desaparecía, se pasaba progresivamente a otra situación de mayor tristeza. En esta sesión de exposición el paciente debía ir todos los días a la playa

de Fuenterrabía y permanecer allí hasta que se redujera significativamente el malestar experimentado. Cuando sus amigos quedaban para ir a la playa, el paciente acudía con ellos. En caso de que los amigos no fueran, tenía que ir entonces él solo. En caso de lluvia, tenía que pasear por el paseo marítimo a la vista de la playa.

En la séptima sesión se prosiguió con la autoexposición. En esta ocasión se marcó como objetivo la exposición a los bares y locales de diversión a los que acudía habitualmente con la novia. La exposición, al igual que se hizo en la situación anterior, debía ser diaria. En concreto, el paciente debía acudir dos veces diarias a este tipo de locales. Por otra parte, el fin de semana tenía como tarea ir a la playa de Fuenterrabía con el objetivo de fortalecer los logros conseguidos en el objetivo anterior.

La octava sesión estuvo dedicada a la exposición al gimnasio en el que había conocido a su novia y que estaba muy cerca de su casa. El paciente -cliente habitual del gimnasio- llevaba casi cuatro meses sin acudir a él. Por ello, se le insistió en la necesidad de retomar esta costumbre, no sólo por lo que se refiere a la tarea de exposición, sino también por recuperar sus actividades habituales gratificantes y normalizar así al máximo su vida cotidiana. Asimismo un día de la semana debía acudir a la playa de Fuenterrabía y el fin de semana salir con los amigos y acudir a los locales y bares que antes evitaba.

En la novena sesión se completaron las tareas de exposición. Para ello se le mandó al paciente la tarea de abrir el cajón de la mesilla 4 veces al día (en unos momentos predeterminados en consulta) y mirar una por una todas las fotos que tenía con su novia. Asimismo el paciente debía leer en cada una de estas ocasiones una de las cartas que tenía guardadas. Por otra parte, tenía que llevar a cabo al menos un día por semana, a modo de recordatorio, las tareas ensayadas en las sesiones anteriores.

Por último, en la décima sesión, se hizo una intervención general orientada a la prevención de recaídas. Se analizó con el paciente la posibilidad de manifestar nuevamente los síntomas en un futuro, principalmente en circunstancias de estrés o de enfrentamiento fortuito a situaciones que le recordaran la relación anterior, y la necesidad de poner en marcha, si esto ocurriera, las técnicas aprendidas en la consulta. Asimismo se hizo un resumen de todo lo trabajado a lo largo de las sesiones terapéuticas y se preparó al paciente para comenzar los períodos de seguimiento.

RESULTADOS

El cambio terapéutico se valoró mediante la aplicación de mediciones repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento. Todas estas pruebas han mostrado su sensibilidad al cambio terapéutico en diversos estudios. Los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos a lo largo de los períodos de seguimiento figuran en la *tabla 3* y en la *figura 1*.

Tabla 3.- Resultados de los instrumentos de medida en los diferentes momentos de evaluación

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PRE	POST	1 MES	3 MESES	6 MESES	12 MESES
BDI	28	8	2	2	0	1
HS	12	3	1	0	0	0
Autoestima	18	24	25	29	30	29
STAI-E	15	10	7	9	8	5
Inadaptación	25	9	7	6	4	3

Como se puede apreciar, se ha producido una disminución importante en las medidas de síntomas depresivos utilizadas, así como un aumento progresivo en la autoestima del paciente. Se ha producido, asimismo, un aumento en el nivel de adaptación global del paciente a la vida cotidiana.

En lo que se refiere al grado subjetivo de tristeza que le producían las diferentes situaciones evitadas, la evolución del paciente a lo largo de los diferentes períodos de evaluación figura en la *tabla 4*.

Se puede constatar asimismo que ha habido una disminución importante entre el pretratamiento y el postratamiento en el *Índice subjetivo de tristeza (IST)*, que se mantiene en los diferentes controles de seguimiento.

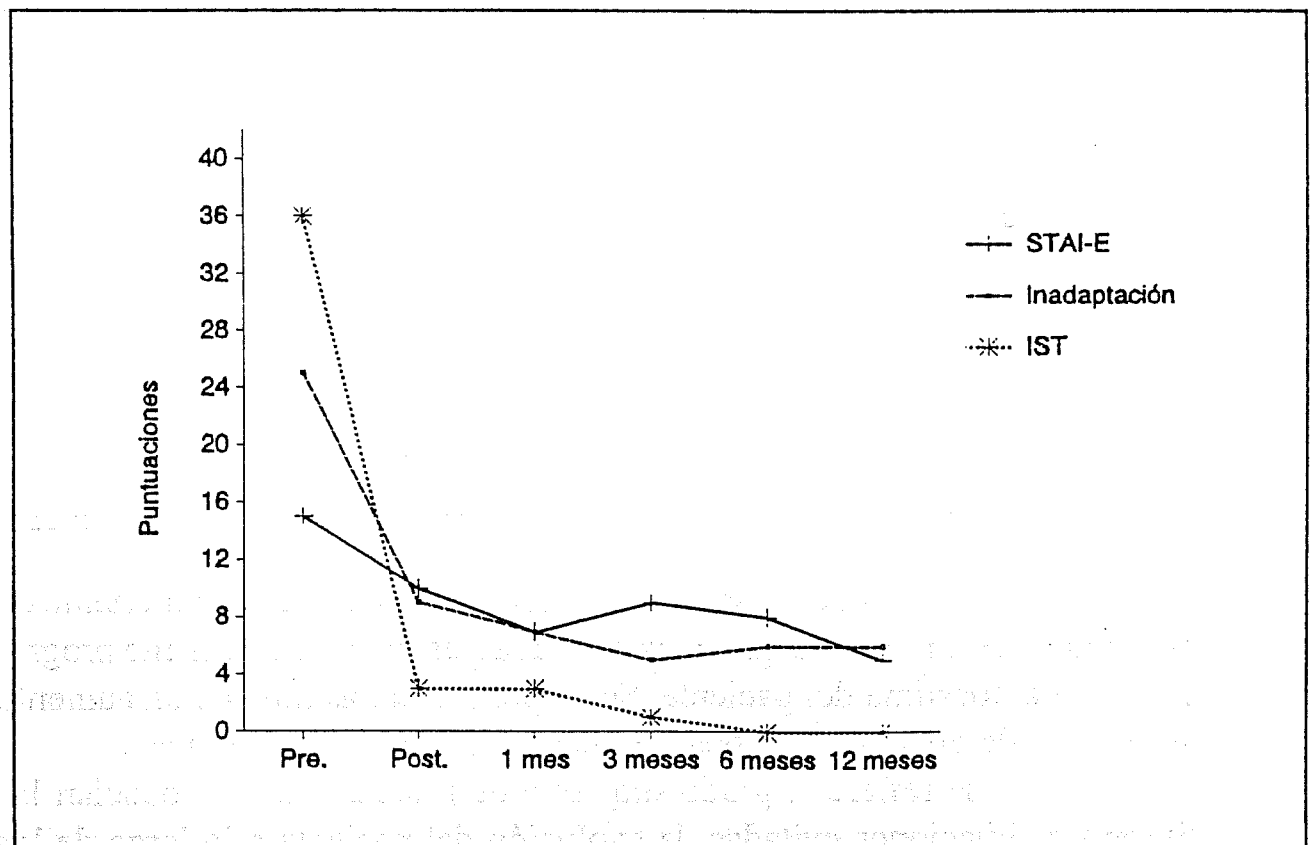
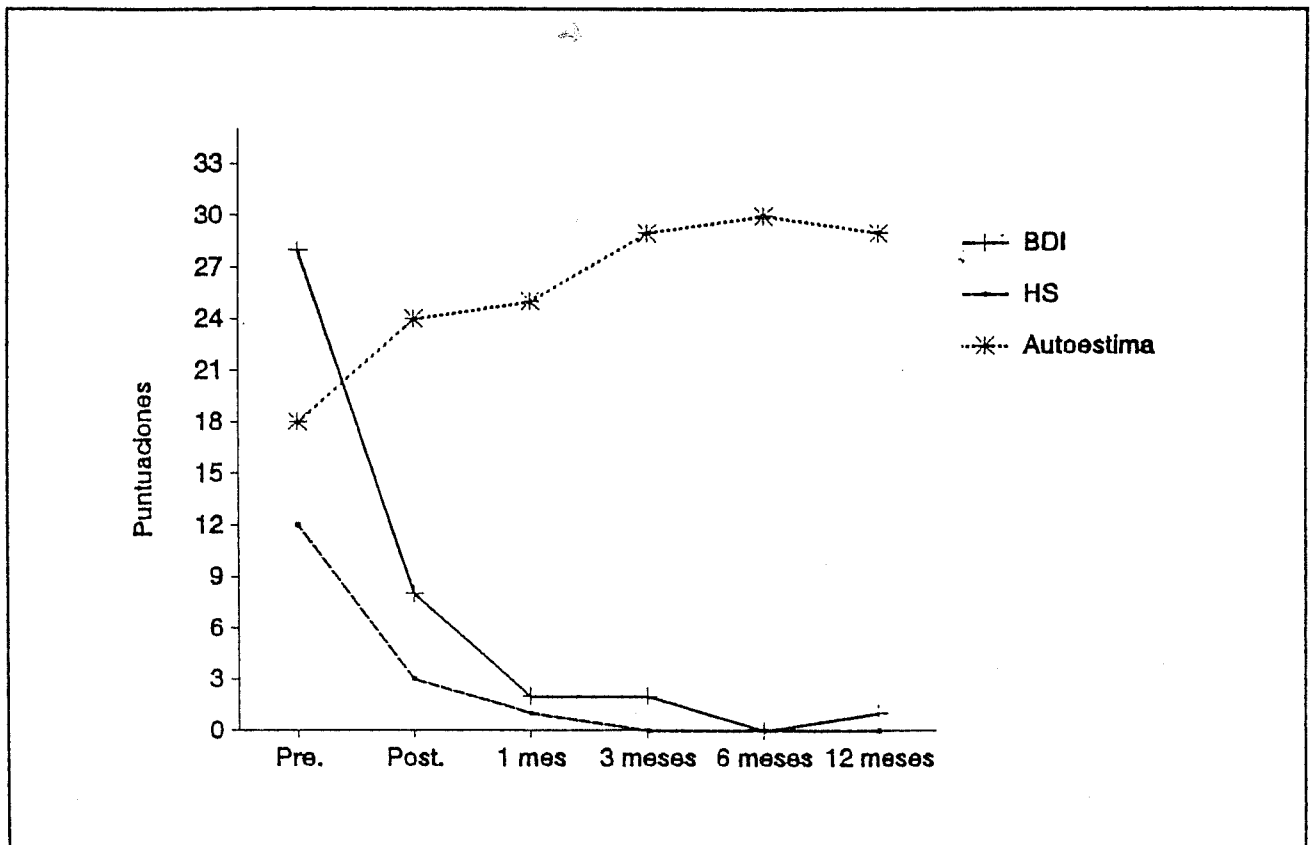


Figura 1.- Evolución de las variables psicopatológicas

Tabla 4.- Evolución del grado subjetivo de tristeza en las situaciones evitadas

SITUACIONES EVITADAS	PRE	POST	1 MES	3 MESES	6 MESES	12 MESES
Abrir el cajón de la mesilla y ver las fotos y las cartas de su novia	10	2	1	1	0	0
Ir al gimnasio	9	0	1	0	0	0
Acudir a los bares en los que habitualmente entraba con la novia	9	0	0	0	0	0
Ir a la playa de Fuenterrabía	8	1	1	0	0	0
ÍNDICE SUBJETIVO DE TRISTEZA (IST)	36	3	3	1	0	0

Por otra parte, desde un punto de vista más cualitativo, es destacable el hecho de que el paciente había recuperado su sueño y dormía una media de 7-8 horas diarias. Según las manifestaciones del propio sujeto, se levantaba descansado y con el ánimo suficiente para afrontar la jornada.

El repertorio de conductas del sujeto se había normalizado. Acudía con cierta regularidad al gimnasio, lo que contribuyó a una mejora en la percepción de su imagen corporal y a una facilitación del sueño nocturno. Asimismo había reanudado su vida social y los fines de semana salía con la cuadrilla de amigos e incluso había empezado a relacionarse con otras chicas.

En lo que se refiere a los estudios, los exámenes coincidieron con el tratamiento, por lo que el paciente sólo aprobó una asignatura de las cinco en que estaba matriculado. No obstante, de las cuatro asignaturas suspendidas consiguió aprobar tres en la convocatoria de septiembre y dejó una para el curso siguiente. En el seguimiento de los 12 meses, el sujeto vino muy

contento a la consulta porque había conseguido aprobar la asignatura que le quedaba y veía ya posible acabar la carrera a medio plazo.

En cuanto a su ex novia, el paciente se encontró con ella en una ocasión a los pocos meses de haber acabado la terapia. Habló brevemente con la chica y recordó después lo mal que lo había pasado unos meses antes. Sin embargo, no se puso triste, sino que fue consciente de que su vida era ya independiente de la relación que había tenido con ella.

CONCLUSIONES

La terapia de exposición, utilizada inicialmente en el campo de los trastornos de ansiedad, se ha comenzado a aplicar recientemente a cuadros clínicos muy diversos (adicciones, bulimia, etc.). En realidad, no ha habido en los últimos años grandes innovaciones en la técnica en sí misma. El mayor desarrollo actual ha sido la aplicación de esta terapia a problemas de conducta que rebasan el marco de los trastornos de ansiedad (Echeburúa y Corral, 1997). En este artículo se presenta un nuevo ámbito de aplicación de la exposición: la pena mórbida.

La clasificación nosológica de la pena mórbida dista de estar clara en la actualidad. Si bien el *DSM-IV* (APA, 1994) incluye el duelo, más que como una categoría diagnóstica, como un problema que puede ser objeto de atención clínica, éste se limita exclusivamente a aquellos casos en los que la reacción anómala se debe a la muerte de un ser querido. Cuando el factor precipitante no es la muerte, sino otro tipo de pérdida afectiva -separaciones o divorcios, principalmente-, el cuadro clínico resultante se clasifica dentro de los trastornos adaptativos. Esta distinción no parece estar justificada, pues se basa en los factores desencadenantes de la reacción y no en la sintomatología clínica de los pacientes.

En este artículo se expone un caso de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, originado por una ruptura en la relación de pareja. La sintomatología presentada incluye los dos aspectos básicos de la pena mórbida o duelo: la evitación de los sentimientos dolorosos causados por la pérdida de la persona querida y la evitación de las situaciones externas asociadas al recuerdo de dicha persona, todo ello acompañado de una profunda tristeza. Por ello, parece adecuado recurrir a las mismas técnicas de tratamiento que se han utilizado en el duelo.

El caso presentado pone de manifiesto la utilidad de los procedimientos de exposición en este ámbito. La lamentación dirigida -una variante de la exposición- funciona porque produce la extinción/habitación de una respuesta emocional condicionada. La presentación repetida de los estímulos que provocan tristeza (pensamientos sobre la ex novia, expresión repetida del malestar experimentado, etc.) genera un debilitamiento de la respuesta emocional condicionada (la tristeza). El papel de la habitación en otras respuestas emocionales condicionadas, como el pánico o el miedo, es sobradamente conocido (Rachman y Levitt, 1988). Desde una perspectiva operante, la respuesta (la pena) no es seguida por el refuerzo (el consuelo). Desde la perspectiva del condicionamiento clásico, el estímulo condicionado (los pensamientos sobre el ser querido) se presenta repetidamente sin la respuesta condicionada.

A su vez, la exposición en vivo facilita la implicación en actividades lúdicas y la percepción de control ambiental por parte del sujeto, que resultan incompatibles con la experimentación continuada de tristeza.

A diferencia de otros estudios en que este tipo de intervención (la lamentación dirigida y la exposición en vivo) reduce más la evitación de los aspectos implicados en la tristeza que el abatimiento emocional propiamente dicho (Mawson *et al.*, 1981; Sireling *et al.*, 1988), en el caso presentado en este trabajo se consigue reducir tanto la evitación como la tristeza.

No obstante, si bien la lamentación dirigida y la exposición parecen ser el tratamiento de elección en la pena mórbida, en algunas circunstancias particulares pueden resultar incluso contraproducentes. En el estudio de tres pacientes de Vogel y Peterson (1991), sólo en dos de ellos los resultados fueron positivos. Sin embargo, en el tercer caso el tratamiento acentuó el sentimiento de malestar del sujeto, por lo que tuvo que suspenderse. La explicación que ofrecen los autores resulta interesante. En los dos casos con éxito, los pacientes percibían que sus preocupaciones por la pérdida afectiva eran nocivas, intrusivas e indeseadas. Sin embargo, en el caso que fracasó, la respuesta de la paciente hacia el recuerdo de su marido difunto era compleja: la viuda quería que su preocupación terminara, aunque percibía como profundamente cálida la nostalgia de su marido. En concreto, el recuerdo de la pareja fallecida tenía tal valor reconfortante para ella que era incapaz de pensar en él y experimentar la respuesta de pena.

Quizá la terapia de exposición puede resultar un fracaso en aquellos casos en los que la actitud del paciente hacia la pena tiene una naturaleza ambivalente, puesto que el tratamiento en sí mismo proporciona al paciente un refuerzo

que contribuye a mantener la conducta de pena. En estos casos, en lugar de aplicar la exposición, puede resultar más beneficioso aplicar el paradigma de anti-exposición descrito por Sireling *et al.* (1988) -instrucciones concretas de evitar cualquier estímulo displacentero relacionado con el duelo-.

Por último, en el tratamiento de la pena mórbida, que tiene como objetivo primordial la adaptación del sujeto a su nueva situación personal, junto con la superación de las secuelas psicológicas, no se debe olvidar que el mero paso del tiempo desempeña un papel fundamental. Por ello, es necesario realizar estudios experimentales controlados que verifiquen la utilidad de los tratamientos empleados.

BIBLIOGRAFÍA

- Alario, S. (1992). La autoexposición y la lamentación dirigida como tratamientos psicológicos en un caso de pena mórbida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 22, 57-62.
- Alario, S. (1994). Intervención psicológica en la pena mórbida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29, 102-110.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*, Washington, DC: APA.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1979).
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Ranieri, W.E. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 499-505.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b). *Escala de Expectativas de Cambio*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Ed.). *Avances en las técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

- Faschingbauer, T.R., Devaul, R.A. y Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134, 696-698.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Gauthier, J. y Pye, C. (1980). Graduated self-exposure in the management of grief. *Behavior Analysis and Modification*, 3, 202-208.
- Goalder, J.S. (1985). Morbid grief reaction: A social systems perspective. *Professional Psychology Research and Practice*, 16, 833-842.
- Hall, R.C., Beresford, T.P. y Quinones, J.E. (1987). Grief following spontaneous abortion. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 405-420.
- Lieberman, S. (1978). Nineteen cases of morbid grief. *British Journal of Psychiatry*, 132, 159-163.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 151, 155-160.
- Mawson, D., Marks, I.M., Ramm, E. y Stern, R. (1981). Guided mourning for morbid grief: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Rachman, S. y Levitt, K. (1988). Panic, fear, reduction and habituation. *Behavior Research and Therapy*, 26, 201-206.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princenton.
- Sireling, L., Cohen, D. y Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: a controlled replication. *Behavior Therapy*, 19, 121-132.
- Solomon, H.M. (1977). Grief and bereavement. *International Journal of Social Psychiatry*, 23, 211-222.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Voguel, W. y Peterson, L.E. (1991). A variant of guided exposure to mourning for use with treatment resistant patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 217-219.

1

2

3

4

5