

## ¿QUÉ CONDUCTAS SON ÚTILES PARA AUTORREGULAR LA TRISTEZA?

// publicado viernes, 24-feb-2006

// modificado por Default Administrator

**Carmelo Vázquez** es Catedrático de Psicopatología de la UCM. Fue becario Fulbright en Northwestern University (USA), desde 1984 a 1986, y ha publicado numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales sobre procesos cognitivos en trastornos afectivos y psicóticos, y ha sido subdirector de la *British Journal of Clinical Psychology* (1992-97). En 1997 fue premiado por la *European Association of Psychological Assessment* en reconocimiento al psicólogo europeo menor de 40 años con la trayectoria académica más distinguida. Fue galardonado en 2002 con el Primer Premio Nacional de la Obra Social de Caja Madrid por su trabajo "Los límites de la Exclusión social", junto con M. Muñoz y J.J. Vázquez de la UCM.



**Laura Hernangómez** es Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta; es así mismo, profesora Asociada del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Autora del libro "*¿Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión*" (Ed. Aljibe).

Han presentado, en el último número de la revista *eduPsykhé*, una investigación relacionada con las conductas útiles para autorregular la tristeza. Ofrecen en el siguiente artículo, una panorámica de esta investigación.

**Laura Hernangómez Criado**

**Carmelo Vázquez Valverde**

La relación entre estrategias de afrontamiento, estrés y depresión ha sido estudiada durante largo tiempo y en profundidad (p.e. Billings y Moos, 1984, 1985; Brown y Harris, 1978; Cronkite y Moos, 1995); sin embargo, disponemos de menos información sobre el efecto estresante que por sí mismos suponen los síntomas depresivos y sobre los mecanismos específicos que una persona puede poner en acción para afrontar precisamente esos síntomas e intentar regular su estado de ánimo. Atendiendo además al hecho de que el bajo estado de ánimo es una característica comórbida habitual en prácticamente cualquier paciente con problemas clínicos (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Kessler et al., 1998), se convierte en cuestión de especial interés profundizar en las estrategias que las personas desarrollan ante la situación estresante de sentirse deprimido y las diferencias en dichas estrategias entre población *normal* y clínica. **El uso de estrategias de afrontamiento eficaces para regular síntomas anímicos depresivos puede ser una pieza clave en el mantenimiento y/o exacerbación de dichos síntomas:** si todas las personas afrontan estados de tristeza pero no todas terminan deprimiéndose, el modo en que una persona intenta regular su estado de ánimo negativo puede marcar la diferencia entre aquéllos que se deprimen en el sentido clínico de la palabra y aquéllos que simplemente "se entristecen".

En este contexto, el objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en los mecanismos puestos en marcha ante la tristeza, así como en la utilidad percibida en esas estrategias y su relación con diferentes tipos de síntomas mediante el empleo del Inventario de Afrontamiento de la Depresión (*Coping Inventory of Depression*, CID, Vázquez y Ring, 1996). La muestra total fue constituida por 491 estudiantes y 57 pacientes con diagnósticos heterogéneos.

Los resultados obtenidos sugieren interesantes diferencias entre la muestra clínica y la muestra control. En primer lugar, **los pacientes refieren una menor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento** a pesar de que, por el hecho de padecer un trastorno psicológico, es posible que se encuentren con más situaciones de malestar emocional que la muestra control. La explicación de esta diferencia está asociada a la segunda gran diferencia entre las dos muestras: **en la muestra clínica los mecanismos empleados se perciben como menos efectivos en combatir el estado de ánimo**. La utilidad percibida en las estrategias de afrontamiento es muy posiblemente un factor determinante de la motivación para ponerlas en marcha. Entre las variables que podrían estar influyendo en la percepción de utilidad se encuentran la incontrolabilidad percibida de la situación estresante (en este caso, en los síntomas depresivos mismos) y las bajas expectativas de autoeficacia sobre la autorregulación de las emociones: si la persona percibe los síntomas depresivos como incontrolables y/o no se considera capaz de llevar a cabo las estrategias para superarlos, difícilmente pondrá en marcha mecanismos de afrontamiento ante los mismos. Por ello resulta tan importante la tarea, en ocasiones minusvalorada, de ofrecer al paciente un tipo de relación y un marco explicativo de su problema en el que pueda conseguir una percepción de control sobre la solución del mismo (Vázquez et al., 2005).

En cuanto al tipo de estrategias empleadas, la principal diferencia estriba en el uso de medicación y expertos por parte de la muestra clínica frente al empleo de estrategias de reevaluación cognitiva por parte de la muestra control.



El empleo de recursos *externos* (fármacos, especialistas) frente a recursos *propios* parece así marcar la diferencia entre pacientes y no pacientes y puede estar indicando una interesante dirección a seguir en el tratamiento psicológico. Si bien el hecho de recurrir a profesionales y al consumo de psicofármacos son soluciones útiles ante alteraciones psicológicas graves, el objetivo a largo plazo de toda psicoterapia debería centrarse en conseguir la autonomía de la persona que acude a consulta, de modo que aprenda a emplear sus propias potencialidades en el afrontamiento de problemas futuros. Lo contrario sería fomentar una dependencia poco terapéutica e incluso iatrogénica que nada tiene que ver con la finalidad de una intervención profesional.

Un aspecto adicional a considerar es que, en ocasiones, **lo importante no es tanto qué estrategia se usa sino cómo se emplea y qué significado se le da**. Así, el empleo del afrontamiento social y de la expresión/comunicación constituyen un aspecto diferencial en las maneras de enfrentarse a los distintos síntomas depresivos entre las dos muestras de nuestro estudio, de modo que el uso de afrontamiento social se relaciona positivamente con síntomas de culpa y autocrítica en el caso de los pacientes, mientras que esta relación es negativa en la muestra control. Los resultados sugieren además que la búsqueda de apoyo social, una estrategia que en principio podría ser beneficiosa para los síntomas depresivos (Beutler et al., 2000; Brown y Harris, 1978), puede convertirse en un mecanismo disfuncional en los pacientes dado que el contacto no parece emplearse tanto para la distracción o la evocación de emociones positivas, sino para iniciar pensamientos rumiativos en torno a los síntomas, con el consiguiente deterioro de la red de apoyo (Nolen Hoeksema y Davis, 1999).

Con todo, el presente estudio supone un pequeño paso más en la profundización del conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento más adaptativas ante un estado de ánimo deprimido, con determinadas limitaciones que debemos señalar. En primer lugar, al tratarse de un diseño transversal, resulta imposible inferir relaciones claras de causalidad afrontamiento-depresión a la vez que se impide que se recojan las diferentes estrategias cambiantes que pueden emplearse para tratar un problema a lo largo del tiempo, habiendo sido demostrado ya en el ámbito de las dificultades interpersonales que la flexibilidad de afrontamiento se relaciona con una menor sintomatología depresiva (Kato, 2001). Por otra parte, el

inventario CID tampoco está diseñado para analizar la variabilidad situacional, de modo que no podemos conocer las transacciones individuo-medio que se producen en los contextos reales. Pueden existir diferencias necesarias en función de la persona, situación o momento vital o de la depresión que atraviese y todas estas variables no han podido examinarse en este estudio ni se han investigado por el momento como determinantes de la efectividad del afrontamiento. Aunque contamos con la evidencia de que si se pide a los sujetos que describan su modo "típico" de reaccionar ante estresores, esto correlaciona poco con el modo en que dicen reaccionar ante estresores específicos (Folkman y Lazarus, 1980), ya que el estilo de afrontamiento interactúa con el tipo de estresor en la determinación de las respuestas de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Otro aspecto de enorme interés, tampoco cubierto en este estudio, es que desconocemos cuándo es deseable o adecuado poner en marcha mecanismos de ajuste o de autorregulación y cuándo o en qué circunstancias puede ser útil el bajo estado de ánimo o estados de inhibición emocional en un sentido más amplio. De modo que, si bien es cierto que las emociones negativas pueden obviamente llegar a ser disfuncionales, no está claro cuándo y cómo se deben emplear mecanismos reguladores del malestar emocional. Es obvia la necesidad de más investigación en este campo para dar luz a todos estos interrogantes.

**El artículo completo puede consultarse** en la revista eduPsykhé: Hernangómez, L. Y Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID). EuroPsikhé. Vol.4 (2), 149-178.

[Ver referencias bibliográficas del artículo.](#)