

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADA A UN CASO DE  
DEPRESIÓN LEVE

LUISA FERNANDA ROJAS MORALES

Directora: DIANA CAROLINA BEDOYA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – UNIVERSIDAD DE IBAGUÉ

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMPORTAMENTAL

COGNOSCITIVA

Ibagué, Colombia

AGOSTO, 2010

## Tabla contenido

<u>Tabla de contenido</u>	<u>2</u>
<u>Resumen</u>	<u>7</u>
<u>Abstract</u>	<u>8</u>
<u>Introducción</u>	<u>9</u>
<u>Revisión bibliográfica</u>	<u>14</u>
<u><i>Depresión leve y Déficit en Solución de Problemas</i></u>	<u>14</u>
<u><i>Intervención. Terapia en Solución de Problemas</i></u>	<u>24</u>
<u>Definición del problema</u>	<u>29</u>
<u><i>Descripción del problema</i></u>	<u>29</u>
<u>Formulación del Caso</u>	<u>31</u>
<u><i>Formulación de hipótesis</i></u>	<u>31</u>
<u><i>Factores de predisposición</i></u>	<u>31</u>
<u><i>Factores precipitantes</i></u>	<u>32</u>
<u><i>Factores de mantenimiento</i></u>	<u>32</u>
<u><i>Factores protectores</i></u>	<u>33</u>
<u><i>Unidad de análisis</i></u>	<u>33</u>
<u><i>Hipótesis explicativa</i></u>	<u>33</u>
<u>Pregunta de investigación</u>	<u>35</u>
<u>Objetivos</u>	<u>35</u>
<u><i>Objetivo General</i></u>	<u>35</u>
<u><i>Objetivos específicos</i></u>	<u>35</u>

<u>Método</u>	<u>35</u>
<i>Participante</i>	<u>35</u>
<i>Diseño</i>	<u>37</u>
<i>Variable Dependiente</i>	<u>37</u>
<i>Variable Independiente</i>	<u>38</u>
<i>Instrumentos</i>	<u>38</u>
<i>Procedimiento</i>	<u>40</u>
<i>Fase de evaluación</i>	<u>40</u>
<i>Fase de intervención</i>	<u>40</u>
<i>Fase de seguimiento</i>	<u>45</u>
<u>Resultados</u>	<u>46</u>
<u>Discusión</u>	<u>57</u>
<u>Referencias Bibliográficas</u>	<u>61</u>
<u>Anexos</u>	<u>63</u>

### Lista de Figuras

<u>Figura 1: Línea de base y tratamiento y seguimiento en cuanto a la frecuencia de presentación de situaciones problema.</u>	47
<u>Figura 2. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación de sentimientos depresivos ante situaciones problema.</u>	48
<u>Figura 3. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –ira- ante situaciones problema.</u>	49
<u>Figura 4. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –miedo- ante situaciones problema.</u>	50
<u>Figura 5. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –culpa- ante situaciones problema.</u>	50
<u>Figura 6. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –desesperanza- ante situaciones problema.</u>	51
<u>Figura 7. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –tristeza- ante situaciones problema.</u>	51
<u>Figura 8. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –angustia- ante situaciones problema.</u>	52
<u>Figura 9. Presentación de sentimientos depresivos frente a situaciones problema en cada una de las fases (evaluación, intervención y seguimiento)</u>	52

de la investigación.

Figura 10. Línea base, tratamiento y seguimiento respecto al promedio 53

semanal de intensidad frente a situaciones problema.

Figura 11. Línea base, tratamiento y seguimiento respecto a la presentación 54

de conductas adecuadas frente a conductas inadecuadas ante la solución de

las diferentes situaciones problema.

Figura 12. Inventario de Depresión de Beck (Pretest – Postest). 55

## Lista de Anexos

<u>Anexo A: Registro semanal de situaciones problemas</u>	<u>64</u>
<u>Anexo B: Inventario para la depresión de Beck</u>	<u>65</u>
<u>Anexo C: Lista de problemas</u>	<u>70</u>

## **TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADA A UN CASO DE DEPRESIÓN LEVE**

### **Resumen**

El siguiente estudio tuvo como objetivo principal identificar la eficacia de un programa de entrenamiento en solución de problemas en una paciente con depresión leve. Para ello se utilizó un diseño A-B con seguimiento de 20 días y 1 mes. Para la evaluación, intervención y seguimiento se utilizó un registro de situaciones problema para establecer la presentación de sentimientos depresivos, intensidad ante dichas situaciones y emisión de conductas adecuadas frente a conductas inadecuadas para la solución de las diferentes problemáticas que se le presentaban a la paciente. Así mismo, se utilizó el Inventario De Depresión De Beck como un instrumento pretest-postest para determinar si existieron cambios en el estado emocional de la paciente. La intervención se basó en la Terapia de Solución de Problemas planteada por Nezu y D´Zurilla (1999), la cual está constituida por cinco (5) habilidades: orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida. De este modo se le proporcionó a la paciente herramientas para resolver su depresión actual y para prevenir nuevos episodios. Un punto importante dentro de los resultados obtenidos, es que el entrenamiento en solución de problemas conduce a una disminución de la sintomatología depresiva.

**PALABRAS CLAVE:** Entrenamiento, Solución de Problemas, Depresión Leve, Habilidades, Orientación, Definición, Toma de Decisiones, Herramientas.

## **PROBLEM SOLVING THERAPY APPLIED TO A CASE OF MILD DEPRESSION**

### **Abstract**

The following study had a main aim to identify the efficacy of a training program in solution of problems in a patient with mild depression. For this reason, used an A-B design with a pursuit of 20 days and 1 month. For the evaluation, intervention and pursuit used a register of problem situations to establish the presentation of depressive feelings, intensity opposite those situations and broadcasting of adequate behaviours in front to inadequate behaviours for the solution of the different problematic that the patient was presenting. Likewise, used the Beck Depression Inventory as a pretest-posttest instrument to determine whether there were changes in the emotional state of the patient. The intervention was based on Problem-solving therapy provided by Nezu and D'Zurilla (1999), which is composed of five (5) skills: Orientation towards problem, definition of the problem, generation of alternative solutions, decisions making and implementation and the evaluation of the chosen solution. This way, supplied the tools to the patient to resolve their current depression and to prevent new episodes. An very important point in the obtained results, is that the training in problem solving takes to a decrease of the depressive symptomatology.

**KEY WORDS:** Training, Problem Solving, Mild Depression, Skills, Orientation, Definition, Decisions Making, Tools.



## Introducción

La depresión es hoy día uno de los trastornos más diagnosticados en el mundo actual. En todos los países industrializados la incidencia de la depresión ha ido aumentando cada decenio a lo largo del último siglo. Según las últimas estadísticas mundiales, ella puede afectar al 25% de las personas en algún momento de su historia vital y representa el 10% de las consultas de medicina ambulatoria y el 50% de las consultas al psicólogo (Valladares, 2005).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo. El concepto trastornos del estado de ánimo se refiere a una diversidad de condiciones clínicas caracterizadas, fundamentalmente, por cambios del estado de ánimo y del afecto. El estado de ánimo es el estado emocional subjetivo de la persona y el afecto es lo objetivo o lo observable del estado de ánimo (Friedman y Thase, 1995, tomado de Vázquez, Muñoz, y Becoña 2000). Los trastornos del estado de ánimo incluyen trastornos en los que el estado de ánimo es deprimido, aunque también en algunas ocasiones puede ser eufórico. Estas fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, ya sea depresión o euforia, se distinguen de las normales en: 1) la intensidad del estado de ánimo; 2) su duración; 3) su asociación con otras señales y síntomas clínicos; y 4) su impacto sobre el funcionamiento del individuo.

Ahora bien, la palabra depresión significa decaimiento de ánimo y voluntad. (Canda Moreno, 2000), es un trastorno en el cual existe la disminución general de toda la actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad.

Es importante distinguir entre tristeza y depresión. La tristeza es básicamente un sentimiento de displacer motivado por alguna adversidad, que todo el mundo ha experimentado alguna vez, mientras que la depresión está constituida por un cuadro clínico situado en el terreno de lo patológico y lo mórbido. Entre los síntomas del cuadro depresivo que conforman el estado de ánimo, el sentimiento de tristeza ocupa un lugar secundario. La depresión debe ser conceptuada como un síndrome que obedece a causas diversas.

La depresión leve es el tipo de depresión común de baja intensidad, que incluye síntomas que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. En general, el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión. En la depresión leve ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso.

Ahora bien, cada una de las teorías tiene formas diferentes de explicar el porqué de la depresión. Dentro de las teorías cognitivas podemos citar a Beck, quien logra establecer que la visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro que la persona depresiva tiene, son reflejos de su forma de pensar o de estructurar la realidad. Según Beck, los esquemas juegan un papel preponderante, guiando nuestros pensamientos, conducta y sentimientos de acuerdo a la interpretación que hacemos de los eventos ambientales a los que nos enfrentamos.

Por otro lado, es de conocimiento general que el estrés psicosocial, bien sea producido por acontecimientos importantes de la vida o por problemas cotidianos, está relacionado con la depresión (Nezu, 1986). De acuerdo con la formulación de Nezu

(1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto. Esto nos indica que, aquellas personas que no tienen las habilidades necesarias para solucionar los problemas por su cuenta tienen una mayor probabilidad de llegar a deprimirse cuando se enfrentan a la adversidad comparadas con las que resuelven sus problemas con eficacia (Nezu, 1986).

La terapia de solución de problemas para la depresión representa un enfoque lógico, sistemático y razonablemente fácil de aprender que se puede usar para ayudar a un amplio rango de pacientes deprimidos, es una estrategia de intervención clínica que tiene como fin ayudar al paciente a resolver sus propios problemas vitales y por ende mejorar la calidad de vida de los mismos. Esta teoría de solución de problemas se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: la gente reacciona y maneja sus vidas, basándose en la valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Según esto, a medida que uno crece, estas habilidades se van aprendiendo de las personas importantes para cada uno y se van puliendo y desarrollando a través del uso continuado y la interacción con el entorno social. Al igual que en cualquier comportamiento aprendido, estas habilidades se pueden modificar y cambiar con el tiempo, dependiendo del entorno y de los recursos de la persona.

De la misma manera, es importante resaltar que la principal importancia de esta investigación, de la motivación para la escogencia del caso y para la elección y aplicación de esta técnica recae sobre dos aspectos: como primera medida, que desde la década de los años 70 se nos muestran que los porcentajes de depresión han aumentado de manera alarmante en las diferentes culturas durante el siglo XX. Afortunadamente, en las últimas cuatro décadas, se ha hecho un progreso importante en el diagnóstico, en las teorías psicológicas y biológicas y especialmente, en el desarrollo de nuevos tratamientos. Así mismo, se han realizado nuevos descubrimientos y se han desarrollado tratamientos eficaces para la depresión como lo es la TSP; y como segunda medida, los diferentes estudios hallados (Areán, 2000; Vázquez, Muñoz, y Becoña 2000; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Vázquez González, 2002; Nezu, 1986; D’Zurilla y Nezu, 1982) en los cuales se muestra que los déficits en solución de problemas están relacionados con la depresión. Así, en el modelo de solución de problemas, la depresión es el resultado de la interacción dinámica de los acontecimientos negativos de la vida, los problemas cotidianos, la capacidad de solución de problemas y el malestar emocional (Nezu, 1986). Un punto importante que esta teoría sugiere, que el entrenamiento en solución de problemas conduce a una disminución de la sintomatología depresiva. De este modo se le proporciona al sujeto herramientas para resolver su depresión actual y para prevenir nuevos episodios. La evidencia muestra que la terapia de solución de problemas no sólo es una intervención eficaz, flexible y fácil de aplicar, sino que puede ser utilizado con pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos.

Por ende, en el siguiente documento se encontrará una investigación de caso único la cual tiene como propósito determinar la eficacia de la Terapia en Solución de Problemas en una mujer de 25 años de edad con depresión leve. El procedimiento realizado tiene como base el modelo propuesto por Nezu y D'Zurilla, el cual consta de 5 componentes básicos con los cuales se enseña a la paciente habilidades de forma secuencial durante 7 sesiones, donde en cada sesión la paciente aprende un paso diferente del modelo pero permitiendo reforzar el anterior.

## **Revisión de literatura**

La vida cotidiana y social, en general; el ambiente educativo, familiar y social, en particular, exigen que los individuos resuelvan problemas. Enfrentar un obstáculo, superar una situación social difícil, resolver juegos y acertijos, analizar hechos sociales, entre otros, implica un proceso cognitivo de solución de problemas, de pensamiento, de procesamiento de información y de solución de conflicto.

Es así, como el nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la depresión, se centra en las relaciones recíprocas entre las experiencias puntuales vitales muy negativas, las pequeñas experiencias negativas del día a día, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas (Nezu, 1986, 1987). Este último componente es el más importante del modelo (Nezu, 1989). El término afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D'Zurilla y Nezu, 1999). Los déficits en las habilidades de solución de problemas son un importante factor de vulnerabilidad para la depresión (Nezu, 1987). La depresión es más probable que ocurra cuando estos déficits conducen a intentos de afrontamientos ineficaces bajo niveles elevados de estrés, procedentes de experiencias vitales negativas. La habilidad de solución de problemas modula la relación entre los eventos estresantes negativos y el humor depresivo (Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986).

### ***Depresión leve y Déficit en Solución de Problemas***

Según el CIE-10 (F32.0), el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, un paciente con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por síntomas

como alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, poca energía o fatiga, baja autoestima, concentración disminuida, dificultad en la toma de decisiones, solución de problemas y tienen alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Dentro de los principales exponentes relacionados con el tema de la depresión encontramos a Beck, entre las formas de pensar que Beck considera como características de los pacientes depresivos pueden enumerarse la subestimación de sí mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, la autoinculpación, los frecuentes autopreceptos y mandatos y los deseos de huida y suicidio. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del sujeto puede llegar a estar totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes encontrando extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos, etc.). Subyacente a todas ellas se encuentra una distorsión de la realidad y un prejuicio sistemático de los pacientes contra sí mismos (Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. 1979).

Winokur (1997, tomado de Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) ha propuesto que la depresión desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

*Teorías conductuales de la depresión.* Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989, tomado de Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Así mismo, las teorías conductuales, destacan el papel de la pérdida de reforzadores asociados a la pérdida de la persona o eventos crónicos, produciendo un proceso de extinción (Fester, 1966, 1973, tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004) y/o la incapacidad del sujeto para generar nuevas fuentes de relaciones gratificantes tras la pérdida o estrés crónico, debido a un déficit en sus habilidades sociales (Lewinshon, 1985, tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004).

Por otra parte, la Teoría de Fester Lazarús (1973, tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004), explica la depresión como déficit severo en el suministro de refuerzo social, atención, estigma, aprecio, esto lleva a conductas de alejamiento, retraimiento del sujeto y de las otras personas con una actitud



amarga, existen para con los demás, así como una actitud de desvalorización personal, rechazo, desprecio, comportamiento de evitación a consecuencias negativas desagradables que conduce al déficit en el refuerzo social positivo por tanto va a deprimirse.

Ahora bien, dentro de la evolución de las teorías conductuales de la depresión, encontramos que el primer autor que aplicó el análisis funcional al estudio del comportamiento depresivo fue Fester (Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004). Derivando a la definición objetiva de la conducta, a la medición de su frecuencia y a la explicación de esa frecuencia, llega a la conclusión de que el comportamiento depresivo se caracteriza por: (a) Un exceso de conductas de evitación ante la estimulación aversiva, junto con un exceso de conductas irracionales y (b) Un déficit de conductas activas, reforzadas positiva o negativamente, que ejerzan un control efectivo sobre el medio. Así mismo, considera que la alta frecuencia de conductas irracionales y evitadoras no representa un área de alta motivación sino que se mantienen por refuerzo negativo y se disipan porque no existen conductas activas y eficaces con las que competir para dar fin a la estimulación aversiva. En efecto, Biglan (tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004), tras revisar una serie de estudios, concluye que conductas típicas de los depresivos (llanto, quejas, culpa, etc.) cumplen la función de reducir la probabilidad de recibir castigo de otros.

Es importante aquí, tener en cuenta que el análisis funcional, método de evaluación del que se desprende necesariamente el tratamiento, no condiciona, sin embargo, este último, sino que permite una enorme flexibilidad para adecuar cada

terapia al caso concreto de que se trate. No hay en Ferster, por tanto, la propuesta de una terapia determinada. Al tratar con conductas “de fuera y dentro de la piel”, como él dice, y no con constructos, no puede haber recetas terapéuticas estandarizadas puesto que la historia de aprendizaje de cada persona es distinta y los procesos que puedan explicar las diferentes partes de eso que llamamos depresión serán, en cada caso, diversos.

Por otro lado, Lewinsohn (1985, tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004), se acerca al comportamiento depresivo desde un punto de vista etiológico a la vez que explicativo y enfatiza la importancia del medio. El trastorno depresivo está relacionado con una baja tasa de refuerzo debido a: (a) Un medio pobre de reforzadores, (b) Un déficit de habilidades sociales para obtener refuerzo y, (c) Un escaso repertorio de refuerzos potenciales para el sujeto. Los refuerzos potenciales, es decir, los estímulos que - por condicionamiento - han llegado a adquirir valor de refuerzo para el individuo dependen de su historia de aprendizaje y de datos como la edad, el sexo, etc.

De la misma manera, Lewinsohn (1985, tomado de Ponce de León Hernández, Morillas Urda y Scigliano Herbon, 2004), confecciona una ecuación que daría como resultado estados depresivos, eufóricos y de eutimia según los valores que alcanzaran los tres factores. La elección de terapia vendría indicada por la determinación de los déficits (enriquecimiento del medio, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva).

*Las teorías cognitivas de la depresión.* Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo.

Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

*Teorías biológicas de la depresión.* A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión (Thase y Howland, 1995, tomado de Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central. Friedman y Thase (1995, tomado de Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anormalidad en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anormalidades en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica.

Pero aun teniendo en cuenta lo anterior, siguen sin responderse muchas de las cuestiones más básicas sobre la depresión (Vázquez González, 2002), tales como si la diferencia entre un estado de ánimo triste y una depresión mayor es de grado o de clase, si la depresión es en su naturaleza fundamentalmente psicológica o biológica, en qué grado se debe a factores genéticos y en qué grado a factores ambientales, si entre las influencias ambientales el factor clave es la crianza (educación) en la niñez.

Por otro lado, Nezu y Ronan (1987, tomado de Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) en un intento de ampliar un paradigma simple de disfunción-estrés, propusieron un modelo de la depresión con la siguiente formulación: los sucesos estresantes de la vida con frecuencia tiene como resultado el aumento de las situaciones problemáticas en la vida de los individuos. El grado en que éstos afrontan sus problemas de forma eficaz es una función de sus habilidades de solución de problemas. Así mismo, la solución eficaz de estos problemas disminuye la probabilidad de presentar síntomas depresivos. Parece claro que la eficacia en la solución de problemas actúa como un importante moderador de la depresión relacionada con el estrés, siendo de gran interés para los clínicos la evaluación de estas habilidades de solución de problemas.

Ahora bien, de modo más específico, Nezu (1999), señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: (a) orientación hacia el problema; (b) definición del problema; (c) generación de soluciones alternativas; (d) toma de decisiones; y (e) puesta en práctica y evaluación de la solución elegida.

Así mismo, la investigación sobre la importancia de las habilidades de solución de problemas, apoya la necesidad de intervenciones que se centren en desarrollar estas

habilidades, no sólo como una manera de tratar la depresión, sino también de prevenir su recurrencia. De algún modo, intervenciones como la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia interpersonal, enseñan implícitamente a los pacientes a manejar mejor sus vidas, (fundamentalmente a mejorar su capacidad para resolver problemas). Nezu y D’Zurilla (1999) plantearon la siguiente cuestión: si el objetivo de todas las terapias es ayudar a la gente a solucionar sus problemas con mayor eficacia, ¿por qué no enseñar estas habilidades directamente? Dicha cuestión teórica llevó a Nezu y D’Zurilla a crear una intervención que se dirigiese directamente a los déficit en las habilidades para solucionar problemas. Ésta es la Terapia de solución de problemas (TSP).

*Factores predisponentes.* No existe una idea clara y definitiva sobre los factores de predisposición de los trastornos del estado de ánimo. No se puede hablar tampoco de un único origen de las depresiones, lo mismo que se sabe que no existe un único tipo de depresión (desde siempre se ha hablado de depresiones exógenas o reactivas y depresiones endógenas, dando a entender que había depresiones motivadas principalmente por factores externos “las exógenas” y depresiones que estaban más determinadas por la constitución misma de la persona, y aparentemente no tenían desencadenantes externos “las endógenas”). El tema se ha abordado desde diferentes puntos de vista, dando lugar a diferentes modelos explicativos que inciden en aspectos biológicos, psicológicos o sociales (Guerra García, 2000).

Con el paso del tiempo se ha reconocido que no se puede aplicar un modelo explicativo único que aclare completamente el origen de un trastorno depresivo, observándose que estos modelos se han de integrar entre sí y no son excluyentes entre ellos. En general, se puede decir que existe una mayor o menor predisposición a padecer

un trastorno depresivo ante unos desencadenantes de mayor o menor magnitud. Según la persona uno o varios factores de vulnerabilidad de base se combinarían de una determinada manera y frente, a una o varias circunstancias, en un determinado momento del curso de la vida desembocarían en una depresión.

El concepto de vulnerabilidad hace referencia a los factores biológicos (enfermedades físicas, cambios en el organismo, fármacos que afectan los neurotransmisores), psicológicos y sociales (dentro de los factores psicosociales encontramos aquellas situaciones no deseadas, no controlables, inesperadas , y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; dentro de estos encontramos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo como muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia), que están presentes de forma continua y facilitan o predisponen al desarrollo de la depresión.

*Factores de adquisición.* En el modelo de solución de problemas, la depresión es el resultado de la interacción dinámica de los acontecimientos negativos de la vida, los problemas cotidianos, la incapacidad de solución de problemas y el malestar emocional (Nezu, 1986).

Así, el modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Para Lewinsohn (1975, citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: (1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; (2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y (3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades para solucionar problemas, habilidades de toma de decisiones y habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

Autores como Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, (1997 citados por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000), proponen un modelo en el que se plantea que la adquisición de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas,

traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. (De Vega, 1986).

*Factores de mantenimiento.* Guerra García (2002), identifica dos factores fundamentales que mantienen los estados depresivos. Los rasgos de la personalidad y las influencias ambientales. Sobre la primera comenta, que existe en algunas personas la tendencia a mirar el lado negativo de las cosas, influyendo esto en las formas de pensamiento y en las formas diferentes de reaccionar ante determinadas situaciones. Sobre la segunda, hace referencia a la evaluación otras personas hacen del desempeño en sus hogares, trabajos, relaciones interpersonales, etc. Si uno de éstos es insatisfactorio de alguna manera, hará que las personas se sientan aún más “bajos” y será casi imposible que piense de manera positiva.

De igual manera, las distintas investigaciones muestran que la gran cantidad de problemas cotidianos y de acontecimientos vitales de mayor gravedad, pueden interferir en la capacidad para hacer frente a los problemas y así, hacer a la persona vulnerable a experimentar problemas emocionales. Así, Lewinsohn (1985, citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000), propuso varios factores que mantienen la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad), entre los cuales encontramos: (a) ser mujer, (b) tener una edad entre 20 y 40 años, (c) historia previa de depresión, (d) susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, (e) bajo estatus socioeconómico, (f) baja autoestima y, (g) tener hijos con edades inferiores a 7 años.

### ***Intervención. Terapia en Solución de Problemas***

El interés y el estudio empírico del constructo de solución de problemas en humanos tienen una larga y extensa historia. Sin embargo, sólo recientemente los



profesionales de la salud mental se han centrado en esta área, como un medio de comprender mejor los trastornos conductuales y los problemas emocionales, además de incorporar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas para su tratamiento (Caballo, 1998).

El entrenamiento en solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la resolución de problemas, con ésta técnica no se eliminan los problemas, el terapeuta no es omnipotente, sino que proporciona métodos para que el paciente analice y evalúe posibles opiniones y ofrece un modo de enfocar el mundo que excluya la ansiedad y el estrés innecesarios (D´Zurilla, 1993, tomado de Olivares Rodríguez y Méndez Carrillo, 1999).

La Solución de Problemas es la forma más elevada del aprendizaje (Klausmeier y Goodwin, 1993), debido a que a partir de este proceso el individuo define nuevas ideas. Así mismo, es de conocimiento que frente a un problema se requiere por un lado del conocimiento de reglas, y por el otro de la capacidad para utilizarlas, logrando así transferencias de lo aprendido. Por lo que ser capaz de resolver problemas habilita a las personas para adaptarse al medio ambiente y para modificarlo de manera parcial. Hablar de solución de problemas, es hablar de “habilidades de pensamiento”, siendo estas habilidades de las expresiones más elevadas y complejas en el ser humano, lo cual implica además de los procesos mentales superiores, procesos más sencillos tales como la memoria, la atención, representación, comprensión, etc.

Desde su comienzo, la Terapia de Solución de Problemas (TSP) ha pasado a ser una intervención ampliamente estudiada y aplicada. En los últimos 20 años se han publicado alrededor de 44 estudios empíricos que apoyan a la TSP como una

intervención psicosocial eficaz. Además, se han publicado varios libros acerca de la teoría y práctica de la TSP en poblaciones específicas. En el caso de la depresión, la TSP se ha adaptado y se ha probado empíricamente en jóvenes adultos deprimidos (Nezu, 1986), pacientes geriátricos deprimidos (Areán et al., 1993), adultos suicidas (Lerner y Clum, 1990) y pacientes médicos deprimidos (Mynors-Wallis, 1996).

Dentro de los estudios actuales realizados en relación a la Terapia de Solución de Problemas aplicada a la depresión se encuentra el realizado por Patricia A. Areán, 2002; quien realizó una revisión de la teoría, la investigación y las aplicaciones de la Terapia de Solución de Problemas para la depresión, donde establece que la TSP es una intervención eficaz y flexible que se puede utilizar en diferentes contextos y aplicar a distintos problemas, como es, por ejemplo el caso de la depresión. Areán (2002), lo define como una intervención breve y focalizada que enseña a la gente cómo resolver problemas de forma sistemática con el fin de que puedan manejar su mundo más eficientemente. Finalmente, Areán (2002) concluye que la TSP es una intervención eficaz con apoyo creciente. Este modelo de asistencia proporciona una alternativa de tratamiento excelente para aquellos profesionales que tienen que tratar trastornos como la depresión durante un período de tiempo relativamente breve.

Así pues, dentro de las terapias para el tratamiento de la depresión se eligió la Terapia en Solución de Problemas por varias razones importantes entre las cuales están:

- a. La Terapia de Solución de Problemas, enseña habilidades que el sujeto puede utilizar en el futuro para prevenir nuevos episodios depresivos.
- b. La evidencia científica indica que las intervenciones cognitivo-conductuales (en este caso la TSP) son tan eficaces como los antidepresivos o incluso más.

- c. Proporciona al paciente una racionalidad bien elaborada y una teoría que subyace al tratamiento.
- d. Ofrece entrenamiento en habilidades relevantes a la depresión.
- e. Enfatiza la práctica de las habilidades aprendidas fuera de la sesión, y.
- f. Anima a los pacientes a que se atribuyan el cambio por el hecho de aprender y practicar esas habilidades.

El Modelo de Solución de Problemas hace referencia a procesos de tipo cognitivo-afectivo-conductuales por los cuales una persona intenta identificar, descubrir, inventar o adaptar respuestas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida cotidiana (D'Zurilla y Nezu, 1999).

La TSP se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: la gente reacciona a, y maneja sus vidas, basándose en su valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Según esto, a medida que uno crece, estas habilidades se van aprendiendo de las personas importantes para cada uno y se van puliendo y desarrollando a través del uso continuado y la interacción con el entorno social. Al igual que en cualquier comportamiento aprendido, estas habilidades se pueden modificar y cambiar con el tiempo, dependiendo del entorno y de los recursos de la persona.

La solución de problemas, por tanto, es una técnica de autocontrol que ayuda al individuo a manejar el estrés. Más que ser una habilidad unitaria, la solución de problemas es un conjunto de habilidades específicas que interactúan para tener un efecto sobre la solución eficaz del problema. Según D'Zurilla y Nezu (1999), la solución de problemas está formada por 5 habilidades. La primera es *la orientación hacia el*

*problema*, refiriéndose al modo en que uno considera su habilidad para afrontar un problema. La segunda habilidad es *la definición del problema*, relacionada con la definición concreta y específica del mismo y con el establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar. La tercera habilidad, *la generación de soluciones alternativas*, que implica la producción creativa de varios métodos para solucionar los problemas y lograr los objetivos propuestos, pero posponiendo juicios acerca de la eficacia de las soluciones. La cuarta habilidad, *la toma de decisiones*, lleva consigo un proceso sistemático para seleccionar la mejor solución a un problema de la lista generada. La quinta y última habilidad, *la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida*, incluye la planificación y la puesta en marcha de las soluciones y la evaluación posterior del éxito o fracaso de la solución.

Un punto importante que la TSP sugiere, es que el entrenamiento en solución de problemas conduce a una disminución de la sintomatología depresiva. De este modo se le proporciona al sujeto herramientas para resolver su depresión actual y para prevenir nuevos episodios. La evidencia muestra que la terapia de solución de problemas no sólo es una intervención eficaz y flexible para la depresión, sino que es un enfoque de tratamiento sencillo de aplicar, que puede ser utilizado con pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos. Estas características la convierten en un enfoque atractivo para el tratamiento de la depresión tanto para los pacientes como para los terapeutas.

## **Definición del problema**

### ***Descripción del problema***

Dentro de los datos obtenidos durante la evaluación se puso de manifiesto que la paciente presentaba bajos estados de ánimo los cuales estaban estrechamente relacionados con que la paciente no solucionaba de manera eficiente las problemáticas específicas que se presentaban en su contexto familiar (con su pareja, sus hijos y su madre), esto enfocado a que no realizaba diálogos con sus familiares, no establecía reglas ni castigos para sus hijos; en cambio, las soluciones que daba se enfocaban a conductas agresivas (maltrato físico y verbal a sus hijos), discusiones agresivas con su pareja y conductas de evitación y huida. Estas respuestas a su vez llevan a que se presenten otras problemáticas relacionadas, lo cual hace que las situaciones problemas sean frecuentes y de muy alta intensidad.

En otros contextos como el laboral y social, la paciente presentaba soluciones adecuadas a problemas que se le presentaban en la cotidianidad pero aunque debido a sus problemas en el ámbito familiar estas se empezaron a afectar.

Por otro lado, cuando a la paciente se le presentaba cualquier problemática relacionada con su contexto familiar se desencadenaba en ella una serie de sentimientos depresivos (tristeza, decepción, ira, fatiga) y pensamientos negativos de alta intensidad (“yo no sirvo para nada”, “todo lo malo me sucede a mi”) con respecto a la situación, que poco a poco la fueron llevando a presentar episodios depresivos continuos. Desde este punto de vista, es evidente que dentro de los factores que hacen que se mantenga la conducta encontramos la presencia distorsionada de la triada cognitiva (acerca del yo, del mundo y del futuro) y los comportamientos evitativos.

Como se nombro anteriormente, el problema de la paciente se basa en la presentación de situaciones problemáticas que se dan en su contexto familiar. Así mismo, los problemas son frecuentes sobre todo con su compañero sentimental, los cuales a su vez desencadenan dificultades con la madre de la paciente y con sus hijos. Estas problemáticas eran mantenidas por refuerzo positivo en un programa de reforzamiento intermitente por parte de la pareja, ya que la paciente recibe un acompañamiento por parte de su pareja porque a la vez recibe malos trato e inestabilidad emocional. Los malos tratos hacen referencia un maltrato verbal recurrente donde le dice frases como: “usted no vale nada”; “jode mucho”; “lo único que hace es darle cantaleta”; etc. Esas dificultades sumadas a una inhabilidad en solución de problemas, han ocasionado en la paciente una disminución en sus estados de ánimo (inestabilidad emocional) que han afectado su desempeño general (familiar, social, laboral). Lo anterior tiene relación con lo dicho por Sigmon, Hotovy y Trask, (1996, tomado de Areán, 2002), quienes plantearon que es más probable que la gente que carece de habilidades de afrontamiento adecuadas se depriman cuando se encuentren con un problema determinado.

Así mismo, es fundamental tener en cuenta que estas situaciones problemáticas con su compañero sentimental han desencadenado una serie de dificultades con otros miembros de la familia como lo son sus hijos, en especial con su hijo mayor (8 años) quien según la paciente a nivel familiar es agresivo verbal y físicamente con su hermana (5 años), desatiende los llamados de atención de la madre y de sus cuidadores, incumple reglas dentro del hogar y a nivel académico tiene bajo rendimiento, presenta conductas negativas siendo irrespetuoso con los docentes e incumpliendo las actividades

académicas, como por ejemplo, la realización de tareas, el escribir en los cuadernos y repasar las lecciones.

## **Formulación de caso**

### ***Formulación de hipótesis***

Una de las principales hipótesis de adquisición es que la paciente no tiene habilidades para la solución adecuada de las problemáticas que se le presentan, llevándola a presentar bajos estados de ánimo. Así pues, si nos remitimos al modelo de solución de problemas, estos estados de ánimo bajos son el resultado de la interacción dinámica de los acontecimientos negativos vivenciados por la paciente, los problemas cotidianos y el malestar emocional que estos causan en ella (Nezu, 1986).

Estos acontecimientos negativos se refieren a que la paciente desde hace 9 años recibe malos tratos por parte de su pareja, incluyendo maltrato físico y psicológico. Así mismo, su compañero no colabora con el cuidado de los hijos ni con el sostenimiento económico del hogar y es consumidor frecuente de alcohol. En algunas ocasiones cuando el compañero presenta estos altos estados de alcoholización realiza amenazas con respecto a su vida o a la de la paciente.

Así mismo, este tipo de problemáticas son mantenidas debido a que la paciente expresa cierto temor, comentando que en varias ocasiones ha intentado separarse de su pareja, pero este termina realizando amenazas en contra de su vida y la de sus hijos.

### ***Factores de predisposición***

Dentro de los factores de predisposición identificados encontramos: (a) La vulnerabilidad biológica por parte de la madre de la paciente. La paciente comentó que

hace muchos años su madre fue internada en una institución mental debido a que presentaba bajos estados de ánimo. La madre de la paciente permaneció durante 6 meses internada y durante 1 año bajo el cuidado médico especial; (b) Carencia de redes de apoyo, ya que la paciente comenta que ante el inicio de su relación de pareja sus relaciones sociales disminuyeron al igual que su apoyo familiar y; (c) Pautas de crianza, debido a que la paciente creció en una familia monoparental, donde su madre era cabeza de hogar y donde existieron muchas dificultades económicas. La madre de la paciente era una madre maltratante tanto físico como psicológicamente.

### ***Factores precipitantes***

Como factores precipitantes se identificaron: (a) El frecuente consumo de alcohol por parte del compañero de la paciente y, (b) La relación de pareja, donde se veían afectados la comunicación y el respeto. La paciente refería que su compañero la maltrataba psicológicamente, que no existía ningún tipo de diálogo entre ellos y que por el contrario era frecuente la presentación de discusiones e insultos entorno al cuidado y educación de los hijos y el sostenimiento económico de la familia. Así mismo, era frecuente los insultos entre la pareja.

### ***Factores de mantenimiento***

Dentro de los factores que mantienen el problema encontramos: (a) A nivel cognitivo se presentan pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro (distorsión de la triada cognitiva), y; (b) A nivel conductual, la paciente presenta un déficit en solución de problemas y mantiene un comportamiento evitativo ante situaciones problema que se le presentan.



Así mismo, dentro de los factores que contribuyen al mantenimiento de la problemática de la paciente se encuentra la situación actual con su pareja, debido a que maltrata psicológicamente a la paciente y es consumidor activo de sustancias psicoactivas, más específicamente alcohol.

### ***Factores protectores***

Como factor protector en la paciente se logro identificar la estabilidad que le brinda el tener un trabajo estable, ya que la paciente si siente segura la tener una fuente económica para sostener a su familia.

### **Unidad de análisis**

La paciente presenta bajos estados de ánimo debido a que no tiene estabilidad a nivel familiar (relación de pareja, con los hijos y con la madre) y a que presenta un déficit en solución de problemas. Así mismo la paciente tiene una limitada expresión de sentimientos tanto positivos como negativos. Las problemáticas que presenta su relación de pareja se ven evidenciadas por maltrato verbal y psicológico por parte de su pareja. Igualmente, estas problemáticas afectan las relaciones sociales de la paciente.

Dentro de los procesos psicológicos vinculados en la problemática de la paciente se encuentran el pensamiento y la emoción, debido a que estos procesos presentan un déficit y ocasionan que se presente una disminución en sus estados emocionales. Así mismo, el lenguaje el cual es un poco limitado cuando se trata de expresión de sentimientos negativos.

### ***Hipótesis explicativa***

Déficit en expresión y regulación emocional, regido por falta de habilidades en solución de problemas con respecto a su relación de pareja y situación familiar. Según

Nezu (1986), cuando una persona es relativamente habilidosa en las áreas que maneja la TSP, esta persona puede manejar los problemas de forma adecuada y es poco probable que se deprima. Sin embargo, cuando hay un fallo en alguna de estas habilidades, la capacidad para resolver los problemas disminuye y se incrementan las probabilidades de sufrir problemas emocionales.

Este déficit en expresión y regulación emocional, fue adquirido y mantenido por refuerzo positivo en un programa de reforzamiento intermitente por parte de la pareja, debido a que brinda a la paciente un acompañamiento a nivel afectivo pero de la misma manera se hace evidente castigos físicos y psicológicos que interfieren de forma negativa en la expresión verbal y regulación emocional adecuada por parte de la paciente.

## **Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la eficacia de un programa de entrenamiento en solución de problemas en una mujer de 25 años de edad con depresión leve?

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Determinar la eficacia de un programa de entrenamiento en solución de problemas en una mujer de 25 años con depresión leve.

### ***Objetivos Específicos***

Identificar el efecto que produce un programa de entrenamiento en solución de problemas sobre los síntomas depresivos.

Determinar qué efectos tiene la terapia de solución de problemas sobre otro tipo de dificultades como los problemas de relación de pareja.

## **Método**

### ***Participante***

CM es una mujer de 25 años, de estrato socioeconómico 1, vive con su pareja en unión libre hace 9 años, con sus tres hijos, un niño de 8 años y dos niñas de 5 y 3 años, y con su madre. Su pareja trabaja como ayudante de construcción, su madre trabaja en el Cementerio San Bonifacio como aseadora de tumbas y su hijo e hija mayor se encuentran estudiando en una escuela pública; su hija menor se encuentra vinculada a un hogar infantil de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar donde actualmente la paciente trabaja como asistente de manipuladora de alimentos.

Al llegar a consulta la paciente informa que tiene muchos problemas con su hijo mayor debido a su “rebeldía” y con su esposo debido a que este es poco responsable con la familia y a que recibe por parte de él maltrato psicológico. Durante la consulta la paciente presenta llanto y comenta que las situaciones problemáticas presentadas con su esposo han afectado su desempeño general.

Dentro de los datos relevantes encontrados durante el trabajo con la paciente, se encontraron varios aspectos importantes. La paciente viene de una familia disfuncional, donde su madre es cabeza de hogar, la paciente presentó embarazos tempranos y no planeados, así mismo, sufrió al principio de su relación de pareja malos tratos por parte de la misma y conflictos con su familia por la no aceptación de la relación. Dentro del dialogo que se estableció con la paciente se indagó que desde su primer embarazo, la paciente dejó su vida académica y social y que se presentaron con mayor frecuencia discusiones con su familia en especial con su madre. De la misma manera, la paciente comenta que su madre no se vincula con el cuidado de sus hijos pero que en ocasiones interfiere en la educación desautorizándola por los castigos que ella utiliza con los menores.

Ahora bien, dentro de la historia de pareja, la paciente comenta que desde el inicio de la convivencia se han presentado problemas de maltrato tanto psicológico como físico, este último ha disminuido por la influencia de la madre de la paciente quien amenaza a la pareja de la paciente con retirar el apoyo económico si maltrata a su hija. Durante el abordaje de este tema se evidencia en la paciente una baja expresión de pensamientos y sentimientos negativos. Así mismo, el compañero de la paciente ha tenido episodios en los cuales se autoagrede haciéndose cortadas en las manos o

agrediendo con botellas rotas. Otro aspecto a tener en cuenta, es el consumo frecuente de alcohol por parte del compañero sentimental de la paciente y las continuas deudas que adquiere para obtener el alcohol, las cuales a su vez deben ser asumidas por la paciente.

En relación con el aspecto social y laboral, la paciente comenta no tener amigos con los cuales pueda realizar actividades; así mismo, comenta que la relación con los vecinos es buena pero no le interesa ninguna vinculación de amistad. Laboralmente, la paciente tiene un buen desempeño aunque debido a los problemas presentados ha bajado su nivel de desempeño. La relación con su jefe y sus compañeros de trabajo es buena.

### ***Diseño***

Se utilizó un diseño de caso único A-B con seguimiento. Dentro de este diseño se especifica claramente la conducta objeto y se toman medidas de manera repetidas a lo largo de las fases de experimentación A y B. La fase A correspondía a una serie de observaciones de la línea base para ver la conducta o conductas bajo estudio, esta línea base fue conformada por 5 sesiones. En la fase B se introdujo la variable de tratamiento, la cual en este caso estuvo conformada por 7 sesiones en las cuales se implementó a Terapia de Solución de Problemas basada en el modelo de Nezu y D'Zurilla; y finalmente el seguimiento realizado a los 20 días y al mes de finalizada la intervención.

### ***Variable dependiente:***

Depresión leve. La paciente presenta episodios recurrentes en los cuales evidencia sentimientos de tristeza, ira, miedo, culpa, angustia, sentimientos de desesperanza.

Déficit en solución de problemas. La paciente presenta una carencia o dificultad de habilidades (entendida como el grado de competencia de la paciente ante un objetivo

determinado) para la resolución de diferentes problemas que se presentan en su vida cotidiana en especial a nivel familiar. Estas carencias producen en la paciente niveles de estrés altos que la llevan presentar dificultades en su contexto familiar y que han empezado a afectar sus demás contextos como el laboral y social, lo cual a su vez refuerza la presentación de episodios depresivos leves.

*Variable independiente:*

Se trabajo con la Terapia en Solución de problemas (TSP) propuesta por Nezu y D’Zurilla (1999), la cual está constituida por cinco (5) habilidades: orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y la puesta en práctica y evaluación de la solución elegida. Se trabajó enseñando a la paciente una habilidad por sesión y encadenándolas hasta la última.

Así, se le proporcionó a la paciente herramientas para resolver sus problemas actuales y futuros.

***Instrumentos***

Con el fin de evaluar los comportamientos de la paciente se hizo uso de las siguientes estrategias: entrevista no estructurada, registros y el Inventario de Depresión de Beck.

Los objetivos de la entrevista no estructurada fueron indagar las conductas clínicamente relevantes, profundizar el estado de las problemáticas referidas por la paciente, identificar los factores predisponentes y analizar que variables mantenían dichas problemáticas. En esta entrevista no estructurada se trabajaron preguntas abiertas, sin un orden establecido pero que se fue adquiriendo con las diferentes características de la conversación. Dentro de las ventajas de la utilización de esta entrevista se encuentra

como primera instancia, que las preguntas que se hacen dependen del tipo y de las características de las respuestas dadas por la paciente y que a su vez permite indagar más acerca de la situación actual de la paciente, y como segunda instancia, que al terapeuta no tener una batería de preguntas establecida se crea un ambiente menos estructurado que permite a la paciente dialogar de manera más abierta sobre sus problemáticas.

Así mismo, los registros fueron utilizados durante las sesiones de evaluación, intervención y de seguimiento, con el fin de indagar la manera en la cual la paciente daba solución a problemas sencillos o complejos que se presentaban en su diario vivir; cabe mencionar que durante la primera fase se utilizó con el fin de identificar las falencias en la solución de problemas y en las siguientes con el fin de observar cambios al introducir el tratamiento. Así mismo, la paciente podía identificar pensamientos, sentimientos (los cuales se especificaron como tristeza, ira, miedo, culpa, angustia y desesperanza), conductas y evaluar los resultados de cada situación. Por ende, en este registro la paciente debía identificar la situación problema, qué sentía, que pensaba, que hacía, cuál era el resultado y la evaluación en cuanto al grado de intensidad emocional que causaba la situación problema.

Los registros constaban de ocho columnas las cuales estaban diseñadas de forma secuencial de la siguiente manera: en la primera y segunda columna, la paciente debía registrar la fecha y hora respectivamente de la situación problema; en la tercera columna la paciente debía describir de forma clara cuál era la situación problemática; en la cuarta columna se debía registrar cuales eran los sentimientos que producía la situación problema en ella. Es importante tener en cuenta que para esta columna se establecieron seis (6) sentimientos comunes identificados en la paciente: tristeza, ira, miedo, culpa,

angustia y sentimientos de desesperanza. En la quinta casilla se debía registrar los pensamientos con respecto a la situación que se estaba presentando; en la sexta columna la paciente debía registrar cuáles eran sus acciones o conductas ante la situación problema; en la séptima columna la paciente debía describir cual era el resultado o la solución que había dado a la situación y finalmente, en la octava columna se realizaba una medida para evaluar la intensidad de la respuestas emocional frente a la situación problema que se había presentado, calificándola en una escala comprendida entre 1 y 5, siendo 1 lo más bajo y 5 lo más alto.

Por otro lado, se utilizó el inventario de Depresión de Beck. Este se aplico en la segunda sesión de evaluación y en la última sesión de intervención. El inventario de Depresión de Beck se utilizó como pretest - posttest, con el fin de medir el grado de depresión de la paciente antes de la intervención y al finalizar esta.

### ***Procedimiento***

Se utilizó un diseño de caso único A-B-S, en el cual la fase A se refiere a la línea de base, B a la implementación de la terapia en solución de problemas y S a la fase de seguimiento. Así mismo, se aplico Inventario de Beck en la segunda sesión de evaluación y en la última sesión de intervención.

*Fase de evaluación.* La línea de base se llevo a cabo durante 5 sesiones y se obtuvo por medio de los registros semanales. Durante estas sesiones se recolecto información pertinente acerca de la paciente, con el fin de diseñar la intervención pertinente para su problemática.

Dentro de las sesiones de evaluación, se estableció como objetivo principal el indagar y recolectar información suficiente acerca de las problemáticas familiares, de



pareja, social y laboral de la paciente. De la misma manera, se establecieron objetivos específicos como: a. Establecer el estado de la paciente y de las problemáticas, así como de los factores de vulnerabilidad que permitieron el desarrollo de las distintas problemáticas; b. Evaluar el nivel de depresión presentado por la paciente, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck; c. Indagar el estado de las relaciones familiares de la paciente y; d. Identificar que habilidades presentaba la paciente para la solución de problemas específicos, mediante registros.

*Fase de intervención.* Posteriormente se introdujo la fase B de tratamiento en la cual se trabajó durante 7 sesiones, en las cuales se implemento cada uno de los pasos que conforman la Terapia en Solución de Problemas (orientación hacia el problema, definición del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y evaluación de la solución elegida), con el fin de brindar a la paciente herramientas necesarias para la adecuada solución de problemas.

Así pues, se inicio brindando a la paciente una visión general del modelo de la terapia en solución de problemas y de ésta en relación con la depresión. Durante la sesión inicial se le enseña a la paciente que los problemas son una parte previsible y normal de la vida a los cuales les tendrá que hacer frente. Además, se le enseña que todos los problemas pueden ser resueltos, aunque para solucionar un problema se deben cambiar las expectativas. En el caso particular de la depresión fue importante trabajar con la paciente acerca de no tener miedo ni evitar los síntomas depresivos, ya que estos deberían ser tomados como señales de alerta para identificar la existencia de un problema. De esta manera, se dio inicio a la Terapia en Solución de Problemas

incluyendo cada uno de los pasos de forma paulatina, designando una sesión para cada paso.

Dentro de los objetivos principales de la terapia se establecieron: a. Ayudar a la paciente a identificar las situaciones estresantes (acontecimientos importantes y problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa (bajos estados de ánimo); b. Minimizar el grado en que la respuesta impactaba de forma negativa los intentos de afrontamiento, tanto actuales como futuros; c. Aumentar la eficacia de solución de problemas actuales y futuros y d. Enseñar a la paciente habilidades que le permitan resolver de manera más eficaz problemas futuros para evitar recaídas en el estado depresivo o que acarreen problemas psicológicos graves.

Por lo tanto, se establecieron las 5 habilidades fundamentales de la solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999). Se inicio con la orientación hacia el problema, estimulando a la paciente para que hablara acerca de los síntomas que más le molestaban y para que prestara atención a las señales de alerta, refiriéndose también al modo en que la paciente consideraba su habilidad para afrontar dichos problemas. Los objetivos principales de esta habilidad se enfocaron a desarrollar en la paciente una actitud propicia a la hora de enfrentarse a una problemática específica. Para lo anterior se trabajo con la paciente en la identificación de los problemas, así como en el desarrollo de sus expectativas de ser capaz de realizar de manera satisfactoria actividades de solución de problemas, refiriéndonos a la autoeficacia. Otro punto importante que se trabajo en esta habilidad fue la inhibición de llevar a cabo hábitos de respuesta automática basados en experiencias anteriores a situaciones similares.

La segunda habilidad trabajada fue la definición del problema, en la cual como su nombre lo indica se enseñó a la paciente a definir de forma concreta un problema, tomando una serie de aspectos como quien está implicado en el problema, qué sucede actualmente, cuando es más probable que ocurra, donde tiene lugar el problema y como continua. Dentro de esta habilidad se estableció como objetivo principal definir y evaluar de forma natural los problemas de manera operativa y plantear metas y objetivos realistas en la solución de los mismos, para ello se trabajo con la paciente en la búsqueda de información sobre el problema y la descripción de estos hechos de forma clara, esto permitía a la paciente diferenciar la información relevante de la irrelevante, e identificar los factores que llevaban a que se presentara la situación problema. Este último paso es importante, ya que al identificar los obstáculos que existen en un problema determinado se pueden establecer objetivos específicos o reformular los que ya estaban estipulados.

La tercera habilidad consistió en la generación de soluciones alternativas, en la cual se ensañó a generar una lista tan larga como fuera posible, independientemente de que pensara que eran inútiles (lluvia de ideas o torbellino de ideas). Aquí, es importante resaltar la distinción entre la generación de una lista de soluciones y evaluar su utilidad, ya que según Nezu y Perri (1989), la gente deprimida tiene dificultad para encontrar soluciones a sus problemas porque generalmente creen que la solución no es útil. Cada vez que les viene una posible solución, la gente deprimida la descarta inmediatamente, lo cual hace pensar que estas personas son incapaces de idear soluciones. Es por esta razón, que la generación de soluciones y la evaluación de la solución se dividen. Es por lo anterior que dentro de esta habilidad se estableció como objetivo principal que la paciente propusiera una amplia variedad de soluciones posibles a las diferentes

problemáticas teniendo en cuenta para este caso específico, los tres principios generales del torbellino de ideas: el principio de cantidad, según el cual entre más ideas se produzcan, más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de gran calidad. El principio de aplazamiento de juicio, el cual sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea. Finalmente, el principio de la variedad, alienta a la paciente a pensar en una amplia lista de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque, en vez de centrarse sólo en una o dos ideas (Caballo, 1998).

La siguiente habilidad fue la toma de decisiones, en la cual la paciente tenía la oportunidad de examinar y evaluar cuidadosamente la lista de soluciones y considerar su eficacia en cinco áreas: (1) satisfacción de metas a corto plazo, (2) satisfacción de metas a largo plazo, (3) creación de otros problemas a la paciente, (4) creación de problemas a otras personas y, (5) posibilidad de que la paciente pueda llevar a cabo la solución. Así, ante cada solución la paciente evaluaba el impacto positivo o negativo en estas cinco áreas. Luego de esto, la paciente debía otorgar un puntaje a cada solución dependiendo de la cantidad de puntos positivos y junto con el terapeuta se discutía de forma más detallada su eficacia. Para ello se estableció como objetivo principal, valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la que puede resolver mejor la situación problema; así, se enseñó a la paciente a estimar la probabilidad de que una alternativa era realmente eficaz para alcanzar el objetivo determinado y la probabilidad de que la paciente fuera capaz de llevar a cabo la solución de forma óptima.

Para la habilidad final, la puesta en práctica y verificación de la solución, la paciente junto con el terapeuta diseña y establece un plan de acción teniendo en cuenta

alguno de los problemas trabajados en sesiones anteriores, esto implicó que la paciente creara pasos que le permitieron reforzar lo aprendido con anterioridad. Luego de realizado este ejercicio, se enseñó a la paciente a evaluar de manera apropiada el resultado de la solución, pidiendo a la paciente anotar o comentar: si fue un éxito (a) por qué pensó que la solución fue un éxito, (b) si consiguió o no la meta deseada y, (c) cuando puede usar otra vez esa solución. Y si fue un fracaso (a) por qué cree que fue un fracaso y, (b) a usar esa información para redefinir el problema. De la misma manera, esta habilidad incluye cuatro componentes fundamentales: ejecución, Autoobservación, autoevaluación y autoreforzo.

*Fase de seguimiento.* Por último se introdujo la fase S, con una duración de 2 sesiones (a los 20 días y al mes) en las cuales la paciente llevo un registro semanal de la solución de situaciones problema, con el fin de indagar cambios en este aspecto.

## Resultados

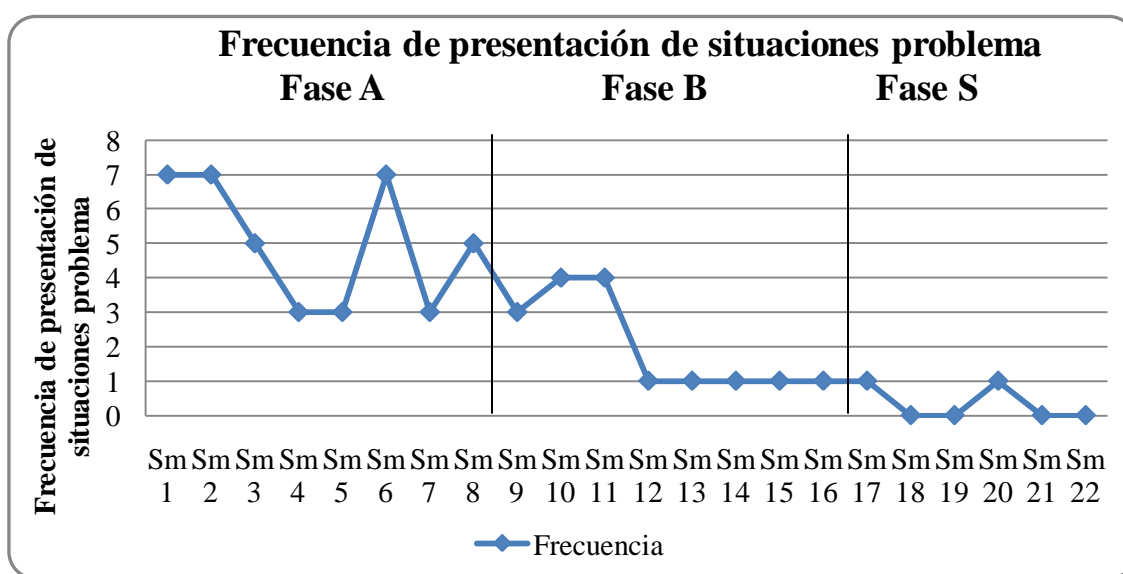
A continuación se describen los resultados encontrados durante la investigación con respecto a la frecuencia de presentación semanal de situaciones problema en el área familiar de la paciente (Problemas con sus hijos, con su madre y con su esposo), presentación semanal de sentimientos depresivos (ira, miedo, culpa, desesperanza, tristeza y angustia) durante las situaciones problema, el promedio semanal de la intensidad frente a dichas situaciones problema (Incapacidad de solucionar los problemas que se presentaban) y a las conductas adecuadas (establecer castigos a sus hijos, dialogar con su esposo ante las situaciones problema, dialogar con su madre, solicitar orientación ante problemáticas mayores, etc.) frente a las conductas inadecuadas (golpear fuertemente a sus hijos, discutir con su esposo, discutir con su madre, gritar, huir o evitar, etc.) emitidas por la paciente a la solución las mismas.

Así, durante la fase de evaluación (línea base) se identificó que la paciente presentaba frecuentemente problemas en su área familiar como: (a) discutir con el esposo por no ayudar con los niños, (b) presentación de agresiones físicas entre los hijos, (c) Comportamientos inapropiados de los hijos, (d) bajo rendimiento escolar por parte del hijo mayor, (e) discusiones con la madre, (f) Abuso de alcohol y malos tratos por parte del esposo.

La frecuencia semanal de presentación de situaciones problema puede ser vista en la (Figura 1). La frecuencia durante la línea de base no mostró una tendencia estable aunque si elevada en gran parte. En comparación, durante la fase de intervención, al incluir cada una de las habilidades de la Terapia en Solución de Problemas (TSP)

presentó un decremento en la frecuencia de presentación de las situaciones problema, la cual se mantiene durante la fase de seguimiento.

De esta manera, se evidencia que ante el inicio de la fase de intervención (Terapia de Solución de Problemas) y durante la fase de seguimiento, la frecuencia de presentación de situaciones problema disminuye de una manera considerable sobre todo durante las últimas semanas de intervención.

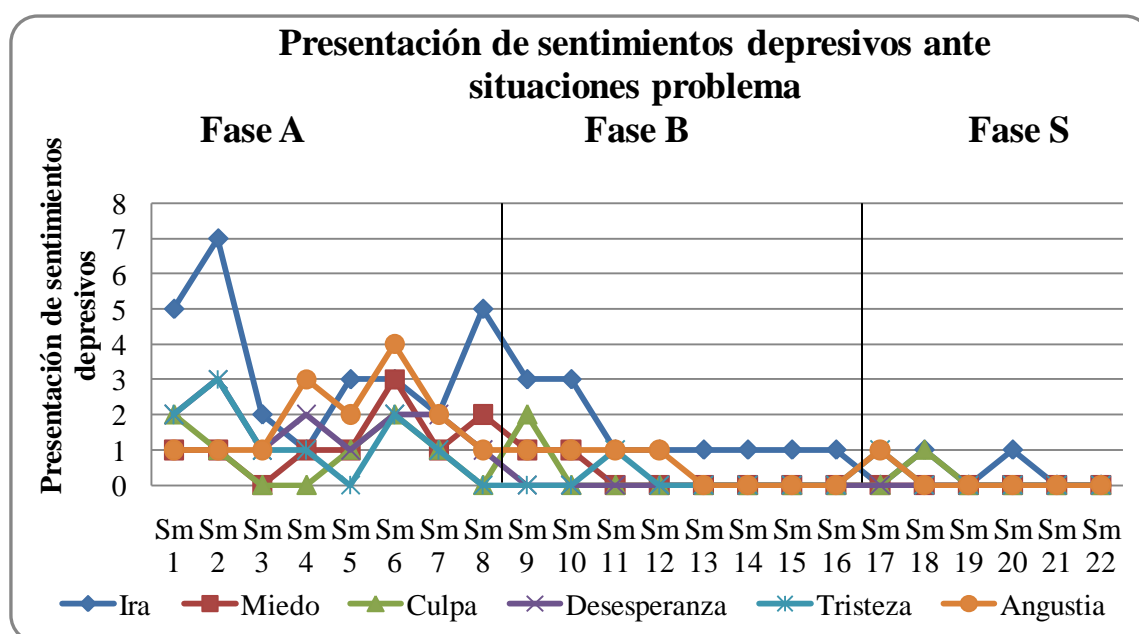


*Figura 1:* Línea de base y tratamiento y seguimiento en cuanto a la frecuencia de presentación de situaciones problema.

Así mismo, durante la fase de evaluación se identificó que la paciente presentaba sentimientos depresivos con respecto a los problemas en su área familiar como tristeza, ira, miedo, culpa, angustia y desesperanza. La presentación de estos sentimientos se producían en la paciente de manera frecuente y con alta intensidad, causando malestar en ella, bajos estados de ánimo (depresión leve) y afectándola en todas las áreas de funcionamiento, ya que esta no poseía habilidades para solucionar de manera adecuada sus problemáticas.

La presentación semanal de estos sentimientos depresivos ante las situaciones problema puede ser vista en la (Figura 2). La presentación de sentimientos depresivos durante la línea de base (fase A) no mostró una tendencia estable aunque si elevada en su gran parte. En comparación, durante la fase de intervención (fase B), al incluir cada una de las habilidades de la Terapia en Solución de Problemas (TSP) se evidenció un decremento en la presentación de sentimientos depresivos ante las diferentes situaciones problema, la cual se mantuvo durante la fase de seguimiento (fase S).

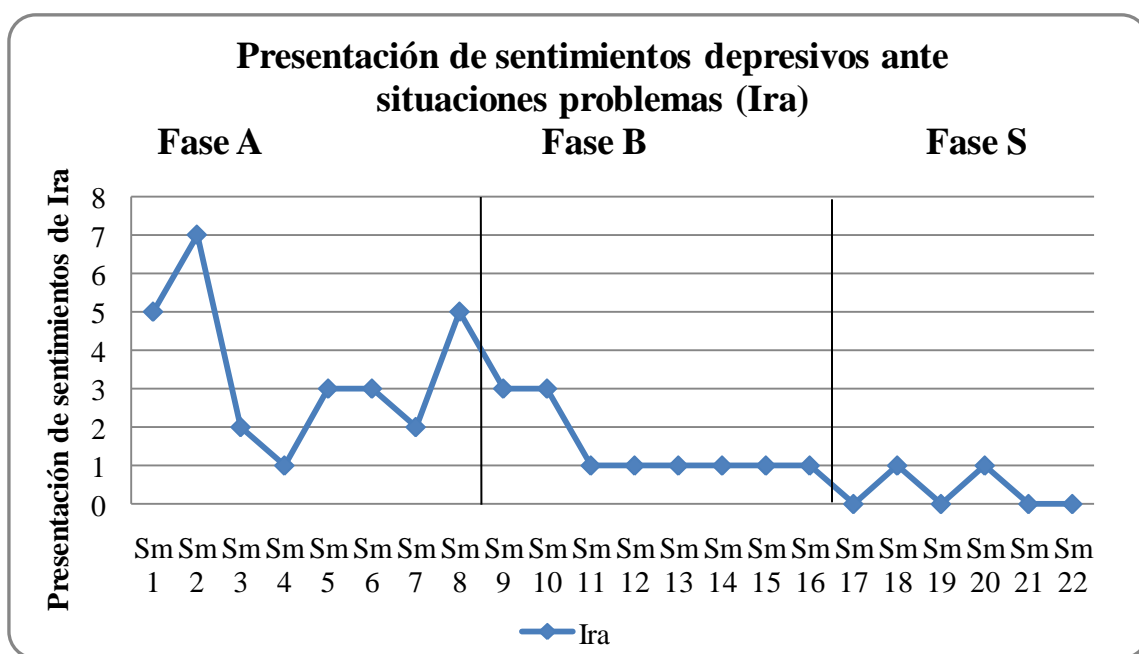
De esta manera, se evidencia que ante el inicio de la fase de intervención (Terapia de Solución de Problemas) y durante la fase de seguimiento, la presentación de sentimientos depresivos ante las situaciones problema disminuye de manera considerable sobre todo durante las últimas semanas de intervención y se mantiene durante la fase de seguimiento.



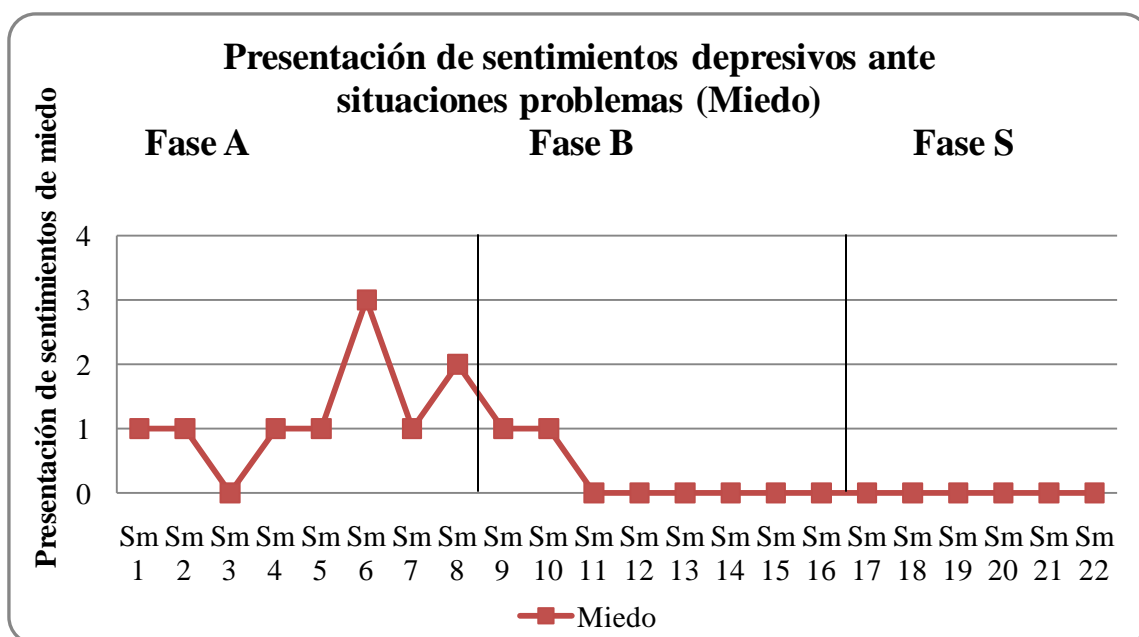
*Figura 2.* Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación de sentimientos depresivos ante situaciones problema.



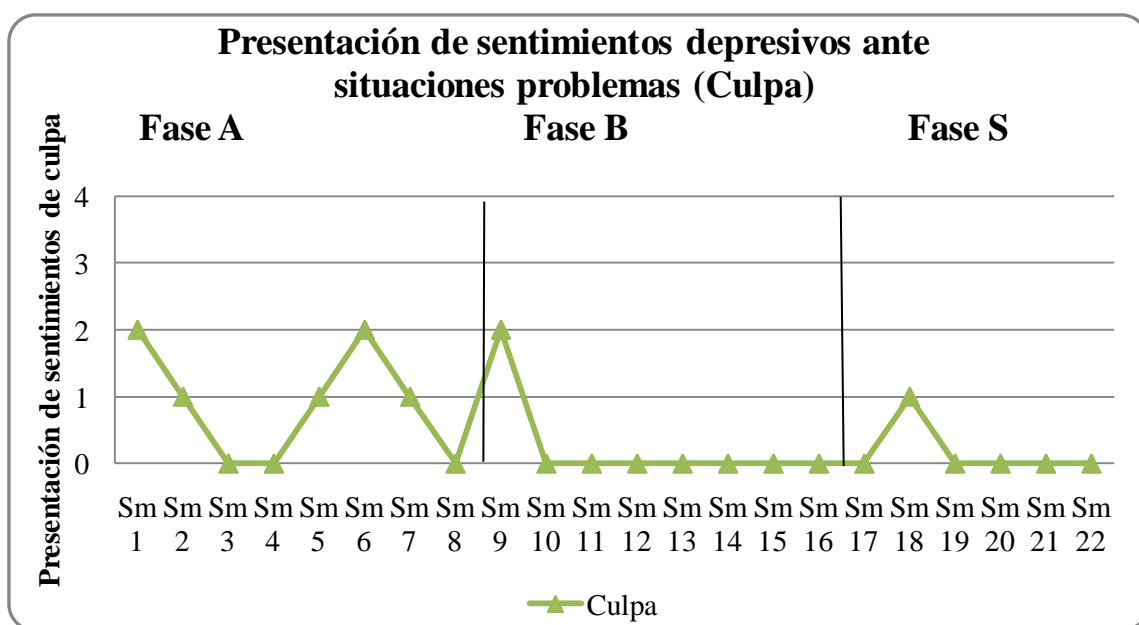
Así mismo, es importante tener en cuenta que cada uno de los sentimientos depresivos identificados en la paciente (ira, miedo, culpa, desesperanza, tristeza y angustia) durante la fase de evaluación no presentaron una tendencia estable pero si evidenciaron una disminución significativa durante la fase de intervención, la cual se mantuvo durante la fase de seguimiento. Cada uno de estos sentimientos depresivos pueden ser vistos de manera más específica en la figura 3 (sentimiento depresivo -ira-), figura 4 (sentimiento depresivo -miedo-), figura 5 (sentimiento depresivo -culpa-), figura 6 (sentimiento depresivo -desesperanza-), figura 7 (sentimiento depresivo -tristeza-) y figura 8 (sentimiento depresivo -angustia-).



*Figura 3.* Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo (ira) ante situaciones problema.



*Figura 4.* Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –miedo- ante situaciones problema.



*Figura 5.* Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –culpa- ante situaciones problema.

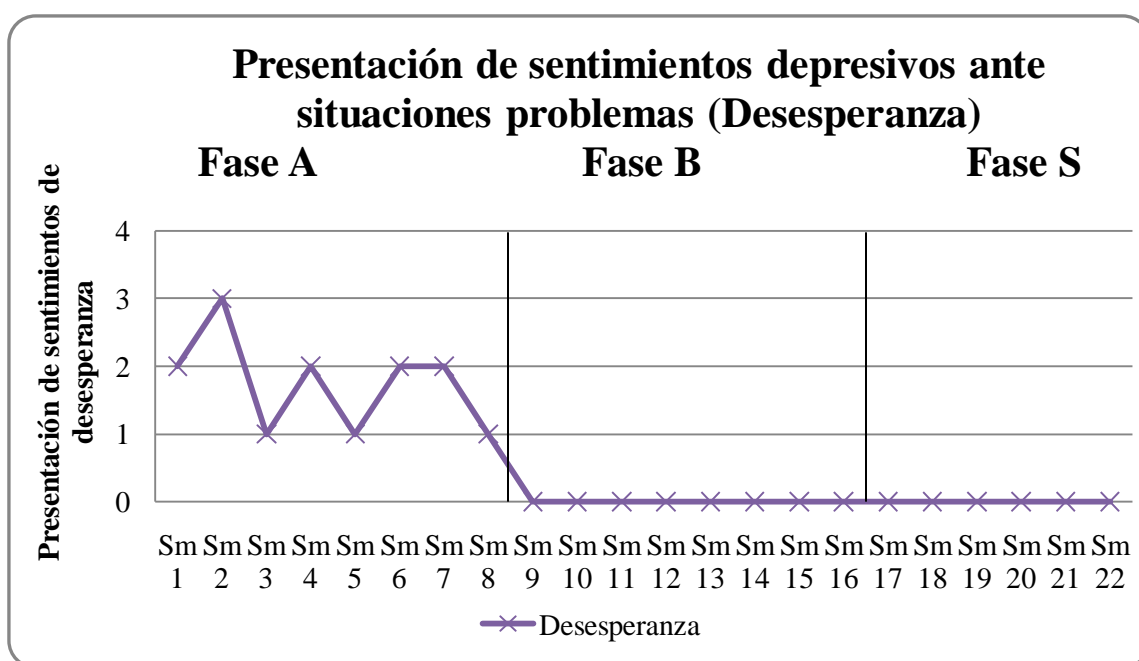


Figura 6. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –desesperanza- ante situaciones problema.

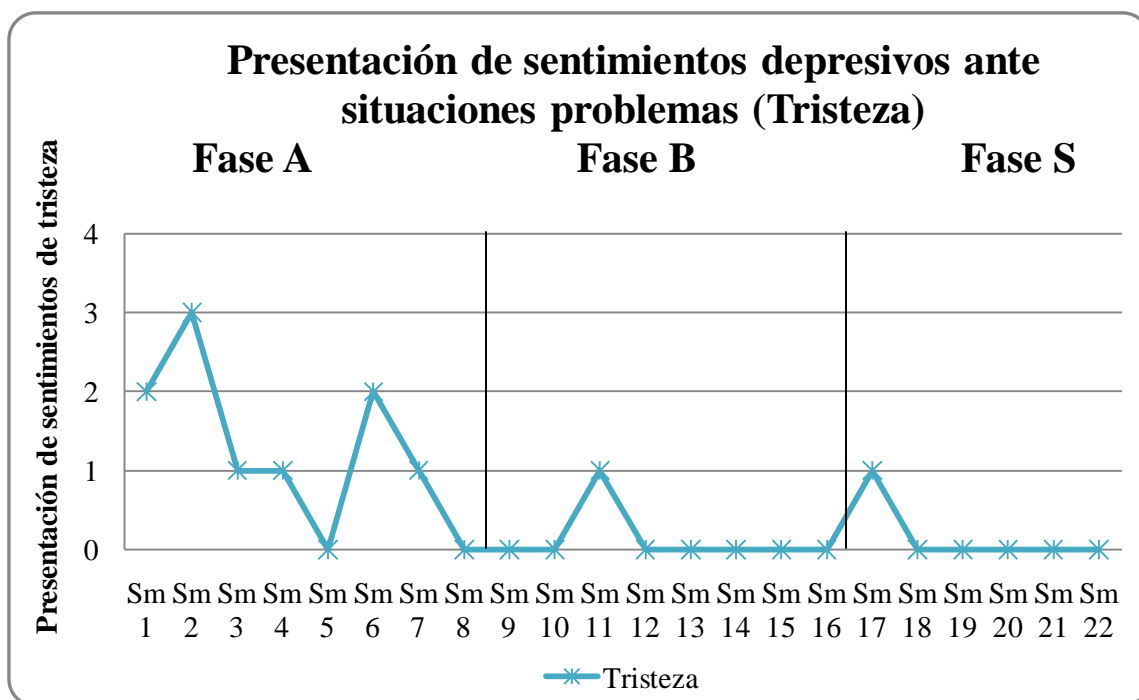


Figura 7. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –tristeza- ante situaciones problema.

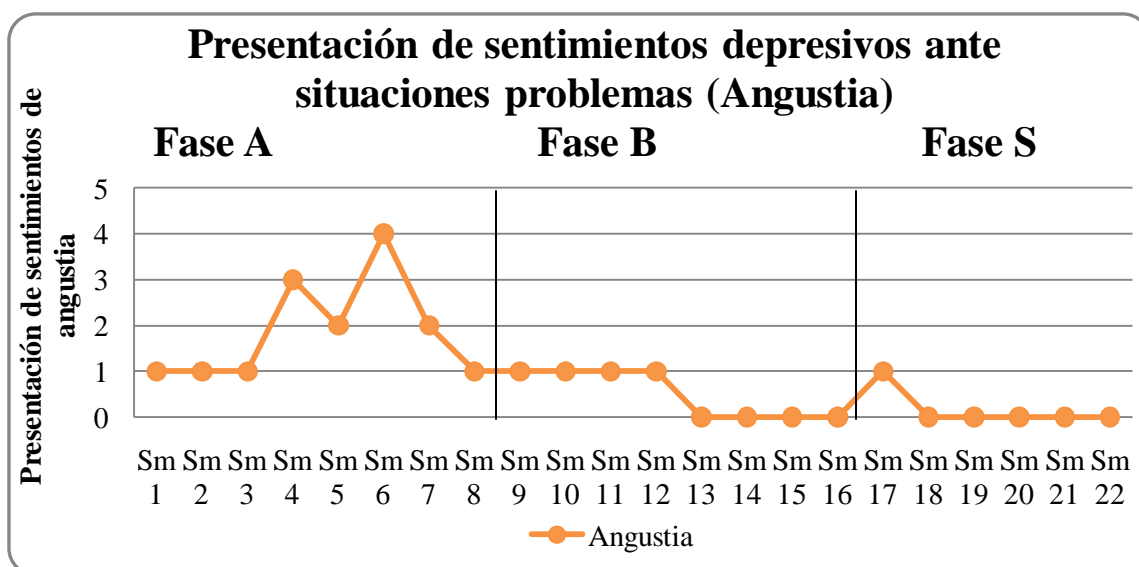


Figura 8. Línea de base, tratamiento y seguimiento en cuanto a la presentación del sentimiento depresivo –angustia- ante situaciones problema.

Se presenta así, un cuadro comparativo en el cual se observan los cambios obtenidos en cada uno de los sentimientos durante las fases de evaluación, intervención y seguimiento (figura 9).

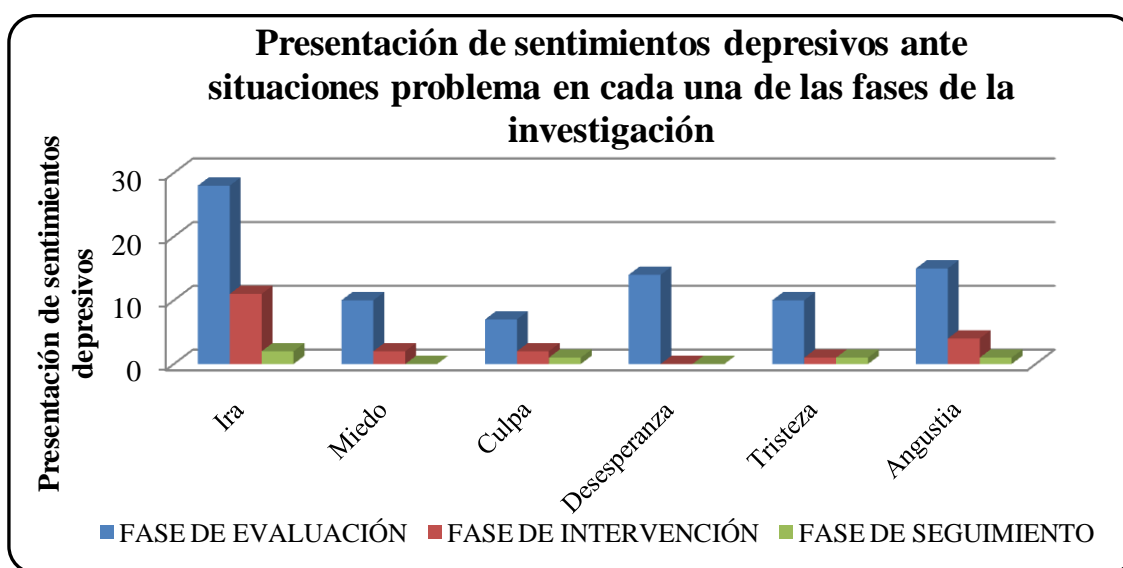
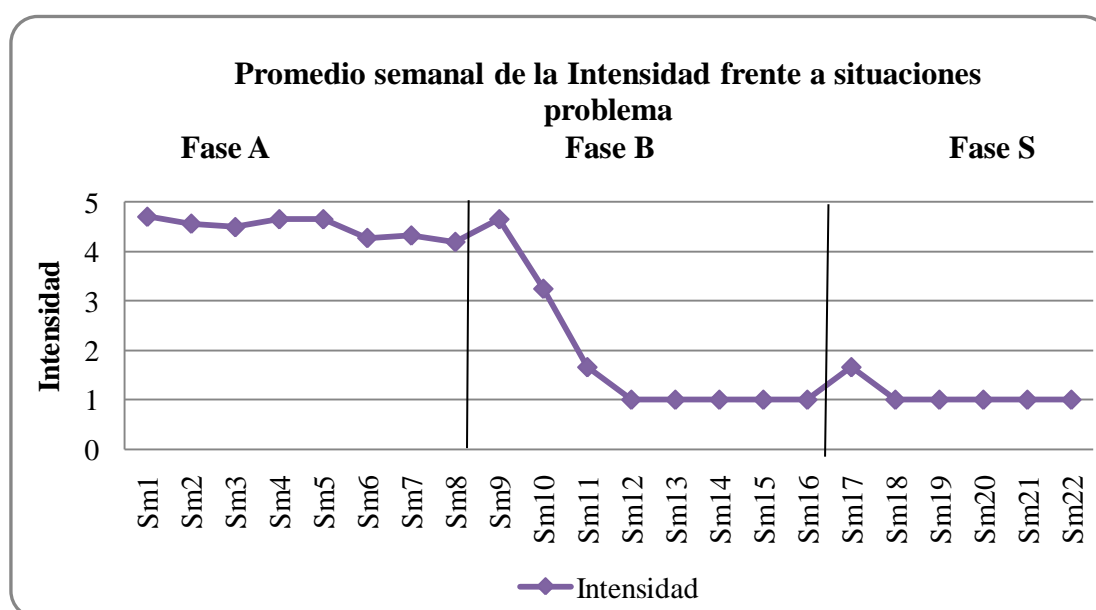


Figura 9. Presentación de sentimientos depresivos frente a situaciones problema en cada una de las fases (evaluación, intervención y seguimiento) de la investigación.

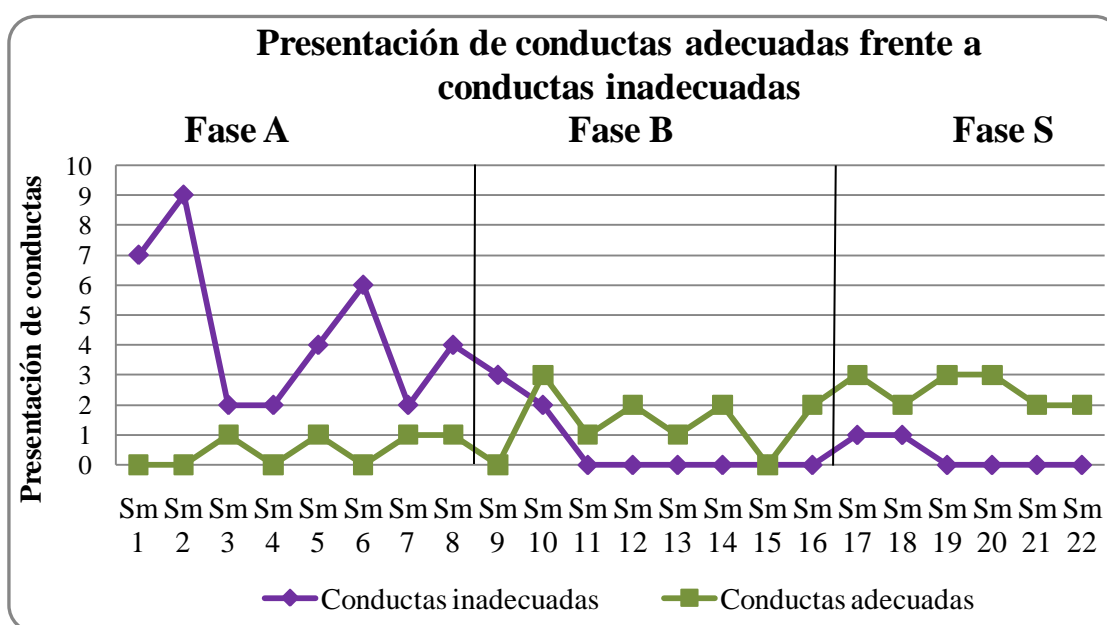
Ahora bien, en cuanto al grado de intensidad frente a situaciones problema (Figura 10), se obtuvieron los promedios de respuesta por semana. El promedio de la intensidad durante la fase de línea base mostró una tendencia estable. En comparación, en los promedios obtenidos durante la fase de intervención se evidencian cambios significativos donde se muestra una disminución en dicho promedio de la intensidad frente a las situaciones problema y que se mantiene durante la fase de seguimiento.



*Figura 10.* Línea base, tratamiento y seguimiento respecto al promedio semanal de intensidad frente a situaciones problema.

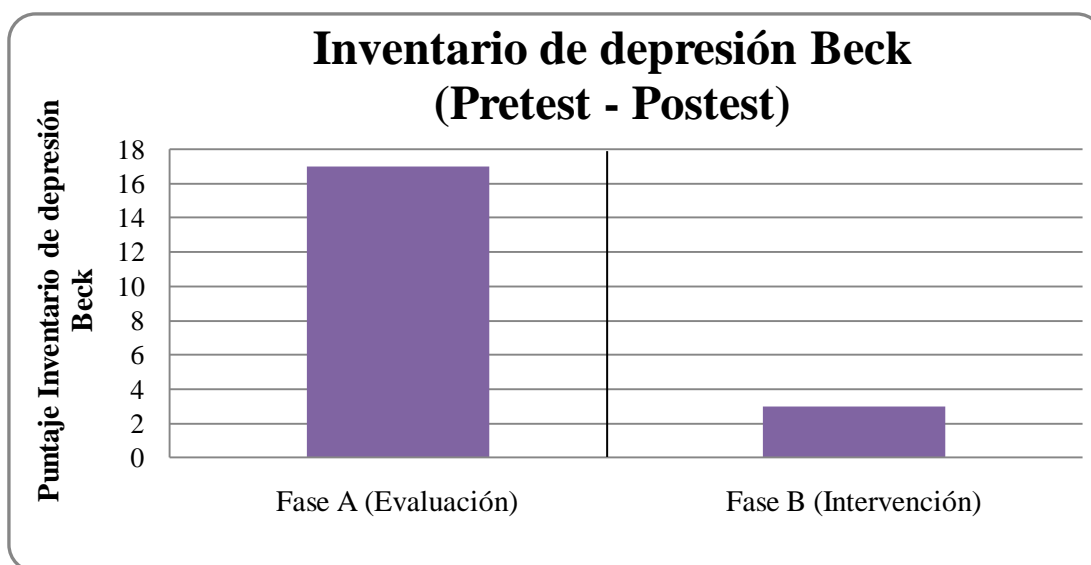
De igual manera, se evaluó las conductas adecuadas (establecer castigos a sus hijos, dialogar con su esposo ante las situaciones problema, dialogar con su madre, solicitar orientación ante problemáticas mayores, etc.) frente a las conductas inadecuadas (golpear fuertemente a sus hijos, discutir con su esposo, discutir con su madre, gritar, huir o evitar, etc.) que presentaba la paciente respecto a las soluciones que daba ante las distintas situaciones problema (Figura 11).

Con relación a lo anterior, durante la fase de evaluación se evidencia que la paciente presentaba una mayor cantidad de conductas inadecuadas y que las conductas adecuadas eran pocas. Después, durante la implementación de la intervención se muestra una disminución significativa en las conductas inadecuadas de la paciente y un incremento de las conductas adecuadas. Estos cambios se mantienen durante la fase de seguimiento.



*Figura 11.* Línea base, tratamiento y seguimiento respecto a la presentación de conductas adecuadas frente a conductas inadecuadas ante la solución de las diferentes situaciones problema.

Finalmente, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, como un instrumento pretest–postest (Figura 12). Estas aplicaciones se realizaron durante la fase de evaluación (Sesión 2 – Semana 2) y al finalizar la fase de intervención (Sesión 13 – Semana 16); obteniendo una disminución significativa en sus resultados.



*Figura 12.* Inventario de Depresión de Beck (Pretest – Postest).

Dentro de los ítems que presentaron cambios relevantes se encuentran: El estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, episodios de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, capacidad laboral, cansancio y fatigabilidad y libido; entre los cuales presentaban un puntaje que refería la presentación de una depresión leve (17 puntos) al inicio de la intervención, pero los cuales cambiaron significativamente para referirnos a una ausencia de depresión (3 puntos) al final de la intervención. Así mismo, dentro de los ítems que no presentaron cambios porque no se vieron afectados en la paciente encontramos: odio a sí misma o autodesprecio, autoacusación, impulsos o ideas suicidas, cambios en la imagen corporal, trastornos del sueño, pérdida de apetito y pérdida de peso.

En general, los resultados muestran que la Terapia de Solución de Problemas generó cambios significativos sobre la sintomatología depresiva durante su aplicación, mostrando cómo en cada semana trabajada se obtenía una disminución en la frecuencia

de situaciones problema, presentación de sentimientos negativos ante dichas situaciones problema, en la intensidad de estos sentimiento y en la presentación de conductas inadecuadas.

A continuación se realizará la discusión de los datos.



## Discusión

Los resultados obtenidos muestran que hubo un cambio significativo, ya que muestran una disminución en la frecuencia de las situaciones problemas, en la presentación de sentimientos depresivos (ira, miedo, culpa, desesperanza, tristeza y angustia), en la intensidad de los anteriormente nombrados frente a las situaciones problemas que se le presentaban a la paciente y en la presentación de conductas inadecuadas frente a la solución de las mismas. Así mismo, se evidencia una disminución significativa en la sintomatología depresiva, como también una mejoría en su relación de pareja.

Dentro de las posibles razones que están implicadas en la efectividad de la Terapia en Solución de Problemas (TSP) encontramos que además de ser una intervención eficaz y flexible para la depresión, también es un enfoque de tratamiento sencillo de aplicar, que puede ser utilizado con pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos. Así mismo, la Terapia en Solución de Problemas (TSP), brinda herramientas a la paciente para crear o reforzar las habilidades para la solución de problemas, obteniendo a su vez habilidades para resolver situaciones posteriores. Esto proporciona a la paciente un cambio emocional y cognitivo haciéndola una persona más segura de las decisiones que toma respecto a determinados eventos.

Jarret y Rush (1994, citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000) realizaron una revisión de los estudios que evaluaron el tratamiento de la fase aguda de la depresión y que se centraron en distintas psicoterapias. Aunque esta revisión incluía sólo estudios cuya finalidad es evaluar la eficacia de distintas psicoterapias, en algunos de ellos se hicieron comparaciones con el grupo de psicoterapia combinada con medicación. Se

analizaron todos aquellos estudios que se llevaron a cabo entre 1967 y 1993 en los que se aplicó psicoterapia, y se comparó con un grupo control o con algún tratamiento del que hubiese alguna evidencia de que fuese eficaz. Entre las psicoterapias revisadas se incluyen la terapia conductual, la terapia cognitiva, la psicoterapia interpersonal y, con menor frecuencia, la psicoterapia dinámica breve. Los autores encontraron que la terapia conductual, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal reducen la sintomatología del trastorno depresivo de modo significativo en comparación con los grupos control de lista de espera. La medicación antidepresiva, la terapia conductual, la cognitiva y la psicoterapia interpersonal son eficaces del 45% al 85% de los casos cuando se utilizan solas con pacientes externos.

Por otro lado, las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado que son eficaces para eliminar la sintomatología depresiva al final del tratamiento. Sin embargo, la depresión es un trastorno recurrente. Teniendo en cuenta el elevado número de recaídas, es necesario que los investigadores diseñen intervenciones conductuales que disminuyan los síntomas al final de la intervención y que prevengan futuros episodios de depresión. Esta atención sobre la prevención es importante, especialmente en aquellas personas que presentan un elevado riesgo de recaídas (p.ej., haber tenido anteriormente otros episodios de depresión, vivir con familiares hostiles o muy críticos, etc.). Esta prevención se puede enfocar a sesiones de apoyo, las cuales se podrían centrar en estrategias de inoculación de estrés y en la práctica para aumentar la generalización de las habilidades aprendidas en el tratamiento.

Es importante resaltar, que durante las tres últimas décadas se han hecho progresos notables en el diagnóstico, en las teorías psicológicas y biológicas y, especialmente, en

las intervenciones psicológicas para la depresión. Los tratamientos para la depresión cada vez son más eficaces. Actualmente, los tratamientos de elección ya no son únicamente las intervenciones somáticas (medicaciones antidepresivas y terapia electroconvulsiva), sino que hay varias terapias psicológicas que pueden desempeñar este papel: la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck, la terapia interpersonal, etc.

De igual manera, la tasa promedio de mejora para estas intervenciones es de aproximadamente del 60% al 75% (González, Lewinsohn y Clarke, 1985, tomado de Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Así mismo, los individuos con un buen apoyo familiar, con relaciones de calidad, dominio percibido y expectativas positivas en cuanto al tratamiento parecen ser especialmente buenos candidatos para tal tratamiento.

Actualmente hay evidencias de que los tratamientos conductuales para la depresión son eficaces (Areán, 2000; Vázquez, Muñoz, y Becoña 2000; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Vázquez González, 2002; Nezu, 1986; D’Zurilla y Nezu, 1982). Así mismo, con la excepción de las depresiones con síntomas psicóticos, hay evidencia de que estos tratamientos obtienen resultados similares o superiores a las terapias farmacológicas.

Pero, a pesar de que se han realizado progresos notables en la evolución de las teorías conductuales de la depresión, en el diagnóstico y las intervenciones conductuales, hay algunas otras cuestiones sobre las que se necesita investigar más. Por ejemplo, ¿cuál es la contribución de cada uno de los componentes conductuales?, ¿qué tratamientos son más eficaces con qué tipo de pacientes?, ¿cuánto contacto terapéutico es necesario?, ¿si la psicoterapia sola o la combinación con la farmacoterapia también es necesaria para

producir una mejora clínica?, ¿qué variables del paciente y del terapeuta se utilizan con aquellos pacientes difíciles?, ¿qué factores caracterizan al 25-40% de los pacientes que no responden al tratamiento?, ¿si el grupo de pacientes que no responden al tratamiento lo harán mejor a otra clase de intervención?.

Igualmente, es importante tener en cuenta que el modo en que las personas afrontan y resuelven las situaciones conflictivas, no depende únicamente de la situación externa, sino de otros muchos factores, como el grado de amenaza percibida por el sujeto, las habilidades con las que cuenta para superarla, la experiencia que posea, el tiempo de que disponga para tomar una decisión, etc.

Finalmente, la Terapia en Solución de Problemas resultó efectiva para la disminución de la sintomatología depresiva, haciendo que la paciente adquiriera habilidades para el manejo adecuado de las situaciones problemáticas, a su vez, permitió disminuir los niveles de presentación de sentimientos depresivos, intensidad frente a las situaciones problema y conductas inadecuadas ante la solución de las mismas. Así mismo, se evidencio que durante la intervención se disminuyó la presentación de situaciones problema y mejoró su relación de pareja.

### Referencias Bibliográficas

- Areán, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: Teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, pp. 547-559
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer, S.A.
- Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E., Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España.: Siglo Veintiuno editores, S.A.
- Caballo, V. E. (1998) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España.: Siglo veintiuno editores.
- Canda Morena, F. (2000). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*. Madrid: España. Editorial. Cultural S.A.
- D’Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1982). Social problem-solving in adults. En P. C. Kendall (Dir.) *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol.1). New York: Academic Press.
- De Vega, M. (1986). *Introducción a la psicología cognitiva*. México: Alianza.
- Esquivias Serrano, M. T., González Cantú, A. y Muria Vila, I. (2003). Solución de problemas: Estudio evaluativo de tres enfoques pedagógicos en las escuelas mexicanas. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa y psicopedagógica REIPP*. N° 1 (2) 2003. [www.investigacion-psicopedagogica.org/revista](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista).
- Guerra García, A. (2000). *La Depresión y sus causas*. [www.saludalia.com](http://www.saludalia.com).

- Klausmeier, H. J. y Goodwin, W. (1993). *Habilidades Humanas y Aprendizaje*. México: Editorial Harla, S.A.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carrillo, F.X. (1999). *Técnicas de modificación de conductas*. Madrid.: Biblioteca Nueva.
- Ponce De León Hernández, C., Morillas Urda, M. y Scigliano Herbon, R. (2004) Enfoque Psicológico de la depresión. *Revista de Psicología Conductual*, 11, 215-249.
- Vázquez González, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*. Vol. 14, nº 3, pp. 516-522.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a fines del siglo XX. *Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, pp. 417-449.
- Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8, 561-591.

## **Anexos**





## Anexo B

### Inventario para la depresión de Beck

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Elija de cada uno el que mejor refleje su situación actual.

#### 1. Estado de ánimo

0. No me siento triste
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciada que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.
1. Me siento desanimada de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada por que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

#### 3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasada.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

#### 4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecha o aburrida con respecto a todo.

### **5. Sentimientos de culpa**

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las situaciones.

3. Me siento culpable constantemente.

### **6. Sentimientos de castigo**

0. No creo que esté siendo castigada.

1. Siento que quizás esté siendo castigada.

2. Espero ser castigada.

3. Siento que estoy siendo castigada.

### **7. Odio a sí mismo o autodesprecio**

0. No estoy descontenta de mí misma.

1. Estoy descontenta de mí misma.

2. Estoy a disgusto conmigo misma.

3. Me detesto.

### **8. Autoacusación**

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **9. Impulsos o ideas suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

#### **10. Episodios de llanto**

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

#### **11. Irritabilidad**

0. No estoy especialmente irritada.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritada continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

#### **12. Aislamiento social**

0. No he perdido mi interés por los demás.
1. Estoy menos interesada en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.

#### **13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

#### **14. Cambios en la imagen corporal**

0. No creo tener peor aspecto que antes.

1. Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractiva.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

#### **15. Capacidad laboral**

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de la habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí misma para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo alguna tarea.

#### **16. Trastornos del sueño**

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

#### **17. Cansancio y fatigabilidad**

0. No me siento más cansada de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansada para hacer cualquier cosa.

**18. Pérdida de apetito**

0. Mi apetito ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

**19. Pérdida de peso**

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

**20. Preocupaciones somáticas (Hipocondría)**

0. No estoy preocupada por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupada por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**21. Libido**

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

## Anexo C

<b>LISTA DE PROBLEMAS</b>				
Emplee la siguiente escala para responder como le afectan los siguientes problemas:				
0	No me afecta nada	1	Me afecta levemente	
2	Me afecta bastante	3	Me afecta mucho	
<b>ÁREA DE SALUD FISICA</b>				
Problemas del sueño	0	1	2	3
Problemas con el peso	0	1	2	3
Abuso de alcohol o tabaco	0	1	2	3
Cansancio crónico	0	1	2	3
Problemas médicos de larga duración	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>ÁREA ECONOMICA</b>				
Tener poco dinero para final de mes	0	1	2	3
Poco dinero para cubrir necesidades básicas	0	1	2	3
Exceso de deudas	0	1	2	3
Gastos imprevistos	0	1	2	3
Poco dinero para aficiones y tiempo libre	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>ÁREA DE TRABAJO</b>				
Trabajo monótono y aburrido	0	1	2	3
Relaciones difíciles con el jefe o superior	0	1	2	3

Problemas de relación con los compañeros	0	1	2	3
Temor a perder el trabajo	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>VIVIENDA</b>				
Mala relación con los vecinos	0	1	2	3
Casa demasiado pequeña	0	1	2	3
Malas condiciones de la vivienda	0	1	2	3
Casa demasiado apartada de trabajo o escuela	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>ÁREA DE RELACIONES SOCIALES</b>				
Tímido o vergonzoso con otras personas	0	1	2	3
Tener pocas amistades	0	1	2	3
Muy sensible a las críticas de los demás	0	1	2	3
Dificultad para llevar una conversación	0	1	2	3
Otros (anotar)				
<b>ÁREA DE TIEMPO LIBRE</b>				
Tener poco tiempo libre	0	1	2	3
Disfrutar poco de las diversiones	0	1	2	3
Poca habilidad para el deporte	0	1	2	3
Deseo de viajar	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>ÁREA DE RELACIONES FAMILIARES Y DE PAREJA</b>				

Desacuerdos con mi pareja	0	1	2	3
Desacuerdos con otros familiares	0	1	2	3
Ruptura o separación matrimonial	0	1	2	3
Problemas con los niños o la escuela	0	1	2	3
Otro (anotar)				
<b>ÁREA PSICOLOGICA O EMOCIONAL</b>				
Dificultad para controlar la irritación	0	1	2	3
Exceso de ansiedad o nerviosismo	0	1	2	3
Exceso de exigencia y perfeccionismo	0	1	2	3
Sentimientos depresivos	0	1	2	3
Otros (anotar)				