

## **TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA LA DEPRESIÓN: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES**

Patricia A. Areán<sup>1</sup>

*University of California at San Francisco (Estados Unidos)*

### **Resumen**

En este trabajo se revisa la teoría, la investigación y las aplicaciones de la Terapia de solución de problemas para la depresión (TSP), un tipo de terapia cognitivo-conductual basada en la teoría del aprendizaje social. La TSP tiene un ámbito de aplicación muy amplio y es, además, un tipo de terapia breve y relativamente sistemática. En este artículo se presenta una síntesis de los argumentos teóricos a favor de la terapia de solución de problemas como una intervención para la depresión. Se describen dos versiones de la TSP para la depresión y se informa de la investigación que apoya su utilidad en el tratamiento de la misma.

**PALABRAS CLAVE:** *Depresión, terapia de solución de problemas, tratamiento.*

### **Abstract**

The purpose of this paper is to review theory, research, and applications of Problem-Solving Therapy for depression (PST), a form of cognitive-behavioral therapy that is based on Social Learning Theory. PST is capable of broad application, and is a relatively systematic and brief form of therapy. This paper will present a synthesis of theoretical arguments for problem-solving therapy as an intervention for depression, describe two versions of PST for depression and report research supporting its utility in the treatment of depression.

**KEY WORDS:** *Depression, problem-solving therapy, treatment.*

### **Introducción**

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). Asimismo, también se sabe que es menos probable que la gente que posee habilidades de afrontamiento adecuadas se depriman cuando se encuentren con un problema (Sigmon, Hotovy y Trask, 1996). De modo

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Patricia A. Areán, University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, 401 Parnasus Avenue Box F-0984, San Francisco, CA 94143, USA. E-mail: pata@ppi.ucsf.edu

específico, 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 investigación sobre la importancia de las habilidades de afrontamiento 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 (véase D’Zurilla y Nezu, 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).

Desde su comienzo, la 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).

El propósito de este trabajo es analizar brevemente de la teoría relacionada con la TSP, presentar los hallazgos de la investigación que apoyan la TSP como una intervención psicosocial para la depresión y describir su aplicación a la misma. Este artículo no pretende ser una revisión exhaustiva, sino un repaso general para familiarizar al lector con este tipo de psicoterapia tan eficaz y eficiente.

### **La teoría de la solución de problemas**

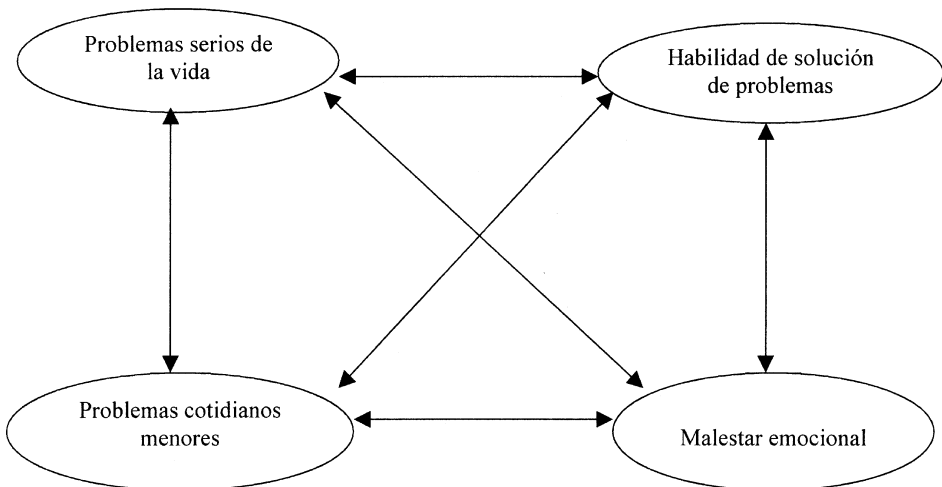
La teoría de solución de problemas se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social: la gente reacciona a, y maneja sus vidas, basándose en su valoración de las situaciones sociales y en las habilidades que posee para manejar esas situaciones. Según esto, a medida que uno crece, estas habilidades 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 sociales, 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*, 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.

Según la TSP, cuando una persona es relativamente habilidosa en todas estas áreas, 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. Considérese el ejemplo de una persona que es capaz de definir los problemas y que puede generar de forma creativa soluciones a esos problemas. Si esta persona no se ve a sí misma capaz de resolver un problema concreto, es improbable que inicie el proceso de solución de problemas. Del mismo modo, si una persona puede generar soluciones pero es incapaz de decidir cuál es la mejor de todas ellas, entonces el proceso de solución de problemas se detiene. Para que las personas sean eficientes a la hora de resolver problemas, deben ser habilidosos en todas las áreas del proceso.

**Figura 1**

Modelo interactivo de los acontecimientos vitales negativos, la solución de problemas y la depresión



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). Como se puede ver en la Figura 1 (adaptada de Nezu y Perri, 1989), existe una relación recíproca entre estos factores. Los acontecimientos importantes de la vida pueden conducir a problemas cotidianos (estar hospitalizado conlleva un decremento en los ingresos, lo que conduce a problemas para pagar las facturas y así sucesivamente). Además, los problemas cotidianos pueden desembocar en problemas vitales mucho más serios (dificultades en el cumplimiento de fechas tope en el trabajo puede conllevar el despido). Es más, el tener estos problemas puede afectar a la capacidad de uno para afrontarlos. Si la gente se siente abrumada por los problemas del día a día, puede ser menos probable que intente resolver el problema. El ser despedido del trabajo también puede hacer que la gente se sienta tan deprimida que sean incapaces de movilizar sus recursos para resolver el problema. En otras palabras, una 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.

Si se tiene en cuenta el modelo que se propuso anteriormente, una persona experta en salud mental puede ayudar a una persona deprimida a hacer cambios en alguna parte del ciclo. Por ejemplo, si una persona está deprimida a causa de un cambio importante en su vida, tal como una enfermedad reciente en la familia, el terapeuta puede tratar la depresión proporcionándole servicios de tipo administrativo —ayudando a la persona a encontrar recursos en la comunidad para tratar de sobreponerse a la enfermedad—. El profesional en salud mental también puede intervenir directamente en los síntomas depresivos a través de la prescripción de fármacos y el tratamiento de los síntomas, ayudando a que el paciente se mueva para afrontar sus problemas. Por desgracia, estos métodos son curas provisionales para la depresión. El tratamiento de los síntomas depresivos de una persona no necesariamente va a solucionar el problema y una vez que se discontinúe la medicación, la depresión puede recurrir. De manera similar, proveer al paciente de servicios de tipo administrativo no va a ayudar a la persona a sentirse capaz de solventar sus propios problemas. Probablemente sea un alivio temporal de los síntomas, pero, una vez que la persona tenga que enfrentarse a un nuevo problema, puede volver a sufrir depresión. Según Nezu y Perri (1989), un método más permanente para el tratamiento de la depresión sería enseñar a la persona deprimida nuevas habilidades de solución de problemas, proporcionando así las herramientas necesarias no sólo para resolver los problemas que le están actualmente produciendo la depresión, sino también las herramientas que le puedan ser útiles en el futuro, previniendo de este modo las recaídas.

### Investigación

¿Cuál es el grado de eficacia que posee la TSP para tratar la depresión? Distintos estudios han demostrado que la TSP es un tratamiento eficaz para la

depresión mayor, la depresión leve, la ideación suicida y la depresión en niños y en personas mayores. Los primeros estudios los realizaron Nezu y colaboradores y los llevaron a cabo principalmente con estudiantes universitarios y con población adulta. En el primer estudio, Nezu (1986) encontró que la TSP administrada durante 8 sesiones era eficaz para tratar la depresión mayor y los cambios que se producían en la depresión estaban unidos a un incremento en la habilidad de solución de problemas. En un intento de delinear la importancia de cada estadio de la TSP, Nezu y Perri (1989) llevaron a cabo un estudio de desmantelamiento de la terapia. En este proyecto, se utilizaron dos versiones de la TSP, el modelo completo y uno sin la fase de *orientación hacia el problema*. Aunque en el estudio se encontró que ambas intervenciones trataban eficazmente la depresión mayor, los datos apoyaron que el modelo completo de la TSP tenía más éxito que la versión modificada.

Se ha encontrado también que la TSP es más eficaz para tratar la depresión en niños que las terapias de autocontrol tradicionales (Stark, Reynolds y Kaslow, 1987). Los estudios con mayores encontraron que la TSP tiene más éxito que la terapia de apoyo (Hussain y Lawrence, 1981) y que la terapia de reminiscencia (Areán *et al.*, 1993). La TSP también ha tenido éxito con personas gravemente deprimidas, como las que han intentado suicidarse repetidas veces o han sido importunadas frecuentemente por pensamientos de ideación suicida (Lerner y Clum, 1990; Salkovskis, Atha y Storer, 1990).

Por último, hay un apoyo creciente a favor de la TSP como una intervención eficaz para la depresión en pacientes médicos. Mynors-Wallis y colaboradores han adaptado el modelo de la TSP de Nezu para la atención médica primaria. En este modelo, la TSP puede ser administrada por los profesionales de salud mental, internistas y enfermeras. La única diferencia entre los dos modelos es la omisión del estadio de *orientación hacia el problema*, que se suprimió para facilitar el uso de la TSP a otros profesionales de la salud no expertos en la salud mental. Según los datos de Wilkinson y Mynors-Wallis (1994) y Mynors-Wallis *et al.* (1996, 1997, 2000), la TSP es muy eficaz en el tratamiento de la depresión leve, el malestar psicológico general y la depresión mayor. De hecho, muchos de sus estudios muestran que la TSP es tan eficaz como los fármacos antidepresivos (Mynors-Wallis *et al.*, 2000).

### **Tratando la depresión con la TSP**

Actualmente existen dos formas de la TSP para el tratamiento de la depresión, una, que está pensada para ser administrada en los contextos de salud mental especializados (la TSPS, Terapia de solución de problemas sociales) y la otra, que se ha diseñado para ser aplicada en atención primaria (TSP-AP, Terapia de solución de problemas para la atención primaria). Las dos versiones están basadas en el modelo que propusieron Nezu y D'Zurilla descrito anteriormente y sólo se diferencian en la forma en que se aplican. Ambas versiones de la TSP son de naturaleza sencillas y didáctica. Más abajo se habla de las dos variantes.

### *Terapia de solución de problemas sociales (TSPS)*

La TSPS es la versión original de la TSP, que fue desarrollada por Nezu y Perri (1989). En este modelo, los pacientes participan 8-12 semanas en la TSP, bien sea en grupo o a nivel individual. En esta versión de la TSP, se enseña a los pacientes las habilidades de forma secuencial durante el curso de 5-6 sesiones. En cada sesión posterior, los pacientes aprenden otro paso en el proceso, adquiriendo gradualmente cada habilidad, de modo que el dominio en las habilidades previas puede reforzar el dominio de la siguiente habilidad. Después de 5-6 sesiones, el paciente ha aprendido el modelo entero y las restantes sesiones están pensadas para servir de asesoramiento, de modo que el paciente pueda aplicar el enfoque de solución de problemas a los problemas reales mientras se encuentra bajo la dirección del terapeuta. Lo que sigue es una descripción, sesión a sesión, de la TSPS.

*Sesión 1: Introducción al modelo.* La primera sesión comienza con una visión de conjunto del modelo y de la teoría de la depresión de la TSP. La teoría de la solución de problemas se le describe al paciente de la misma forma como se presentó en la sección previa de este trabajo. Al paciente se le enseña que los problemas son una parte previsible y normal de la vida que tendrá que hacerles frente durante toda la vida; en pocas palabras, que la vida no está libre de problemas. Además, a los pacientes se les enseña que todos los problemas pueden ser resueltos, aunque para solucionar un problema, la gente puede tener que cambiar sus expectativas. Se les dice también que no tengan miedo ni eviten sus síntomas de depresión, sino que, por el contrario, los usen como señales o «banderas rojas» para identificar la existencia de un problema. Un ejemplo provechoso para presentar a los pacientes es la utilidad del dolor físico. Cuando nos rompemos una pierna, el dolor se sitúa en ella. El dolor que causa la fractura es la forma en la que el cuerpo nos dice que no utilicemos la pierna, que primero se debe hacer algo para estabilizar la fractura de la pierna quebrada antes de que podamos usarla. De esta forma, el dolor no es algo a evitar, sino un elemento al que prestar atención. El dolor emocional es similar al dolor físico; cuando nos sentimos deprimidos, ansiosos, irritados, estos sentimientos constituyen la forma en que la mente nos dice que algo está mal, que debemos hacer algo sobre el entorno antes de actuar con nuestras vidas. Por lo tanto, no deberíamos ignorar nuestras emociones, sino escuchar lo que pueden estar diciéndonos.

El terapeuta estimula al paciente para que hable de los síntomas que más le molestan y para que preste atención a estas señales y las utilice para ayudar a detectar, pensar e identificar la existencia de un problema que necesita ser resuelto. La sesión continúa con la elaboración de una lista de problemas generada por el paciente que estén relacionados con su depresión. Es entonces cuando se le dice al paciente cómo usar sus síntomas como señales para solucionar el problema (hasta la siguiente visita), para ayudar a identificar los problemas más importantes o recurrentes que tiene que solucionar. La tarea del paciente para casa es registrar cada día que se ha sentido deprimido, qué fue lo que sucedió justo antes de que tuviese esos sentimientos y cualesquiera pensamientos que se relacionen con su capacidad para hacer frente al problema que desencadenó la depresión.

*Sesión 2: Orientación hacia el problema.* En la siguiente sesión, se revisa y se trata la tarea que se asignó para casa la semana anterior y el terapeuta ayuda al paciente a identificar los sentimientos con mayor probabilidad sean las señales de que está ocurriendo un problema. El terapeuta ayuda también al paciente a identificar los patrones de pensamiento que pueden contribuir a un afrontamiento ineficaz. La discusión entonces ayuda a recordar el primer estadio de la solución de problemas, la *orientación hacia el problema*. En este estadio, el terapeuta señala los procesos de pensamiento del paciente que interfieren con la solución eficaz del problema. Se distingue entre el pensamiento pasivo («Mi esposa parece enfadada conmigo. Quizás debería irme para mi estudio un rato, así tal vez se calme»), pensamiento de todo o nada («La única forma de pagar la deuda es si consigo un trabajo realmente bueno») y un pensamiento centrado en el problema («Necesito pararme y pensar en cómo puedo resolver mejor el problema»). Los pacientes utilizan hojas de registro que les ayudan a identificar el tipo de cogniciones que tienen, cogniciones que impiden la solución eficaz del problema tal como «Nunca encontraré una respuesta a este problema», y corregirlo con una orientación más centrada en la acción, como «Puede no ser la solución perfecta para este problema, pero me ayudará a alcanzar mi meta». El terapeuta puede también animar al paciente en los ejercicios de orientación hacia el problema «jugando a ser abogado del diablo», donde el paciente debe sugerir cogniciones centradas en la acción que contrarresten el pensamiento ineficaz que actualmente le invade cuando hace frente al problema. La siguiente tarea para casa es practicar la identificación de pensamientos de solución de problemas eficaces y plantear pensamientos centrados en la acción.

*Sesión 3: Definición del problema.* La sesión siguiente continúa con una revisión de las tareas para casa y una introducción del próximo paso, la *definición del problema*. En esta sesión, el paciente elige un problema sobre el que le gustaría trabajar y practicar definiendo el mismo en condiciones observables y conductuales concretas. En este estadio, el terapeuta enseña al paciente a pensar como un detective o un investigador. Para definir el problema con exactitud, el paciente debe poner en una lista quién está implicado, qué sucede actualmente, cuándo es más probable que ocurra, dónde tiene lugar el problema y cómo continúa. Por ejemplo, si un paciente define los conflictos maritales como su problema y se pone como meta que quiere dejar de discutir con su mujer, llegado este momento, la única información que tienen el terapeuta y el paciente es que la pareja discute, lo que hace que el paciente se deprima. Sin embargo, una vez que el paciente define los detalles de estos argumentos, es más fácil pensar en las soluciones potenciales. El paciente puede definir el problema de esta forma: (1) Quién: mi esposa y yo discutimos; (2) Qué: discutimos sobre las tareas de la casa; (3) Dónde: por lo general discutimos en casa; (4) Cuándo: por lo general discutimos por la noche cuando estoy tomando una cerveza después de la cena y ella está lavando los platos; (5) Cómo: mi esposa es, por lo general, la persona que menciona que no le ayudo con las tareas de la casa y yo le digo que estoy cansado del trabajo; entonces comenzamos a dar voces. Definido de esta manera, el problema está ahora listo para ser resuelto,

cuando se han aclarado los detalles y se puede lograr una meta sencilla: dejar de discutir acerca de las tareas de casa con mi esposa por la noche. Con frecuencia, los pacientes harán asunciones sobre sus problemas que no están basadas en hechos, sino sobre un sentimiento o una creencia. Utilizando el ejemplo anterior, el paciente puede sentir que su esposa discute por las tareas de casa porque piensa que su esposo es un vago. En esta situación, el terapeuta enseña al paciente que esta creencia es una suposición y que su esposa puede estar enfadada por las tareas de casa, no porque piense que su esposo es un vago, sino porque puede creer que no la apoya. Las dos suposiciones podrían ser ciertas, pero a menos que la esposa realmente diga que piensa que su marido es un vago o que no le apoya, estas creencias no se pueden usar como hechos para definir el problema. Por lo tanto, a los pacientes se les dice que eviten utilizar suposiciones como si fuesen hechos en la definición del problema.

Las tareas para casa en este estadio incluyen aplicar todas las habilidades aprendidas hasta la fecha. Se le enseña al paciente el uso de la orientación hacia el problema y las habilidades para definirlo cada vez que se sienta deprimido.

*Sesión 4: Generación de soluciones alternativas.* En la cuarta sesión, el terapeuta revisa el progreso del paciente en la identificación y definición de los problemas. El terapeuta echa un vistazo a las definiciones del problema y entonces ayuda a refinar las definiciones. Luego, el paso siguiente es enseñar la generación de soluciones alternativas. En este paso, el paciente elige uno de los problemas que definió y se le pide que siga el método del «torbellino de ideas», generando tantas soluciones como pueda. Se le enseña al paciente a generar una lista tan larga como sea posible y a apuntar todas las cosas que le vengan a la mente, independientemente de que piense que funcionarán o serán inútiles. Al paciente se le dice que después de que se haya generado la lista, será capaz de evaluar la utilidad de las soluciones para el problema elegido, pero hasta entonces debe aplazar emitir un juicio.

La distinción entre generar una lista de soluciones y evaluar su utilidad es una cuestión muy importante. 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 a la mente una posible solución, la gente deprimida la descarta inmediatamente, pensando «Yo no puedo hacer eso» o «Nunca funcionará conmigo». Para el observador, parece que la persona deprimida es incapaz de idear soluciones. En realidad, la persona deprimida está pensando en soluciones, pero no las está reconociendo porque cree que no tiene sentido mencionarlas. Por esta razón, la generación de soluciones y la evaluación de la solución se dividen en dos habilidades. Tenemos que dejar que los sujetos mismos piensen en soluciones, ya que la gente deprimida rara vez consigue pasar de este paso del proceso de la solución de problemas.

Si un paciente tiene dificultades con el ejercicio del «torbellino de ideas» para el problema que ha elegido trabajar, puede ser necesario retroceder y que el paciente practique soluciones por medio de este método con un problema menos angustiante. El terapeuta puede indicar al paciente que genere (a través del «torbellino de ideas») una lista de actividades en las que pueda participar sin que tengan ningún



(o poco) coste. O bien el terapeuta puede señalar al paciente que piense en tantas utilidades como pueda para un «ladrillo». Es importante que el terapeuta explique la racionalidad de retroceder y generar listas para problemas menos importantes. Aquel debe explicar que el propósito es enseñar al paciente la estrategia del «torbellino de ideas» con algo que es emocionalmente neutral, con el fin de que el paciente tenga la oportunidad de practicar la habilidad y dominarla antes de que la utilice con un problema más difícil.

La tarea para esta semana es usar todas las habilidades aprendidas hasta este momento con un problema que seleccionen el terapeuta y el paciente.

*Sesión 5: Toma de decisiones:* En la quinta sesión, el terapeuta revisa los problemas sobre los que ha trabajado el paciente la semana anterior y de nuevo ayuda a refinar los intentos del paciente en la orientación, definición y generación de soluciones. Después de revisar las tareas, el terapeuta y el paciente seleccionan uno de los problemas del grupo que ya ha sido definido y para el que se ha generado una lista de soluciones. Luego, el terapeuta enseña al paciente la próxima habilidad, la *toma de decisiones*.

En este paso, el paciente tiene la oportunidad de examinar cuidadosamente su lista de soluciones al problema y evaluar su posible utilidad para solucionar el problema. El paciente mira cada solución y considera su eficacia en cinco áreas: ¿satisface las metas a corto plazo?, ¿satisface las metas a largo plazo?, ¿crea otros problemas al paciente?, ¿crea problemas a otra gente? y ¿puede el paciente realmente llevar a cabo la solución? Para cada solución, el paciente apunta si tiene un impacto positivo o negativo en estas cinco áreas. Luego a cada solución se le da una puntuación basada en el número de impactos positivos que tiene. La solución que tenga la puntuación más elevada se discute con más detalle en cuanto a su eficacia. En el caso que dos o más soluciones tengan la misma puntuación, el paciente y el terapeuta discutirán sus relativas ventajas, basándose en cómo se obtuvo la puntuación. Si, por ejemplo, dos soluciones son puntuadas con cuatro atributos positivos, el terapeuta y el paciente miran cómo fueron obtenidas esas puntuaciones y deciden entre los dos cuál sería la solución que se debería llevar a cabo. En ocasiones, ninguna de las soluciones recibe una puntuación sumamente alta. Cuando se da este caso, el terapeuta y el paciente discuten cómo se pueden combinar las soluciones para crear una mejor. En muy contadas ocasiones, este procedimiento destapa otros problemas que el paciente no había pensado en el momento de la definición del problema. Cuando ocurre eso, el terapeuta y el paciente redefinen el problema para incluir la nueva información y, entonces, generan una nueva lista de soluciones a evaluar.

En este momento, los pacientes, por lo general, quieren aplicar la solución elegida. El terapeuta puede ayudar al paciente a diseñar un plan para llevar a cabo la solución, pero debe asegurarse de que hay tiempo de sobra en la sesión para hacerlo adecuadamente. No obstante, es mejor reservar el último estadio de solución de problemas para la próxima sesión. El terapeuta puede introducir brevemente el último estadio del proceso de solución de problemas y ayudar al paciente a elaborar un plan para llevar a cabo la solución. De nuevo, la tarea para casa implica

practicar todos los estadios de la solución de problemas que se han aprendido hasta entonces.

*Sesiones 6 y 7: La puesta en práctica y verificación de la solución.* El propósito de estas sesiones es enseñar el último estadio de la solución de problemas: la *puesta en práctica y verificación de la solución*. Después de revisar las tareas para casa y las habilidades aprendidas hasta la fecha, el terapeuta introduce el último estadio de la solución de problemas. Usando los problemas definidos y resueltos previamente, el terapeuta ayuda al paciente a establecer un plan de acción. Esto implica, por lo general, crear pasos en el proceso. Por ejemplo, si un paciente decide que planificar pasar una noche con sus viejos amigos es la solución a su problema de aislamiento social, entonces el paciente desarrolla un plan para llevar a cabo la solución. En este caso, el paciente puede necesitar, para comenzar, hacer una lista de amigos a quienes llamar y sus números de teléfono. El próximo paso puede ser llamar a los amigos a principios de la semana, establecer una hora y un lugar dónde quedar y después reservar el restaurante. El último paso es hacer un plan para la noche, anticipando cuánto tiempo quiere el paciente estar con los amigos y cómo manejar los sentimientos de depresión si surgieran.

Luego se le enseña al paciente a evaluar apropiadamente el resultado de la solución. En muchos casos, la gente deprimida suele dejar a un lado la solución que ha tenido éxito con el problema como un acontecimiento puntual y se centra demasiado en los fracasos. Para evitar este patrón, se enseña a los pacientes a considerar detalladamente la puesta en práctica de la solución tan pronto como se ha llevado a cabo la solución. Si fue un éxito, el paciente debe anotar por qué pensó que la solución fue un éxito, si consiguió o no la meta deseada y pensar en cuándo se puede usar otra vez dicha solución. Si ésta fue un fracaso, se le enseña al paciente a poner por escrito por qué fracasó y a usar esa información para redefinir el problema. Si la solución no fue puesta en práctica, el paciente anotará por qué y decidirá si el problema necesita ser redefinido para incluir los obstáculos para la puesta en práctica de ciertos tipos de soluciones. Sin pensar para nada en el éxito, el paciente debe recompensarse por la puesta en práctica de la solución con alguna actividad o regalo.

Los pacientes, con frecuencia, pasan momentos difíciles en la etapa de verificación de este estadio. Es importante que en la siguiente sesión, el terapeuta revise la puesta en práctica con el paciente para reforzar este paso.

*Sesiones 8-12: revisión de la TSP.* Llegado a este punto, el paciente debería sentirse totalmente a gusto con el uso independiente de las habilidades de solución de problemas. El terapeuta puede, entonces, actuar meramente como un consejero durante estas sesiones, con el fin de comprobar el progreso del paciente, ofrecer ayuda en la solución de los problemas más molestos y ayudar a refinar las habilidades del paciente. El terapeuta debe ayudar a éste para que sea autónomo en el uso de estas habilidades, alentándole a utilizar el modelo todas las veces que sea posible. El terapeuta también se vuelve cada vez menos activo, permitiendo al paciente organizar la sesión de solución de problemas (con tal de que se centre en el uso del

modelo de solución de problemas). Con frecuencia, en las últimas sesiones, los pacientes informan que no tienen más problemas para resolver. El terapeuta puede usar las sesiones que quedan para ayudar a los pacientes a desarrollar planes de prevención de recaídas usando la TSP.

### *Terapia de solución de problemas para atención primaria (TSP-AP)*

Esta versión de la TSP es una adaptación del modelo de TSPS descrito anteriormente. Dicha versión es un tratamiento muy dinámico y breve. La adaptación hace a la TSP fácil de aplicar en la práctica de la medicina general y por el personal que trabaja por lo general en estos contextos. Dura 6 sesiones, siendo la primera sesión de una hora de duración y las sesiones restantes de 30 minutos. La TSP-AT es también idónea para que la apliquen los médicos o las enfermeras que no tienen entrenamiento en salud mental. La TSP-AT no sólo difiere de la TSPS en duración, sino en sus contenidos y en la forma de enseñarlos. Primero, la TSP-AP no incluye el estadio de orientación hacia el problema, ya que en ésta se utilizan estrategias de reestructuración cognitiva y los creadores pensaron que el personal médico no sería capaz de enseñar estas habilidades adecuadamente, siendo además para los pacientes un período de difícil aprendizaje de esta habilidad. Segundo, la TSP-AP divide los cuatro estadios que quedan en siete pasos: definición del problema, establecimiento de una meta, generación de soluciones, toma de decisiones, selección de la solución, puesta en práctica y evaluación. Para ilustrar las similitudes entre los estadios de la TSPS y los pasos de la TSP, las fases de definición del problema y el establecimiento de una meta en la TSP-AP se incluyen en el estadio de toma de decisiones de la TSPS, y los pasos de la puesta en práctica y la evaluación de la TSP-AP son cubiertos por los estadios de la puesta en práctica de la solución y verificación de la TSPS. Tercero, más que presentar cada paso secuencialmente durante el curso del tratamiento, los pasos se enseñan todos de una vez en la primera sesión. Los creadores encontraron que los pacientes tratados en contextos médicos no quieren esperar a resolver sus problemas, sino que prefieren que se les de un plan para solucionar los problemas en la primera sesión (Hegel, comunicación personal). Las sesiones restantes están pensadas para ser de consulta, por lo cual el terapeuta simplemente comprueba el progreso de los pacientes y se asegura que comprendan cómo poner en práctica la TSP-AP.

*Sesión 1. Introducción y puesta en práctica.* En esta sesión, el terapeuta se reúne con el paciente durante una hora. En esta hora, informa al paciente sobre la depresión, la racionalidad de la TSP, cómo funcionará el tratamiento, genera una lista de problemas y, luego, le enseña los pasos implicados en la TSP. El terapeuta describe cada paso y después le pide al paciente que practique la TSP con él con un problema sencillo o bien que solucione el problema de tener muy pocas actividades placenteras. La sesión finaliza con la elaboración de un plan para ponerlo en práctica.

*Sesiones 2-6: practicando la TSP-AP.* En las sesiones restantes, el terapeuta de la TSP-AP se reúne con el paciente durante 30 minutos. En estas sesiones, el terapeuta

revisa las tareas para casa y ayuda al paciente a usar los pasos de la TSP-AP para resolver los problemas de la lista que elaboró en la primera sesión. A medida que van transcurriendo las sesiones, el terapeuta se vuelve menos activo, tomando el paciente el manejo de los pasos de la TSP-AP para cada problema. La última sesión, por lo general, se centra en la prevención de las recaídas.

## Conclusiones

Como se ha podido ver a lo largo de este trabajo, la TSP es una intervención eficaz y flexible que se puede utilizar en diversos contextos y aplicar a distintos problemas, como es, por ejemplo, el caso de la depresión. Es 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. Mientras que la TSP está ganando consideración como una intervención para las principales enfermedades mentales y para el tratamiento del dolor crónico, es necesario realizar más investigaciones en esta área. Por ejemplo, de momento poco se sabe acerca de los efectos de la TSP a largo plazo. Se supone que al enseñar a la gente a resolver de forma más eficaz sus problemas, éstos debieran tener menos problemas emocionales. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido estudiada de momento.

En conclusión, 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.

## Referencias

- Areán, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., Schein, R.L., Christopher, F. y Joseph, T (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatment for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 1003-1010.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Nueva York, NY: Springer.
- Hussain, R.A. y Lawrence, P.S. (1981). Social reinforcement of activity and problem solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients. *Cognitive Therapy and Research, 5*, 57-69.
- Lerner, M.S. y Clum, G.A. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy, 21*, 403-411.
- Mynors-Wallis, L. (1996). Problem-solving treatment: Evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 26*, 249-262.
- Mynors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A. y Barbour, F. (1997). A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry, 170*, 113-119.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D., Day, A. y Baker, F. (2000). Randomized controlled trial of problem-solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal, 320*, 26-30.

- 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. y Perri M.G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 408-413.
- Salkovskis, P.M., Atha, C. y Storer, D. (1990). Cognitive-behavioral problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 157*, 871-876.
- Sigmon, S.T., Hotovy, L.A. y Trask, P.C. (1996). Coping and sensitivity to aversive events. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 18*, 133-151.
- Stark, K.D., Reynolds, W.M. y Kaslow, N.J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 91-113.
- Wilkinson, P. y Mynors-Wallis, L. (1994). Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 591-598.