

La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor

Fernando L. Vázquez González
Universidad de Santiago de Compostela

Se ha encontrado que los déficits en solución de problemas están relacionados con la depresión. La terapia de solución de problemas para la depresión debería producir una disminución en la sintomatología depresiva. La meta de un grupo de estudios, los cuales se han revisado en este artículo, ha sido la de someter a prueba esta hipótesis. La investigación citada proporciona apoyo para la eficacia de este tipo de psicoterapia para tratar la depresión unipolar. 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 en contextos psiquiátricos y no psiquiátricos.

Problem-solving technique for major depression. Deficient problem-solving has been reported to be related to depression. This paper reviews a series of studies on whether treatment of depression by problem-solving therapy ameliorates the symptoms of depression. Problem-solving therapy has been found to be effective for treatment of unipolar depression. It is logical, systematic technique that is reasonably easy to learn and can be used to help a wide range of depressed patients in psychiatric or general community health care centres.

La depresión mayor es un síndrome caracterizado por un estado de ánimo depresivo, a menudo acompañados de ansiedad e irritabilidad, disminución o un aumento del sueño y el apetito, pérdida del impulso sexual y una disminución general de la energía, deterioro en el plano motivacional, deseo de suicidarse, evitación de contacto social, entecimiento o agitación motora, pensamiento pesimista y nihilismo, y verbalizaciones desesperadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Muñoz, 1998). El riesgo de vida de la depresión mayor oscila entre el 10-25% para las mujeres y el 5-12% para los hombres, mientras que la prevalencia es del 5-9% en las mujeres y 2-3% en los hombres (Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, 1994; Depression Guideline Panel, 1993). En estudios realizados en España se observan porcentajes similares (ej., Vázquez-Barquero et al., 1987). El trastorno es recurrente en un número significativo de sujetos: aproximadamente el 50% de las personas que experimentan un episodio de depresión mayor tienen otro; el 70% con dos tienen tres; y el 90% con tres tienen un cuarto (Depression Guideline Panel, 1993).

Entre el 60-80% de los sujetos con depresión mayor responden a los tratamientos psicológicos o farmacológicos (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). La mayoría de las psicoterapias para tratar la depresión (ej., terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck, la terapia interpersonal) implícitamente enseñan a los pacientes a mejorar su capacidad para resolver problemas. Una de ellas, la terapia de solución de problemas para el tratamiento de la depresión (Nezu, Nezu y Perri, 1989), que deriva de la técnica de solución de pro-

blemas (D'Zurilla y Nezu, 1982), se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas. Además, es bien conocido que el estrés psicosocial, ya sea producido por acontecimientos vitales o por sucesos cotidianos, puede producir una depresión (Nezu, 1986). Las personas que poseen habilidades adecuadas para manejar las situaciones difíciles, que van ocurriendo a lo largo de sus vidas, es mucho menos probable que se depriman que aquellas que no tienen las destrezas necesarias para resolver sus problemas interpersonales y sociales (Nezu, 1986; Sigmon, Hotov y Trask, 1996). Todo ello convierte a la terapia de solución de problemas en una modalidad psicológica de intervención potencialmente útil para el tratamiento de la depresión mayor.

El objetivo de esta revisión es describir la relación entre la depresión y las habilidades de solución de problemas y las adaptaciones específicas de la terapia de solución de problemas para tratar la depresión, así como exponer, analizar y discutir los resultados de las investigaciones que se han hecho con este enfoque.

Relación entre la depresión y las habilidades de solución de problemas

El nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la patogénesis 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 et al., 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; Nezu et

al., 1989). La depresión es más probable que ocurra cuando estos déficits conducen a intentos de afrontamiento 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).

Un corolario de esta teoría sugiere, por tanto, que el entrenamiento en solución de problemas conduce a una disminución de la sintomatología depresiva. El método con el que se conseguirían resultados más perdurables en el tratamiento de la depresión consistiría en enseñar a la persona deprimida habilidades de solución de problemas (Nezu et al., 1989). De este modo se le proporciona al sujeto herramientas para resolver su depresión actual y para prevenir nuevos episodios. En concreto, la terapia de solución de problemas pretende enseñar al sujeto un método sistemático para la solución de problemas (D'Zurilla, 1993; D'Zurilla y Nezu, 1982, 1999) consistente en cinco habilidades. La primera, la *orientación hacia el problema*, es la habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante. La segunda, la *definición y formulación del problema*, consiste en el grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas. La tercera, la *generación de soluciones alternativas*, es la destreza que tiene el sujeto para generar soluciones a un problema, siguiendo los principios de cantidad, de aplazamiento del juicio y de variedad. La cuarta, la *toma de decisiones*, es la habilidad que tiene una persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema. La quinta, la *puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida*, es la destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

La depresión puede tener su origen en las deficiencias o aplicación ineficaz de alguno de los componentes de solución de problemas (Nezu et al., 1989). La solución de problemas eficaz requiere la interacción de todas las habilidades, cada una de las cuales aporta una determinada contribución a la solución del problema (Arean, 2000; Nezu y Nezu, 1991). No hay una que sea más importante que la otra (Becona, 1993). La cantidad de varianzas justificadas por cada uno de los cinco componentes de la solución de problemas como factor de riesgo para la depresión varía en función de las diferencias individuales (Nezu et al., 1989).

La terapia de solución de problemas para el tratamiento de la depresión

Una de las terapias de solución de problemas que más se ha usado en el tratamiento de la depresión es la de Nezu et al. (1989), que se desarrolló a partir de la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Nezu (1982). En los primeros estudios (Nezu, 1986; Nezu y Perry, 1989), la intervención se aplicaba en 8 sesiones individualmente o en grupo. La primera sesión se dedicaba a introducir el enfoque de solución de problemas, las sesiones 2 y 3 al componente de *orientación hacia el problema*, y las sesiones 4 y 5 a la enseñanza y práctica de las restantes cuatro habilidades de solución de problemas expuestas en el epígrafe anterior. En las últimas tres sesiones se practican de forma conjunta las habilidades aprendidas con aquellos problemas que todavía no se hayan resuelto. En una versión posterior (Nezu et al., 1989), en la primera sesión se introduce el modelo y se le explica al paciente su racionalidad. Entre las sesiones 2 y 6 se introducen las 5 habilidades, una por sesión. De la sesión 7 a la 9 se trabaja el mantenimiento y la generalización, y la sesión 10 se dedica a los aspectos relacio-

ados con la finalización de la terapia. En la adaptación más reciente del modelo de Nezu et al. (1989) para tratar a personas mayores con depresión (Arean, 2000; Arean et al., 1993) se amplió a 12 el número de sesiones.

Mynors-Wallis et al. (1995) diseñaron una modalidad breve de terapia de solución de problemas para tratar la depresión, que la hace idónea para ser aplicada por médicos u otros profesionales de atención primaria que no sean especialistas en salud mental. Se compone de un total de 6 sesiones, la primera de una hora de duración, y las restantes, de 30 minutos. El proceso de solución de problemas se enseña siguiendo siete pasos: 1) explicación del tratamiento y su racionalidad; 2) clarificación y definición de los problemas; 3) establecimiento de metas; 4) generación de soluciones alternativas; 5) selección de la solución preferida; 6) aclaración de los pasos necesarios para implementar la solución elegida; y, 7) evaluación de los progresos. El paciente aprende todos los pasos en la primera sesión.

Hawton y Kirk (1989) también han descrito un enfoque de solución de problemas que implica un contacto terapéutico relativamente breve, aproximadamente entre 4-6 sesiones. Aunque no ha sido diseñado específicamente para el tratamiento de la depresión, como veremos posteriormente, hay un estudio (Dowrick et al., 2000) en el que se aplicó una adaptación de esta modalidad breve de solución de problemas para tratar la depresión. Proponen que las sesiones de terapia duren entre 30-60 minutos, incluso las últimas sesiones pueden ser más breves. Recomiendan que las sesiones iniciales se programen relativamente próximas en el tiempo (ej., las tres primeras sesiones en un espacio de 15 días) y las últimas se espacien para que el paciente gane autonomía. Exponen ocho pasos en la solución de problemas: 1) decidir qué problema abordar primero; 2) acordar las metas; 3) elaborar los pasos necesarios para lograr las metas; 4) decidir las tareas necesarias para abordar el primer paso; 5) revisar el progreso en la próxima sesión de terapia, incluyendo las dificultades que se han encontrado; 6) decidir el próximo paso, dependiendo del progreso, y el acuerdo en las siguientes tareas; 7) proceder, como anteriormente, para acordar las metas o definir de nuevo los problemas y las metas; y, 8) trabajar sobre más problemas si fuese necesario.

Investigaciones con modalidades no abreviadas de terapias de solución de problemas para el tratamiento de la depresión

Varios estudios han analizado la efectividad de la terapia de solución de problemas para el tratamiento de la depresión mayor (Tabla 1). En un estudio cuyo objeto fue evaluar la eficacia de una terapia de solución de problemas para el tratamiento de la depresión (Nezu, 1986), se asignaron 32 sujetos a tres grupos: (a) terapia de solución de problemas (TSP); (b) terapia centrada en el problema (TCP); o, (c) grupo control de lista de espera (GCLE). En el primero se aplicó una adaptación del programa de tratamiento de solución de problemas de D'Zurilla y Nezu (1982), siguiendo un formato grupal de 8 sesiones semanales de una hora y media a dos de duración por sesión. En el segundo se aplicó un tratamiento con una racionalidad similar, pero no se proporcionó un modelo sistemático con el que solucionar los problemas. Los análisis estadísticos tradicionales y de significación clínica indicaron reducciones significativas en la depresión en el grupo de TSP que se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. Las mejoras en depresión en la condición de TSP fueron superiores a las observadas en los grupos TFP y GCLE.

Tabla 1
Estudios sobre modalidades no abreviadas de terapias de solución de problemas para la depresión

| Autores | N | Sexo | Edad | Medidas/grupos | Períodos de evaluación | | | |
|---------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|---|----------------------------|---|--------------------------|------|
| | | | | | Pretratamiento | Postratamiento | Seguimiento | |
| Nezu (1986) | 32 | 8 hombres 24 mujeres | 41.7 (12.8) | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | | (6 meses) | |
| | | | | Solución de problemas (n = 12) | 23.9 (7.1) | 9.8 (4.7) | 9.5 (3.6) | |
| | | | | Centrada en el problema (n = 11) | 23.3 (6.6) | 18.0 (7.5) | 19.5 (6.4) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 9) | 20.7 (5.4) | 21.0 (6.3) | - | |
| | | | | <i>MMPI-D</i> | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 12) | 81.4 (8.1) | 57.3 (4.6) | 52.5 (6.9) | |
| Nezu et al. (1989) | 43 | 8 hombres 35 mujeres | 45.8 (11.4) | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | | (6 meses) | |
| | | | | Solución de problemas (n = 15) | 26.0 (3.0) | 6.6 (3.2) | 5.9 (4.6) | |
| | | | | Solución de problemas breve (n = 15) | 27.7 (6.4) | 13.0 (4.8) | 11.4 (6.2) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 13) | 27.3 (4.3) | 24.7 (7.8) | - | |
| | | | | <i>Escala de Hamilton</i> | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 15) | 24.1 (3.0) | 7.7 (4.5) | 6.4 (4.0) | |
| Stark et al. (1987) | 28 | 16 niños 12 niñas | 134.07 ⁽¹⁾ | <i>Inventario de depresión para niños</i> | | | (8 semanas) | |
| | | | | Solución de problemas (n = 10) | 22.4 (8.5) | 9.0 (8.3) | 7.3 (7.2) | |
| | | | | Autocontrol (n = 9) | 21.6 (5.7) | 8.0 (6.6) | 5.4 (5.0) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 9) | 20.1 (9.9) | 18.6 (9.9) | - | |
| | | | | <i>Entrevista de depresión para niños</i> | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 10) | 33.5 (10.3) | 24.2 (6.0) | 24.3 (4.7) | |
| Hussian y Lawrence (1989) | 36 | ⁽²⁾ | 73.6 (69-76) ⁽³⁾ | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | LB/semana 2 ⁽⁴⁾ | LB/semana 2 ⁽⁴⁾ (2.semanas) ⁽⁴⁾ | (3 meses) ⁽⁴⁾ | |
| | | | | SP (n = 12) | 6.6 | | | |
| | | | | RS (n = 12) | 5.4 | | | |
| | | | | GCLE (n = 12) | 0.5 | | | |
| | | | | SP-SP (n = 6) | | 10.2 | 11.1 | 11.1 |
| | | | | SP-RS (n = 6) | | 12.2 | 12.2 | 11.0 |
| | | | | RS-RS (n = 6) | | 7.3 | 2.2 | 1.2 |
| | | | | RS-SP (n = 6) | | 10.3 | 10.0 | 10.0 |
| | | | | GCLE (n = 6) | | 2.7 | -0.2 | -1.2 |
| | | | | GI (n = 6) | | 1.2 | 2.7 | 2.2 |
| Areán et al. (1993) | 75 | 19 hombres 56 mujeres | 66.4 (55-80) ⁽³⁾ | <i>Escala de Hamilton</i> | Pretratamiento | Postratamiento | (3 meses) | |
| | | | | Solución de problemas (n = 28) | 25.2 (5.7) | 8.8 (6.3) | 8.5 (6.0) | |
| | | | | Reminiscencia (n = 27) | 25.3 (6.1) | 17.6 (9.9) | 18.4 (8.8) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 20) | 22.4 (5.5) | 22.0 (4.5) | - | |
| | | | | <i>Escala de depresión geriátrica</i> | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 28) | 19.8 (4.8) | 13.6 (6.6) | 13.8 (6.2) | |
| | | | | Reminiscencia (n = 27) | 19.2 (6.6) | 16.5 (6.8) | 14.5 (6.2) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 20) | 17.0 (5.1) | 18.4 (4.3) | - | |
| | | | | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 28) | 23.7 (5.2) | 15.7 (6.9) | 16.7 (9.9) | |
| | | | | Reminiscencia (n = 27) | 23.6 (6.5) | 16.9 (9.5) | 15.6 (9.0) | |
| | | | | Control lista de espera (n = 20) | 23.0 (4.3) | 21.2 (6.0) | - | |

Nota. (1) promedio de edad en meses; (2) no hay datos; (3) rango de edad; (4) puntuaciones diferenciales entre el pretratamiento y los períodos de evaluación correspondientes.

Nezu y Perri (1989) diseñaron un estudio para replicar los hallazgos del estudio de Nezu (1986) y evaluar la contribución del componente de *orientación hacia el problema* en el tratamiento de la depresión. Asignaron 43 sujetos universitarios con depresión a

una de las tres condiciones: (a) terapia de solución de problemas (TSP); (b) terapia de solución de problemas abreviada (TSPA); y, (c) grupo control de lista de espera (GCLE). Las dos terapias se aplicaron a lo largo de 10 sesiones semanales de dos horas cada

una. En el grupo TSP se aplicaron los cinco componentes del modelo. En el TSPA no se entrenó a los sujetos en el componente de *orientación hacia el problema*. Al final de la intervención se encontró que los sujetos de las condiciones TSP y TSPA puntuaron significativamente menos en depresión que los del GCLE y las puntuaciones fueron más bajas que en el pretratamiento. Estos resultados fueron clínicamente significativos. La disminución en los síntomas depresivos correlacionó significativamente con el incremento en la habilidad de solución de problemas. A los 6 meses de seguimiento, se mantuvieron los beneficios terapéuticos en ambas condiciones de tratamiento, aunque logró mejores resultados el grupo TSP.

Stark, Reynolds y Kaslow (1987) compararon la efectividad de una terapia de solución de problemas con una terapia de autocontrol para el tratamiento de niños deprimidos. Asignaron al azar a 28 niños escolarizados a una intervención de solución de problemas, a una de autocontrol y a un grupo de lista de espera. La terapia de solución de problemas constó de educación, autorregistro de eventos placenteros y solución de problemas en grupo dirigida hacia la mejora de la conducta social. Se llevaron a cabo 12 sesiones de 45-50 minutos durante 5 semanas. Los niños que participaron en ambas intervenciones experimentales presentaban una mejoría significativa en las puntuaciones de depresión con respecto a los del grupo control. En el seguimiento a las 8 semanas se mantuvieron los resultados que se hallaron en el postratamiento.

Hussain y Lawrence (1981) compararon la efectividad de la terapia de solución de problemas con un programa de reforzamiento social para el tratamiento de la depresión en ancianos depresivos institucionalizados. Treinta y seis pacientes fueron asignados al azar a tres grupos: (a) terapia de solución de problemas (TSP); (b) reforzamiento social (RS); o, (c) grupo control de lista de espera (GCLE). Los dos grupos de tratamiento se reunieron durante 5 sesiones de 30 minutos durante la primera semana. La TSP consistió en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas descrito por Goldfried y Davison (1976). Después de la primera semana de tratamiento, cada uno de los tres grupos se subdividió aleatoriamente en dos creando seis condiciones: (a) solución de problemas/solución de problemas (SP-SP); (b) solución de problemas/reforzamiento social (SP-RS); (c) reforzamiento social/reforzamiento social (RS-RS); (d) reforzamiento social/solución de problemas (RS-SP); y, (e) grupo control de lista de espera/grupo informativo (GCLE-GI). Al final de la primera semana de tratamiento, las dos condiciones experimentales puntuaron menos en depresión que el grupo control. Al final de la segunda semana de tratamiento, sólo esos grupos que recibieron entrenamiento en solución de problemas redujeron significativamente las puntuaciones en depresión.

Arean et al. (1993) llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia de la terapia de reminiscencia y la terapia de solución de problemas en 75 personas mayores con depresión mayor, que se asignaron al azar a los grupos de terapia de solución de problemas, de terapia de reminiscencia y de lista de espera. Las dos terapias se aplicaron a lo largo de 12 sesiones semanales de una hora y media de duración. La terapia de solución de problemas que se aplicó fue una adaptación del enfoque propuesto por Nezu et al. (1989). Tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 3 meses, se encontró que ambas terapias habían reducido significativamente los síntomas depresivos con respecto a los sujetos del grupo control. La terapia de solución de problemas redujo significativamente más la sintomatología depresiva que la terapia de reminiscencia.

Investigaciones con modalidades breves de terapias de solución de problemas para el tratamiento de la depresión

Las modalidades breves de terapia de solución de problemas se han aplicado fundamentalmente en contextos de atención primaria y comunitarios (ver Tabla 2). Mynors-Wallis et al. (1995) compararon la terapia de solución de problemas con medicación antidepressiva para el tratamiento de depresión en pacientes de atención primaria. Noventa y un sujetos con depresión mayor fueron asignados al azar a terapia de solución de problemas, amitriptilina o placebo. En los tres grupos se ofreció a los participantes 6 ó 7 sesiones de 30 a 60 minutos durante 3 meses. Los tratamientos fueron aplicados por un psiquiatra y dos médicos que fueron entrenados en terapia de solución de problemas y la administración del fármaco. En la semana 6 y 12 postratamiento, los grupos de terapia de solución de problemas y la amitriptilina puntuaron significativamente menos en depresión que el placebo. No se encontraron diferencias entre las dos condiciones experimentales.

Mynors-Wallis, Davies, Gray, Barbour y Gath (1997) plantean un estudio para conocer si se podría entrenar a enfermeras en la aplicación de terapia de solución de problemas y, una vez entrenadas, cuál sería su efectividad para tratar los trastornos emocionales en atención primaria. Setenta pacientes referidos por sus médicos de cabecera y diagnosticados con un trastorno emocional (ej., depresión, trastorno de ansiedad generalizado, depresión-ansiedad mixta) fueron asignados aleatoriamente para recibir terapia de solución de problemas aplicada por una enfermera o para recibir el tratamiento médico usual. No se hallaron diferencias en el resultado clínico entre pacientes que recibieron tratamiento de solución de problemas y los pacientes que recibieron el tratamiento usual de su médico de cabecera. La suma de los costes directos e indirectos fue menor para la terapia de solución de problemas que para el tratamiento médico usual.

Dowrick et al. (2000) llevaron a cabo un estudio para determinar la aceptabilidad de dos intervenciones psicológicas para adultos con trastornos depresivos, distímicos, trastornos adaptativos, duelo u otros trastornos depresivos, en un contexto comunitario en el que participaron 9 comunidades rurales y urbanas de Finlandia, República de Irlanda, Noruega, España e Inglaterra. Se asignaron 425 pacientes a una intervención de tratamiento individual de terapia de solución de problemas de 6 sesiones adaptada de Hawton y Kirk (1989), al curso de prevención de la depresión de formato grupal de 8 sesiones y al grupo control. Las intervenciones fueron administradas por personal cualificado en psicología, enfermería o profesiones afines a la salud. A los 6 meses, la proporción de participantes deprimidos en el grupo de solución de problemas fue del 17% menos que en los controles. A los 12 meses, no hubo diferencias entre las dos intervenciones y los controles. Ni los diagnósticos específicos, ni el tratamiento con antidepressivos afectó a los resultados.

En un estudio (Mynors-Wallis, Gath, Day y Baker, 2000) se evaluó la efectividad de la combinación de fármacos antidepressivos y la terapia de solución de problemas. Se asignaron al azar a 151 pacientes con depresión mayor a los grupos: (a) tratamiento de solución de problemas aplicado por médicos de atención primaria; (b) tratamiento de solución de problemas aplicado por enfermeras; (c) medicación antidepressiva prescrita por médicos de atención primaria; o, (d) combinación de solución de problemas y antidepressivos. Los tratamientos se aplicaron en 6-7 sesiones a lo largo de 12 semanas. Los pacientes de todos los grupos mostraron una

Tabla 2
Estudios sobre modalidades breves de terapias de solución de problemas para la depresión

| Autores | N | Sexo | Edad | Medidas/grupos | Períodos de evaluación | | | | | | |
|--|------------|---------------------------|---------------------|---|------------------------|----------------------------|----------------------|--|------------|----------------------|-----------------------|
| | | | | | Pretratamiento | Postratamiento | Seguimiento | | | | |
| Mynors-Wallis et al. (1995) | 91 | 21 hombres 70 mujeres | 37.1 (11.4) | <i>Escala de Hamilton</i> | | (Semana 6) | (Semana 12) | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 30) | 19.4 (4.9) | 8.5 (6.2) | 7.1 (6.7) | | | | |
| | | | | Amitriptilina (n = 31) | 19.1 (4.8) | 10.3 (6.5) | 8.1 (7.1) | | | | |
| | | | | Placebo (n = 30) | 18.4 (3.6) | 13.8 (5.7) | 11.8 (7.3) | | | | |
| | | | | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | | | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 30) | 26.5 (9.9) | 11.3 (9.4) | 9.0 (9.9) | | | | |
| Mynors-Wallis et al. (1997) | 70 | 16 hombres 54 mujeres | 38.0 ⁽¹⁾ | <i>Inventario de entrevista clínica</i> | | (Semana 8) | (Semana 26) | | | | |
| | | | | Solución de problemas (n = 40) | 19.8 (10.8) | 12.4 (10.3) | 9.3 (7.9) | | | | |
| | | | | Tratamiento médico usual (n = 30) | 19.0 (10.9) | 11.9 (10.5) | 9.2 (7.2) | | | | |
| | | | | Dowrick et al. (2000) | 425 | 148 hombres 277 mujeres | 18-65 ⁽²⁾ | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | (6 ^o mes) | (12 ^o mes) |
| | | | | | | | | Solución de problemas (n = 128) | 23.1 (7.6) | 12.5 (10.0) | 1.2 (9.2) |
| | | | | | | | | Prevención de la depresión (n = 108) | 22.4 (9.1) | 14.3 (9.7) | 14.6 (8.8) |
| Control (n = 189) | 22.5 (8.0) | 15.0 (10.2) | 12.6 (9.5) | | | | | | | | |
| Mynors-Wallis et al. (2000) ⁽²⁾ | 151 | 35 hombres 116 mujeres | 35.0 ⁽¹⁾ | <i>Escala de Hamilton</i> | (Semana 6) | (Semana 12) | (Semana 52) | | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽³⁾ (n = 39) | 20.5 (18.9-22.1) | 12.7 (10.4-15.1) | 8.5 (5.8-11.2) | 5.8 (2.7-8.8) | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽⁴⁾ (n = 41) | 20.5 (19.1-21.9) | 10.4 (8.1-12.8) | 8.7 (6.1-11.3) | 5.9 (3.4-8.3) | | | |
| | | | | Medicación sola (n = 36) | 20.2 (19.1-21.4) | 10.7 (8.2-13.2) | 6.2 (3.7-8.6) | 7.2 (5.1-9.2) | | | |
| | | | | Combinación (n = 35) | 19.8 (18.5-21.1) | 10.8 (8.5-13.1) | 7.5 (5.2-9.9) | 5.7 (3.4-7.9) | | | |
| | | | | <i>Inventario de depresión de Beck</i> | | | | | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽³⁾ (n = 39) | 29.1 (26.4-31.8) | 19.7 (16.2-23.2) | 12.2 (8.3-16.2) | 9.6 (4.6-14.7) | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽⁴⁾ (n = 41) | 30.3 (27.9-32.8) | 16.1 (12.5-19.6) | 13.0 (9.4-16.7) | 11.5 (6.8-16.2) | | | |
| | | | | Medicación sola (n = 36) | 30.2 (27.7-32.7) | 15.1 (10.9-19.3) | 11.8 (7.8-15.8) | 11.5 (6.9-16.2) | | | |
| | | | | Combinación (n = 35) | 30.0 (27.3-32.6) | 16.3 (12.9-19.7) | 9.3 (6.6-12.0) | 8.6 (5.3-11.9) | | | |
| | | | | <i>Inventario de entrevista clínica</i> | | | | | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽³⁾ (n = 39) | 29.6 (27.4-31.9) | 19.0 (15.4-22.7) | 12.4 (8.1-16.6) | 8.2 (3.8-12.5) | | | |
| | | | | Solución de problemas ⁽⁴⁾ (n = 41) | 28.6 (26.6-30.7) | 16.4 (12.7-20.0) | 11.9 (8.2-15.7) | 8.6 (4.6-12.6) | | | |
| | | | | Medicación sola (n = 36) | 29.3 (27.3-31.2) | 14.0 (10.1-17.9) | 9.8 (6.1-13.5) | 11.5 (7.3-15.6) | | | |
| | | | | Combinación (n = 35) | 29.0 (26.5-31.5) | 14.0 (10.8-17.3) | 9.6 (6.3-12.9) | 9.7 (5.9-13.6) | | | |

Nota: (1) No se dan las desviaciones típicas; (2) Rango de edad; (3) Terapia de solución de problemas aplicada por médicos de atención primaria; (4) Terapia de solución de problemas aplicada por enfermeras.

clara mejoría durante el tratamiento. La combinación de los tratamientos de solución de problemas y farmacológico no fue más efectivo que cuando se aplicaron por separado.

Discusión

Los resultados hallados en los distintos estudios proporcionan un fuerte apoyo a la efectividad de esta modalidad de terapia para el tratamiento de la depresión mayor. Los análisis estadísticos tradicionales (ej., Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989) y de significación clínica (ej., Nezu, 1986; Mynors-Wallis et al., 1995) de los resultados indican que las personas que recibieron terapia de solución de problemas tuvieron reducciones significativas en su depresión, tanto al final del tratamiento como en los seguimientos (ej., Nezu y Perri, 1989). Las puntuaciones en depresión son por lo general sustancialmente más bajas en los grupos de terapia de solución de problemas que en otras terapias (ej., terapia centrada en el problema), grupos control o grupos placebo. Las modalidades breves de terapia de solución de problemas han demostrado que también son

efectivas para tratar la depresión mayor en atención primaria (Mynors-Wallis et al., 1995, 2000), así como en contextos comunitarios (Dowrick et al., 2000). La terapia de solución de problemas es eficaz cuando es aplicada por médicos o enfermeras de atención primaria (Mynors-Wallis et al., 1997, 2000) y es coste-efectiva (Mynors-Wallis et al., 1997). La combinación con un tratamiento farmacológico en atención primaria no incrementa su eficacia (Mynors-Wallis et al., 2000). Es más, los resultados que hemos encontrado coinciden con los de otros autores, ya sea cuando se han referido a la técnica de solución de problemas como modalidad de tratamiento para diversos trastornos (ej., Pérez y Fernández, 2001) o sólo para la depresión (ej., Pérez y García, 2001).

Hay algunas cuestiones que es necesario investigar. Por ejemplo, sólo en algunos estudios (ej., Nezu y Perri, 1989; Areat et al., 1993) se han incluido medidas para evaluar la mejora en las habilidades de solución de problemas y se ha analizado su relación con los resultados obtenidos en las puntuaciones de depresión. Sin estas medidas (ej., inventario de solución de problemas) no es posible determinar si la reducción en la depresión está relacionada con

el aprendizaje de las habilidades de solución de problemas o es producto de factores inespecíficos (ej., expectativas del sujeto). También es ineludible la búsqueda de factores que nos lleven a comprender la permanencia de los efectos que producen las intervenciones cuyo objeto es tratar la depresión (Kessler et al., 1994), que en el caso concreto de la terapia de solución de problemas se traduce en averiguar si los sujetos continúan usando las habilidades aprendidas, una vez tratados, y la relación entre la prevención de la depresión y su utilización continuada. Tampoco se ha estudiado la utilidad de la terapia de solución de problemas en el tratamiento de la depresión con síntomas comórbidos como la ansiedad; sólo en el estudio de Mynors-Wallis (1997) se incluyó un pequeño porcentaje de sujetos con estas características. Sólo en algunas investigaciones (ej., Arean et al., 1993) se ha hecho un esfuerzo por estudiar la adherencia de los terapeutas a los protocolos de intervención, cuestión que es imprescindible para determinar si realmente se aplicó la terapia que se pretendía administrar. Otra

cuestión que necesita ser contestada es cuándo se debería aplicar la terapia de solución de problemas o la medicación. Mynors-Wallis et al. (1995) sugieren para el contexto de atención primaria que la terapia de solución de problemas sería el tratamiento de elección cuando los terapeutas estén entrenados, el paciente esté motivado para llevar a cabo esta terapia y la depresión tenga un grado de severidad media.

A pesar de algunos problemas metodológicos y limitaciones en algunos de los estudios revisados, la mayoría de ellos presentan un elevado rigor metodológico. La evidencia muestra que la terapia de solución de problemas no sólo es una intervención eficaz para la depresión, sino que es un enfoque de tratamiento lógico, sistemático y razonablemente 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.

Referencias

- Arean, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones, *Psicología Conductual*, 8, 547-560.
- Arean, 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.
- 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.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. y Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 976-986.
- Depression Guideline Panel (1993). *Depression in primary care: Vo. 1. Diagnosis and detection*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vázquez-Barquero, J.L. y Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: Multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 1450-1454.
- D'Zurilla, T.J. (1993). Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1986).
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201-274). Nueva York: Academic Press.
- D'Zurilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª ed.). Nueva York: Springer.
- Goldfried, M.R. y Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Hawton, K. y Kirk, J. (1989). Problem-solving. En K. Hawton, P. Salukovskis y J. Kirk (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 406-426). Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Muñoz, R. F. (1998). Depression applied aspects. En H.S. Friedman (Dir.), *Encyclopedia of mental health* (Vol 1, pp. 733-741). San Diego, CA: Academic Press.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Lloyd-Thomas, A.R. y Tomlinson, D. (1995). Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 310, 441-445.
- Mynors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A., Barbour, F. y Gath, D. (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. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Saraydarian, L., Kalmar, K. y Ronan, G.F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 489-498.
- 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.
- Pérez, M. y Fernández, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Sigmond, 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.

- Vázquez-Barquero, J.L., Díez, J.F., Pena, C., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J. y Mirapeix, C. (1987). A community mental healthy survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- 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.