



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 4

Diciembre de 2017

## INTEGRACIÓN DEL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL Y CENTRADO EN SOLUCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Ana Olivia Godínez Burgos<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Nuevo León  
México

### RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es mostrar la eficacia de una intervención integrando los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones en el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos. Con esta finalidad se desarrolló un plan de trabajo que consistió en 7 sesiones en las cuales se utilizaron diversas técnicas de ambos enfoques terapéuticos. Como instrumento de evaluación antes y después del tratamiento, se empleó el inventario de Depresión de Beck (BDI), así como la pregunta escala propuesta por el modelo centrado en soluciones. Al finalizar el tratamiento se observó una reducción en los síntomas depresivos de la paciente, así como un aumento en la pregunta escala y diversos cambios en la sintomatología inicial, entre los que destacan una mayor seguridad en sí misma y en sus decisiones, una clara mejoría en su estado de ánimo que incluía una mayor esperanza y fe en sí misma. Mediante el presente artículo se comprueba que tanto el enfoque cognitivo-conductual como el centrado en soluciones poseen un alto grado de eficacia para el tratamiento de los síntomas depresivos y que, al utilizarlos de manera combinada se pueden obtener resultados favorables.

**Palabras clave:** terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en soluciones, depresión, estudio de caso.

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología por la Universidad de Monterrey, Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: [anagodb@gmail.com](mailto:anagodb@gmail.com)

# INTEGRATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL AND SOLUTIONS CENTERED APPROACHES FOR THE TREATMENT OF A PATIENT WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

## ABSTRACT

The objective of this research is to show the effectiveness of an intervention integrating cognitive-behavioral and solution-focused therapy in the treatment of a patient with depressive symptoms. For this purpose, a work plan was developed that consisted of 7 sessions in which diverse techniques of two therapeutic approaches were used. As the instrument of evaluation before and after the treatment, the Beck Depression Inventory was used, as well as the scale question proposed by the solution focused model. At the end of the treatment there was a reduction in the patient's depressive symptoms, as well as an increase in the scale question and several changes in the initial symptomatology, among which a greater safety in itself and in its decisions, a clear improvement in her state of mind that included greater hope and faith in herself. By this article, it is found that both cognitive-behavioral as focused on solution approaches possess a high degree of efficacy for the treatment of depressive symptoms and, when it is used in combination, it can obtain favorable results.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy, solution focused therapy, depression, case study.

La depresión puede ser definida de acuerdo con las siguientes características: (1) una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía, (2) un auto concepto negativo asociado con auto reproches y culpa, (3) deseos auto punitivos: deseos de escapar, esconderse o morir, (4) cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida de la libido, y (5) cambios en los niveles de actividad: retraso o agitación (Beck y Alford, 2009). De acuerdo con el DSM V, en la depresión, cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante al menos dos semanas son:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva e inapropiada casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días.
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

La depresión se ha convertido en uno de los problemas psicológicos más prevalentes y actualmente uno de los que más carga supone en términos de discapacidad para la población en general, por lo cual el que las personas deprimidas no reciban el tratamiento necesario puede dar pie a importantes consecuencias negativas, siendo así primordial la elección de un tratamiento o intervención adecuada para el abordaje de dicha problemática (Cano-Vindel, Salguero, Mae, Dongil y Latorre, 2012).

Los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en establecerse y generalmente son los más utilizados para tratar la depresión, sin embargo, hay terapias que han mostrado una eficacia similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos, entre ellas se ha considerado a la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento de elección en este trastorno (Echeburúa, Salaberría, de Corral, Cenea y Berasategui, 2000 en Pérez y García, 2001).

La Terapia Cognitiva se define como un procedimiento activo, directivo y estructurado de tiempo limitado, el cual se utiliza con el fin de tratar diversas alteraciones psiquiátricas como la depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Dicha terapia tiene como fundamento el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de una persona están determinados por la forma en que éste estructura el mundo (Beck 1967, 1976, en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

En diversos estudios se ha comprobado la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de varios trastornos, entre ellos la depresión. Por

ejemplo, en 1993 se realizó un estudio acerca de la aplicación de la TCC para el tratamiento de la depresión y se concluyó que dicha terapia es eficaz, además, los resultados de ésta son superiores a los tratamientos con fármacos tricíclicos en casos de depresión unipolar (Hollon, Shelton y Davis, 1993 en Puerta y Padilla, 2011).

Así mismo Bados, García y Fusté (2002), mencionan que, en los pocos estudios que han evaluado las variables relacionadas con el funcionamiento general de las personas, se han encontrado mejorías en dichas variables al utilizar la terapia cognitivo-conductual aplicada a la depresión y al trastorno de pánico. Por otro lado, Sanz, Athanássios y Bottino (2014), evaluaron la efectividad de la TCC en el tratamiento de la depresión para adultos mayores con déficits cognitivos y mencionan que, de acuerdo con la literatura reciente, la TCC es efectiva para el tratamiento de síntomas depresivos en adultos mayores, además, concluyen que dicha terapia ha resultado ser más efectiva que otras como la Terapia de apoyo en este tipo de población.

Por su parte, la Terapia Centrada en Soluciones fue desarrollada por Steve De Shazer a finales de los 70, el objetivo más importante de este estilo de terapia es construir e implementar soluciones, se dedica más a explorar las soluciones que los problemas (Tarragona, 2006).

Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), mencionan que la terapia centrada en soluciones (TCS) ha sido también uno de los tratamientos a elegir para la depresión. De acuerdo con Murphy (1993), este tipo de orientación incluido dentro de las terapias breves, acepta la posibilidad de que una sola sesión puede ser suficiente para un cambio significativo, además esta terapia se caracteriza por estar orientada hacia las acciones o soluciones en lugar de hacia los problemas como lo hacen otro tipo de aproximaciones. En el estudio realizado por este autor, comenta que una sola sesión de TCS para adolescentes con depresión puede ser beneficiosa porque les ayuda a identificar específicamente qué es lo que necesitan hacer para sentirse mejor, les provee un aumento en su autoestima resaltando sus fortalezas y les ayuda a identificar otras áreas a las que pueden recurrir como los servicios de tutoría o los grupos de entrenamiento en asertividad.

Al final del estudio en el que comparó los efectos de una sola sesión de TCS con una de Terapia Centrada en el Problema (TCP) en el estado de ánimo, el autoestima y las percepciones del consejero en estudiantes universitarios; el autor concluye que una sola sesión de terapia estaba fuertemente relacionada con una mejoría inmediata en el estado de ánimo de los participantes, el cual se mantuvo durante una semana.

Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), citan el estudio de 1993 de Sundstrom quien comparó TCS de una sola sesión con una sesión de Psicoterapia Interpersonal para la Depresión (IPT), para el tratamiento de estudiantes universitarios. La muestra se componía de 40 estudiantes de Psicología, el autor indica que el 34% reunía los criterios diagnósticos de depresión mayor, aunque la evaluación la realizó con el Inventory para la Depresión de Beck (BDI), por lo que podríamos entender que se trataba de sintomatología severa de depresión. Al final, los resultados en el BDI y la Depression Adjective Checklists indicaron que ambos tratamientos produjeron mejorías significativas; no hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos, por lo que no hay una conclusión sobre cuál sería más efectivo.

En otro estudio citado por Beyebach, Estrada y Herrero de Vega (2006), realizado en 2004 por Knekt y Lindfors se investigó la efectividad de cuatro tratamientos diferentes para pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad: terapia centrada en soluciones, psicoterapia psicodinámica breve (PPB), psicoterapia psicodinámica de larga duración y psicoanálisis. En un primer momento solamente se informó acerca de la efectividad de los dos primeros modelos, la TCS y la PPB, hasta los 12 meses. Se encontró que mediante ambos se obtuvo un rápido decremento en los síntomas depresivos y de ansiedad durante los primeros meses de la terapia, la única diferencia encontrada fue que en la TCS hubo una remisión más rápida de los síntomas depresivos a los 3 meses, sin embargo, ya no se encontraron diferencias al realizar las mediciones a un año de haber finalizado el tratamiento.

De igual manera, Koorankot, Mukherjee y Ashraf (2014), realizaron un estudio en el cual comprobaron la efectividad del tratamiento basado en la Terapia Centrada

en Soluciones con pacientes con depresión en una comunidad de la India, en el cual evaluaron a 9 participantes (6 mujeres y 3 hombres) de 24 a 48 años con síntomas leves, moderados y severos de depresión. En dicho estudio se visitó a los participantes para invitarlos a participar, se les dio una psicoeducación acerca de su condición, el tratamiento, la medicación y sus efectos, y se les ofrecieron sesiones de 45 a 60 minutos; se realizó una evaluación pre y post test mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y los resultados concluyeron que la Terapia Centrada en Soluciones es una aproximación terapéutica útil en el tratamiento de la depresión. Con excepción de una persona, los participantes en el estudio experimentaron mejorías y una gran disminución en las puntuaciones del BDI-II después del tratamiento.

Por último, se considera que los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor efectividad para la depresión incluyen la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas (Cuijpers *et al.* 2009, en Cano-Vindel *et al.*, 2012).

El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de un tratamiento combinando los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones para el caso de una paciente de 44 años que presentaba síntomas depresivos y además acudía a consulta por problemas con su pareja ya que su relación había sido muy conflictiva. La intervención se centró en evaluar los síntomas de depresión que se habían incrementado a raíz de los problemas con su pareja y mejorar el estado de ánimo de la paciente cuyo objetivo fue llegar a ser una persona más segura de sí misma y de sus decisiones. Con base en la efectividad de los dos enfoques anteriormente mencionados para los síntomas depresivos y otras problemáticas, se aplicó un tratamiento de 7 sesiones y los resultados obtenidos se exponen a continuación.

## MÉTODO

### *Tipo de estudio*

Para evaluar la eficacia de la intervención, se utilizó un diseño de estudio de caso con evaluación pre y post intervención, es decir, aquel en el cual se toma una medida antes de la intervención y otra después (Montero y León, 2002).

#### *Identificación del paciente*

Se presenta el caso de una paciente de 44 años, divorciada, enfermera de profesión, que vivía al momento del tratamiento psicológico con sus tres hijos de 26, 19 y 4 años.

La paciente acude a consulta con el objetivo de ser una persona más segura de sí misma y de sus decisiones, además de mejorar su actual relación de pareja y mejorar su autoestima. Esto se considera el objetivo terapéutico.

A lo largo de la primera entrevista, la paciente se mostró colaboradora e interesada por comenzar el proceso, además destacó su motivación por recibir atención psicológica para resolver sus dificultades. Aunado a la atención que se le brindó, ella mencionó al mismo tiempo estar en un tratamiento de hipnosis y en cuatro ocasiones, hacía algún tiempo, haber acudido a sesiones de consejería de pareja con su novio.

## ANÁLISIS FUNCIONAL

#### *Descripción del caso*

La paciente trabajó durante 13 años en dos hospitales, sin embargo desde aproximadamente 7 meses antes de iniciar con la terapia trabajaba como asistente en el negocio de textiles de su pareja; aunque en este trabajo no se había sentido tan cómoda como en aquellos donde se desempeñaba como enfermera.

Mencionó que 2 años antes se había separado de su esposo y 1 año antes de iniciar con el proceso terapéutico se divorció, mantuvo durante 25 años un matrimonio con violencia psicológica en su mayoría y en tres ocasiones se presentó también violencia física contra ella, comentó que había intentado varias veces separarse de su esposo y al final regresaba con él. Finalmente en una discusión en la que sus hijos intervinieron ella se dio cuenta de que no quería permitir que su esposo llegara a lastimar a sus hijos ni que ellos siguieran creciendo en ese ambiente.

Reportó durante la entrevista que para ella fue muy angustiante el proceso de divorcio, sintió coraje y resentimiento por su ex esposo, sin embargo le preocupaba mucho cómo se sentían y qué pensaban sus hijos, en lugar de preocuparse por ella misma. Durante este proceso no tuvo apoyo por parte de sus padres o hermanos, estuvieron muy alejados y la única persona que la apoyó fue su actual pareja con quien llevaba aproximadamente 1 año y medio de relación.

Para la paciente significó mucho conocerlo y sentir el apoyo por parte de él, le daba consejos y fue un gran amigo hasta que ya en su relación de pareja comenzó a volverse muy posesivo, tanto que sintió no poder ser ella misma, ya que su pareja no le permitía realizar muchas cosas o expresar sus opiniones tanto a nivel profesional como personal y todo el tiempo él quería ser lo más importante. La paciente mencionaba que no le gustaba que su pareja no le permitiera expresar sus opiniones, no aceptaba que ella tuviera amistad con hombres, no aceptaba sus puntos de vista y esto la hacía sentirse insegura sobre todo en su trabajo; en las ocasiones en que discutían ella reaccionaba de manera agresiva, con enojo, gritos o prefiriendo evadir la situación porque no le era posible controlarse (bajarse del carro, salirse del lugar en el que estaban, etc.).

Al momento de iniciar la terapia reportaba que las discusiones con su pareja le estaban afectando mucho, tanto que sintió la necesidad de buscar ayuda porque notó que de repente reaccionaba con mucha ira, no se controlaba, en ocasiones estaba "muy llorona" y en otras sarcástica. Normalmente estos cambios de humor se relacionaban a alguna situación en la que discutía con su pareja.

Ella se definía como una persona paciente, creativa y poco sociable, tenía pocas amigas y generalmente no las frecuentaba y solía alejarse mucho de ellas, además había dejado de hacer muchas cosas que le gustaban como pintar y practicar guitarra.

### *Factores predisponentes*

#### *Historia familiar*

La paciente venía de una familia de 5 hermanos, ella era la mayor y después le seguían 2 hermanas y 3 hermanos. Durante el curso del tratamiento vivía con sus tres hijos, de 26, 19 y 4 años, un año antes de iniciar el tratamiento, a sus 43 años, se divorció de su esposo.

La relación con sus padres siempre había sido mala, desde que ella era niña no había buena comunicación y siempre la limitaron mucho, no le daban permisos de salir o de hacer cosas que le gustaban; incluso no la dejaban ir a las casas de sus amigos, hacer tareas o trabajos en equipo. En estas ocasiones ella lloraba mucho pero siempre les hacía caso a sus padres.

Por otro lado, desde que comenzó su relación de noviazgo con su ex esposo, e incluso aun cuando decidieron casarse, sus padres nunca estuvieron de acuerdo con que él fuera su pareja y no apoyaban su relación.

A continuación se presenta el genograma de la paciente (Figura 1), en el cual se observan los miembros que conforman su familia, las dos líneas que se encuentran entre ella y su ex esposo representan el divorcio de éstos y, a través de las líneas quebradas se representa la relación distante y conflictiva que la paciente mantenía con sus padres y con su pareja.

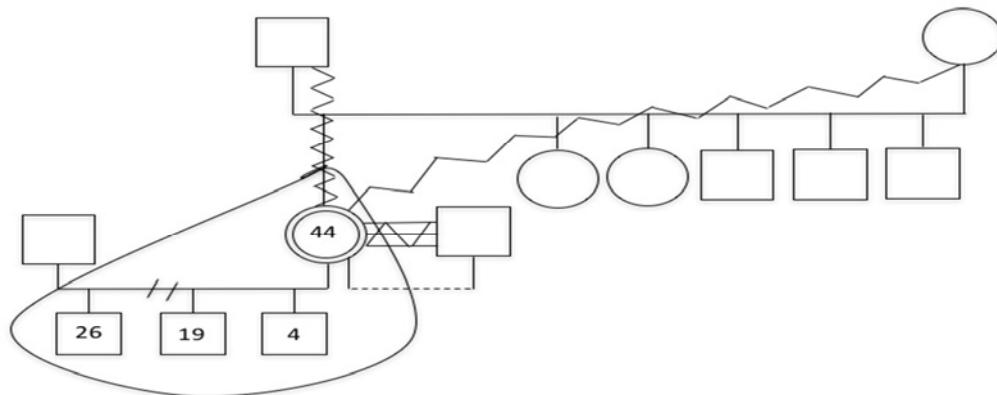


Figura 1. Genograma de la paciente

#### *Historia personal*

Durante todo el proceso de separación y divorcio la paciente se sintió muy intranquila, como parte del proceso le pidieron que se realizara una

evaluación psicológica en la cual como resultado le comentaron que padecía depresión.

### *Recursos*

Era una persona con muy buena actitud para lograr un cambio y contaba con recursos para generar alternativas de solución. Decidió terminar la relación con su ex marido en la cual sufría de violencia. Además es una mujer fuerte y ya había logrado en varias ocasiones controlar su ira y sus emociones cuando había alguna discusión con su pareja.

### *Déficits*

Le era muy difícil mantener firmes sus decisiones y los cambios positivos, volvía a involucrarse en el patrón interaccional problemático con su pareja. Además, aún a pesar de los recursos con los que contaba, le costaba hacer uso de éstos y dar ese paso hacia la acción; esperaba que alguien externo le dijera qué era lo que debía hacer y cómo hacerlo en lugar de ella misma tomar la iniciativa para comenzar a avanzar hacia sus metas terapéuticas.

### *Factores desencadenantes*

No se detectó un solo factor desencadenante, se identificó que se fueron acumulando las diversas discusiones que la paciente tuvo con su novio a lo largo de su relación y el proceso de divorcio con su ex esposo, todo esto desencadenó la sintomatología que presentaba.

### *Factores de control*

Cuando había alguna discusión con su pareja, la paciente se sentía mal y no reaccionaba de una forma adecuada, es decir, reaccionaba gritando lo que provocaba que la discusión continuara o se hiciera incluso más grande, o por el contrario, prefería alejarse o salir del lugar en el que estaban y no hablar sobre la situación. Después de esto ella se sentía triste, desvalorizada, le molestaba que no pudiera hacer cosas que a ella le gustaban y que sus opiniones no fueran tomadas en cuenta. A raíz de esto, cada vez que se presentaba un conflicto, le pasaban por la mente pensamientos de ya no querer vivir, ideas como el chocar al ir manejando e ideas sobre cómo ya no vivir. Aunque mencionó que estos

pensamientos eran muy frecuentes, a partir de que comenzó a ir con otra psicóloga, dos semanas antes de comenzar el tratamiento con nosotros, esos pensamientos habían desaparecido por completo. Es así que el principal factor de control eran las discusiones con la pareja.

#### *Situaciones problema*

#### *Sistemas de respuesta:*

Cognitivo: pensaba que ya no quería una relación así, ya no aguantaba, cuando comenzaron los conflictos con su novio tuvo pensamientos de cómo ya no vivir, por ejemplo, de chocar mientras iba manejando, frustración, baja autoestima, se sentía desvalorada, inseguridad.

Conductual: ira, se enojaba y continuaba la discusión con su pareja, se bajaba del carro y se salía del lugar en el que estaban, fumaba una cajetilla diaria y antes fumaba solo cuatro cigarros, estaba perdiendo rápidamente la paciencia con su pareja, mostraba falta de control.

Fisiológico: Llanto.

#### *Factores de mantenimiento*

La situación problema se retroalimentaba por la forma de hacer frente a los factores de control, así las discusiones con su pareja y los momentos en que no eran aceptadas sus opiniones o no le permitía realizar actividades que a ella le gustaban, la hacían sentirse triste, enojada, con ira, impaciente, etc., y esto la llevaba a subir de tono las discusiones o a alejarse sin llegar a un acuerdo o solución; sin embargo, cuando su pareja le pedía disculpas o volvía a verlo, decidía mantener la relación ya que reconocía que él había pasado por muchas cosas difíciles en su vida como el alcoholismo y que hacía un esfuerzo por ser diferente por lo que creía que él podía cambiar y que realmente su relación podía mejorar, y en lugar de tomar una decisión o empezar a hacer las cosas de manera diferente, esperaba que alguien (terapeutas) le dieran consejos y le dijeran qué era lo que debía hacer. Siendo ese ciclo lo que dificultaba el cambio, funcionando las disculpas como los principales factores de mantenimiento.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Tras la entrevista se seleccionaron y aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

1. Inventario de depresión de Beck (BDI), el cual consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta y cada ítem evalúa uno de los siguientes síntomas: humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etcétera, una puntuación por encima de 29 se considera como depresión severa (Pérez Álvarez y García Montes, 2001). Este instrumento es el más utilizado internacionalmente para evaluar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas (Vázquez y Sanz, 1998).

Dicho inventario se aplicó en la cuarta sesión, especificando a la paciente que lo contestara pensando en cómo se sentía el primer día que llegó a la terapia y en la 6<sup>a</sup> sesión con el objetivo de evaluar los cambios en la sintomatología depresiva.

2. La pregunta escala en cada una de las sesiones, cuyo objetivo es que los pacientes valoren del 1 al 10 la gravedad de su problema para, a partir de ahí, trabajar sus mejorías y sus recursos, definir objetivos y concretar metas intermedias (Beyebach, 2006).

## PROCEDIMIENTO

### *Objetivos del tratamiento*

La paciente mencionó que mediante la terapia buscaba sentirse más segura de sus decisiones y de sí misma, además de sentirse más tranquila y poder mejorar su autoestima. A través de la negociación de las metas terapéuticas, se definieron como objetivos terapéuticos los siguientes:

- 1.- Mejorar su habilidad para solución de problemas y toma de decisiones.
- 2.- Lograr una autorregulación emocional.
- 3.- Fortalecer su autoconcepto y autoimagen.
- 4.- Disminuir la sintomatología depresiva.

Además, se acordó con la paciente que estos objetivos se manejarían en una frase de tres palabras que sería el “ser seguramente relajada”, es decir, al cumplir con los tres objetivos planteados anteriormente, la paciente podría sentirse segura de las decisiones que tomara y eso la llevaría a estar tranquila y relajada a nivel emocional.

### *Plan de tratamiento*

Partiendo de la entrevista inicial, la evaluación realizada y los objetivos terapéuticos que se establecieron, se fueron diseñando una a una las sesiones utilizando herramientas de la Terapia Centrada en Soluciones, así como de la Terapia Cognitivo Conductual.

Durante la primera sesión, siguiendo el modelo de análisis funcional propuesto por la Terapia Cognitivo Conductual, se evaluaron los tres sistemas de respuesta: cognitivo, conductual y fisiológico, además de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas que presentaba la paciente. Como mencionan González Ramírez y Juárez Carrillo (2016), el análisis funcional pretende identificar las variables que muestran una relación con el motivo de consulta que se trabajaría en terapia y, además, se detectan los antecedentes y consecuentes que, si fueran modificados, provocarían diferencias en los comportamientos de la persona.

Las primeras dos sesiones fueron dedicadas a evaluar el motivo de consulta así como a ajustar las expectativas de la paciente acerca del tratamiento, durante dichas sesiones se realizaron preguntas reflexivas cuyo objetivo es ayudar al cliente a generar ideas que abran opciones de cambio, dar un nuevo significado, cuestionar o desestabilizar alguna decisión importante o alguna creencia que esté siendo limitante, o para llevar a que la persona descubra, valore y aproveche sus propias experiencias (Charles, 2010). Estas preguntas ayudaron en el proceso de reestructuración cognitiva.

Así mismo, durante la segunda sesión se trabajó desde la TCS utilizando la técnica de la externalización con el objetivo de que la paciente se diera cuenta que la depresión no era parte de ella ni la definía como persona. De acuerdo con White y Epston (1993), la externalización es un método terapéutico que invita a las personas a cosificar y, a veces, personificar el problema que los está oprimiendo; por lo que, mediante esta técnica, el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona o a la relación a la que se atribuía. Así, se buscó que la paciente considerara que la depresión no era una característica de ella, sino que era algo que estaba fuera y que en ocasiones se “apoderaba” de ella, haciéndola sentir mal, triste, desmotivada, desvalorizada, etc.

Primeramente, se pidió a la paciente que pensara en todo lo malo o negativo que la estaba afectando actualmente y que quería sacar de su vida y de sí misma, aquello que quería que cambiara y ya no volviera a presentarse. Esto permitió la atribución de control a su situación, que es característica esencial de la Terapia Centrada en Soluciones. Después se le pidió que todo eso lo representara en un dibujo, considerando que ella había mencionado anteriormente que tenía la habilidad para dibujar y le gustaba pintar. La paciente representó todo eso malo como un árbol seco y lo nombró “oscuridad”.

Posteriormente, para complementar la externalización se utilizó un poco de sugestión hipnótica, se le pidió a la paciente que se pusiera en una posición cómoda y cerrara sus ojos para continuar con el tercer paso que es crear una distancia entre los consultantes y lo externalizado. En este paso debía llevar a su imaginación ese dibujo que había plasmado, visualizando el color y cómo esa representación de lo que deseaba cambiar poco a poco se hacía más y más grande, para después visualizarla empequeñeciéndose y tomando un color más claro y agradable.

Después se continuó con el paso 4 y 5 que son ayudar a los pacientes a que decidan luchar contra el problema y ayudarlos también a que asuman el control en esta lucha; esto pidiendo a la paciente que se visualizara tomando entre sus manos esa imagen y observando detenidamente cómo siendo esa imagen tan pequeña, ella podía tener control sobre la misma y podía ser capaz de enfrentar eso que era importante cambiar. Así, con ese control sobre la imagen, para cerrar la externalización, se le pidió que la visualizara transformada en polvo y diluyéndose en un lugar en donde no le afectara ni le hiciera daño.

Por otro lado, con la finalidad de que la paciente alcanzara el primer objetivo terapéutico y llegara a una mejor solución de problemas y toma de decisiones que la harían sentirse “seguramente relajada”, en la quinta sesión se llevó a cabo la técnica de solución de problemas desarrollada por D’Zurilla y Goldfried en 1971 (Fernández López y Iruarrizaga, 2005), la cual incluye los pasos siguientes: orientación hacia el problema; definición y formulación del problema; búsqueda del mayor número de alternativas como posible solución al problema; valoración de

cada solución posible atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas a corto y largo plazo; toma de decisiones; puesta en práctica de la medida elegida y evaluación de la puesta en práctica (Llavona y Méndez, 2012).

Dicha técnica se realizó tomando en cuenta y utilizando ciertos principios de Programación Neurolingüística (PNL) acerca de lo que O'Connor llama niveles lógicos. Él menciona que un estado es la forma de ser de una persona en un momento determinado, es la suma de sus pensamientos, sentimientos, emociones y energía mental y física. El estado en que una persona se encuentra afecta su salud, la calidad de sus decisiones, la capacidad para aprender y realizar una tarea, por lo que si una persona desea cambiar el estado en el que se encuentra, en primer lugar debe tomar conciencia del mismo. Además, es necesario que la persona analice su estado en términos de niveles lógicos haciéndose preguntas como: ¿qué actos afianzan ese estado y cuáles te impulsan a salir de él?, ¿cómo encajan tus aptitudes en ese estado?, ¿cómo influye tu estado en el entorno que eliges?, etc. (O'Connor y McDermott, 2016).

Por lo tanto, para posicionar a la paciente en ese estado en el que se encontraba y quería cambiar, primero se recordó con ella el motivo por el cual había acudido a consulta, es decir, el problema, además de recordar los objetivos terapéuticos que se habían planteado anteriormente. Despues se acomodaron varias preguntas en el piso (¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿para qué?) y se pidió a la paciente que se posicionara enfrente de éstas para poder ir avanzando en cada una y contestarlas viéndose al espejo. Como segundo paso se le pidió que identificara qué es lo que tendría que hacer para llegar a esa meta terapéutica, es decir plantear el mayor número de alternativas posibles para la solución, mencionando específicamente qué conductas tendría que llevar a cabo para conseguirlo. El tercer paso fue evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de cada una de las alternativas o conductas que llevaría a cabo, es decir, se respondió el ¿para qué?.

Como cuarto paso, que es la toma de decisiones, se respondió nuevamente la pregunta ¿qué?, ¿qué es lo que tenía que hacer la paciente?, así mismo se

respondieron las preguntas ¿cómo?, ¿cuándo?, y ¿dónde?, con el objetivo de que quedara específicamente establecida la decisión que había tomado y las acciones que llevaría a cabo para solucionar el problema. Finalmente, se preguntó el ¿por qué?, ¿por qué quería generar ese cambio y por qué lo hacía en ese momento y no lo había hecho antes?, con el objetivo de llegar a un cierre de la técnica y consolidar la solución a la que había llegado, además se le pidió que se dijera a sí misma viéndose al espejo que quería sentirse segura de sí misma y de sus decisiones y que era una mujer inteligente, segura, decidida y dispuesta a generar un cambio.

Mediante esta combinación de elementos técnicos se pretendió que la paciente poco a poco llegara a percatarse de esas consecuencias de la toma de decisiones que había llevado hasta ese momento y de las consecuencias positivas y negativas que tendría al tomar otro camino en dirección a su meta terapéutica, así como qué acciones debería llevar a cabo para lograrlo. Por otro lado, al verse al espejo se enfrentó a la paciente consigo misma, ya que ella mencionaba que le costaba mucho verse a los ojos y esto le ayudó a tener una percepción diferente de sí misma y a imaginarse llegando a esa meta terapéutica a través de todas las preguntas y pasos a seguir con la solución de problemas.

En la penúltima sesión, además de utilizar preguntas reflexivas y preguntas de peligro de la mejoría (Charles, 2010), se le pidió a la paciente que contestara nuevamente el Inventory de Depresión de Beck (BDI), con el objetivo de evaluar las diferencias desde la primera hasta esta sesión.

De igual manera, a lo largo de las 7 sesiones se utilizaron preguntas circulares además de las reflexivas mencionadas anteriormente, siguiendo el modelo de entrevista propuesto por Karl Tomm (1988). Guiado por este modelo, Charles (2010), comenta que para un paciente es mucho más fácil y rápido lograr un cambio si el terapeuta se sintoniza con la forma de cambiar de ellos, ofrece reflexiones y provoca experiencias que lo llevan a decidir por sí mismo y valorar las ventajas del cambio, además de aprender por su propia experiencia cuáles son las fórmulas para lograr ese cambio.

Además, en todas las sesiones se iniciaba evaluando las excepciones, es decir aquellas cosas que habían ido bien o habían mejorado desde la sesión anterior, ampliando y anclando esos cambios además de atribuir el control a la paciente sobre los mismos. Como menciona Beyebach (2006), abrir la sesión preguntando por las mejorías permite desde un principio centrarse en los cambios que ha habido y por lo tanto acortar la terapia. Así mismo, el comenzar preguntando por las excepciones se transmite al paciente una posición de esperanza (Dolan, 2001 en Beyebach, 2006), al manifestarle nuestra expectativa de que ha habido mejorías.

De acuerdo con Charles (2010), al parecer la “tecnología sistémica” ha preferido cambiar las acciones y la percepción (inadecuada) primero mediante reencuadres cognitivos y tareas de acción, los cuales permiten un cambio de la raíz de los sentimientos (negativos). Por lo cual, al finalizar cada sesión se realizaba un reencuadre con el objetivo de que la paciente pudiera llegar a ese cambio en su patrón de pensamiento que la llevara a cambiar sus acciones y emociones. El autor menciona que existen dos vías para el cambio sistémico que son: 1. Cambiar la forma de pensar (ver) una situación para cambiar la forma de actuar o 2. Cambiar la forma de actuar ante una situación y eso llevará a cambiar la forma de pensar sobre ella. Por lo que el objetivo en cada sesión, al cerrar con un reencuadre cognitivo y una tarea que invite a la acción, es lograr un cambio de significados que lleven a la acción, o bien un cambio de acciones que lleven a un cambio de significado (Charles, 2010).

De igual manera, en cada una sesión se utilizó la pregunta escala, con el objetivo de evaluar los progresos de la paciente desde la primera hasta la última sesión y en qué punto se sentía satisfecha. La implementación de las escalas es muy útil ya que establece una “línea base” y puede ser un punto de referencia a lo largo de las sesiones (Tarragona, 2006).

En la última sesión se evaluaron nuevamente los cambios y mejorías presentes a lo largo de las semanas anteriores, se realizaron preguntas reflexivas y de peligro de la mejoría, así como también se hizo una actividad con la paciente en la cual se le proveyó de una pequeña caja de madera y hojas de papel con el objetivo de

que redactara en ellas todos aquellos recursos de los que ahora disponía para enfrentarse nuevamente a las diversas situaciones de su vida diaria, y que pudiera tenerlos guardados en dicha caja para recordarlos y utilizarlos en el momento que fuera necesario.

## RESULTADOS

A lo largo del tratamiento se pudo ver una clara disminución de la sintomatología que presentaba la paciente, además de una clara mejoría en su estado de ánimo y en su evaluación personal mediante la pregunta escala.

En relación a los resultados pre-test del Inventory de Depresión de Beck (BDI), la paciente había obtenido un puntaje de 19 (depresión moderada), mientras que en la aplicación post-test mostró un puntaje de 5 (no depresión); lo cual además de la observación durante cada sesión y el diálogo de la paciente, refleja una disminución en la sintomatología depresiva, a continuación se presentan los ítems del BDI en los que hubo un cambio importante.

<b>BDI inicial (depresión moderada)</b>	<b>BDI final (no depresión)</b>
1.- Me siento triste	1.- No me siento triste
4.- No disfruto de las cosas tanto como antes	4.- Las cosas me satisfacen tanto como antes
5.- Me siento culpable en bastantes ocasiones	5.- No me siento especialmente culpable
8.- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores	8.- No me considero peor que cualquier otro
9.- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería	9.- No tengo ningún pensamiento de suicidio
10.- Ahora lloro más que antes	10.- No lloro más de lo que solía
11.- Me molesto o irrito más fácilmente que antes	11.- No estoy más irritado de lo normal en mí
12.- Estoy menos interesado en los demás que antes	12.- No he perdido el interés por los demás
13.- Evito tomar decisiones más que antes	13.- Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
14.- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo	14.- No creo tener peor aspecto que antes
15.- Tengo que obligarme mucho para hacer algo	15.- Trabajo igual que antes
16.- No duermo tan bien como antes	16.- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
17.- Estoy demasiado cansado para hacer nada	17.- Me canso más fácilmente que antes
18.- No tengo tan buen apetito como antes	18.- Mi apetito no ha disminuido

Tabla 1. Ítems del BDI que presentaron cambio.

En adición, la paciente mencionó en las dos últimas sesiones tener mayor esperanza sobre su vida, más fe y confianza en ella misma. En la siguiente figura se muestra la comparación de los resultados del pre-test y post-test del BDI.

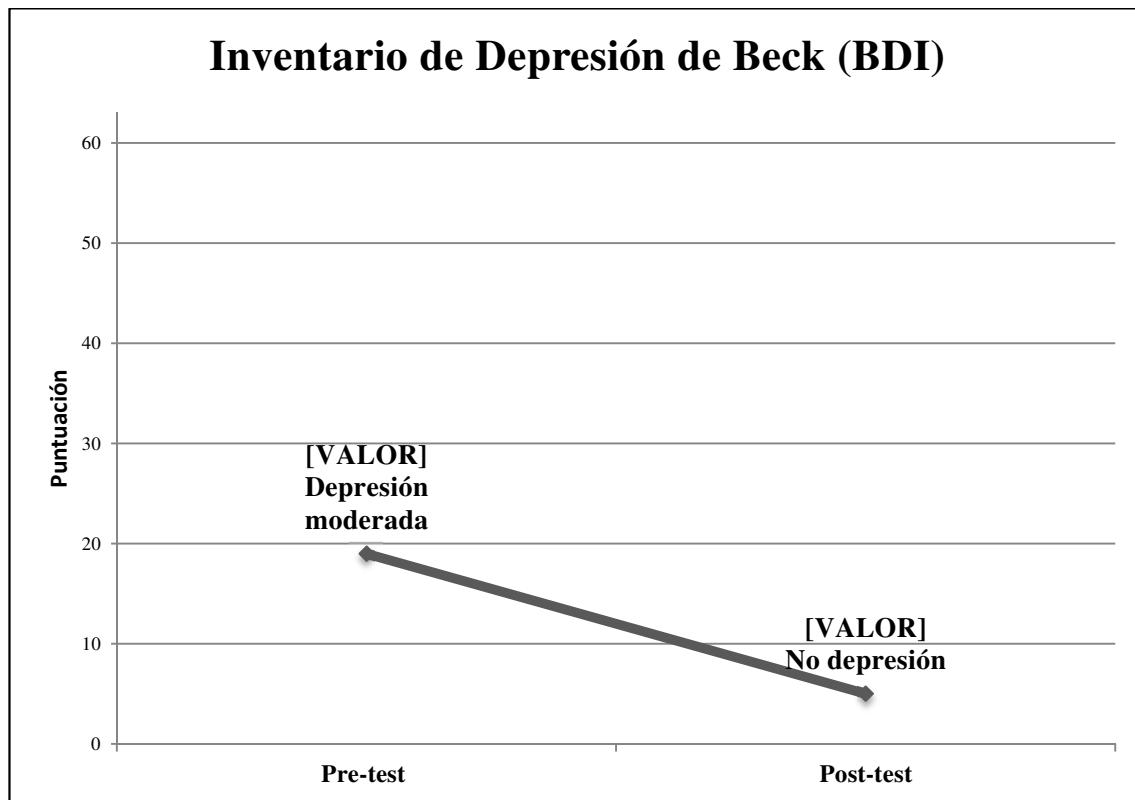


Figura 2. Comparación de resultados pre y post-test del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

En relación a la pregunta escala de avance, también se mostró una mejoría a lo largo de las sesiones. En la primera sesión la paciente reportó sentirse en un 5 y, a partir de la quinta sesión la paciente comentó estar en el número 10, ya que se sentía más segura de sí misma y de las decisiones que estaba tomando (Ver figura 3).

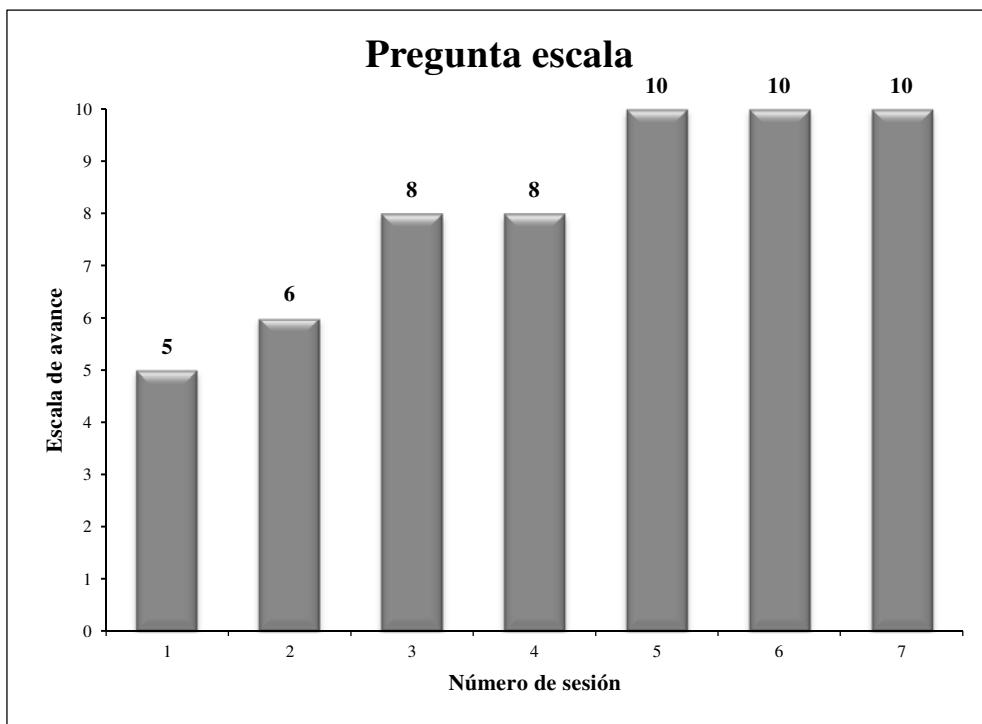


Figura 3. Resultados de la pregunta escala.

Como resultados subjetivos, es decir que se obtuvieron a partir de la observación que hizo la terapeuta a la paciente en cada una de las sesiones y del diálogo de la misma, se pueden destacar que la paciente comenzó a preocuparse más por su arreglo personal, su aspecto físico fue cambiando hasta que en la penúltima sesión se le notó más arreglada, comentó que se sentía mucho más relajada y tranquila con las decisiones que estaba tomando, que ya no quería que regresara la “oscuridad” a su vida y que nadie (su ex pareja o cualquier otra persona) siguiera influyendo en su vida y sus decisiones, ya no quería dejarse manipular por otras personas y ya no se sentía con desesperanza sino que veía que era una mujer capaz y fuerte, que podía salir adelante sin la necesidad de estar con alguien más.

## DISCUSIÓN

De acuerdo a González y Juárez (2016), para que se pueda considerar que existe una integración de los enfoques cognitivo-conductual y centrado en soluciones en una intervención terapéutica, se requieren algunos elementos mínimos a considerar como: 1. Una entrevista orientada a detectar los elementos para el

análisis funcional y a dar espacio al paciente para hablar del problema, reconocer y validar sus emociones; 2. La evaluación con instrumentos que cuenten con las adecuadas propiedades psicométricas y no utilizar solamente la escala de avance; 3. El establecimiento de objetivos en términos de proceso; 4. Un plan de trabajo orientado a la modificación de factores de control y de mantenimiento, y no solamente a ampliar excepciones o disminuir los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos; 5. La evaluación del cumplimiento de los objetivos terapéuticos y 6. El seguimiento. Los elementos anteriores se incluyeron en el desarrollo de la intervención realizada.

La integración del enfoque Cognitivo Conductual y el Centrado en Soluciones resultó ser efectiva para este caso, la sintomatología depresiva de la paciente mostró una considerable disminución, iniciando la terapia con indicadores de depresión moderada (19 puntos) y terminando con indicadores de no depresión (5 puntos), además llegó a una toma de decisión segura y tranquila tal y como se había planteado la meta terapéutica “ser seguramente relajada”, hecho que también se demostró mediante el avance en la pregunta escala a lo largo de las sesiones, iniciando en 5 y terminando en un 10 en el cual la paciente ya mencionaba sentirse contenta y tranquila. Estos resultados coinciden con los mostrados sobre la efectividad del tratamiento para depresión con la integración de ambos enfoques en el estudio realizado por Galdámez (2015), y con otros estudios que han mostrado su efectividad en tratamientos con orientación Cognitivo Conductual (Bados, García y Fusté, 2002; Riveros, Cortázar- Palapa, Alcazar, y Sánchez-Sosa, 2005; Sanz, Athanássios y Bottino, 2014), o Centrada en Soluciones (Koorankot, Mukherjee y Ashraf, 2014).

Por último, técnicas como la externalización y la de solución de problemas mostraron un efecto clave para la mejoría de la paciente, ya que a través de éstas pudo concretar todo aquello que ya no quería que estuviera presente en su vida y por el otro lado, todo aquello que quería lograr y cómo lo haría para lograrlo.

## CONCLUSIÓN

Tanto la Terapia Centrada en Soluciones como la Terapia Cognitivo Conductual han demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, el presente trabajo muestra que al utilizar técnicas y estrategias de ambos enfoques es posible llevar a cabo un plan de tratamiento estructurado y efectivo para que los pacientes puedan llegar al logro de sus objetivos terapéuticos.

La utilización de esta integración práctica permitió llevar a la paciente a una reducción en su sintomatología depresiva, además de que la llevó a un estado de tranquilidad y bienestar consigo misma, en el cual se mostró segura de la decisión de dejar a su pareja y comenzar una planeación a futuro en la cual podría retomar actividades agradables que había dejado de realizar como el salir a caminar, pintar, comenzar clases de guitarra, etc., pero sobre todo la paciente comentó haber aprendido a “ya no dejarse influenciar por nadie y no dejar que las cosas negativas guíaran su vida y sus decisiones”.

Es importante destacar que existieron algunas limitaciones como el que la paciente llegara tarde en dos ocasiones debido a que no había alguien que pudiera cuidarle a su hijo de 4 años, lo cual llevó a que se retrasaran un poco las sesiones, así como que la paciente no asistiera a una sesión por la razón anteriormente mencionada.

Para futuras investigaciones, se recomienda tener en cuenta la posibilidad de estas limitantes de tiempo al momento de diseñar las sesiones terapéuticas, así como también utilizar más instrumentos de evaluación que puedan servir de apoyo para sustentar los resultados obtenidos al final del tratamiento. Finalmente, se sugiere continuar estudiando los efectos de la integración de los enfoques Cognitivo Conductual y Centrado en Soluciones a fin de comprobar una mayor efectividad en diferentes problemáticas, no solamente la depresión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales** (5<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados López, A., García Grau, E., y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad de la terapia psicológica. **Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud**, 2 (3), 447-502. Recuperado de:  
[http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-52.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf)
- Beck, A., y Alford, B. (2009). **Depression. Causes and Treatment**. United States of America: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G., (2010). **Terapia Cognitiva de la Depresión**. España: Desclée de Brower.
- Beyebach, M. (2006). **24 Ideas para una psicoterapia breve**. España: Herder.
- Beyebach, M., Estrada, B., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la Terapia Centrada en las Soluciones: una revisión de los estudios de resultados. **MOSAICO, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar**, 36, 33-41
- Cano Vindel, A., Salguero, J., Mae Wood, C., Dongil, E., y Latorre, J. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. **Papeles del Psicólogo**, 33 (1), 2-11. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
- Charles Torres, R. (2010). **Soluciones para parejas y padres. Terapia Breve sistémica. Guías para una práctica exitosa**. México: Cree-ser.
- Fernández López, V., y Iruarizaga, I. (2005). Intervención psicológica en la toma de decisiones: un caso clínico. **Ansiedad y Estrés**, 11 (2-3), 291-301
- Galdámez Velásquez, R. (2015). **Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad**. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/9636/1/1080215003.pdf>
- González-Ramírez, M. T., y Juárez-Carrillo, L.L. (2016). Análisis Funcional en Terapia Breve Cognitivo Conductual Centrada en Soluciones. **Revista electrónica de psicología de Iztacala** 19 (3), 1027-1039. Recuperado de:  
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>

- Koorankot, J., Mukherjee, T., y Ashraf, Z. (2014). Solution-Focused Brief Therapy for Depression in an Indian Tribal Community: A Pilot Study. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2 (1), 4-8. Recuperado de: <http://www.solutions-centre.org/pdf/17-44-1-PB.pdf>
- Llavona Uribelarrea, L., y Méndez, F. (2012). **Manual del psicólogo de la familia. Un nuevo perfil profesional.** Madrid: Pirámide.
- López Ibor, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24 (5), 209-211. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>
- Mortero, I., y León, O., (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 503-508
- Murphy Sundstrom, S. (1993). Single-session psychotherapy for depression: is it better to focus on problems or solutions?. *Retrospective Theses and Dissertations*. Paper 10279. Recuperado de: <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=11278&context=rtd>
- O'Connor, J., y McDermott, I. (2016). **Los principios de la PNL: mente, lenguaje y experiencia.** Barcelona: Amat.
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510. Recuperado de: <http://156.35.2.127/dspace/bitstream/10651/26908/1/Psicothema.2001.13.3.493-510.pdf>
- Puerta Polo, J., y Padilla Díaz, D. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8 (2), 251-257. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/224/200>
- Riveros, A., Cortazar- Palapa, J., Alcazar, F., y Sánchez- Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>
- Sanz Simon, S., Athanássios Cordás, T., y Bottino, C. (2014). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30, 223-233

Tarragona Sáez, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532. Recuperado de: [https://my.therapysites.com/userfiles/98412/file/10\\_TARRAGONA.pdf](https://my.therapysites.com/userfiles/98412/file/10_TARRAGONA.pdf)

Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions? *Family Process*, 27, 1-15

Vázquez, C., y Sánz, J. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/167.pdf>

White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.