

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



**DIFERENCIAS ENTRE PREGUNTAS
CENTRADAS EN PROBLEMAS Y PREGUNTAS
CENTRADAS EN SOLUCIONES PARA LAS
VARIABLE DE AFECTO Y AUTOEFICACIA**

ALUMNA: BEATRIZ GARCÍA MONTIEL

TUTORA: M^a CARMEN NEIPP LÓPEZ

Resumen: El presente estudio pretende observar si existen diferencias si existen diferencias entre dos grupos: uno al que se le realizará una entrevista centrada en el problema y el segundo al que se realizará un entrevista centrada en la solución, para las variables afecto positivo, afecto negativo y autoeficacia. Para ello se evaluó a un total de 97 sujetos, 11 hombres y 36 mujeres, todos ellos estudiantes del tercer curso de Psicología de la Universidad Miguel Hernández. Se solicitó a los sujetos que pensarán en un problema o dificultad de su vida, el cual querían resolver, tras ello se dividió a los 97 sujetos en dos grupos de manera aleatoria: el grupo CP ($N^1 = 48$) a los que se realizaron preguntas centradas en el problema; y el grupo CS ($N^2 = 49$) a los que se realizaron preguntas centradas en la solución. Los sujetos tuvieron que cumplimentar, de manera previa y posterior a la entrevista, la escala PANAS y tres preguntas diseñadas por Grant para medir la autoeficacia. Los resultados obtenidos indicaron que el grupo CS aumento de manera consistente su autoeficacia y redujo el afecto negativo en el tiempo 2 que el grupo CP. Estos resultados apuntan a que las conversaciones centradas en soluciones pueden tener efectos beneficiosos sobre los sujetos y la práctica terapéutica.

Palabras clave: Preguntas centradas en soluciones, preguntas centradas en problemas, afecto positivo, afecto negativo, autoeficacia.

Abstract: This study aims to see whether there are differences whether there are differences between two groups: Problem-Focused questions versus Solution-Focused questions, for the variables positive affect, negative affect and self-efficacy. 97 subjects were evaluated, 11 men and 36 women, all students in the third year of Psychology at the University Miguel Hernandez. Subjects were asked to think about a problem or difficulty in their lives, which they wanted to solve, after that the group was divided into two groups randomly requested: the CP group (N1 = 48) Problem-Focused questions; and the CS group (N2 = 49) Solution-Focused questions. The subjects were asked to complete, before and after the interview, the PANAS scale and three questions designed by Grant to measure self-efficacy. Results indicated that the CS group consistently increased the self-efficacy level and decreased the negative affect in time 2, these results were stronger in the CS group than in the CP group. Finally I can be suggested that the Solution-Focused conversations can be beneficial effects for the patients and the therapeutic practice.

Keywords: Problem-Focused questions, Solution-Focused questions, positive affect, negative affect, self-efficacy.

Introducción

A la vista de la alta demanda por parte de los clientes de obtener terapias cada vez más rápidas y eficaces, los terapeutas se ven enfrentados al reto y la presión de tener que ser cada vez más innovadores y adaptar sus técnicas a cada tipo de paciente y problema. De este modo son cada vez más las terapias que con la finalidad de cubrir las necesidades del paciente, cuentan cada vez más con el mismo, haciéndolo más activo en el proceso, bajo esta premisa nació la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TCS). La TCS es un enfoque contemporáneo desarrollado por Steve de Shazer y su equipo en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee (de Shazer, 1985, 1988; De Shazer, Keeney, & Weakland, 1983). Surge como resultado de dos grandes influencias, por una parte retoma los trabajos elaborados por Milton H. Erickson en cuanto a trabajo en soluciones, el lenguaje de influencia y la utilización de los recursos del paciente; y por otra parte, integra el trabajo sistémico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

El contenido de la terapia se centra en los recursos que ya posee el individuo, en las excepciones (ocasiones en las que no se da el problema) y en los objetivos (aspectos relacionados con el futuro sin el problema). Durante la terapia se dirige el lenguaje del individuo hacia el cambio conductual, iniciando las soluciones mediante cambios mínimos y centrándose en los recursos existentes, lo que confiere al individuo la percepción de control sobre la situación (Feixas y Miró, 1993).

A pesar de que hay pocos estudios empíricos que confirmen la eficacia de la TCS, existen algunas revisiones que confirman su eficacia tanto para problemas clínico, como ansiedad, depresión, autoconcepto y autoestima (Kim, 2008), como no clínicos, como por ejemplo en las áreas de organizaciones, deportes, o en el ámbito escolar entre otros (Franklin, Trepper, Gingerich y McCollum, 2012). Cabe destacar que diversos estudios

confirman que, en comparación con otros tratamientos, la TCS consigue resultados terapéuticos en un período más breve de tiempo (Knekt y Linfors, 2004; Lambert, Okiishi, Finch y Johnson, 1998).

Todo ello ha llevado a algunos investigadores a preguntarse si una de las posibles explicaciones a este fenómeno pudiera ser la diferencia en la forma de preguntar, es decir, la comparación entre las preguntas centradas en soluciones (CS) y las preguntas centradas en el problema (CP). A pesar de la evidencia que podría respaldar esta teoría, son pocos los estudios que existen al respecto, aunque existe evidencia de las preguntas centradas en soluciones pueden producir un aumento positivo de la autoeficacia y el afecto positivo, un descenso del aumento negativo, como en el caso de Grant (2012).

Definición de los Afectos positivo y negativo

Según el modelo bifactorial de Watson y Tellegen (1985) la estructura básica del afecto estaría conformada por dos grandes bloques, el afecto negativo y el afecto positivo, ambas dimensiones no se pueden considerar por separado, sino que ambas forman parte del mismo constructo.

El afecto positivo (AP) indica el grado en el que el sujeto se siente activo, alerta, con energía entre otras emociones positivas. Los sujetos con alto afecto positivo son susceptibles de experimentar sentimientos de satisfacción, entusiasmo o amistad entre otros sentimientos positivos, mientras que los sujetos con bajo afecto positivo están más predispuestos a experimentar sensaciones relacionadas con el aburrimiento o la falta de interés.

Por otro lado el afecto negativo (AN) señala el grado de disgusto del sujeto, estando compuesto por variables como la culpa, ira o el miedo entre otras. Los sujetos con un alto afecto negativo tienen cierta predisposición a experimentar emociones negativas

como depresión, ansiedad o insatisfacción, además de una actitud negativa hacia sí mismos o la vida en general.

Definición del concepto de Autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977, desde entonces son muchos los usos y aplicaciones que se le han dado a este término viendo cómo se relaciona y se desarrolla de diferentes maneras dependiendo del ámbito en el que se analice. En general, este término hace referencia a las expectativas que tiene el sujeto acerca de tener las capacidades necesarias para llevar a cabo las acciones pertinentes que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995). De acuerdo a esta teoría las expectativas de autoeficacia pueden influir en cómo actúa, piensa y siente un sujeto. Un nivel de autoeficacia alto permite al sujeto sentirse más capacitado a la hora lograr sus objetivos o metas, puede conferirles la confianza suficiente como para emprender tareas desafiantes y asumir metas cada vez más altas. Las personas con un nivel alto de autoeficacia son más persistentes y adquiere un compromiso mayor con sus metas (Bandura, 1997).

Por el contrario un bajo nivel de autoeficacia puede suponer un obstáculo a la hora de que el sujeto logre sus metas, estando además asociado a sentimientos de depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001).

Partiendo de los datos hallado por Grant (2012), el presente estudio pretende replicar el resultado del mismo en cuanto a las variables de afecto positivo, afecto negativo y autoeficacia, en relación con la forma de preguntar, ya sea centrada en el problema o en la solución. En este caso se pretende replicar el resultado con un grupo de estudiantes de Psicología. Para ello se parte de las siguientes hipótesis:

- ❖ El grupo CS verá aumentados sus niveles de Afecto Positivo y autoeficacia en T2 respecto a T1.
- ❖ El grupo CS verá disminuido su nivel de Afecto Negativo en T2.
- ❖ El grupo CP verá aumentado su nivel de Afecto Negativo en T2
- ❖ El grupo CP no verá aumentados sus niveles de Afecto Positivo y autoeficacia en T2.

Método

Descripción de la muestra

La muestra total del estudio está formada por 97 sujetos (21 hombres y 76 mujeres), todos ellos estudiantes universitarios del tercer curso de Psicología de la Universidad Miguel Hernández de Elche, y con edades comprendidas entre los 20 y 47 años estableciéndose la media de edad en 22.14 años. Los sujetos fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: el grupo 1 ($N^1= 48$) con el que se aplicaría la situación Centrada en el Problema; y el grupo 2 ($N^2=49$) al que se aplicaría la situación Centrada en Soluciones.

La media de edad para el grupo 1 es de 21.93 años, y para el grupo 2 de 22.34 años, por lo que se puede decir que ambos son similares en cuanto a la distribución de edad. En cuanto a sexo, ambos grupos están conformados en su mayoría por mujeres, debido en gran parte a que la mayoría de estudiantes de Psicología son mujeres, y en este caso la mayoría son solteros/as. En la Tabla 1 se recogen todos los descriptivos referentes a cada uno de los grupos.

Tabla 1. Distribución de la muestra.

	Grupo 1 N (%)	Grupo 2 N(%)
Tamaño de la muestra	48 (49.48%)	49 (50.51%)
Sexo		
Hombre	10 (20.8%)	11 (22.4%)
Mujer	38 (79.5%)	38 (77.6%)
Media edad	21.93 años	22.34 años
Estado civil		
Soltero	46 (95.8%)	47 (95.9%)
Casado, vive en pareja	2 (4.2%)	2 (4.1%)

Los sujetos se prestaron a participar en el estudio de manera voluntaria y altruista, no obstante se incluyó una pregunta para medir el interés de cada uno de los sujetos, estableciéndose la media de interés para el grupo CP en 3.17 (DT = 1.14) y para el grupo CP en 3.71 (DT = 1.09), si se tiene en cuenta que el máximo de puntuación para esta pregunta era de cinco puntos, podemos concluir que ambos grupos se encontraban en el mismo nivel de condiciones y motivación para formar parte del estudio.

Variables e instrumentos

Como parte del estudio se recogieron algunos datos sociodemográficos como: la edad, el sexo, el estado civil (soltero; casado o vive en pareja) y la titulación que estudiaban. Además se les pidió que marcaran del 1 al 5 su nivel de interés para participar en el estudio. Todos estos datos se solicitaron con la finalidad de establecer la homogeneidad de los diferentes grupos y asegurar que ninguna variable no controlada pudiera interferir en los resultados del estudio.

Los afectos Positivo y Negativo fueron medidos a través de la Escala PANAS (Watson, Clark & Tellengen, 1988) en su versión española validada por Sandín et al. (1999). Esta

escala está formada por 20 ítems que conforman dos grandes grupos; por un lado 10 de los ítems evalúan la subescala afecto positivo (Interés; Animación; Energía; Entusiasmo; Orgullo; Disposición; Inspiración; Decisión; Atención; y Actividad), y los otros 10 la escala afecto negativo (Tensión; Disgusto; Culpa; Susto; Enojo; Irritación; Vergüenza; Nerviosismo; Intranquilidad; y Temor). La escala de afecto positivo cuenta con una consistencia interna de 0.82, mientras que para la subescala de afecto negativo es de 0.87. La escala de respuesta es tipo de Likert de 1 (Muy ligeramente o nada) a 5 (Mucho), los sujetos deben seguir la instrucción de contestar marcando de 1 a 5 cuál era el grado que mejor reflejaba su estado en ese momento para el afecto propuesto en cada uno de los diferentes ítems.

La Autoeficacia fue evaluada por los tres ítems diseñados por Grant (2012) traducidos al español, ya que en este caso la muestra era de habla hispana. En el estudio de Grant (2012) la consistencia interna de esta escala fue de 0.94. La versión final de los ítems en el presente estudio fue: “Ahora mismo me siento muy capaz de saber cómo solucionar este problema”; “Ahora mismo me siento muy capaz de poder manejar este problema”; y “Me siento capaz de encontrar una solución a este problema, ahora mismo”. La escala de respuesta usada fue de tipo Likert de 6 puntos, siendo 1 (Totalmente en desacuerdo) y 6 (Totalmente de acuerdo).

Procedimiento

La muestra total está formada por 97 sujetos que fueron distribuidos en dos grupos homogéneos en cuanto a sexo, edad y estado civil, con la finalidad de que ambos grupos partieran de la misma situación y este tipo de variables no influyeran en el resultado del estudio.

Para proceder a la recogida de datos todos los sujetos rellenaron un cuestionario on-line. En primer lugar, tuvieron que pensar y describir un problema real de sus vidas, que fuera preocupante y que por ello quisieran resolverlo. Con la finalidad de clarificar esta instrucción, y de manera que todos los participantes recibieran la misma información, se les indicó a todos la siguiente premisa:

Por favor, piense y escriba durante unos 5-10 minutos acerca de un problema que le gustaría resolver. Debe ser uno que le preocupa bastante y no ha sido capaz de resolverlo. Deber ser un problema real, pero algo que no le importe compartir. Puede ser un dilema, que es una situación dónde tiene que elegir entre dos o más posibles acciones, o una situación que no le gusta sobre usted.

Una vez descrito el problema, los sujetos tuvieron que completar el cuestionario completo que evaluaba los niveles de Afecto Positivo y Negativo y la Autoeficacia, vía online (Tiempo 1; T1). Después respondieron a una serie de preguntas, desarrolladas por Grant (2012) y traducidas al castellano, para favorecer la comunicación de pensamientos centrados en el problema o en la solución, dependiendo del grupo en que se encontraba cada estudiante.

En el caso del grupo CP se seleccionaron preguntas que centraban la atención de los sujetos en el problema, por lo que se sugiere que estas preguntas puedan generar pensamientos relacionados con la posible solución de problemas al centrarse en el mismo. En total se seleccionaron 6 preguntas para este grupo, que fueron las siguientes: “¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema?”; ¿Cuándo empezó su problema?”; ¿Por qué crees que está siendo un problema?”; ¿Qué piensas sobre este problema?”; “¿Cómo se siente cuándo está pensando sobre este problema?”; y “¿Qué impacto puede tener en su vida haber estado pensando en este problema?”.

Para el grupo CS se seleccionaron preguntas basadas en la revisión de la literatura centrada en soluciones (de Shazer, 1988, 2007; DeJong & Berg, 1998; Furman & Ahola, 1992). Estas preguntas tenían la intención de centrar la atención de los sujetos en las posibles soluciones al problema, de manera que generaran en ellos intenciones positivas para solucionarlo. Las preguntas seleccionadas en este caso fueron:

“¿Qué piensa sobre esta/s solución/es?”; ¿Cómo se siente cuándo está pensando sobre estas soluciones?”; y “¿Qué impacto puede tener en su vida haber estado pensando en esta/s solución/es?”; e “Imagine que esta noche se va a dormir y durante la noche ocurre una especie de “milagro” y el problema que ha descrito antes se soluciona. Describa lo más detalladamente posible cómo se daría cuenta a la mañana siguiente de que ese “milagro” ha ocurrido, ¿qué cosas diferentes haría? Describe algunos pasos que puedes hacer para empezar a solucionar el problema”.

Una vez que ambos grupos habían contestado a estas preguntas, se les volvieron a pasar los cuestionarios comentados anteriormente (Tiempo 2; T2).

Tipo de diseño

El presente estudio es de tipo descriptivo con diseño transversal.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se hizo uso del paquete estadístico SPSS 21.0. Se realizaron estadísticos descriptivos en términos de medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes. Para el contraste de hipótesis se hizo uso del ANOVA de dos factores con medidas repetidas de factor intersujeto (Grupo CP vS. Grupo CS), y factor intrasujeto (T1 vS. T2) para la evaluación del Afecto Negativo, Afecto Positivo y Autoeficacia.

Resultados

Atendiendo a las pruebas realizadas los grupos no mostraban diferencias estadísticamente significativas entre ellos en el T1, en ninguna de la variables excepto en Afecto Positivo ($T_{(97)} = .849$; $p = .043$). Las puntuaciones medias y desviaciones típicas de ambos grupos para T1 y T2 se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas para CP y CS.

	Tiempo 1		Tiempo 2	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Afecto Negativo CP	27.04	9.68	26.27	9.24
Afecto Negativo CS	30.28	8.16	27.44	9.69
Afecto Positivo CP	26.85	7.21	26.87	8.42
Afecto Positivo CS	30.16	8.57	31.75	9.15
Autoeficacia CP	9.16	3.95	9.62	4.12
Autoeficacia CS	8.75	3.29	10.91	3.77

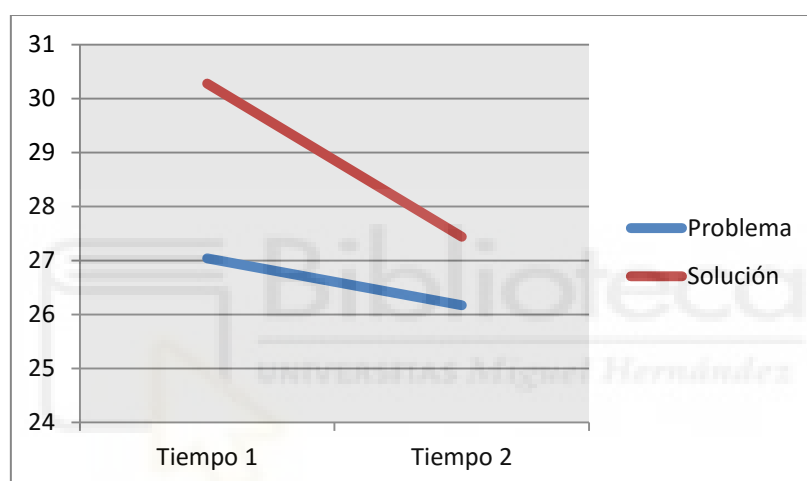
En cuanto a las diferencias entre T1 y T2, no se observan diferencias estadísticamente significativas para el grupo CP para la variable afecto negativo ($\chi^2 = .077$; $p = .37$), afecto positivo ($\chi^2 = -.020$; $p = .97$), ni para la variable autoeficacia ($\chi^2 = -.46$; $p = .105$).

No sucede lo mismo con el grupo CS para el que sí se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las variables afecto negativo ($\chi^2 = 2.83$; $p = .004$) y autoeficacia ($\chi^2 = -2.16$; $p = .00$), sin embargo no aparecen diferencias significativas para la variable afecto positivo ($\chi^2 = -1.59$; $p = .077$).

Afecto Negativo

El grupo CP no muestra diferencias estadísticamente significativas para esta variable entre T1 y T2 ($\chi^2 = .077$; $p = .37$), cosa que no sucede con el grupo CS para el que sí aparecen diferencias significativas para esta variable con la interacción del tiempo ($\chi^2 = 2.83$; $p = .004$). En la gráfica 1 se puede apreciar la evolución de los grupos CP y Cs para esta variable.

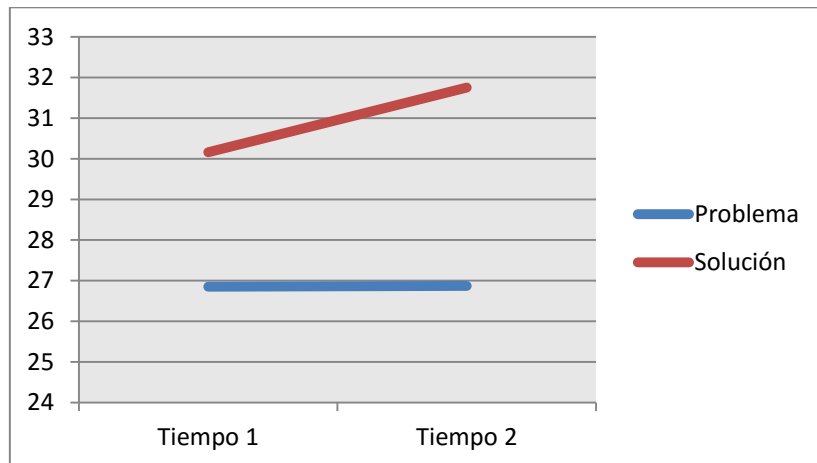
Gráfica 1. Evolución de la variable Afecto Negativo para los grupos CP y CS.



Afecto Positivo

Para el caso de la variable afecto positivo, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos T1 y T2 para el grupo CP ($\chi^2 = -.020$; $p = .97$), y en este caso tampoco para grupo CS ($\chi^2 = -1.59$; $p = .077$). En la gráfica 2 se puede apreciar la evolución de los grupos CP y Cs para esta variable.

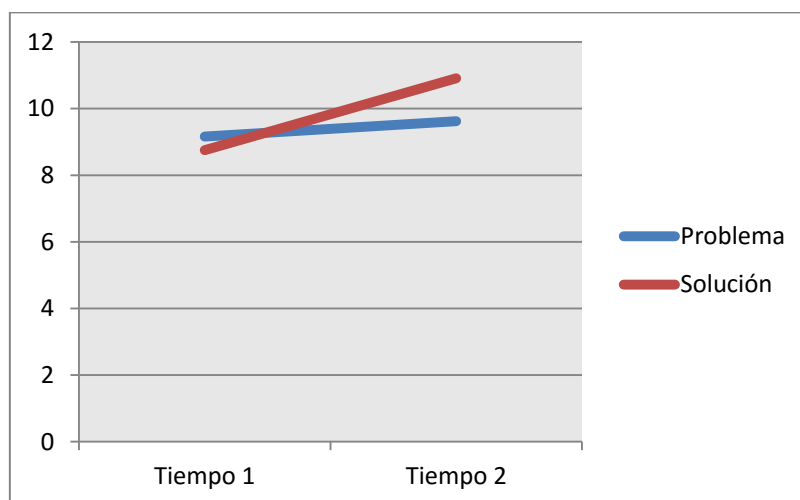
Gráfica 2. Evolución de la variable Afecto Positivo para los grupos CP y CS.



Autoeficacia

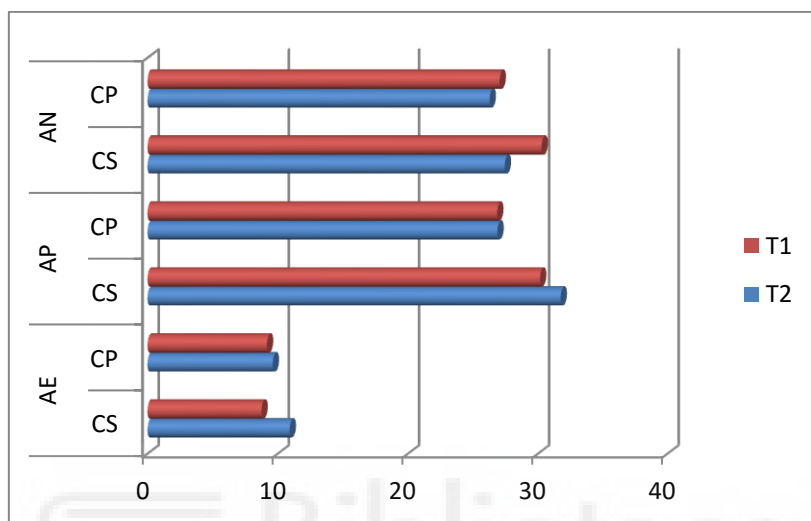
En cuanto a la variable autoeficacia no se observan diferencias estadísticamente significativas para el grupo CP entre T1 y T2 ($\chi^2 = -.46$; $p = .105$), pero sí se aprecian diferencias para el grupo CS ($\chi^2 = -2.16$; $p = .00$). En la gráfica 3 se puede apreciar la evolución de los grupos CP y Cs para esta variable.

Gráfica 3. Evolución de la variable Autoeficacia para los grupos CP y CS.



En la gráfica 4 se pueden apreciar conjuntamente las diferencias halladas entre los grupos CP y CS en T1 y T2.

Gráfica 4. Comparación entre los grupos CP y CS para las variables Afecto Negativo, Afecto Positivo y Autoeficacia.



Discusión

Los resultados de este estudio arrojan que la forma de preguntar sí habría influido en los afectos y la autoeficacia de los sujetos evaluados, por lo que se confirmarían los resultados hallados por autores como Grant (2012) o Neipp, Beyebach, Nuñez-Nuñez y Martínez-González (2015); así como los resultados hallados por otros terapeutas centrados en soluciones.

Comparación del efecto de las preguntas en los afectos positivo y negativo

Tal y como se esperaba al inicio de este estudio se han hallado diferencias para los afectos positivo y negativo para los grupos sometidos a las preguntas centradas en problemas o en soluciones. El objetivo de hacer pregunta centradas en problemas o en soluciones se basa en la teoría que han establecido algunos autores acerca de que la forma de hablar o pensar en los problemas contribuye a que el sujeto se hunda más en

ello o, que por el contrario, contemple nuevas formas de verlos, solucionarlos o transformarlos (Tarragona, 2006). En el caso del pensamiento centrado en el problema pueden aparecer pensamientos negativos y rumiación asociados en algunos casos a un incremento de la depresión y la disforia (Spasojevic y Alloy, 2001). Derivado de esta teoría se propuso al inicio del estudio que el grupo CP al centrar sus pensamientos en el problema vería aumentado su Afecto Negativo y disminuido el Afecto Positivo, sin embargo estas hipótesis no se han visto corroboradas, el Afecto Negativo se redujo en el T2 en un 1.54%, y el Afecto Positivo aumento en el T2 en un 0.04%.

Siguiendo con la misma teoría, se entiende que al centrar el pensamiento de los sujetos en las soluciones estos generarán pensamientos positivos acerca de la dificultad, pudiendo llegar incluso a generar posibles soluciones o transformaciones del mismo. Por ello al inicio del estudio se propuso que el grupo CS vería disminuido su Afecto Negativo y aumentado su Afecto Positivo en el T2, en este caso los resultados apoyan este planteamiento. El grupo CS disminuyó su nivel de Afecto Negativo en un 5.68% y vio aumentado su nivel de Afecto Positivo, aunque no significativamente, en un 3.18%.

Atendiendo a estos datos todo parece indicar que el impacto del tiempo habría tenido una mayor influencia en los afectos del grupo centrado en soluciones, que en el grupo centrado en problemas.

Comparación del efecto de las preguntas en la autoeficacia

En cuanto a la variable autoeficacia, ambos grupos vieron aumentados sus niveles en el T2, aunque en el caso del grupo CP esta diferencia no es significativa (aumentó sólo en un 2.55%), sin embargo la variación del nivel de autoeficacia en el grupo CS sí fue significativa aumentando en un 10.33% en el T2 con respecto al T1. Tal y como señalan algunos autores, la autoeficacia es un buen predictor del resultado terapéutico, la

realización de conductas saludables y en el tratamiento del manejo del dolor y la depresión (Allan, Johnston, Johnston y Mant, 2007; Bandura, 1997; Neipp, Quiles, León, Tirado y Rodríguez-Marín, 2015; Schwarzer, Lippke y Luszczynska, 2011), lo que hace que este resultado sea muy importante debido a que si existe relación entre la comunicación centrada en soluciones y el aumento de la eficacia, debería ser un dato a tener en cuenta a la hora de fortalecer a las personas.

Implicaciones prácticas

Este estudio ha sido realizado con estudiantes de Psicología para los que en un futuro será especialmente importante que establezcan un vínculo de confianza y a la vez de independencia con sus clientes, una forma de conferir esta independencia podría ser aumentando su autoeficacia y su afecto positivo, si el cliente se siente animado y capacitado para llevar a cabo los posibles ejercicios que surjan durante la terapia podría ver resultados positivos en menos tiempo, aumentando la eficacia de la misma.

Los resultados que se han expuesto en este estudio apoyarían la posible relación existente entre la realización de preguntas centradas en soluciones y el fortalecimiento de los participantes en sus niveles de autoeficacia y estado emocional, por lo que se considera interesante que los psicólogos o terapeutas introdujeran en su discurso con los clientes preguntas de este tipo, que puedan ayudarles a mejorar su estado de ánimo y predisposición, aumentando así la eficacia de la terapia.

Limitaciones del estudio

Se han detectado algunas limitaciones que habría que valorar a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, los participantes fueron estudiantes de psicología del tercer curso que respondieron a las preguntas on-line. Sería interesante replicar el estudio en la interacción real paciente-terapeuta, aunque esta situación podría entrañar algunos

problemas a la hora de que el paciente se niegue a que haya un observador durante la sesión. En segundo lugar, no se realizó ningún seguimiento para comprobar si estos cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo, otra propuesta interesante sería realizar un seguimiento a los tres y seis meses para comprobar si los cambios se mantienen. A pesar de estas limitaciones, se puede considerar que los resultados aportan datos interesantes acerca de la utilidad de utilizar preguntas centradas en la solución en la práctica terapéutica.

Referencias

- Allan, J. L., Johnston, D. W., Johnston, M. y Mant, D. (2007). *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 501-508.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Evaluar*, 2, 7-38.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York [etc.]: W.W. Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues : investigating solutions in brief therapy*. New York, etc.: Norton.
- de Shazer, S., Dolan, Y. M., & Korman, H. (2007). *More than miracles: the state of the art of solution-focused brief therapy*. New York London; Oxford: Haworth Press.
- de Shazer, S., Keeney, B. P., & Weakland, J. H. (1983). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach* (2nd printing ed.). New York [etc.]: Guilford Press.
- DeJong, P., & Berg, I. K. (1998). *Interviewing of solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Feixas, G. y Miró, T (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológico*. Barcelona: Paidós.

- Fish, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1984). *The tactics of change*. New York: Norton.
- Franklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, W.J., & McCollum, E.E. (2012). *Solution-focused brief therapy. A handbook of evidence practice*. New York: Oxford University Press.
- Furman, B., & Ahola, T. (1992). *Solution talk : hosting therapeutic conversations*. New York ; London: W. W. Norton.
- Grant, A. M. (2012). Making positive change: A randomized study comparing solution-focused vs. problem-focused coaching questions. *Journal of Systemic Therapies.*, 31(2), 21-35.
- Kim, J.S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: a meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of shortterm psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year followup*. Studies in social security and health, 77. The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.
- Lambert, M.J., Okiishi, J.C., Finch, A.E. y Johnson, L.D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and practice*, 29 (1), 63-70.
- Neipp, M.C., Beyebach, M., Nuñez Nuñez, R.M. y Martínez-González, M.C. (2015). The effect of Solution-Focused versus Problem-Focused questions: A replication. *Journal of Marital and Family Therapy*.

- Neipp, M.C., Quiles, M.J., León, E., Tirado, S., & Rodríguez-Marín, J. (2015).
Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la
realización de ejercicio físico?. *Atención Primaria*, 47(5), 287-293.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999)
Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y
convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Schwarzer, R., Lippke, S. y Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of health behavior
change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process
Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161-70.
- Spasojevic, J., y Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating
depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25–37.
- Tarragona, 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.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood.
Psychological Bulletin, 98, 219-235.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief
measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of
Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.