

Originales

Las preguntas como intervención: Preguntas centradas en la solución *versus* preguntas centradas en el problema. Estudio piloto en estudiantes de enfermería

Questions as intervention: Questions centred on solutions *versus* questions centred on problems. Pilot study in nursing students

María del Carmen Neipp-López^{1*}, Rosa María Núñez-Núñez¹, María del Carmen Martínez-González¹

¹ Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Fecha de recepción: 10/11/2015 – Fecha de aceptación: 22/04/2016

Resumen

Durante las conversaciones que mantienen los profesionales de la salud con sus pacientes, las preguntas pueden ser consideradas como intervenciones en sí mismas. **Objetivo:** evaluar si existen diferencias entre dos grupos, Preguntas Centradas en el Problema (CP) vs. Preguntas Centradas en la Solución (CS) en las variables de afecto positivo, afecto negativo y autoeficacia. **Metodología:** Diseño experimental con dos grupos y pretest-postest, en el que 107 estudiantes de enfermería describieron un problema real de su vida que querían resolver, después fueron asignados, aleatoriamente, a dos grupos: a uno de ellos se les haría preguntas centradas en el problema; y al otro grupo se les haría preguntas centradas en la solución. Antes y después de responder a las preguntas, completaron el cuestionario PANAS, que evaluaban el afecto positivo y negativo, y tres preguntas que medían la autoeficacia. **Resultados:** Los ANOVA muestran diferencias estadísticamente significativas en las medias de afecto y autoeficacia entre los dos momentos temporales en ambos grupos, siendo más favorables para el grupo CS. **Conclusión:** los resultados, muestran que las preguntas centradas en las soluciones como herramientas para manejar los problemas, pueden ser efectivas para mejorar estados emocionales y aumentar las creencias de autoeficacia de las personas.

Palabras clave: Preguntas centradas en la solución, Preguntas centradas en el problema, Emociones, Autoeficacia, Estudiantes de Enfermería, Estudio preliminar de réplica

Abstract

In conversations between health professional and patients, questions can be considered as interventions in their own right. **Objective:** evaluate the differences between two groups, Problem-Focused questions vs Solution-Focused questions in the positive and negative affect and self-efficacy variables. **Method:** experimental design with two groups pretest-postest, in which 107 nursing students described a real problem in their life that wanted to solve. Then, they were assigned randomly to two groups: one of them they would be asked questions focused on the problem and the other group would be asked questions focused on the solution. **Results:** The ANOVA showed statistically significant differences in affect and self-efficacy between the two time points in both groups, being more favourable to the solution-focused questions group. **Conclusion:** These results show that solution-focused questions, as tools to cope with problems, can be effective in improving emotional states and increase people's self-efficacy beliefs.

Keywords: Solution-focused questions, Problem-focused questions, Emotions, Self efficacy, Nursing students, Preliminary replication study

* Correspondencia: neipp@goumh.umh.es

Introducción

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, es una aproximación terapéutica que hace énfasis en que las personas sean conscientes de sus recursos y fortalezas con la finalidad de utilizarlos para solucionar sus problemas y conseguir las metas que se plantean generando cambios positivos en sus vidas (de Shazer, Dolan & Korman, 2007; Grant, 2011). Esta aproximación terapéutica fue desarrollada por Steve de Shazer, Isoo Kim Berg y su equipo (de Shazer, 1985, 1988; de Shazer, Keeney, & Weakland, 1983) en la década de los 80. En esta aproximación, una de las partes fundamentales es la utilización de preguntas efectivas para facilitar el proceso de cambio en las personas. La forma en cómo se pregunta favorece que las personas identifiquen sus recursos y fortalezas, sean conscientes de qué cosas están ya haciendo para resolver el problema, y finalmente, que puedan identificar las metas a alcanzar y cómo conseguirlas (de Shazer et al., 2007). Desde esta perspectiva, las personas pasan más tiempo pensando en sus recursos y las posibles soluciones del problema para generar un cambio positivo en sus vidas, que pensando en los problemas y sus posibles causas.

Revisiones empíricas y meta-análisis, sugieren que existen bastantes evidencias de que la aproximación centrada en soluciones es efectiva en un gran rango de situaciones terapéuticas tales como la prevención de suicidio, los problemas matrimoniales, problemas de ansiedad, depresión, estrés, entre otras (Corcoran & Pillai, 2009; Kim, 2008; Stams, Dekovic, Buist & de Vries, 2006). En concreto, en la práctica de enfermería, numerosas investigaciones han comprobado que las enfermeras formadas en comunicación centrada en soluciones generan una relación positiva y eficaz con los pacientes (Bowles, Mackintosh & Tom, 2001; Hosany, Wellman & Lowe, 2007; McAllister, 2007; Stevenson, Jackson & Barker, 2002).

Por otro lado, se ha comprobado que el uso de la terapia centrada en soluciones también es efectiva en contextos no clínicos como en el ámbito de organizaciones, deporte, ámbito escolar o coaching, entre otros (O'Connell, Palmer & Williams, 2012; Franklin, Trepper, Gingerich & McCollum, 2012; McCormick, 2014).

Sin embargo, hay muy poca evidencia empírica que compare los efectos de las preguntas centradas en soluciones (CS) con los efectos de las preguntas centradas en el problema (CP). Una excepción es el estudio que realizó Grant (2012) que comparó el efecto de ambos tipos de preguntas sobre variables que son relevantes en el cambio terapéutico: afecto positivo y negativo, autoeficacia, aproximación a la meta y planes de acción para conseguir las metas. En el trabajo de Grant, las preguntas CS produjeron un incremento en el afecto positivo y en la autoeficacia, y un descenso en el afecto negativo. En cambio las preguntas CP no produjeron ningún cambio en esas variables.

El objetivo de este trabajo es llevar a cabo un estudio preliminar de réplica del trabajo de Grant para comprobar si sus resultados se confirman en muestra española, esto es, examinar si existen diferencias en las variables de Afecto Positivo, Afecto Negativo y Autoeficacia cuando, ante un problema real, las personas se hacen preguntas focalizadas en el problema o en las soluciones.

Material y método

Participantes

La muestra, seleccionada por muestreo no probabilístico incidental, la formaron 107 estudiantes del primer curso del grado de enfermería de la Universidad CEU San Pablo de Elche; su media de edad fue 21.79 años (DT=5.71 años). El 78.5% de la muestra eran mujeres y la gran mayoría estaban solteros/as (88.8%).

Instrumentos

Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988), en este estudio se utilizó la versión española de Sandín et al. (1999). Es un instrumento de 20 ítems de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= Muy ligeramente o nada; 5=Mucho), donde los participantes indicaban el grado que mejor reflejaba *hasta qué punto te sientes ahora mismo*. De estos, 10 ítems se refieren a la subescala de Afecto Positivo (e.j. “entusiasmado/a”, “orgullosa/a”, “activo/a”, etc) y los otros 10 a la subescala de Afecto Negativo (e.j. “preocupado/a”, “asustado/a”, “temeroso/a”, etc). En esta muestra, ambas subescalas mostraron alta consistencia interna .87 para la subescala de Afecto Negativo y .82 para la subescala de Afecto Positivo.

La Autoeficacia fue evaluada por tres ítems que diseñó Grant (2012) traducidos al español para el presente estudio. Los ítems son: (1) *Ahora mismo me siento muy capaz de saber cómo solucionar este problema;* (2) *Ahora mismo me siento muy capaz de poder manejar este problema* y (3) *Me siento capaz de encontrar una solución a este problema, ahora mismo*. Cada uno de ellos tiene una escala de respuesta tipo likert de 6 puntos (1=Totalmente en desacuerdo, 6=Totalmente de acuerdo). En este estudio, el coeficiente alfa fue muy alto .94.

Procedimiento

Se definió un diseño experimental con dos grupos y medidas pretest-postest ajustado a las garantías éticas del Código de Buenas Prácticas Científicas de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

A continuación se describe el diseño experimental con dos grupos y medidas pretest-postest que se siguió en este trabajo. Los 107 participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: grupo centrado en el problema (CP: N=54) y grupo centrado en la solución (CS: N=53). Los dos grupos son equivalentes en edad ($T_{(105)} = -.723, p = .471$), sexo ($\chi^2_{(1)} = .572, p = .449$) y estado civil ($\chi^2_{(2)} = 3.527, p = .171$).

En ambos grupos, los participantes, se les dio la siguiente consigna:

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 participantes tuvieron que completar el cuestionario PANAS y las preguntas de autoeficacia, que evaluaba los niveles de Afecto Positivo y Negativo y la Autoeficacia (Tiempo 1; T1). Después respondieron a una serie de preguntas, desarrolladas por Grant (2012) y traducidas al español para este estudio, para elicitación pensamientos centrados en el problema o en la solución, dependiendo del grupo en que se encontraba cada estudiante. Las preguntas que respondieron los participantes en el grupo CP fueron seleccionadas con la finalidad de que los participantes se centrasen específicamente en el problema, pudiendo producir en los participantes insights asociados con la resolución de problemas (Jung-Beeman, Collier & Lounios, 2008). Las preguntas que respondieron los integrantes del grupo CS fueron seleccionadas basándose en la revisión de la literatura centrada en soluciones (de Shazer, 1988; de Shazer et al., 2007; DeJong & Berg, 1998; Furman & Ahola, 1992). Estas preguntas fueron diseñadas para centrar la atención de los participantes en las posibles soluciones al problema y para que se formasen intenciones positivas sobre la resolución del problema (ver tabla I).

Después de responder a las preguntas ambos grupos completaron de nuevo los mismos cuestionarios (Tiempo 2; T2).

Análisis de datos

Se realizaron diferentes ANOVA mixto de dos factores con medidas repetidas en uno de ellos, el factor intersujeto el grupo de pertenencia (CP vs. CS), y el factor intrasujeto el tiempo (T1 vs. T2) para la evaluación del Afecto Negativo, Afecto Positivo y Autoeficacia. Para evaluar el impacto de las preguntas se llevó a cabo un ANCOVA de las puntuaciones en T2 controlando en las puntuaciones para cada una de las variables (Afecto Negativo, Afecto Positivo, Autoeficacia).

Preguntas CP	Preguntas CS
1. ¿Cuánto tiempo ha sido esto un problema?	1. 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.
2. ¿Cuándo empezó su problema?	
3. ¿Por qué crees que está siendo un problema?	2. Describa lo más detalladamente

4. ¿Qué piensa sobre este problema?	posible cómo se daría cuenta a la
5. ¿Cómo se siente cuándo está pensando sobre este problema?	mañana siguiente de que ese “milagro” ha ocurrido, ¿qué cosas diferentes haría?
6. ¿Qué impacto puede tener en su vida haber estado pensando en este problema?	3. Describa algunos pasos que puede hacer para empezar a solucionar el problema
	4. ¿Qué piensa sobre esta/s solución/es?
	5. ¿Cómo se siente cuándo está pensando sobre estas soluciones?
	6. ¿Qué impacto puede tener en su vida haber estado pensando en esta/s solución/es?

Tabla 1. Preguntas CP y preguntas CS

Resultados

Antes de proceder a la realización del ANOVA mixto, se comprobó el cumplimiento de los cuatro supuestos que demanda esta técnica de análisis para las tres variables dependientes implicadas en este trabajo: (a) independencia de las observaciones con la prueba de rachas; (b) normalidad de las distribuciones con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; (c) esfericidad con la prueba de Mautschly; y (d) homocedasticidad de las varianzas con la prueba de Levene. Los supuestos de independencia, normalidad y homocedasticidad se cumplieron con $p > .05$ (el supuesto de independencia se podría obviar puesto que la asignación a los grupos fue aleatoria); el supuesto de esfericidad no hizo falta comprobarlo ya que el factor intragrupo sólo tiene dos niveles, por lo tanto, la matriz de varianzas-covarianzas es esférica.

Los grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en T1, en ninguna de la variables excepto en Afecto Negativo ($T_{(105)} = -2.347$, $p = .021$). Las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los grupos se muestran en la Tabla II.

	Tiempo 1		Tiempo 2	
	Media	D.T.	Media	D.T.
Afecto Negativo CP	22.65	7.76	23.30	9.10
Afecto Negativo CS	26.17	7.63	24.13	7.84
Afecto Positivo CP	32.31	6.79	31.57	8.56
Afecto Positivo CS	34.47	6.67	35.60	7.16
Autoeficacia CP	11.54	4.31	12.00	4.32
Autoeficacia CS	10.72	3.71	12.42	4.13

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de los grupos. CP: Grupo Centrado en el problema; CS: Grupo Centrado en las Soluciones

El efecto de la interacción del factor Tiempo con el grupo para Afecto Negativo fue estadísticamente significativo, $F(1, 105) = 15.30$ $p = .000$ ($\eta^2 = .127$), y también el factor principal Tiempo, $F(1, 105) = 4.095$ $p = .046$ ($\eta^2 = .038$). Esto indica que las puntuaciones medias entre los dos momentos en Afecto Negativo variaron más en el grupo CS (Figura 1). El cambio en las puntuaciones medias en el grupo CS disminuyó -2.04 puntos, sin embargo, en el grupo CP se incrementaron en $.65$ puntos. El ANCOVA mostró que el cambio significativo en T2 se puede explicar por las preguntas que los participantes respondieron en cada grupo [$F(1,105) = 14.20$, $p = .000$, $\eta^2 = .120$].

Con respecto al Afecto Positivo, el efecto de la interacción de grupo con el factor Tiempo fue estadísticamente significativo, $F(1, 105) = 4.890$ $p = .029$ ($\eta^2 = .044$), es decir, las puntuaciones medias entre los dos momentos en Afecto Positivo cambiaron en ambos grupos, entre los dos momentos temporales. En T2 las puntuaciones en Afecto Positivo son mayores en el grupo CS, en éste la media se incrementó 1.13 puntos, en cambio, en el grupo CP se redujo $-.74$ puntos (Figura 2).

Las preguntas como intervención: Preguntas centradas en la solución vs. preguntas centradas en el problema.
Estudio piloto en estudiantes de enfermería

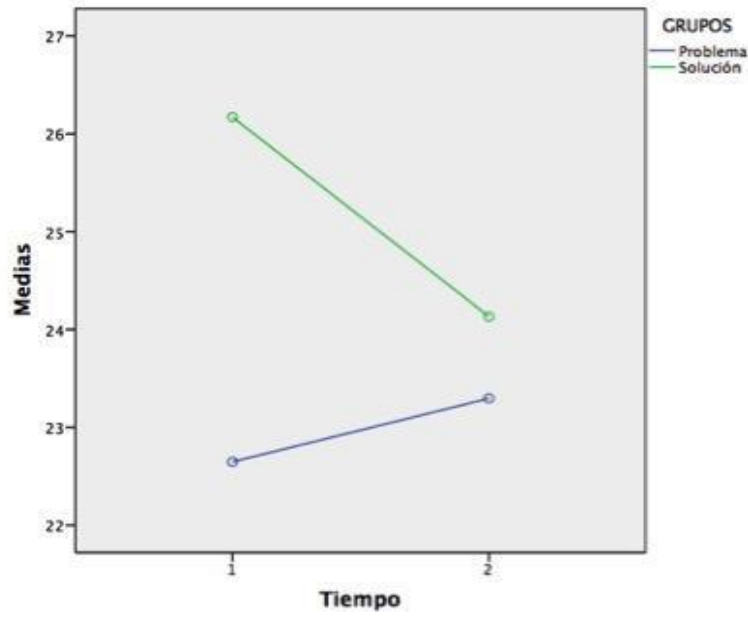


Figura 1: ANOVA 2x2 de medidas repetidas para Afecto Negativo

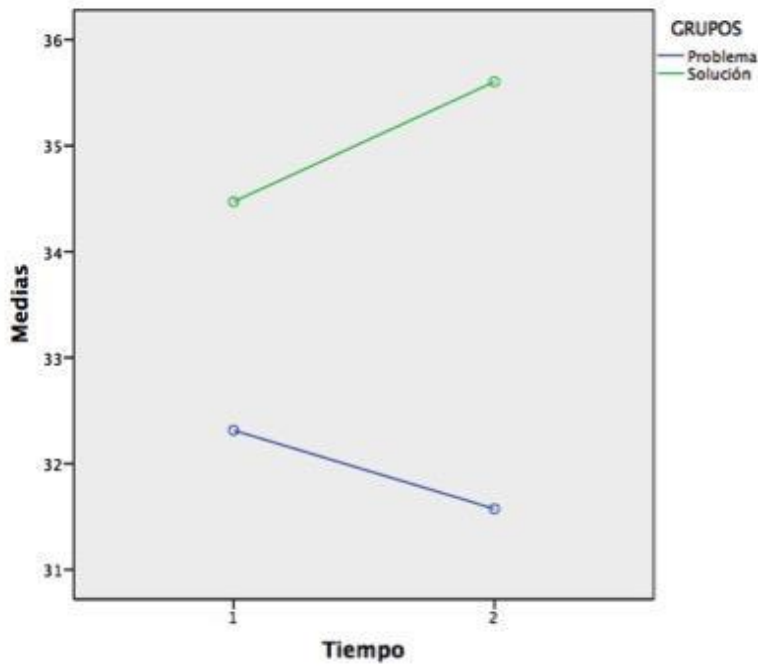


Figura 2. ANOVA 2x2 de medidas repetidas para Afecto Positivo

En la variable Autoeficacia, el efecto de la interacción del factor Tiempo con CS y CP fue estadísticamente significativo, $F(1, 105) = 4.198$ $p = .043$ ($\eta^2 = .038$), y también el factor principal Tiempo, $F(1, 105) = 12.85$ $p = .001$ ($\eta^2 = .11$). Esto indica que las puntuaciones medias entre los dos momentos en Autoeficacia variaron más en el grupo CS que en el grupo CP (Figura 3). En el grupo CS las puntuaciones medias en T2 fueron mayores que en el grupo CP. El cambio en las puntuaciones medias en el grupo CS se incrementó 1.7 puntos y en el grupo CP sólo se incrementó en .46 puntos. El ANCOVA mostró que el cambio significativo en T2 se debe a las preguntas que los participantes respondieron en cada grupo [$F(1,105) = 3,19$, $p = .05$, $\eta^2 = .030$].

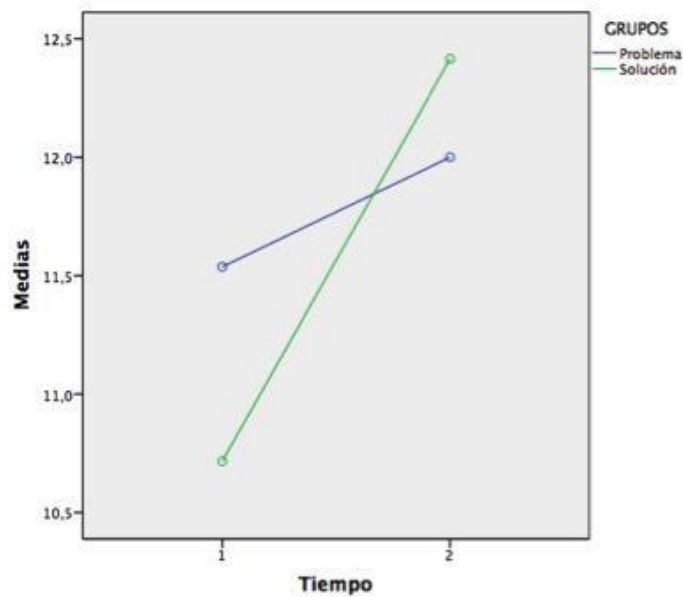


Figura 3. ANOVA 2x2 de medidas repetidas para Autoeficacia

Discusión

El objetivo de este estudio piloto, fue evaluar si existían diferencias entre los dos grupos Preguntas CP vs. Preguntas CS en las variables de afecto positivo, afecto negativo y autoeficacia. Nuestros resultados indican que, efectivamente, responder a un tipo de preguntas, bien CP bien CS tiene un efecto diferente en las variables Afecto Positivo, Afecto Negativo y Autoeficacia en los estudiantes de enfermería.

Las preguntas centradas en las soluciones tuvieron un efecto significativo mejorando, tanto el afecto y la autoeficacia de los estudiantes. Se confirman los resultados que encontró Grant (2012) y son consistentes con lo que los terapeutas centrados en las soluciones describen cómo los efectos centrados en la solución en diferentes contextos (terapia familiar, coaching o enfermería, entre otros) (Franklin et al., 2012).

Comparación del impacto de las preguntas en el afecto positivo y negativo

En nuestro estudio, al igual que en el de Grant (2012), hubo diferencias en el impacto en el afecto de las preguntas CS vs. CP. El objetivo de las preguntas centradas en el problema suele ser que los individuos se centren y piensen en todo lo relacionado con el problema que han descrito. Este estilo de pensamiento hace referencia al concepto de rumiación y se asocia, frecuentemente, con un incremento de depresión y disforia (Spasojevic & Alloy, 2001). Sin embargo, es nuestro estudio los estudiantes no se sintieron peor después de contestar a las preguntas CP, éstas no incrementaron significativamente el afecto negativo (sólo aumentó un 2.86%) ni disminuyeron el afecto positivo (sólo disminuyó un 2.29%).

En cambio, el objetivo de las preguntas CS es, principalmente, generar una perspectiva de cambio positivo en sus vidas pensando en sus recursos y soluciones del problema. El efecto que tuvo en el grupo CS fue el contrario al grupo CP, disminuyeron significativamente el afecto negativo (disminuyó un 7.79%) y aumentaron, aunque no significativamente, el afecto positivo (aumentó un 3.27%). Por tanto, parece que la influencia en el impacto emocional de la aproximación centrada en la solución es superior a la centrada en el problema.

Comparación el impacto de las preguntas en la autoeficacia

En ambos grupos, los dos tipos de preguntas aumentaron la autoeficacia de los estudiantes, si bien, en el grupo de las preguntas CS el aumento fue significativamente mayor que en el otro grupo. En T2 la autoeficacia se incrementó un 15.8% en el grupo CS y sólo un 3.98% en el grupo CP. Este resultado es importante, puesto que existe mucha evidencia de que la autoeficacia es un robusto predictor de resultados terapéuticos, la realización de conductas saludables y en el tratamiento del manejo del dolor y depresión (Bandura, 1997; Jackson, Wang & Fan, 2014; Neipp, Quiles, León, Tirado & Rodríguez-Marín, 2015; Schwarzer, Lippke & Luszczynska, 2011). De hecho, la fuerza de la autoeficacia se ha descrito como un “factor común” que puede ser promovido de una forma muy específica mediante intervenciones centradas en la solución (Beyebach, Rodríguez Morejón, Palenzuela & Rodríguez-Arias, 1996; Neipp, Beyebach, Nuñez, Martínez-González, 2015). Nuestros resultados parecen confirmar que las preguntas centradas en la solución son una herramienta muy útil para generar sensación de competencia y agencia personal en las personas.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene varias limitaciones que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, fue un estudio piloto formado por estudiantes de enfermería que respondieron a preguntas on-line, por tanto no se pueden generalizar los resultados. Sería interesante replicar el estudio en una muestra de profesionales de la salud para poder obtener más datos sobre la utilidad de las preguntas CS.

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, creemos que los resultados aportan datos interesantes acerca de poder utilizar preguntas centradas en la solución para ayudar a las personas a resolver ciertos problemas

Implicaciones prácticas

Si bien, los resultados de nuestro estudio hay que tomarlos con cautela, ya que es un estudio piloto desarrollado con estudiantes de enfermería.

Los resultados obtenidos en este estudio, pueden aportar algunas implicaciones útiles para los terapeutas y los profesionales de la salud. En primer lugar, los resultados aportan más apoyo empírico a la aproximación centrada en la solución, mostrando que las preguntas centradas en la solución fueron más efectivas que las centradas en el problema tanto en el afecto como en la autoeficacia. En segundo lugar, los resultados de este estudio, junto con los obtenidos por Grant (2012), parecen apoyar la idea de que, centrarse exclusivamente en resolución de problemas, utilizando preguntas para evaluar, diagnosticar y detectar los problemas para posteriormente resolverlos, no es lo único que puede ser de utilidad para mejorar el estado emocional y las creencias de control de las personas. Así, introducir preguntas centradas en identificar recursos y metas a conseguir por las personas resultarían ser más efectivas para mejorar su bienestar subjetivo y su autoeficacia.

Referencias

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Beyebach, M., Rodríguez Morejón, A.R., Palenzuela, D.L., Rodríguez-Arias, J.L. (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy. In S.D. Miller, M. Hubble, & B. Duncan (Eds.). *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 299-334). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bowles, N., Mackintosh, C., & Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 347-354. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01979.x>
- Corcoran, J., & Pillai, V. (2009). A review of the research on solution-focused therapy. *British Journal of Social Work*, 39(2), 34-242. doi:10.1093/bjsw/bcm098
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: investigating solutions in brief therapy*. New York: 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: 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: Guilford Press.
- DeJong, P., & Berg, I. K. (1998). *Interviewing of solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- 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: Norton.
- Grant, A. M. (2011). The Solution-focused Inventory: A tripartite taxonomy for teaching, measuring, and conceptualizing solution-focused approaches to coaching. *Coaching Psychologist*, 7(2), 98-106.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1521/jsyt.2012.31.2.21>
- Hosany, Z., Wellman, N., & Lowe, L. (2007). Fostering a culture of encouragement: a pilot study of the outcomes of training mental health nurses working in two UK acute admission units in brief solution focused therapy techniques. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 688-695.
- Jackson, T., Want, Y., y Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Pain*, 15(8), 800-814. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.05.002>
- Jung-Beeman, M., Collier, A., & Lounios, J. (2008). How insights happens: Learning from the brain. *NeuroLeadership Journal*, 1(1), 20-25.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731507307807>
- McAllister, M. (2007). *Solution Focused Nursing. Rethinking practice*. New York: Palgrave Macmillian.
- McCormick, A. (2014). Using solution-focused brief therapy with an amateur football team: A trainee's case study. *Sport & Exercise Psychology Review*, 10(3), 45-57.
- 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. doi:10.1016/j.aprim.2014.07.003
- Neipp, M.C., Beyebach, M., Nuñez, R.M., y Martínez-González, M.C. (2015). The effect of solution-focused versus problema-focused questions: a replication. *Journal of Marital and Family Therapy* (in press). doi: 10.1111/jmft.12140
- O'Connell, B., Palmer, S., y Williams, H. (2012). *Solution Focused Coaching in Practice*. London and New York: Routledge.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psichotema*, 11(1), 37-51.
- Schwarzer, R., Lippke S, & 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. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024509>
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>

- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., & de Vries, L. (2006). Efficacy of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Gedragstherapie*, *39*, 81-94.
- Stevenson, C., Jackson, S., & Barker, P. (2002). Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-orientated approach to nursing in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 688-696. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00644.x>
- Watson, D., Clark, L. A., & 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>