

Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas¹

Assessment and treatment of depressive symptomatology in deaf persons

*Benito Estrada Aranda², Mark Beyebach³,
Carmen Delgado Álvarez² y Roberto Freire Hernando⁴*

RESUMEN

La presente investigación está compuesta por dos estudios, en el primero de los cuales se elaboró una adaptación del Inventario para la Depresión de Beck para personas sordas, de lo cual se ofrecen datos normativos de fiabilidad y validez factorial obtenidos en una muestra de 144 personas sordas profundas prelocutivas. Los análisis factoriales indicaron que el BDI-IIAS mide una dimensión general de depresión formada por dos factores que se relacionaron de forma significativa y que hay una mayor intensidad de la sintomatología depresiva que lo registrado en la población general oyente. En el segundo estudio se aplicó la terapia breve centrada en soluciones a tres pacientes sordos profundos prelocutivos con depresión. Los resultados confirman que dicha terapia fue efectiva para reducir el nivel de esta. Se concluye que el BDI-IIAS puede ser un instrumento válido y fiable para evaluar la depresión en pacientes sordos profundos prelocutivos y que la mencionada terapia puede ser efectiva para aminorarla.

Palabras clave: Inventario para la Depresión de Beck-II; Terapia centrada en soluciones; Personas sordas.

ABSTRACT

This research is composed of two studies, in the first one a version of the Beck Depression Inventory was carried out, adapted to deaf persons, from which normative data of reliability and factorial validity in a sample of 144 deeply deaf pre-locutive subjects are offered. The factorial analyses indicated a general dimension of depression formed by two factors that were correlated in a significant way, and that there is a higher depression in the sample than in the general hearing population. In the second study, the solution-focused brief therapy was applied to three profoundly prelocutive deaf patients with depression. The results obtained with these three patients confirmed the effectiveness of such therapy. In conclusion, the BDI-IIAD can be used as a reliable instrument to evaluate the depression in profoundly prelocutive deaf patients, and that the therapy carried out may be an effective treatment for depression in those patients.

Key words: Beck Depression Inventory-II; Solution focused brief therapy, Deaf people.

¹ Esta investigación es producto de la tesis doctoral del primer autor en la Universidad Pontificia de Salamanca (España), dirigida por el Dr. Mark Beyebach y tutelada por la Dra. Carmen Delgado Álvarez.

² Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N. L., México, tel. (81)83-33-82-33, fax (81)83-33-82-22, correos electrónicos: bestrada@fap.uanl.mx, estradabito@hotmail.com. Artículo recibido el 7 de junio y aceptado el 13 de octubre de 2007.

³ Universidad Pontificia de Salamanca, C/ Compañía, 5 – 37002, Salamanca, España, tel. 0034-923-27-71-00, correos electrónicos: mark.beyebach@upsa.es y cdelgado@upsa.es.

⁴ Tel. 0034)923-18-07-65, correo electrónico: rfh_ofm@hotmail.com.

La investigación presentada aquí ofrece nuevos procedimientos de evaluación de la depresión en pacientes sordos⁵, así como nuevas intervenciones para su tratamiento a través de la aplicación de la terapia breve centrada en soluciones (De Shazer, 1985, 1988, 1991, 1994; Jackson y McKergow, 2007; Lipchik, 2004), siendo este el primer estudio que aplica tal modelo a dicha población como tratamiento para la depresión.

Las personas sordas representan un colectivo en constante exclusión social y asistencial, con lo cual sus posibilidades para acceder a servicios de salud mental que respondan a sus necesidades de comunicación (lengua de signos) se ven muy limitadas. En particular, la evaluación y el tratamiento de la depresión en pacientes sordos es un tema que ha sido escasamente estudiado; en consecuencia, no se dispone de instrumentos válidos y fiables para medir la intensidad de la sintomatología depresiva en este colectivo, ni tampoco hay estudios previos en los que se haya investigado la eficacia de los tratamientos para combatirla, pese a los informes en la literatura concerniente al tema, que dejan claro que hay más casos de depresión media y de moderada a severa en adolescentes, estudiantes universitarios y adultos sordos que lo esperado en personas oyentes (Leigh y Anthony, 2001; Leigh, Robins, Welkowitz y Bond, 1989; Marcus, 1991; McGhee, 1995). Esta realidad motivó la realización del presente estudio, cuyo principal objetivo es dar a conocer la adaptación a la población sorda española de un instrumento bien conocido por la comunidad científica desde hace más de cuatro décadas: el Instrumento para la Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; Beck, Ward y Mendelson, 1961), así como ofrecer datos preliminares sobre la eficacia de la terapia breve centrada en soluciones (TBCS) con esta misma población. Esta investigación es la primera que se realiza en España, y es importante señalar que en México tampoco se ha hecho una investigación como la presentada en este trabajo.

En la actualidad, la gran mayoría de los profesionales de la salud mental son personas oyentes que con mucha frecuencia desconocen la len-

gua de signos (LS), ni tampoco las variables (edad en la que sobrevino la pérdida, localización de la lesión y grado de pérdida auditiva) que hacen de la población de personas sordas un colectivo tan heterogéneo. Además, la mayoría de las veces desconocen el territorio cultural, social y experiencial que determina la vida y la realidad de las personas sordas. Debido a esto, no es raro encontrar que las características “normalmente diferentes” de tales personas puedan ser etiquetadas como psicopatológicas algunas veces. En concreto, el error más frecuente es diagnosticar una enfermedad mental cuando esta no existe (Muñoz y García, 1999). Por otro lado, es común entre la mayoría de los profesionales de la salud mental asumir que los modelos de psiquiatría que normalmente se aplican a las personas oyentes son apropiados también para aplicarse de la misma forma a los pacientes sordos (Kitson y Thacker, 2000). Lo mismo sucede con los modelos de psicoterapia, ya que han sido diseñados desde una “perspectiva oyente”, y por ende las técnicas y herramientas que de ellos se derivan no siempre darán los resultados observados en la población general cuando se aplican a pacientes sordos.

Para complicar más las cosas, tampoco hay suficientes instrumentos diagnósticos adecuados, adaptados o diseñados específicamente para la población de personas sordas, y no está recomendado el uso indiscriminado de los instrumentos que se usan en la población general oyente. Lo que se ha estado haciendo es adaptar instrumentos a la población sorda y traducirlos a la LS del país⁶.

¿Por qué adaptar y traducir el BDI-II a la LS española (LSE) y no otro instrumento? Después de una búsqueda de herramientas que pudieran servir para evaluar la sintomatología depresiva con esta población específica, fue posible identificar que el BDI-II es el instrumento que más se ha adaptado en otras investigaciones a personas sordas (Brauer, 1984; Leigh y Anthony, 2001; McGhee, 1995). Además, es uno de los más utilizados para evaluar la efectividad de las terapias farmacológicas y psicológicas para la depresión en muestras de personas oyentes (Connerley, 2003; Dobson, 1989; Edwards, Lambert, Moran y cols., 1984;

⁵ Los autores se refieren en este trabajo a las personas sordas profundas que usan la lengua de signos como primera lengua y que están integrados a la comunidad sorda.

⁶ Cada país tiene su propia lengua de signos, lo que también ha sido una dificultad que ha obstaculizado el desarrollo de los servicios en salud mental para esta población.

Hyman y Schneider, 2004; Kutlesa, 2003; Swan, Sorrell, MacVicar, Dirham y Matthews, 2004) y de personas sordas (Leigh y Anthony, 2001). También se le ha usado para examinar la eficacia de la TBCS en pacientes oyentes depresivos (Knekt y Lindfors, 2004; Lee, Greene, Mentzer, Pinnell y Niles, 2001).

¿Por qué aplicar la TBCS y no otro modelo de terapia a los pacientes sordos? Algunas de las características de la TBCS hacen que tenga bastante sentido aplicarla a dichos pacientes. En opinión de Ouellette (1998), es posible aproximarse a los problemas de salud mental de las personas sordas desde una perspectiva constructivista porque encaja bien con la manera en que esas personas construyen la experiencia de la sordera. Esto hace que sea terapéuticamente útil centrarse en los recursos y las habilidades que usan para sobrevivir en un entorno sin apoyos. Este autor explica además que la TBCS provee una estructura para deconstruir los mitos patológicos de la sordera y co-construir con el paciente sordo una visión de sus capacidades, recursos y éxitos.

MÉTODO

Participantes

En cuanto a la traducción a la LSE y adaptación del BDI-II –el primero de los estudios–, se tuvo acceso a la muestra a través de las distintas asociaciones de personas sordas que se encuentran ubicadas en Castilla-León y Madrid (Comunidades Autónomas de España) y quedó formada por un total de 144 personas sordas profundas prelocutivas, 63 de ellas mujeres (43.7%) y 81 varones (56.3%). El rango de edades de la muestra total final osciló entre los 18 y los 81 años, con una media de 45.74 años; 65% de las personas de la muestra tenía estudios básicos y 0.7% estudios universitarios.

Instrumento

Se utilizó la versión española del Inventario para la Depresión de Beck-II (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003) para realizar nuestra adaptación. El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems, diseñado con el objetivo de evaluar la gra-

vedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes a partir de una edad mínima de 13 años. Cada uno de los ítems cuenta con cuatro opciones de respuesta, siempre ordenadas de menor a mayor gravedad, en donde la persona elige aquella opción a manera de frase que mejor represente su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo también el día en que responde el instrumento. En lo referente a su corrección, cada uno de los 21 ítems se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida; una vez sumada directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En el caso de que una persona escoja más de una respuesta, se toma la puntuación de la respuesta elegida de mayor gravedad. Dependiendo de la puntuación total, el sujeto se colocará en un determinado nivel de depresión según los puntos de corte que el instrumento establece. Las puntuaciones totales del BDI-II oscilan entre 0 y 63. Una puntuación de 0 a 13 indica un nivel de depresión mínimo, entre 14 y 19 un nivel leve, de 20 a 28 un nivel moderado, y entre 29 y 63 un nivel de depresión grave.

Procedimiento

La adaptación y traducción del instrumento fueron llevadas a cabo en varias fases (Tabla 1). Ambos se aplican de forma conjunta (una vez que se ha comprobado su equivalencia lingüística), pero sólo en la versión escrita es en la que se recogen las respuestas. La versión en video proporcionó un medio fiable y válido para evaluar a las personas sordas de la muestra a través de su idioma, la LS. La versión del BDI-II adaptada a personas sordas (en lo sucesivo BDI-IIAS) está formada por los mismos ítems que la versión adaptada a la población española (Sanz y cols., 2003), pero en forma de interrogaciones en lugar de afirmaciones. Se decidió eliminar la valoración de 0 a 3 sustituyéndola por una escala pictórica de respuesta, pero respetando lógicamente el orden de gravedad presentado. Estas decisiones se tomaron por recomendación del intérprete encargado de la traducción a la LSE de la prueba: por un lado, opinó que presentar los ítems a las personas sordas en forma de interrogación facilitaría su comprensión, y se decidió eliminar la valoración de 0 a 3 ya que se ha

observado cierta tendencia en estas personas a responder a las puntuaciones más altas por la creencia de que la puntuación más alta será la “mejor” o la “correcta”.

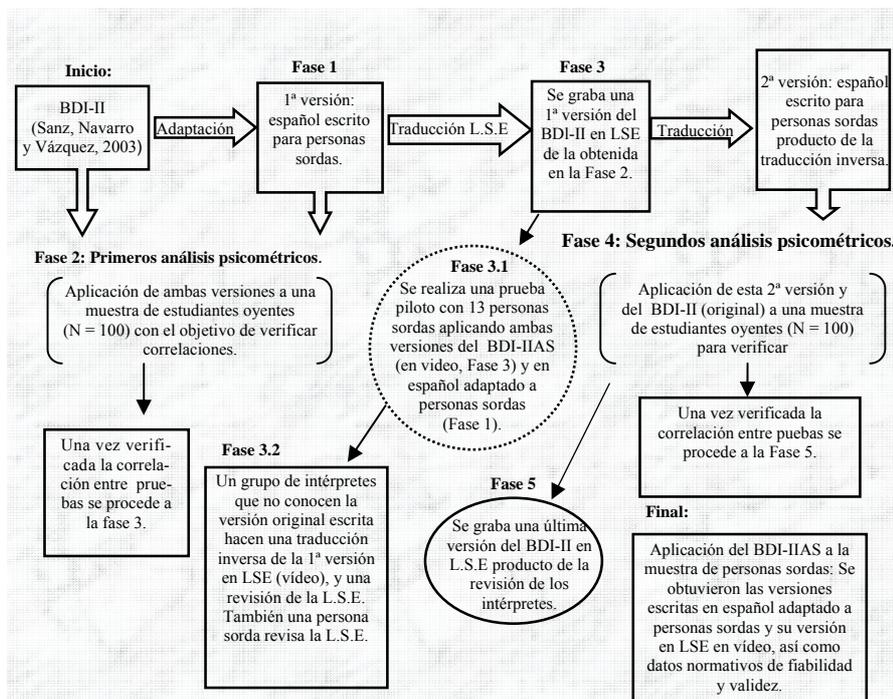
Como se puede apreciar en la Tabla 1, en la Fase 1 un intérprete profesional de LSE revisó lingüísticamente los 21 ítems del BDI-II para hacerlos más comprensibles a la lectura de las personas sordas, cambiando solamente algunos aspectos de estructura gramatical, pero en lo absoluto de contenido. Posteriormente, en la Fase 2 se aplicó esta versión revisada lingüísticamente junto a la versión original española del BDI-II de Sanz y cols. (2003) a una muestra de 100 estudiantes universitarios oyentes. Fue posible comprobar que ambas fueron homogéneas al correlacionar satisfactoriamente (r de Pearson de .90) y que la versión revisada lingüísticamente obtuvo un buen índice de fiabilidad (alfa de Cronbach de .88).

En la Fase 3, otro intérprete profesional tradujo los 21 ítems a la LSE, procediéndose a grabar una primera versión en video para aplicarse en una prueba piloto (Fase 3.1) a 13 personas sordas con diversos niveles de habilidad en LSE. La prueba fue satisfactoria y sólo se hicieron algunas leves modificaciones; en general, la LS del video fue comprendida sin problemas. Dentro de esta fase (3.2), un grupo de intérpretes profesionales de LSE

que desconocía la existencia del formato original del BDI-II hizo una traducción inversa del video (con el instrumento en LSE), ahora al español.

En la Fase 4, la versión producto de la traducción inversa se aplicó a otra muestra de 100 estudiantes universitarios oyentes, junto con la versión original española del BDI-II, siguiendo el mismo procedimiento que en la Fase 2; de igual manera, ambas versiones de las pruebas correlacionaron significativamente en este caso (r de Pearson de .80) y la versión producto de la traducción inversa mostró un buen índice de fiabilidad (alfa de Cronbach de .87). Una vez que se comprobó mediante los análisis estadísticos que las dos versiones de las pruebas en las Fases 2 y 4 (ver Tabla 1) eran homogéneas y lingüísticamente equivalentes –y, además, con una correlación satisfactoria–, se procedió a grabar en video la versión definitiva traducida a la LSE con la ayuda de un intérprete profesional de LS. La versión definitiva en video del cuestionario en LSE fue producto de la revisión y traducción inversa que hizo el grupo de intérpretes (Fase 3.2). La edición final del video se realizó en un estudio profesional de grabación; de esta manera, se logró la versión definitiva del instrumento (las instrucciones del cuestionario solo aparecen en el video).

Tabla 1. Procedimiento de adaptación del BDI-II a la muestra de personas sordas profundas prelocutivas.



En resumen, la versión definitiva en formato escrito del cuestionario es la conseguida en la Fase 1, es decir, la primera adaptación al español para personas sordas, ya que se comprobó durante el proceso de adaptación y traducción que es la que mejor reproduce la versión original, y demostró mediante los análisis psicométricos un mejor índice de fiabilidad (alfa de Cronbach de .88), siendo lingüísticamente equivalente a la original.

De esta manera, los dos formatos del BDI-IIAS (visual y escrito) se aplican de manera simultánea; es decir, una vez que la persona sorda observa en el video las instrucciones del cuestionario y la primera pregunta, se le da un tiempo para que marque en el formato escrito la respuesta que mejor represente su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, y así sucesivamente con el resto de preguntas. Ambos formatos permitieron trabajar para obtener datos normativos de fiabilidad y validez del BDI-IIAS en la muestra de personas sordas profundas prelocutivas de Castilla-León y Madrid.

En cuanto a la muestra del segundo estudio, estuvo formada por tres personas sordas profundas prelocutivas: una mujer de 48 años ("P"), un joven de 32 años ("Y") y otro de 28 años ("H"). Asistieron solicitando la terapia ya que se había creado en una asociación de personas sordas un servicio de atención psicológica. Se les informó que la terapia que recibirían formaba parte de una investigación y se obtuvo su consentimiento por escrito para hacer uso de la información derivada de su caso. Además, gracias a la autorización de dos de los pacientes, las sesiones se grabaron en video en esos casos.

Las demandas de consulta de los pacientes fueron muy variadas. "P" solicitó ayuda para reducir la ansiedad, el estrés y la tristeza y mejorar su autoestima. Su esposo también era sordo, pero oyentes sus tres hijas, por lo que los problemas de comunicación eran bastante frecuentes (familia mixta).

El paciente "Y" era un joven soltero con estudios básicos. Además, tenía formación como profesor de LSE. Estaba desempleado, pero era voluntario. Hasta poco antes del estudio vivía solo, aunque recién había regresado a vivir a casa de sus padres, oyentes al igual que el resto de la familia. Solicitaba apoyo para conseguir estar tranquilo y obtener un puesto de trabajo. Además, la so-

breprotección de sus padres era algo que le causaba mucho estrés y ansiedad y pedía ayuda para conseguir independizarse y vivir en un piso.

Por último, el paciente "H" estaba iniciando los trámites de su divorcio al momento de solicitar la terapia. Contaba con formación profesional, pero en ese momento se hallaba desempleado. Vivía en una pequeña ciudad, aunque desde poco tiempo atrás se había cambiado a una ciudad más grande para residir con un familiar. Sus padres eran oyentes y él era la única persona sorda de la familia. Asistió a la terapia debido a un intento de suicidio como resultado de haber vivido un ambiente laboral negativo y a la mala relación con su esposa oyente.

El terapeuta que participó era psicólogo formado en el modelo centrado en soluciones con cuatro años de experiencia clínica privada. Además, aplicó el tratamiento apegándose a un manual de TBCS⁷ desarrollado para esta investigación con base en el propuesto por la Asociación Europea de Terapia Breve (Beyebach, 2002). En todas las sesiones participó un intérprete certificado de LSE.

Se utilizaron dos instrumentos como medida de cambio. Por una parte, el BDI-IIAS, adaptado y validado para esta población en el anterior estudio de esta misma investigación. Con este instrumento se realizaron medidas pre, intra y posttratamiento para registrar el decremento en la intensidad de los síntomas depresivos, así como la pregunta Escala de Avance, que se aplicó en cada sesión para registrar el incremento en el cambio terapéutico percibido por el paciente. La pregunta Escala de Avance sitúa al paciente en una autoevaluación que le ayuda a percibir el avance en los objetivos establecidos en la terapia. La escala va de 1 a 10, donde 1 es cuando peor estuvieron las cosas, y 10 indica que el problema por el que consultaron los clientes está del todo resuelto.

Para controlar la integridad del tratamiento, el terapeuta respondía al término de cada sesión unos Cuestionarios de Integridad del Tratamiento (CIT) desarrollados por Herrero de Vega y Beyebach (2004). Por último, el primero de los autores

⁷ El manual del tratamiento en el que se basaron los presentes autores para desarrollar el manual de esta investigación puede consultarse en <http://www.ebta.nu/>.

de esta investigación revisó los videos de las consultas que pudieron ser grabadas, también como medida de control de la integridad del tratamiento.

RESULTADOS

Entre los resultados más destacados del primero de los estudios se halla el que las personas sordas que respondieron el BDI-IIAS registraron unas puntuaciones totales que oscilaron entre 0 y 53, lo que indica una puntuación media ($X = 14.5$, D.T. = 10.5), por encima de la registrada en la población general oyente española ($X = 8.4$; D.T. = 7.1) en el estudio de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Asimismo, y al igual que en otros estudios previos con el BDI en muestras de personas sordas (Leigh y cols., 1989; Marcus, 1991; McGhee, 1995), se encontró que hay un mayor porcentaje de personas sordas con niveles moderados (16.7%) y graves (11.8%) de depresión que lo esperado en la población general española oyente, con una diferencia significativa (3 g. l., $\alpha = 0.05$).

Por otro lado, en cuanto a las diferencias de género, aunque no hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, se observó como tendencia que un porcentaje más alto de mujeres tienen puntuaciones más altas que los varones en los niveles de depresión leve y grave. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0.88 y coincide con el del único estudio que revisa la fiabilidad de esta versión del BDI-II en Estados Unidos (Leigh y Anthony, 2001), al igual que con los datos sobre la mayor tendencia de depresión en mujeres sordas.

En cuanto a los análisis factoriales de componentes principales, se extrajeron dos factores que se rotaron mediante el procedimiento oblicuo (*promax*). La solución factorial resultante identificó un primer factor que explica 30.8% de varianza, compuesto por catorce ítems (agitación, pérdida de energía, pérdida de interés, irritabilidad, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo, dificultad de concentración, cambios en el patrón de sueño, indecisión, cambios en el apetito, pérdida de placer, llanto, inutilidad y tristeza), que parecen representar un factor somático-motivacional en línea con la dimensión somática que, de

igual forma, ha sido identificada en la población general.

El segundo factor explica 7.5% de varianza y quedó configurado por cinco ítems (sentimientos de castigo, autocrítica, insatisfacción con uno mismo, sentimientos de culpa y pesimismo) de naturaleza esencialmente cognitiva y afectiva, por lo que se puede considerar que este factor representa la dimensión cognitivo-afectiva que estudios factoriales previos han identificado también en la población general. Ambos factores explican 38.3% de la varianza y, al igual que en esos estudios previos, muestran entre sí una correlación de Pearson de 0.53. Este resultado apoya la idea de que, al igual que el BDI-II, el BDI-IIAS mide una dimensión general de depresión compuesta por estas dos dimensiones sintomáticas.

Sin embargo, a diferencia de la población general oyente, en este estudio el factor somático-motivacional se ha mostrado con mayor peso que el cognitivo-afectivo, indicando que en la muestra de personas sordas profundas prelocutivas se han evaluado con mayor peso los ítems con características somáticas y los motivacionales-conductuales, que los ítems cognitivo-afectivos. Otros análisis factoriales revelan que este resultado parece indicar que el hecho de que la dimensión somático-motivacional se muestre con mayor peso, puede indicar que sea un efecto de la propia adaptación (en video) y no debido a las características de la población sorda. No obstante, se requiere hacer más estudios para tener más datos que ayuden a aclarar con más exactitud este fenómeno.

En cuanto a los resultados obtenidos en el segundo estudio, los tres casos evolucionaron de forma positiva en un número reducido de sesiones. "P" tuvo ocho sesiones, las primeras tres individuales; a partir de la cuarta asistieron en ocasiones su marido y sus hijas. Su puntuación en la pregunta escala pasó de 2 puntos en la primera sesión a 9.5 en la última. Paralelamente, en el BDI-IIAS el nivel de depresión descendió de 44 puntos (depresión grave) antes de la primera sesión, a 10 después de la tercera, a 3 después de la sexta sesión y a 1 al final del tratamiento. "Y" tuvo siete sesiones, a lo largo de las cuales su puntuación en la pregunta escala pasó de 3.5 en la primera sesión, a 6 en la última sesión. Las puntuaciones del BDI-IIAS siguieron una evolución paralela,

descendiendo de 13 puntos al inicio del tratamiento, a 8 tras la tercera, a 6 después de la sexta sesión y finalizando el tratamiento con 7 después de la última sesión. El tratamiento de "H", a pesar de ser la demanda de consulta más delicada, tuvo una duración de cuatro sesiones. En la pregunta escala pasó de 4 puntos en la primera sesión a 9.5 al final del tratamiento, y sus puntuaciones con el BDI-IIAS mejoraron desde 31 puntos antes de iniciar la terapia (depresión grave) a 0 puntos tras la tercera, la cuarta y la última sesiones. Estos resultados indican que la TBCS fue efectiva, registrándose cambios significativos en el nivel de depresión de los tres pacientes. Con base en el criterio de recuperación clínicamente significativa propuesto por Sanz y cols. (2003) (descender por debajo de 9 puntos en el BDI-II después de un tratamiento), puede afirmarse que la recuperación de la depresión de los tres pacientes es clínicamente significativa. Los tres casos registraron una mejoría en sus puntuaciones en la pregunta escala, mostrando también una importante mejoría.

DISCUSIÓN

El BDI-IIAS demostró tener unas propiedades psicométricas aceptables como instrumento de evaluación de la intensidad de la sintomatología depresiva en personas sordas profundas prelocutivas, que permiten recomendar su uso en este colectivo y para tal propósito. Por otro lado, el conjunto de resultados obtenidos y su utilidad para evaluar la significación clínica de los resultados en los tratamientos contra la depresión en este colectivo hacen posible recomendar el BDI-IIAS como instrumento de medida del cambio. No obstante, y al igual que se recomienda con otras versiones del BDI de otros estudios, los resultados del presente no justifican el uso exclusivo del BDI-IIAS como instrumento diagnóstico, sino como una herramienta más para lograr un diagnóstico cada vez más seguro y fia-

ble. Por otro lado, deja abierto ahora el trabajo de adaptación del BDI-II a la población sorda profunda prelocutiva mexicana, y su traducción a la lengua de signos utilizada en el país, trabajo que ya se está llevando a cabo.

La TBCS se aplicó en los tres casos adhiriéndose a un manual de tratamiento y controlando su integridad. Los resultados obtenidos en los tres casos confirman que ha sido efectiva, advirtiéndose en los tres pacientes resultados notorios en poco tiempo y después de sufrir un tiempo considerable el problema que les llevó a terapia. Los resultados obtenidos con el BDI-IIAS en los tres casos analizados indican una recuperación clínicamente significativa y aportan datos preliminares que apoyan su uso como herramienta para medir el cambio terapéutico en pacientes sordos profundos prelocutivos.

Por otro lado, se halló una relación consistente entre los resultados obtenidos con los instrumentos de medida empleados. Las puntuaciones que registró la pregunta escala de avance en los tres pacientes indicaron un incremento constante del nivel de mejoría y, por lo mismo, de cambio terapéutico, mientras que las puntuaciones del BDI-IIAS registraron un notable decremento, lo que indica una mejoría en la intensidad de la depresión en cada paciente. Los casos presentados en este estudio han sido de particular interés porque reflejan en muchos sentidos la problemática de muchas personas sordas y ofrecen también la posibilidad de comprobar la eficacia de la TBCS. Esta investigación permite pensar que algunas de las técnicas de la TBCS (en especial las preguntas de proyección al futuro, como la "pregunta milagro") no son directamente aplicables al trabajo con personas sordas en terapia; sin embargo, la pregunta escala resultó ser una herramienta terapéutica y un instrumento de cambio muy efectivo. Estudios futuros podrían tratar de replicar estos resultados y comprobar si los cambios se mantienen también en el seguimiento.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C. y Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beyebach, M. (2002). Manual de terapia breve centrada en soluciones. Asociación Europea de Terapia Breve. Disponible en línea: <http://www.ebta.nu> (extraído el 12 de julio de 2005).
- Brauer, B. (1984). *Proposal for a program of research in mental health and deafness at Gallaudet College*. Washington, DC: Gallaudet Research Institute.
- Connerley, R. C. (2003). Distant intercessory prayer as an adjunct to psychotherapy with depressed outpatients: A small-scale investigation. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering* 64 (6-B), 2909.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting differences to work*. Norton: New York.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Edwards, B.C., Lambert, M.J., Moran, P.W., McCully, T., Smith, K.C. y Ellingson, A.G. (1984). A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 93-99.
- Herrero de Vega, M y Beyebach, M. (2004). *The Salamanca research project on stuck cases: A measure of treatment integrity*. Memorias del Congreso de la Asociación Europea de Terapia Breve, Ámsterdam, 18 de septiembre.
- Hyman, S.M., Schneider, B.A. (2004). The short-term treatment of a long-term interpersonal avoidance. *Clinical Case Studies*, 3(4), 313-332.
- Jackson, Z.P y McKergow, M. (2007). *The solutions focus. Making coaching and change simple*. London: Nicholas Brealey Publications.
- Kitson, N. y Thacker, A. (2000). Adult psychiatry. En P. Hindley y N. Kitson (Eds.): *Mental health and deafness* (pp. 75-98). London: Whurr Publishers.
- 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 short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Studies in Social Security and Health* (Helsinki, Finland), 77.
- Kutlesa, N. (2003). A group intervention with university students who experience difficulties with perfectionism. *Dissertation Abstracts International Section-A: Humanities and Social Sciences*, 64(2-A), 398.
- Lee, M.Y., Greene, G.J., Mentzer, R.A., Pinnell, S. y Niles, D. (2001). Solution-focused brief therapy and the treatment of depression: a pilot study. *Journal of Brief Therapy*, 1, 33-49.
- Leigh, I.W. y Anthony, S. (2001). Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 195-202.
- Leigh, I.W., Robins, C.J., Welkowitz, J. y Bond, R (1989). Toward greater understanding of depression in deaf population. *American Annals of the Deaf*, 134, 249-254.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marcus, A.L. (1991). *The prevalence of depression among deaf college students*. Tesis doctoral no publicada. Philadelphia: Temple University.
- McGhee, H. (1995). *An evaluation of modified written and American sign language versions of the Beck Depression Inventory with the pre-lingually deaf*. Tesis doctoral no publicada. Alameda, CA: Escuela de California de Profesionales en Psicología.
- Muñoz, B.J. y García, G.A. (1999). Salud mental y sordera. *Revista FIAPAS*, 66, 21-25.
- Ouellette, S. (1998). Reconstructing deafness: A solution-focused model for therapy. *Proceedings of the First World Conference on Mental Health and Deafness*. Disponible en red: <http://mhdeafintl.gallaudet.edu/proceedings1/procl1keynote2.htm>.
- Sanz, J., Navarro, M. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdígón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Swan, J., Sorrell, E., MacVicar, B., Durham, R. y Matthews, K. (2004). Coping with depression: An open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 125-129.