

# Implementación de la terapia de solución de problemas en un grupo de pacientes con depresión

## Implementation of problem solving therapy in a group of patients with depression

Marcela Olave Jaramillo<sup>1</sup>, Anny Carolina Rincón Hoyos<sup>1</sup>, Lisa Fernanda Gil<sup>2</sup>, Robinson Pacheco López<sup>1</sup>, Alberto Alzate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo interdisciplinario de investigación en Epidemiología y Salud Pública, Universidad Libre. Cali, Colombia

<sup>2</sup>Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle. Cali, Colombia

### Resumen

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas, debido a la disminución de la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas de sus actividades cotidianas. Es necesario contar con estrategias de intervención que sean eficaces para atender este tipo de problemática.

**Objetivo:** Determinar la efectividad de la Terapia de Solución de Problemas (TSP) en cuanto a la disminución de respuestas desadaptativas y síntomas depresivos que afectaban la funcionalidad de un grupo de pacientes con diagnósticos de trastorno depresivo mayor (leve, moderado o grave), episodio recurrente, trastorno depresivo persistente o trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo (leve, moderado o grave), en el servicio de hospital día del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle durante el segundo semestre del año 2018.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, para lo cual se consultó de manera retrospectiva en los registros médicos de la institución, información clínica y demográfica del grupo de pacientes previamente descrito. Se incluyó dentro de la información clínica los resultados de los cuestionarios de las escalas de depresión de Zung y el test de solución de problemas propuesto por Nezu y Perri, las cuales fueron aplicadas antes de la intervención (Terapia de Solución de Problemas); la primera para la identificación de síntomas más frecuentes, y la segunda para identificar la percepción sobre estrategias y respuestas sobre situaciones del día a día. Dichos test fueron repetidos al finalizar las 10 sesiones de la intervención; la información fue recolectada en Microsoft Office Excel y analizada usando el paquete estadístico Stata 14.

**Resultados:** La intervención con TSP contribuyó a la reducción de los síntomas de depresión en los pacientes atendidos y mostró cambios significativos en la escala que midió la intervención de tipo de solución de problemas.

**Conclusiones:** Se concluye que, a través de la realización de la intervención de tipo Terapia de Solución de Problemas, se ha conseguido obtener resultados positivos. Al finalizar la intervención, se evidenció que los pacientes que concluyeron las sesiones, al realizarse la evaluación con el test de solución de problemas, mostraron cambios significativos en las habilidades para solucionar problemas en la vida real, y con la escala de autorreporte de Zung se evidenció disminución de síntomas depresivos previamente descritos, lo que supone una estrategia adecuada para implementar como coadyuvante a los tratamientos habituales para el manejo de los trastornos depresivos.

**Palabras clave:** Depresión; Trastorno Depresivo; Terapia de solución de problemas; Test de depresión de Zung.

### Abstract

**Introduction:** The World Health Organization (WHO) estimates that more than 300 million people live with depression, an increase of more than 18% between 2005 and 2015. Lack of support for people with mental disorders, along with fear of stigma, prevent many from accessing the treatment they need to live healthy and productive lives. Due to the decreased ability of people to work, study, socialize or to execute some of their daily activities, it is necessary to have intervention strategies available that are effective to address this type of issue.

**Objective:** To determine the effectiveness of Problem-Solving Therapy (PST) in terms of reducing maladaptive responses and depressive symptoms that affected the functionality of a group of patients with diagnoses of major depressive disorder (mild, moderate or severe), recurrent episode, persistent depressive disorder or bipolar disorder with depressive episode (mild, moderate or severe), in the day hospital service of the Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle during the second half of 2018.

**Materials and methods:** An observational, descriptive, longitudinal study was performed, for which a retrospective review of the institution's medical records, clinical and demographic information on the previously described group of patients was performed; the results of the Zung self-rating depression scale questionnaires and the problem solving test proposed by Nezu and Perri were included in the clinical information, which were applied before the intervention (Problem Solving Therapy). The first scale was to identify the most frequent symptoms and the second one to identify the perception of strategies and responses to day-to-day situations; These tests were repeated at the end of the 10 sessions of the intervention; this information was then collected in Microsoft Office Excel and analyzed using the Stata 14 statistical package.

**Results:** PST contributed to the reduction of depressive symptoms in the group of patients who were treated with this therapy, and it showed significant changes in the scale that measured the intervention of the type of problem solving.

**Conclusions:** It is concluded that, through the realization of the intervention of the Problem-Solving Therapy type, positive results have been obtained. Since, at the end of the intervention, it was evidenced that the patients who concluded the sessions, when the evaluation was carried out with the problem-solving test, showed significant changes in the skills to solve problems in real life, and with the self-scale. Zung's report showed a decrease in previously described depressive symptoms, which implies an adequate strategy to implement as an adjunct to the usual treatments for the management of depressive disorders.

**Keywords:** Depression; Depressive Disorder; Problem Solving Therapy; The Zung Depression Test.

## 1. Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente que es percibido por los pacientes en general como episodios de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Así mismo, se debe tener en cuenta otros síntomas descritos en el DSM 5 para la realización del diagnóstico, como son: estado de ánimo deprimido, sensación de vacío, desesperanza, llanto, irritabilidad, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o alteración para tomar decisiones; a esto hay que agregar la presencia de pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Este evento se ha convertido en un serio problema de salud pública a nivel mundial por la carga de enfermedad que genera; se calcula que en el mundo hay más de 300 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión y su prevalencia varía de un país a

otro (dependiendo de varios factores). Para el trastorno depresivo mayor, se han registrado cifras que van desde 1,4 % a 11,7 %.

De acuerdo con el estudio de estimación de la carga global de enfermedad para Colombia realizado en 2012, la depresión mayor estuvo en tercer lugar por años de vida vividos con discapacidad, para ambos sexos, con 13,17 AVD por mil personas, lo que la ubicó como la quinta causa por años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) para el mismo año.

Las personas con patología mental grave como depresión mayor o esquizofrenia tienen una muerte prematura un 40 a 60 % mayor que la población general. Esta mayor tasa de mortalidad ha sido explicada por la dificultad de las personas para comunicar su problemática por miedo al estigma, retardo en la consulta si sus síntomas ya son graves por pérdida de su autodeterminación y autocuidado, o por dificultades en la consecución de citas y/o en la atención por parte del personal en salud mental por trabas administrativas. La depresión mayor podría ser, además, desencadenada por la presencia de cualquier desorden de origen biológico, metabólico, enfermedades terminales, enfermedades cardiovasculares, y con esto se encuentra que en los casos más severos podría desencadenarse una mayor tendencia al

suicidio, la cual es reportada a nivel mundial como la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

A nivel mundial la OMS promueve en los países la implementación de políticas locales y regionales para atender la problemática. Se buscan estrategias que promuevan estilos de vida saludables, mejorar el bienestar de los habitantes, enfocados a mantener la salud mental.

Una de estas estrategias está enfocada al diagnóstico temprano de la enfermedad mental y el tratamiento oportuno. Sin embargo, este abordaje debe realizarse de forma individual, al buscar estrategias que establezcan intervenciones que logren disminuir la carga emocional que generan la confrontación y solución de problemas del día a día.

Con respecto a la depresión, la OMS ha ubicado a Colombia con una prevalencia por encima del promedio mundial. Refiere que esta enfermedad afecta al 4,4 % de la población mundial, mientras que en Colombia llega al 4,7 %; sin embargo, la encuesta nacional de salud mental del 2015 nos muestra una realidad preocupante, pues evidencia una prevalencia de depresión para Colombia de 13,9 %, con un 4,9 % de intentos de suicidio y un 19,3 % de prevalencia para el trastorno de ansiedad.

Lo anterior hace necesario contar con estrategias de intervención que sean eficaces para atender este tipo de problemáticas. Para tal fin, la OMS promueve dentro de las estrategias de atención, el programa de acción mh-GAP, donde describe técnicas de psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y de resolución de problemas, las cuales pueden utilizarse para tratar los episodios depresivos o la depresión en centros asistenciales no especializados siempre y cuando se cuente con personal

suficiente y entrenado.

Por tanto, la implementación de la Terapia de Solución de Problemas en el tratamiento de la depresión. Podría tener una respuesta adecuada como ayudante en el manejo de la patología mental grave. La literatura reporta como principal hallazgo la disminución de los síntomas depresivos, por lo que se concluye que dicha terapia no sólo es una intervención eficaz para la depresión, sino que es un enfoque de tratamiento lógico, sistemático, razonable y sencillo de aplicar, que puede ser utilizado en pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos.

Dado que Colombia es un país que presenta una alta prevalencia de la enfermedad, se han resaltado las posibles causas para esta situación. De acuerdo a la literatura, entre ellas se incluye la dificultad para acceder a los tratamientos, la falta de recursos y de personal médico capacitado, la estigmatización que tienen los trastornos mentales y una evaluación clínica inexacta o errónea. La Asociación Colombiana de Psiquiatría indica que solo uno de cada diez colombianos con depresión recibe tratamiento adecuado, y la más reciente Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) señala que solo el 38,5 % de los adultos entre 18 y 44 años que solicitaron algún tipo de atención en salud mental la recibieron.

Por consiguiente, la Terapia de Solución de Problemas ha sido utilizada como abordaje psicosocial alternativo para el tratamiento de la depresión y por ello adaptada para tratar una gran diversidad de problemas psicológicos. Entre ellos, se ve a la población geriátrica, pacientes con enfermedades crónicas o con trastornos de personalidad. También se incluyó a personas con alto nivel económico y personas con crisis económicas; asimismo, a

sujetos de diferentes edades, y de forma individual o grupal. Se destacó en nuestro medio en el año 2016 con el proyecto de la Organización Panamericana de la salud y la Organización mundial de la Salud (OPS/OMS) con la implementación de la estrategia de atención primaria a través del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental – mhGAP, donde en su apartado de depresión fue fundamental encontrar que la guía de intervención hablaba de la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico, con líneas claras de manejo, incluyendo a la psicoeducación, así como abordajes psicosociales y de estresores, terapia interpersonal, activación conductual o terapia cognitivo-conductual. Además, ingresa de forma novedosa programas de actividad física regulada, método de relajación o tratamiento para la solución de problemas. Esto abrió la posibilidad de innovar en posibles intervenciones, que ayuden a los pacientes a ver sus problemas, y entienda las dificultades para su afrontamiento y que muchas de las respuestas o síntomas son generadas por la visión y percepción del mundo. Igualmente, logran establecer metas y evaluar sus progresos en la terapia.

Esta situación nos permite visualizar la importancia de generar conocimiento con respecto a nuevas experiencias de las instituciones y el uso de nuevas terapias incluyendo la Terapia de Solución de Problemas (TSP), a fin de que se logre evaluar las experiencias exitosas y así permitir a otras instituciones poder implementarlas.

Por ello, el objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de la Terapia de Solución de Problemas —evaluando los resultados de las escalas auto aplicadas de depresión de Zung y del test Terapia de Resolu-

ción de Problemas, antes y después de la intervención—, en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos en el servicio de hospital día del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle durante el segundo semestre del año 2018.

## **2. Materiales y Métodos**

### **2.1. Diseño**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, con recolección de la información disponible en las historias clínicas de manera retrospectiva, de una cohorte de pacientes con diagnóstico de depresión del grupo de hospital día del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle (HUPV), en quienes se realizó una intervención a través de la Terapia de Solución de Problemas durante el segundo semestre del año 2018.

### **2.2. Población**

La población de estudio estuvo conformada por todos los registros clínicos de pacientes que fueron atendidos en el programa de hospital día del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle durante el segundo semestre del año 2018 por diagnósticos relacionados con trastornos depresivos (según el manual diagnóstico y estadístico DSM), incluyendo: trastorno depresivo mayor (leve, moderado o grave), episodio recurrente, trastorno depresivo persistente o trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo (leve, moderado o grave).

### **2.3. Criterios de inclusión**

Se incluyeron registros de pacientes de ambos sexos con edades entre 18 y 65 años que pertenecían al área de hospital día del HUPV con diagnósticos de trastorno depresivo mayor (leve, moderado o grave), episodio recurrente, trastorno depresivo persistente o trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo (leve, moderado o grave) y trastorno mixto de ansiedad y depresión, a quienes se les aplicó la terapia de solución de problemas.

### **2.4. Criterios de exclusión**

Se excluyeron registros de pacientes que tenían comorbilidades neurológicas y/o cognitivas severas primarios o secundarios que les impedía la realización de la terapia de solución de problemas y la ejecución de las actividades.

### **2.5. Recolección y análisis de datos**

La información clínica y demográfica fue recolectada de los registros clínicos de los pacientes a quienes se les había realizado la intervención con la Terapia de Solución de Problemas; esta se aplicaba en 10 sesiones de forma individual o en grupo. La primera sesión se dedicaba a introducir el enfoque de solución de problemas, además de la realización de la escala de Test de Solución de Problemas para identificar la forma en la que podrían resolver los problemas actuales de su vida y evidenciar el tipo de respuestas desadaptativas que se presentaban; también se realizó el test de depresión de Zung para evaluar la presencia e intensidad de síntomas depresivos antes de la intervención e inmediatamente posterior a la misma. Las sesiones 2 y 3 se dirigieron al componente de orientación hacia el problema

y las sesiones 4 y 5, a la enseñanza y práctica de las restantes cuatro habilidades de solución de problemas. En las últimas tres sesiones se practicaban de forma conjunta las habilidades aprendidas con aquellos problemas que todavía no se habían resuelto, en la sesión 9 se trabajaba el mantenimiento y la generalización, y la sesión 10 se dedicaba a los aspectos relacionados con la finalización de la terapia.

El nivel de depresión se midió a través de la escala autoaplicada de depresión de Zung y el test de solución de problemas; se generaron puntuaciones antes y después de la intervención. Inicialmente se realizó un análisis de los datos para describir la distribución de las variables en estudio, se calcularon los estadísticos descriptivos y se calcularon proporciones o porcentajes para las variables cualitativas.

Para la evaluación de los objetivos se generaron medianas entre las puntuaciones obtenidas en la escala autoaplicada de depresión de Zung antes y después de la intervención, y en el Test de Solución de Problemas antes y después de la intervención; dichas diferencias se analizaron mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y se realizó la construcción de una base de datos electrónica para el aseguramiento y custodia de dicha información; se tuvo en cuenta las preguntas medidas en cada una de las escalas.

## **3. Consideraciones éticas**

Esta investigación fue evaluada por el comité de ética de investigación del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, institución en donde se llevó a cabo el estudio y fue además evaluada y aprobada en el comité de ética y bioética de la Universidad Libre de Cali

Característica	Descripción	Medida de Resumen: n
Edad en años	Mediana (IQR)	43,5 (28-59)
Sexo	Femenino	9
	Masculino	1
Estado civil	Con pareja	7
	Sin pareja	3
Ocupación	Hogar/ama casa	5
	Estudiante	1
	Otra	4
Escolaridad	Primaria	1
	Bachillerato	8
	Técnico	1

**Tabla 1:** Variables sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo asistentes a hospital día HUPV.

Diagnóstico (CIE 10)	N	Medida de resumen: Mediana (IQR)
Trastorno depresivo recurrente (F33)	4	7,5 (6,5-15)
Episodio depresivo (F32)	4	16,5 (8,5-18)
Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2)	2	5,5 (3-8)

**Tabla 2:** Años de diagnóstico del Trastorno Depresivo al ingreso a hospital día del HUPV.

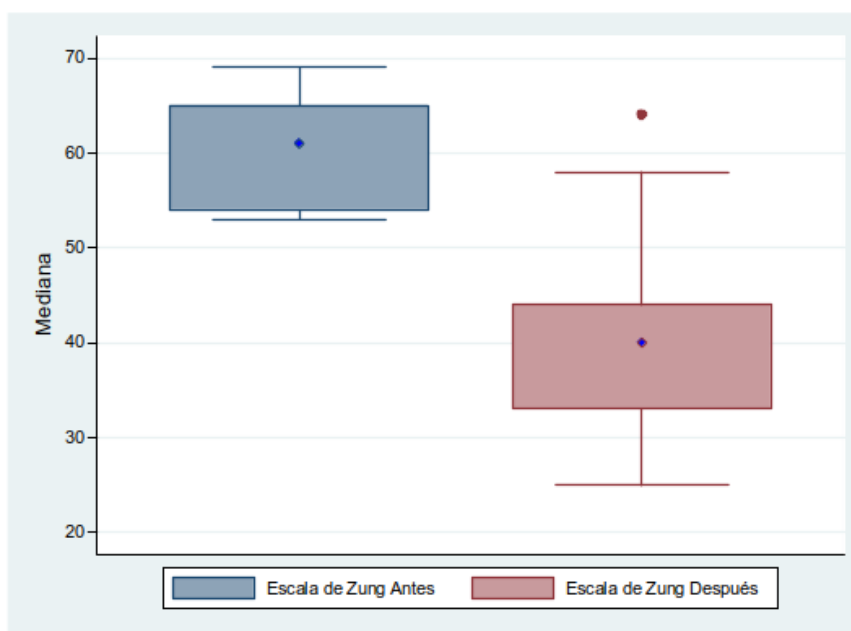
y definida como investigación sin riesgo según acta N.º 6 del 6 de diciembre de 2019.

## 4. Resultados

La mediana de edad de los pacientes incluidos en el estudio fue de 43,5 años con un rango intercuartil (IQR) de 28 a 59 años. En su gran mayoría eran mujeres (90%), amas de casa, bachilleres y con una pareja sentimental estable (Tabla 1).

En cuanto al diagnóstico de los pacientes al momento del inicio de la intervención, cuatro

presentaban un trastorno depresivo recurrente (Cie 10 F33), uno de ellos con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (Cie 10 F33.3); cuatro más tenían diagnóstico de episodio de depresivo (Cie 10 F32); dentro de estos, tres con episodio moderado (Cie 10 F32.1) y uno con episodio grave sin síntomas psicóticos (Cie 10 F32.2). Los dos pacientes restantes presentaban un trastorno mixto de ansiedad y depresión (Cie 10 F41.2) La mediana para el tiempo de diagnóstico del trastorno depresivo fue de 8 años con un rango intercuartil de 6 a 18 años; por lo que es mayor para los pacientes con diagnóstico de Episodio depresivo (Tabla



**Figura 1:** Comparación del nivel de depresión antes y después de la intervención.

2).

Para la evaluación de los resultados, se llevó a cabo un análisis mediante la prueba de Wilcoxon como prueba no paramétrica, para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. También se aplicó en la escala autoaplicada de Zung, utilizada con el objetivo de probar si había diferencia en el nivel de depresión en los pacientes antes y después de la intervención (Figura 1).

El análisis de la prueba demostró que hay diferencias estadísticas significantes ( $p=0,00051$ ) entre los resultados obtenidos por medio de la escala autoaplicada de Zung en los pacientes antes y después de la intervención, con una disminución en dichos puntajes en la totalidad de los pacientes.

El análisis mediante la prueba de Wilcoxon

fue empleado como prueba no paramétrica para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. El test de resolución de problemas, aplicado antes y después de la intervención y al comparar los rangos de las diferencias de medianas, mostró en 19 (76 %) de las 25 preguntas del test una disminución en la puntuación para los 10 pacientes; cambios que fueron estadísticamente significativos, puesto que el valor de  $p$  fue menor que el nivel de significancia (0,05); esto significa una orientación positiva hacia los problemas, menos disfuncionalidad y mayor riqueza en las actitudes hacia la solución de los mismos (Tabla 3).



N.º	Pregunta	Wilcoxon signed-rank test	Valor p
1	Tengo miedo cuando tengo que resolver un problema importante.	2,768	0,0056†
2	Cuando tengo que tomar una decisión, pienso cuidadosamente las alternativas que se me presentan.	-2,687	0,0072†
3	Me siento nervioso e inseguro cuando tengo que tomar una decisión importante.	2,472	0,0134†
4	Cuando fracasan mis primeros intentos de resolver un problema, renuncio muy rápidamente, porque encontrar soluciones me resulta difícil.	2,265	0,0235†
5	Hay veces en que, aun los problemas difíciles, movilizan mi vida en un sentido muy positivo.	-2,205	0,0274†
6	Si evito los problemas, se resolverán solos.	0,798	0,4250
7	Cuando no consigo resolver un problema, me siento frustrado.	2,783	0,0054†
8	Si me esfuerzo en ello, puedo aprender a resolver eficazmente situaciones difíciles.	-2,859	0,0042†
9	Cuando me enfrento a un problema, antes de decir lo que debo hacer, trato de desmenuzarlo, ordenarlo y definirlo cuidadosamente para entender porque constituye un problema.	-2,796	0,0052†
10	Trato de hacer todo lo necesario para no tener problemas en mi vida.	0,927	0,3539
11	Los problemas difíciles me afectan mucho emocionalmente.	2,689	0,0072†
12	Cuando tengo que tomar una decisión me tomo el tiempo necesario para ello y considero, antes de actuar, las consecuencias positivas y negativas de cada una de las alternativas.	-2,036	0,0418†
13	Cuando estoy tratando de resolver un problema, a menudo confío en mi instinto y atiendo a la primera idea que se me ocurre.	-2,332	0,0197†
14	Cuando estoy molesto, quiero huir y estar solo.	2,705	0,0068†
15	Las decisiones importantes las tomo solo.	-2,405	0,0162†
16	Frecuentemente reacciono antes de tener todos los datos sobre un problema.	2,421	0,0155†
17	Después de tener una idea sobre el modo de resolver un problema, esbozo un plan para llevarlo exitosamente a cabo.	-2,113	0,0346†
18	Soy muy creativo a la hora de descubrir nuevas ideas para solucionar problemas.	-2,553	0,0107†
19	Pierdo más tiempo preocupándome por los problemas que resolviéndolos.	2,889	0,0039†
20	Mi objetivo para resolver problemas consiste en detener los sentimientos negativos lo antes posible.	-1,758	0,0787
21	Trato de evitar cualquier problema con los demás para mantener lo más bajo posible el nivel de problemas.	0,780	0,4352

N.º	Pregunta	Wilcoxon signed-rank test	Valor p
22	Cuando alguien me molesta o hiere mis sentimientos reacciono siempre del mismo modo.	2,800	0,0051†
23	Me resulta muy útil, si trato de imaginarme un problema, atenerme a los hechos.	-2,488	0,0129†
24	Ser sistemático y planificador con los problemas personales, me parece un enfoque demasiado frío o serio.	0,932	0,3513
25	Entiendo hasta que las emociones negativas pueden ayudarme a solucionar problemas.	-1,436	0,1511

**Tabla 3:** Resultado de la prueba de Wilcoxon en el test de resolución de problemas comparando los rangos de las diferencias de antes y después de la intervención.

†: significancia estadística  $p < 0,05$

## 5. Discusión

Esta es la primera investigación que se realiza en el Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, que evaluó la efectividad de la terapia de solución de problemas en un grupo de personas con diagnóstico de depresión (trastorno depresivo mayor con episodio depresivo moderado, trastorno depresivo mayor con episodio depresivo recurrente, trastorno afectivo bipolar con episodio depresivo moderado o trastorno mixto de ansiedad y depresión); se logró identificar y resolver problemas puntuales de su vida que desencadenaban respuestas desadaptativas y generaban síntomas que alteraban su funcionalidad y, a su vez, efectos en el bienestar emocional, físico, psicológico y el cambio de pensamientos sobre la posibilidad de encontrar estrategias para resolver problemas sobre metas personales, laborales y de relaciones interpersonales.

En la investigación se encontró que el diagnóstico de depresión fue más prevalente en el sexo femenino, de acuerdo con otros es-

tudios revisados. La mediana de edad de los participantes fue similar a la de los grupos de pacientes evaluados en diferentes estudios, en los cuales se evidenció el papel preventivo de la terapia de solución de problemas en la reducción de la depresión de hasta 2,46 veces más comparado con el caso de no intervenir.

En cuanto al nivel educativo de los pacientes incluidos en esta investigación 6 de 10 habían finalizado el bachillerato, pero no se observó diferencia con aquellos que tenían un nivel educativo inferior. Sin embargo, no se validó el coeficiente intelectual de los participantes, tal como fue realizado en otro de los estudios consultados, en el cual se demostró que la efectividad de la terapia de solución de problemas fue moderada por el puntaje de inteligencia, ya que aquellos jóvenes con puntajes más altos tenían más probabilidades de beneficiarse de esta intervención para disminuir los síntomas depresivos. Aunque los resultados hallados en los distintos estudios proporcionan un fuerte apoyo a la efectividad de esta mo-

dadidad de terapia para el tratamiento de la depresión mayor, en los análisis de metarregresión de diferentes estudios no se encontraron diferencias significativas entre la Terapia de Solución de Problemas y otras terapias, y no mayor efectividad que la intervención farmacológica.

Los resultados del presente estudio proporcionan un fuerte apoyo a la eficacia de la Terapia de Solución de Problemas en el manejo de un grupo de pacientes con diagnóstico de depresión del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle, ya que, a pesar de que los pacientes contaban con más de dos meses de manejo farmacológico al ingreso a hospital día, que incluía antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo incluyendo (Fluoxetina 40mg/día, Trazodona 50-150 mg/día, Carbamazepina 400 mg/día, Lorazepam 4 mg/noche, Quetiapina 600 mg/día, Bupropion 150 mg/día, Escitalopram 20 mg/día y/o Sertralina 150 mg/día); a pesar de estos, los síntomas depresivos persistían. Por ello, se consideró explorar formas de tratamiento no farmacológico.

Durante la formación de psiquiatría y según los enfoques universitarios, se ve la posibilidad de innovar con nuevas estrategias de manejo, aún más si se logra evidenciar formas no farmacológicas que sean de gran ayuda para los países con recursos limitados, así como a ofrecer manejos coadyuvantes a las personas que más lo necesitan. De allí se inicia la exploración de este método TSP, teniendo en cuenta lo que estaba surgiendo con el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental – mhGAP.

En concordancia a lo anterior, se consideró el inicio de la Terapia de Solución de Problemas como coadyuvante en el manejo de los

pacientes que se encontraban en el servicio de hospital día del HUPV. Luego, surge la necesidad de evaluar si la terapia logró tener resultados positivos, tanto en la disminución de la percepción a las respuestas desadaptativas y síntomas depresivos (evaluados con la escala de Zung) y en la forma de solución de problemas. Así se pudo afirmar, a la luz de los resultados obtenidos, que se consiguió el objetivo principal de la intervención.

En este caso, dada la naturaleza del estudio, la muestra pequeña y las características de la población que fue atendida en la institución, la extrapolación a otras poblaciones debe realizarse con cuidado, porque la validez externa de este estudio es limitada. Por ello, es definitivamente importante desarrollar más investigaciones de corte cualitativo que permita explorar las experiencias de los participantes a largo plazo a propósito de la terapia que se ha planteado.

Por esta razón, el estudio más a fondo de la aplicación de este modelo de terapias podría ayudar, desde la formación médica en salud mental, a ofrecer a los sujetos un enfoque a la solución de problemas a futuro como método eficaz para la reducción de respuestas desadaptativas que generan síntomas y enfermedad más allá de los recursos clínicos. Y, así, poder contrarrestar las manifestaciones del estrés y permitir desarrollar autoayuda y prevención significativa de trastornos graves y recurrentes, y a su vez disminuir la necesidad de hospitalización, lo que ayudaría a largo plazo con costos en la atención de la población.

## **6. Debilidades**

Este estudio presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta, tales como: el no haber realizado seguimiento de los pacientes a más largo plazo ya que los resultados de los test autoaplicados (Zung y de Solución de Problemas) después de la intervención fueron obtenidos una semana posterior a la finalización de la misma, sin controles ni mediciones posteriores. Dado el número de pacientes evaluados no es posible generalizar los resultados observados. En cuanto a la información generada de los instrumentos autoaplicados, es de considerar que la calidad de la misma depende no sólo de la memoria de los participantes sino también de la comprensión que hayan tenido de las diferentes preguntas.

Así mismo, hay que contar con la dificultad de identificación de los síntomas, ya que cada persona puede percibir de una forma diferente cada punto y no encontrarse los mismos síntomas en todos los pacientes con depresión. Adicionalmente, este tipo de metodología no permite controlar por factores de confusión, que por consiguiente no fueron medidos o descritos.

## **7. Conclusiones**

Se concluye que, a través de la realización de la intervención de tipo Terapia de Solución de Problemas, se ha conseguido obtener resultados positivos ya que al finalizar la intervención se evidenció, en los pacientes que concluyeron las sesiones que, al realizarse la evaluación con el Test de Solución de Problemas, mostraron cambios significativos en las habilidades de solucionar los problemas en la

vida real (1). Además, con la escala de auto reporte de Zung, se evidenció disminución de síntomas depresivos previamente descritos, lo que supone una estrategia adecuada para implementar como coadyuvante a los tratamientos habituales para el manejo de los trastornos depresivos.

Esto supone una nueva evidencia y un aporte más a la literatura científica existente sobre el tratamiento de la depresión. Sin embargo, se requieren nuevas investigaciones en este campo. Esta situación permite visualizar la importancia de generar conocimiento con respecto a la experiencia de las instituciones y el uso de terapias cognitivo-conductuales como la Terapia de Solución de Problemas, a fin de que se logre evaluar las experiencias exitosas y de ese modo permitir a otras instituciones poder implementarlas.

## **Agradecimientos**

Agradecemos muy especialmente a todos los pacientes que aceptaron participar y cuyos datos, tomados de los registros clínicos, fueron utilizados para la realización de este estudio. También, al equipo administrativo y asistencial del Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle y a la Universidad Libre seccional Cali por brindarnos la información y guía necesaria para la realización de esta investigación. Finalmente, a nuestras familias por su apoyo incondicional.

## **Conflicto de intereses**

Todos los autores declaran no tener conflictos de intereses que puedan influir en los resultados o en las conclusiones del artículo.

## Referencias

- (1) Nezu A, Nezu C, D'Zurilla T. Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento: Biblioteca de psicología; 2007.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2020 [cited 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- (3) Gómez C. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. informativo Estadístico. Ministerio de Salud, Cundinamarca; 2015.
- (4) Rodríguez J, Peñaloza R, Amaya J. Estimación de la carga global de enfermedad en Colombia 2012: nuevos aspectos metodológicos. Revista de Salud Pública. 2017 Abril; 19(2).
- (5) Organización Panamericana de la Salud - OMS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Informativo. Organización Panamericana de la Salud - OMS; 2017.
- (6) World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. [Online].; 2013 [cited 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>.
- (7) Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Legal. Bogotá: Congreso de la República; 2013.
- (8) Organización Mundial de la Salud. Psicoterapia estructurada breve. [Online].; 2020 [cited 2020. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/q3/es/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q3/es/).
- (9) Antón V, García P, García J. Intervención cognitivo-conductual en un caso. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2016 Enero; 3(1): p. 45-52.
- (10) Zung W. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry. 1965; 12: p. 63-70.
- (11) Merino C. Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. Terapia psicológica. 2012 Julio; 30(2): p. 85-90.
- (12) Valadão N, Prates JG. Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com de pressão. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2001 Septiembre; 35(3).
- (13) Vázquez F. La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Psicothema. 2002; 14(3): p. 516-522.
- (14) Chibanda D, Weiss H, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, Chingono A, et al. Effect of a Primary Care-Based Psychological Intervention. JAMA. 2017 Febrero; 316(24).
- (15) Haefel G, Hein S, Square A, Macomber D. Evaluating a social problem solving intervention for juvenile detainees: Depressive outcomes and moderators of effectiveness. Development and Psychopathology. 2017 Agosto; 2(3): p. 1035-1042.

- (16) Ajtay G, Bérdi M, Szilágyi S, Perczel FD. An effective method of therapy in suicide prevention: problem solving training in the clinical population. *Psichiatr Hung.* 2012; 27(2): p. 92-102.
- (17) Ferré C, Sevilla , Boqué M, Aparicio MR, Valdivieso A, Lleixá M. Effectiveness of problem solving technique applied by nurses: decreased anxiety and depression in family caregivers. *Aten Primaria.* 2012 Julio; 44(12): p. 695-701.
- (18) Cuijpers P, De Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert D. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry.* 2018 Febrero; 48: p. 27-37.
- (19) Hart S, Hoyt M, Diefenbach M, Anderson D, Kilbourn K, Craft L, et al. Meta-Analysis of Efficacy of Interventions for Elevated Depressive Symptoms in Adults Diagnosed With Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute.* 2012 Julio; 104(13): p. 990–1004.