

 Open access • Journal Article • DOI:10.1016/J.PSYCHRES.2018.09.019

Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students.

— [Source link](#) 

[Peng Zou](#), [Lei Sun](#), [Wang Yang](#), [Yingfei Zeng](#) ...+8 more authors

Institutions: [Third Military Medical University](#)

Published on: 01 Dec 2018 - [Psychiatry Research-neuroimaging](#) (Elsevier)

Topics: [Anxiety](#) and [Mental health](#)

Related papers:

- [Negative Life Events, Social Support, and Self-Efficacy in Anxious Adolescents.](#)
- [Psychometric study of depression, anxiety and stress among university students](#)
- [The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive correlational study](#)
- [Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety.](#)
- [Only Children Were Associated with Anxiety and Depressive Symptoms among College Students in China.](#)

Share this paper:    

View more about this paper here: <https://typeset.io/papers/associations-between-negative-life-events-and-anxiety-10wenertyv>

Estudio piloto de una intervención grupal cognitivo-conductual para prevenir depresión en adultos

Emy Ardila Charry

Maestría de profundización en Psicología Clínica

Director: Oscar Mauricio Gallego

Universidad Nacional de Colombia

Enero, 2020

Resumen

El estudio tuvo como objetivo validar la adaptación de un programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión en adultos a nivel de estudio piloto. Contó con dos muestras: 3 jueces psicólogos clínicos, concedores del modelo de solución de problemas, con experiencia superior a 10 años en atención clínica; y 4 potenciales usuarios, mujeres, con edad entre 27 y 31 años ($M = 29$; $DE = 1.6$), empleadas que presentaban síntomas depresivos. El estudio tuvo un componente de validación por jueces a través de la metodología Angoff, durante 3 sesiones se evaluaron un total de 55 características del programa en búsqueda de consenso; y otro, de aplicación a potenciales usuarios, con pre test, post test y medida de seguimiento un mes después. Primero se realizó la adaptación del programa original que posteriormente fue validado por los jueces, luego, una entrevista inicial con potenciales usuarios, y con aquellos interesados que cumplieron los criterios de inclusión se conformó el grupo al que se le aplicó la intervención de 5 sesiones de 90 minutos llevadas a cabo 2 veces por semana. El programa está adecuadamente construido y puede ser efectivo a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en los síntomas depresivos de las participantes después del tratamiento ($\chi^2_{(n=4)} = 5.286$; $p = 0.071$). Los hallazgos aportan a enriquecer el programa, ajustarlo y posteriormente evaluarlo en distintas poblaciones que permitan obtener evidencia empírica que lo reconozca como herramienta efectiva y de amplia cobertura para prevenir depresión en colombianos.

Palabras clave: solución de problemas; prevención de depresión; terapia grupal; adaptación; validación

Abstract

The aim of the study was to validate the adaptation of a program of group intervention based on problem-solving to prevent depression in adults on a pilot study level. It had two samples: 3 judges, clinical psychologists, that knew the problem-solving model and had at least 10 years of experience in clinical attention; and 4 potential users, women, with ages between 27 and 31 years ($M = 29$; $DE = 1.6$), employees, that presented depressive symptoms. The study had a component of validation through judges using the Angoff method, during 3 sessions they assessed 55 characteristics of the program looking for consensus; and other, of application to potential users, with pre-test, post-test and following measure after a month. First, an adaptation from the original program was made, and then validated by the judges. Later, an initial interview with potential users

was carried and those interested that fulfilled the inclusion criteria made the group that received the intervention of 5 sessions of 90 minutes imparted twice a week. The program is built adequately and can be effective in spite of the fact that significant differences between participants' depressive symptoms were not found after the treatment ($X^2_{(n=4)} = 5.286; p = 0.071$). The results are an asset to enrich, adjust and later on, assess the program in different populations that allow to obtain empirical evidence that acknowledge it as an effective and of wide range tool to prevent depression in Colombians.

Keywords: problem-solving; depression prevention; group therapy; adaptation; validation

La depresión es una de las problemáticas de salud mental más prevalentes en el mundo, ocupa el primer lugar, seguida por la ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Vos et al., 2013). Se estima que entre 10 y 15% de la población mundial será afectada por la depresión durante su vida (Wells & Fisher, 2016), y que quienes presentan depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura entre 40 y 60% mayor que la de la población general a raíz de problemas de salud física no atendidos como consecuencia de los síntomas depresivos y al suicidio, siendo esta última la segunda causa de muerte más frecuente en jóvenes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013; OMS, 2018.).

Durante el 2017, en Estados Unidos 11 millones de adultos mayores de 18 años presentaron al menos un episodio de depresión mayor incapacitante, siendo más frecuente en las mujeres (8.7%) en comparación con los hombres (5.3%) (National Institute of Mental Health (NIMH), 2019); en Reino Unido esta diferencia es más alta: mujeres 22.5%, hombres 16.8% (Evans, Macrory, & Randall, 2016); y en Colombia es aún mayor, de un total de 5199 personas atendidas en el país por depresión en el 2015 el 70.4% fueron mujeres y el 29.6% fueron hombres (Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), 2017).

En el país, esta problemática es más frecuente en los departamentos de Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, en Bogotá se reportaron 2456 casos en el 2009, 2479 en el 2010, 3256 en el 2011, 4174 en el 2012, 4498 en el 2013, 4827 en el 2014 y 5199 en el 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Esto da cuenta de que en los últimos años los casos de depresión han aumentado exponencialmente, y si se tiene en cuenta que estas cifras se obtienen de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) llevados por SISPRO, se puede inferir que la cifra es aún mayor, ya que hay una gran parte de la población que no cuenta con acceso a servicios de salud, o que al presentar sintomatología depresiva no asiste al sistema de salud.

En cuanto a la población más afectada, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, & Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015) los adolescentes

entre 12 y 17 años presentaron mayor sintomatología depresiva (15.8%), seguidos de los adultos mayores de 45 años (8.9%) y los adultos entre 18 y 44 años (4.2%), lo cual es congruente con los hallazgos de la OMS (2018) que plantea que esta enfermedad tiene una prevalencia del 13.1% en individuos entre 18-25 años en contraste con otros grupos etáreos.

Estas estadísticas, sumadas al hecho de que la depresión tiene 4.3% de la carga mundial de morbilidad, y es una de las principales causas de discapacidad (11% del total de años vividos) (Ferrari et al., 2013; OMS, 2013) resultan preocupantes, se trata de un trastorno mental frecuente que afecta más de 300 millones de personas a nivel mundial, de los cuales cada año se suicidan cerca de 800.000 (OMS, 2018).

A pesar de que en la actualidad existen tratamientos eficaces para esta problemática, más de la mitad de los afectados a nivel mundial no los recibe, principalmente por falta de recursos y de personal capacitado, por la estigmatización que existe respecto a la enfermedad, y por la deficiente evaluación clínica; con frecuencia las personas con esta problemática no son diagnosticadas correctamente y hay un gran grupo que recibe el diagnóstico de depresión erróneamente (OMS, 2018).

Lo anterior refleja la necesidad de que se realicen avances en torno a la prevención y al tratamiento eficaz del trastorno que repercutan en la disminución de la aparición de sintomatología depresiva y en el bienestar y calidad de vida de la población en general. En este sentido, este estudio pretende validar la adaptación de un programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión en adultos, de manera que los hallazgos brinden una alternativa de prevención de amplia cobertura y bajo costo que pueda ser evaluada y utilizada en distintos tipos de población en el país y contribuya a la prevención de la depresión y a la promoción del bienestar y de la salud mental.

Depresión

La depresión es una condición en la que se presenta un estado de ánimo depresivo, o una pérdida de interés que persiste junto con otros signos físicos y mentales, como dificultades con el sueño, reducción del apetito y de la concentración, al igual que sentimientos de desesperanza y falta de valía (Segal, Williams, & Teasdale, 2008). A través de los años ha sido clasificada bajo distintos nombres de acuerdo al estado de desarrollo de la disciplina y siempre ha mantenido el síntoma característico de un bajo estado de ánimo, sumado a alteraciones, de sueño, atención y alimentación durante un tiempo prolongado (Barlow, Durand, & Hofmann, 2018; Millon, 2011).

Se entiende como un trastorno caracterizado por la presencia de síntomas conductuales (como el llanto, lentitud o agitación, dificultad para comunicarse, inhibición, comportamientos de evitación ante actividades cotidianas e interacciones sociales y falta de autocuidado), cognitivos (problemas de memoria y de concentración, rumiación, dificultad en la toma de decisiones, ideas de muerte, pensamientos de contenido negativo, creencias disfuncionales y errores de atribución causal), emocionales (tristeza profunda, desamparo, desesperanza, autodesprecio, culpa, frustración, sensación de vacío o fracaso,

vergüenza, irritabilidad, aburrimiento, y sentimientos de minusvalía en general), motivacionales (incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba (anhedonia), apatía, indiferencia, desinterés y falta de voluntad), y somáticos (alteraciones del sueño, del apetito y el peso, disminución del deseo sexual, cansancio, molestias físicas (dolores de cabeza), estreñimiento y sequedad entre otras) (Carrobles, 2011; Vázquez, Otero, Blanco, & Torres, 2015).

En coherencia con estos planteamientos, este trabajo asume la definición de depresión más utilizada actualmente, que es la brindada por la más reciente versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association (2014) que la describe como un cuadro de estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de placer la mayor parte del tiempo durante al menos 2 semanas, según información subjetiva o la observación por parte de otras personas, acompañado de al menos 4 de los siguientes síntomas durante casi todos los días:

- (1) Pérdida o aumento importante de peso sin estar en un proceso de dieta (modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito.
- (2) Insomnio o hipersomnio.
- (3) Agitación o retraso psicomotor (observable por parte de otros, no simplemente sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
- (4) Fatiga o pérdida de energía.
- (5) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
- (6) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
- (7) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además de que los síntomas causen malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y el episodio no sea atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una afección médica.

La OMS (2018) señala que este trastorno es un producto de interacciones complejas entre factores biológicos, sociales y psicológicos, y que, como consecuencia de ello, las situaciones vitales adversas (pérdida de empleo, luto, traumatismos, etc.) aumentan la probabilidad de sufrir depresión, al igual que el bajo nivel socioeconómico, estrés o consumo de alcohol (OMS, 2013).

A partir de los hallazgos de la investigación de los últimos 30 años al respecto, organizaciones como el American Psychiatric Association (2017) y el National Institute for Clinical Excellence (2018) recomiendan en sus guías para el manejo de la depresión la terapia cognitivo-conductual, entre estas una de las intervenciones que recomiendan son las terapias de solución de problemas, la psicoterapia interpersonal y la psicodinámica; en formato tanto individual como grupal, por ser consideradas como las

intervenciones más eficaces para esta problemática de acuerdo a la evidencia (Gautam, Jain, Gautam, Vahia, & Grover, 2017; Jarrett & Vittengl, 2016).

Prevención

La ley de salud mental de Colombia, Ley 1616 (2013) entiende la prevención en salud mental como “las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo.” p.2. En la misma línea, la OMS (2018) la define como intervenciones orientadas a detectar tempranamente o disminuir la posibilidad de que una enfermedad se desarrolle, con el objetivo de minimizar las cargas de las enfermedades y de los factores de riesgo asociadas a ellas.

En este sentido, en este estudio se entiende la prevención como el conjunto de actividades y técnicas que se aplican a un grupo de participantes con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva que presentan y la posibilidad de que presenten un episodio depresivo mayor.

Programa de intervención

El programa de intervención consiste en un tratamiento sistemático y basado en la evidencia construido a partir del modelo de solución de problemas desarrollado por Nezu (1987) que desde entonces ha sido utilizado y ajustado a la problemática de depresión en distintas poblaciones (Areán, 2000; Árean et al., 2010; Becoña, 2008; D’Zurilla & Nezu, 2007; Nezu, Nezu, & Perri, 1989; Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar, & Ronan, 1986; Mynors-Wallis, 2005; Mynors-Wallis, Gath, Lloyd-Thomas, & Tomlinson, 1995; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Otero et al., 2015).

Este estudio toma como base el programa de intervención propuesto por Vázquez et al. (2015) en formato de terapia grupal, que es la versión más actualizada de la propuesta basada en el modelo de solución de problemas para la depresión que viene desarrollando el autor principal y su equipo de trabajo en población española desde el 2002 (Vázquez, 2002; Vázquez, Otero, Díaz, Pomar, & Sánchez, 2010; Vázquez, Otero, López, Blanco, & Torres, 2010; Vázquez et al., 2013; Vázquez et al., 2015; Vázquez, Torres, Blanco, Otero, & Hermida, 2015).

Solución de problemas

La solución de problemas fue formulada por primera vez en la década de los 80 por Nezu (1987) surgió a partir del postulado de que existen relaciones recíprocas entre las experiencias de vida negativas, los problemas que se tienen, las reacciones en el corto y largo plazo y las estrategias de afrontamiento que se tienen (Nezu et al., 1989). La solución de problemas es entonces una estrategia de afrontamiento que modula la relación entre los eventos estresantes percibidos como negativos y el estado de ánimo depresivo (Nezu et al., 1986), se define como un proceso cognitivo y conductual autodirigido, por medio del cual un individuo o individuos pretende identificar soluciones efectivas a problemas específicos cotidianos que ha previamente identificado; es entonces una actividad racional y consciente, que supone un esfuerzo personal y tiene el objetivo de

solventar la situación problemática y/o mitigar el estado emocional que genera (D’Zurilla & Nezu, 2010).

En este sentido, un *problema* es definido entonces como un desbalance entre las demandas de adaptación del entorno y la disponibilidad de recursos personales o respuestas efectivas de afrontamiento del individuo ante ellas (D’Zurilla & Nezu, 2010; Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012), estas respuestas efectivas no siempre tienden a presentarse debido a la existencia de obstáculos como por ejemplo, la novedad, ambigüedad o imprevisibilidad de la situación, las contradicciones entre lo que se demanda, o un déficit en las habilidades o los recursos necesarios para solucionarla (Vázquez et al., 2015).

Modelo de solución de problemas de la depresión

Este modelo fue propuesto por Nezu et al. (1989) (ver figura 1), explica la depresión basándose en la relación recíproca que existe entre los *eventos vitales negativos*, los *problemas actuales*, el *afrontamiento de solución de problemas* y los síntomas de *depresión* (Vázquez et al. 2015). Nezu (1987) al realizar una revisión de literatura respecto a las causas de la depresión encontró que esta problemática puede ser activada por la interacción del individuo con eventos y/o problemas y déficits en la resolución de problemas y a raíz de estos hallazgos planteó los postulados que acotaban el modelo en una publicación posterior.

Se entiende por *evento vital negativo* cualquier experiencia personal percibida por la como altamente amenazante o perjudicial, de manera que le demanda un reajuste sustancial de su vida y comportamiento. Algunos ejemplos de éstos serían la muerte de alguien cercano, la ruptura de cualquier relación significativa, o la pérdida de un empleo (Vázquez et al., 2015), es decir, se refiere a la percepción de una pérdida como importante por sus implicaciones a nivel emocional, cognitivo y/o conductual (Jin, Sun, & Wang, 2018; Zou et al. 2018), lo cual puede ser agravado cuando se tiene un estilo de apego inseguro (Bifulco, Kagan, & Spence, 2019).

A pesar de que todas las personas presentan eventos vitales negativos, no todas desencadenan una depresión, Nezu et al. (1989) plantean que esto se debe a que hay personas que manejan adecuada y efectivamente estas situaciones y sus problemáticas por lo que disminuye la probabilidad de que desarrollen este trastorno, lo que hace de la estrategia de afrontamiento de solución de problemas un factor crucial en la vulnerabilidad para la depresión (Vázquez et al. 2015).

El *afrontamiento de solución de problemas* es el componente más importante del modelo, se refiere a un proceso que integra la valoración cognitiva que se realiza frente a un problema y las actividades de afrontamiento que se emprende dentro de un marco general para la solución de problemas (D’Zurilla & Nezu, 2007), donde la valoración cognitiva se entiende como el proceso en que la persona asigna un significado a una situación determinada (Vázquez et al., 2015).

La *depresión* se refiere a la presencia conjunta de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales mencionados inicialmente, que implican una disminución en el estado de ánimo, sentimientos y pensamientos de minusvalía, afectación de procesos cognitivos y del ciclo del sueño y la alimentación, entre otros, durante un periodo de al menos dos semanas.

Los *problemas actuales* se refieren al desbalance entre demandas de adaptación, la disponibilidad de recursos personales o de estrategias efectivas para enfrentarlos, que son percibidos como estresantes más específicos y limitados de la vida (Vázquez et al., 2015), ya definido anteriormente.

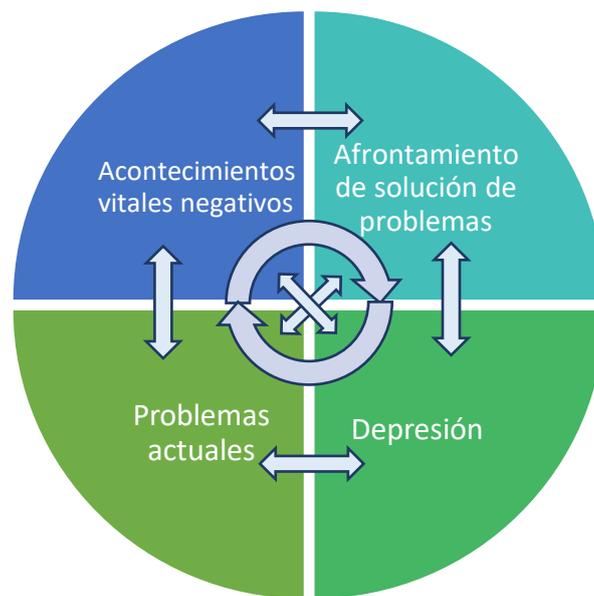


Figura 1. Modelo de solución de problemas de la depresión.

Fuente: Adaptado de Nezu et al. (1989)

Las relaciones recíprocas que plantea el modelo entienden la experiencia de la depresión como un proceso dinámico cuya intensidad y naturaleza varía en el tiempo de acuerdo a los cambios que producen los acontecimientos vitales, los problemas y el afrontamiento. De esta manera, los elementos del modelo se realimentan unos a otros, interactúan e influyen en el desarrollo y/o mantenimiento de la depresión, generándose un ciclo en el que un acontecimiento vital negativo activa estrategias de afrontamiento de solución de problemas que en caso de que no lo solucionen o resulten inefectivas, conllevan a desarrollar depresión; las afectaciones emocionales, cognitivas y conductuales que implica este trastorno genera que los problemas actuales (cotidianos) no reciban la resolución necesaria lo cual aumenta la probabilidad de presentar acontecimientos vitales negativos, lo que pone en marcha la repetición del ciclo (Nezu, 1989; Vázquez et al., 2015).

En este sentido, el modelo de solución de problemas plantea que formas más efectivas de solucionar los problemas rompen este ciclo patológico. A partir de ello la Terapia de

Solución de Problemas busca entonces brindar un entrenamiento que pretende que las personas adquieran una estrategia de afrontamiento de problemas efectiva orientada a intentar cambiar la situación problemática, la reacción de la persona ante ella, o ambas.

Terapia de solución de problemas

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención basada en un modelo biopsicosocial, diátesis-estrés de psicopatología (Nezu, Nezu, & D'Zurilla, 2013), consiste en el entrenamiento de una serie de habilidades orientadas a aumentar la destreza de los participantes de afrontar efectivamente los eventos vitales y problemas que se les puedan presentar y que potencialmente pueden afectarlos de manera negativa (Nezu, Nezu, & Gerber, 2019).

Esta terapia es entonces un proceso personalizado que permite a los participantes aprender a buscar, encontrar y aplicar la mejor solución a un problema determinado, de acuerdo a las circunstancias particulares del contexto presentes en ese momento y a sus intereses, valores, recursos y características individuales (Vázquez et al., 2015). Con base a esto, se puede decir entonces que resulta una herramienta adecuada para la prevención de problemáticas en salud mental puesto que su objetivo de mejorar la capacidad para enfrentarse a estresores puede contribuir a reducir problemas de salud mental y física (Nezu et al., 2013).

Programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión (adaptación de Vázquez et al., 2015)

El programa de intervención que se presenta es una terapia de solución de problemas breve de naturaleza cognitivo conductual, que se basa en el entrenamiento de una serie de habilidades específicas cuya finalidad es reducir los síntomas depresivos y mejorar el bienestar psicológico. Consta de cinco sesiones, cada una de ellas con una duración de 90 minutos, que se imparten con una frecuencia de dos veces por semana, lo que supone una duración total de la intervención de dos semanas y media. Está dirigido a adultos con edades comprendidas entre 18 y 70 años, que presenten síntomas de depresión, pero no un cuadro depresivo mayor y sepan leer y escribir.

La modalidad de aplicación es en formato grupal, con grupos de máximo 8 participantes y mínimo 4, de manera que se fomente la interacción entre los miembros, al mismo tiempo que se preste cuidado a las necesidades individuales de cada uno de ellos, ya que según hallazgos de investigaciones sobre terapias grupales este es el rango ideal de participantes para optimizar la efectividad (Thimm & Antonsen, 2014; Vaziri, Jamshidifar, & Ali Darbani, 2011).

Es importante resaltar que a pesar del amplio rango de edad a la que está orientado el programa, tiene en cuenta las diferencias existentes entre grupos etáreos, principalmente en cuanto a intereses generacionales y a nivel sociocultural, de manera que al momento de conformarse el grupo terapéutico se busca una baja heterogeneidad respecto a esta variable.

Contenidos generales

En la tabla 1 se puede observar la estructura, los contenidos y las actividades de la terapia de solución de problemas planteada. La intervención se centra en el entrenamiento de los siguientes componentes:

- (a) Orientación positiva hacia los problemas
- (b) Definición y formulación del problema
- (c) Generación de alternativas de solución
- (d) Toma de decisiones
- (e) Puesta en práctica y verificación de la solución elegida

La *orientación hacia el problema* se define como un proceso metacognitivo que implica esquemas cognitivo-emocionales y refleja una valoración general personal del problema y de la habilidad del individuo mismo de resolver problemas (D’Zurilla & Nezu, 2007), la orientación positiva entonces implica que esa valoración sea favorable y funcional para solucionar el problema. En algunas terapias breves de solución de problemas se ha optado por dejar este componente de lado, sin embargo, se ha identificado que cuando se incluye mejora los resultados de la intervención (Bell & D’Zurilla, 2009).

La *definición y formulación del problema* se centra en mejorar la capacidad de los participantes de comprender la situación problemática y la naturaleza del problema como tal, de manera clara, relevante y objetiva, y de plantearse una meta realista enfocada en mejorar la situación, aceptarla o minimizar el malestar que ocasiona (Vázquez et al., 2015).

La *generación de alternativas de solución* busca fomentar la creatividad de los participantes en la producción de una gran variedad de posibles ideas de solución ante un problema definido; con este objetivo se utilizan la “lluvia de ideas” siguiendo las premisas de que a mayor cantidad y variedad de alternativas se aumenta la probabilidad de encontrar soluciones de mejor calidad (Vázquez et al., 2015), y de que el aplazar el juicio que se emite sobre una idea (por ejemplo, la valoración de una alternativa como absurda) se aumenta la probabilidad de encontrar alternativas altamente creativas que pueden resultar más funcionales para afrontar un problema.

La *toma de decisiones* este aspecto se enfoca en mejorar la capacidad del consultante de elegir efectivamente, enseñándole a identificar implicaciones y posibles consecuencias de las alternativas (a corto, mediano y largo plazo) y a realizar análisis de costo-beneficio de acuerdo a sus propios valores (lo que es valioso para el individuo), sus recursos y la probabilidad de acercarse a su objetivo, que orienten sus elecciones (Vázquez, 2015).

La *puesta en práctica y verificación de la solución elegida* tiene como objetivo fortalecer la habilidad de la persona para ejecutar un plan de solución, monitorear los resultados, evaluar su efectividad, auto-reforzarse por los aciertos, y aprender y adaptarse a las dificultades a partir de su reconocimiento.

Tabla 1

Estructura, contenidos y actividades de la intervención de solución de problemas

Sesión	Contenidos	Actividades
Sesión 1	- Presentación y propósito de la intervención	- Bienvenida y explicación del propósito de la intervención

	<ul style="list-style-type: none"> - Normas del grupo - Información sobre la depresión - Información sobre la terapia de solución de problemas - Acuerdo de trabajo - Orientación positiva hacia el problema - Asignación de tareas y cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los miembros del grupo - Establecimiento de las normas del grupo - ¿Qué es la depresión? Síntomas y prevalencia de la depresión - Explicación del modelo de solución de problemas y cómo influye en la depresión - Identificación de los objetivos y componentes de la intervención - Reconocimiento de estrategias de orientación positiva a los problemas - Reflexión y complementación de la lista personal jerarquizada de problemas actuales - Monitorización del estado de ánimo - Auto-reforzamiento - Resumen de sesión y asignación de tareas
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso y revisión de tareas - Definición del problema - Establecimiento de metas - Generación de soluciones alternativas - Asignación de tareas y cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la sesión anterior - Revisión de las tareas asignadas - Elección de un problema para trabajar en la sesión - Entrenamiento en formulación concreta del problema - Descomposición del problema - Pautas para el establecimiento de metas realistas - Pautas para generar alternativas de solución - Monitorización del estado de ánimo - Auto-reforzamiento - Resumen de sesión y asignación de tareas
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso y revisión de tareas - Toma de decisiones - Planificación de la solución elegida - Asignación de tareas y cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la sesión anterior - Revisión de las tareas asignadas - Análisis de costos y beneficios de cada alternativa de solución - Pautas para reconocer la solución más adecuada - Toma de decisiones - Planificación de la aplicación de la solución elegida - Aplicación de la solución elegida - Monitorización del estado de ánimo - Auto-reforzamiento - Resumen de sesión y asignación de tareas
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso y revisión de tareas - Verificación de la solución elegida 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la sesión anterior - Revisión de las tareas asignadas

	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición del proceso de solución de problemas - Asignación de tareas y cierre de sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis del resultado alcanzado con la solución elegida (dificultades y beneficios conseguidos) - Repetición del proceso de solución de problemas con otro problema - Aplicación de la solución elegida para el nuevo problema - Monitorización del estado de ánimo - Auto-reforzamiento - Resumen de sesión y asignación de tareas
	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso y revisión de tareas - Verificación de la solución elegida - Mantenimiento de los progresos y prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la sesión anterior - Revisión de las tareas asignadas - Análisis del resultado alcanzado con la solución elegida (dificultades y beneficios conseguidos) - Revisión del modelo, motivación a su utilización en el futuro, análisis de posibles dificultades para lograrlo - Importancia de la práctica de la intervención - Comentarios y valoración del programa - Aplicación de cuestionario de evaluación - Despedida y cierre de la intervención
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del programa - Despedida y cierre de la intervención 	

En la primera sesión, se explica a los asistentes a la terapia el concepto de depresión, la relación entre los problemas y los síntomas depresivos y cómo el entrenamiento en solución de problemas puede ayudar a reducir esos síntomas. En esta sesión se empieza a trabajar en la orientación positiva hacia los problemas, y se asignan tareas relacionadas a la identificación de problemas de cada participante.

En la segunda sesión, se entrena a los participantes en la definición adecuada de los problemas y el establecimiento de metas realistas. Cada uno selecciona un problema concreto actual de su vida cotidiana para el entrenamiento en estas habilidades de modo aplicado. Se realiza una búsqueda de posibles alternativas de solución para los problemas planteados por los miembros del grupo, con la aportación de nuevas ideas por parte de todos ellos. Se asigna la tarea de complementar las alternativas de solución planteadas.

En la tercera sesión, los participantes realizan el análisis de costos y beneficios de cada una de las alternativas de solución que plantearon a su problema, con la finalidad de que los oriente en la selección de la más adecuada. Cada participante decide cuál es la alternativa de solución para su problema de manera personal y planifica cómo ponerla en marcha en su vida cotidiana. Se asigna como tarea, la puesta en práctica de la solución seleccionada.

En la cuarta sesión se comprueba el resultado alcanzado con la solución aplicada (qué beneficios le ha significado y qué dificultades ha encontrado). En caso de que el resultado alcanzado sea satisfactorio para el participante, se da por finalizado el proceso de solución

de problemas para ese problema concreto; en caso contrario, se analizan las causas y se repite el proceso. Adicionalmente, en esta sesión como estrategia de consolidación de las habilidades aprendidas, cada participante repite todo el proceso de solución de problemas con otro problema actual que seleccione. Se asigna como tarea la aplicación de la solución elegida.

En la quinta y última sesión, se verifican los resultados que los participantes alcanzaron con la solución aplicada entre sesiones, se realiza un repaso de lo aprendido y se incluye un espacio para promover el mantenimiento de los logros alcanzados y prevenir recaídas.

Es importante resaltar que de manera transversal en las primeras 4 sesiones, se asignan al cierre de la sesión tareas referentes a la monitorización del estado de ánimo y el auto-reforzamiento de los esfuerzos realizados. La primera como estrategia que permita trabajar en el autoconocimiento de los estados emocionales propios y su incidencia en el día a día del individuo, de manera que se promueva la conciencia sobre el mismo y esto complemente la estrategia de solución de problemas; y la segunda, como mecanismo que facilite la orientación positiva hacia el problema.

Procedimientos generales del programa

Debido a que el programa de intervención es una terapia de solución de problemas breve que se basa en el entrenamiento de una serie de habilidades específicas, resulta fundamental que el terapeuta tenga un estilo empático, cálido, cercano y directivo (siendo menos o más directivo de acuerdo a las actividades que se estén realizando y a la sesión de la terapia en la que se encuentre, se espera que en las últimas sesiones su grado de participación disminuya). Es quien dirige las sesiones, marca los ritmos, participa y regula las interacciones de los miembros del grupo (orientándolas a los objetivos de la sesión, y a su vez permitiéndoles suficiente autonomía para que puedan trabajar unos con otros) y fomenta el apoyo y la retroalimentación mutua (Vázquez et al., 2015).

Existe un programa establecido para cada sesión, que sigue una estructura similar en toda la terapia. Cada sesión inicia con un repaso de la sesión anterior, sigue con la revisión de tareas asignadas, se realiza el entrenamiento en solución de problemas que constituye la parte central de la sesión, finalizando se presenta un breve resumen de lo trabajado en la sesión y se asignan las nuevas tareas para la casa.

Esta secuencia se repite en todas las sesiones salvo en la inicial, en la que se comienza con la presentación del terapeuta y de los participantes, y estableciendo las normas de funcionamiento del grupo; y la final, que no tiene asignación de tareas y finaliza con la evaluación del programa, la despedida y el cierre de la intervención.

Al inicio de cada sesión los participantes reciben los materiales creados para el programa que se muestran en la tabla 2: un gráfico-resumen explicativo del programa con los pasos de la solución de problemas y las tareas asignadas en cada sesión, una lista personal jerarquizada de problemas actuales para registrar los problemas propios actuales, una lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas para completar con pensamientos propios y plantear pensamientos alternativos que pueden resultar más efectivos para incrementar la autoeficacia, formatos del proceso de solución de problemas, y un listado de costos y beneficios de resolver el problema. Adicionalmente se emplean elementos complementarios como contratos terapéuticos para incentivar el

compromiso, y una gráfica del estado de ánimo para monitorearlo a lo largo de la intervención. En la última sesión se aplica un cuestionario para realizar la evaluación del efecto de la intervención y los participantes evalúan cualitativamente el programa.

Tabla 2

Materiales del programa

Sesión	Materiales
Sesión 1	- Gráfico-resumen del programa de intervención - Contrato terapéutico - Gráfica del estado de ánimo - Lista personal jerarquizada de problemas actuales - Lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas
Sesión 2	- Formato del proceso de solución de problemas - Lista de costos y beneficios de intentar resolver el problema
Sesión 3	- Formato del proceso de solución de problemas - Contrato terapéutico
Sesión 4	- Formato del proceso de solución de problemas
Sesión 5	- Cuestionario para evaluación del efecto de la intervención
Otros	- Esferos - Diapositivas - Computador - Televisor

La dinámica de las sesiones es de carácter aplicado, interactivo y participativo. Se combinan ejercicios individuales y grupales de manera que se establecen espacios de reflexión personal y de trabajo cooperativo, que resultan complementarios.

Desde la primera sesión y hasta la cuarta, se asignan tareas para la casa, éstas tienen como característica el que son de fácil aplicación y son para realizar durante los períodos entre sesiones. Estas actividades resultan fundamentales para la práctica de las habilidades entrenadas durante las sesiones y para la generalización de los aprendizajes a la vida cotidiana de los participantes.

Evidencia empírica de la Terapia de Solución de Problemas para depresión

Desde que creo la Terapia de Solución de Problemas se han realizado múltiples investigaciones respecto a ella, en general con resultados favorables (Dowrick et al., 2000; Pierce, 2012; Schmaling, 2019), uno de ellos es un estudio que evaluó los efectos de la educación en solución de problemas para prevenir depresión hallando que es efectiva para prevenir síntomas depresivos y disminuir estrés percibido (Silverstein et al., 2018).

A continuación, se presentan algunos de los meta-análisis más recientes que se han realizado para evaluar la efectividad de la TSP en personas con depresión.

Cuijpers, van Straten y Warmerdam (2007) identificaron 13 estudios aleatorios que examinaban los efectos de la TSP en un total de 1133 personas, los hallazgos identifican que a pesar que los efectos son menores en personas que presentan depresión mayor, la terapia tiene efectos estadísticamente significativos en el tratamiento de este trastorno, ya

que la mayoría de estudios analizados mostró tamaños del efecto moderados y altos (entre $d = 0.34$ y 0.83 ; $p < 0.001$) a partir de la intervención. Adicionalmente, estos autores identificaron que los tamaños del efecto fueron más grandes en intervenciones efectuadas en formato grupal que en las individuales.

De igual manera, Bell y D'Zurilla (2009) en un meta análisis para determinar resultados sobre la eficacia de la TSP para reducir sintomatología depresiva, revisaron 21 muestras independientes, hallando que esta intervención fue más efectiva que no recibir tratamiento ($d = 2.38$; $p < 0.05$) y recibir únicamente soporte o atención como tratamiento ($d = 0.45$; $p < 0.001$). Además, encontraron que los resultados son más efectivos cuando se incluye la orientación positiva hacia el problema, se entrena en la definición y se entrenan las habilidades principales de definir y formular el problema, generar alternativas, tomar decisiones, e implementar y verificar la solución (media del tamaño del efecto $d = 0.80$; $p < 0.001$).

Kirkham, Choi y Seitz (2016) analizaron 9 estudios con un total de 569 participantes (290 de TSP y 279 de grupo control), identificaron que la intervención de TSP es significativamente efectiva para disminuir la depresión (tamaño del efecto $d = 1.15$; $p = 0.0006$) y en los estudios que reportan esta reducción también es efectiva para disminuir la incapacidad a causa de la enfermedad.

En congruencia, un meta-análisis más reciente realizado por Zhang, Park, Sullivan y Jing (2018) analizaron si la TSP es efectiva para la atención primaria de pacientes con depresión y/o ansiedad, identificando en un total de 11 estudios con un total de 2072 participantes, que la TSP es efectiva ($d = 0.67$; $p < 0.001$). Lo que coincide con los hallazgos de Cuijpers, de Wit, Kleiboer, Karyotaki y Ebert (2018) en su meta-análisis que buscaba identificar si TSP es efectiva, donde con un total de 30 estudios aleatorizados controlados de esta intervención, con un total de 3530 pacientes, la TSP fue ligeramente más efectiva que otras terapias con un tamaño del efecto bajo ($d = 0.34$; $p < 0.001$).

De igual manera, las TSP que se han realizado en formato grupal y orientadas ha la prevención más que al tratamiento de la depresión han demostrado su efectividad, como es el caso del estudio de Rohde, Brière y Stice (2018) que aplicó una terapia grupal breve de naturaleza cognitivo conductual que incluía componentes de reestructuración cognitiva, sumados a la solución de problemas, identificando que resulta efectiva para prevenir depresión en adolescentes.

A partir de lo anterior, el objetivo general de este estudio es validar la adaptación de un programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión en adultos a nivel de estudio piloto. Para ello se busca cumplir con los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Adaptar una propuesta de intervención grupal basada en solución de problemas para prevenir depresión en adultos.
- ✓ Evaluar por expertos la adaptación del programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión.

- ✓ Evaluar con potenciales usuarios el efecto de la adaptación del programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión.

Método

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de adaptación que tiene dos componentes uno de validación por jueces y otro de aplicación a potenciales usuarios.

El primero fue un estudio que contó con 3 jueces expertos que evaluaron la adaptación del programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión que se planteó con base en la propuesta de Vázquez et al. (2015). El proceso de validación se desarrolló en tres sesiones utilizando la metodología Angoff, en la que jueces expertos se reúnen y evalúan ítems o características de interés de acuerdo a unos criterios preestablecidos, asignándoles un valor en una escala Likert y justificando su respuesta. Posteriormente, se socializan las puntuaciones asignadas y los argumentos de cada juez para cada característica evaluada. La metodología persigue la búsqueda de consenso entre los jueces, por lo que en caso de que algunas características no tengan consenso en su puntuación, se realiza una segunda ronda de calificación, en la que se les entrega un formato para que evalúen únicamente dichas características en las que hay discrepancias y posteriormente se socializan los nuevos puntajes, repitiéndose este procedimiento la cantidad de rondas que sean necesarias hasta que exista consenso sobre la calificación asignada a cada una de las características evaluadas. Esta metodología cuenta con evidencia de ser un método apropiado para obtener validez, especialmente cuando se cuenta con jueces capacitados (Ricker, 2006).

El segundo fue un estudio cuasi experimental longitudinal de un solo grupo con pre test, post test y medida de seguimiento un mes después, en razón a que se refiere a comparaciones intrasujeto (Ato, López-García, & Benavente, 2013), en el que se aplicó en tres momentos la Escala de Zung para depresión a potenciales usuarios del programa: al final de una entrevista inicial, luego de las 5 sesiones que constituyen el programa, y un mes después de finalizada la intervención.

Las muestras fueron seleccionadas de manera intencional, la primera teniendo en cuenta la disponibilidad horaria de los jueces y sus ubicaciones, y la segunda, según el criterio del equipo administrativo del área de talento humano de la empresa donde se llevo a cabo la intervención y los resultados de una batería de riesgo psicosocial que habían aplicado en junio del 2019.

Participantes

La muestra fue conformada en primer lugar por 3 jueces expertos, profesionales en psicología de enfoque cognitivo conductual, con estudios de especialización y maestría con énfasis en psicología clínica, familiarizados con el modelo de solución de problemas de Nezu et al. (1989), y con experiencia superior a 10 años en atención clínica a consultantes a nivel individual y grupal. Uno de los jueces se encuentra finalizando su doctorado en psicología con énfasis clínico, otro dirige un programa de especialización en psicología clínica y otro fue fundador de la unidad de servicios psicológicos de una

universidad de la ciudad y la dirigió durante más de 25 años; los tres, tienen más de 15 años trabajando en docencia universitaria en el área clínica en reconocidas universidades públicas y/o privadas del país, principalmente en la ciudad de Bogotá, Colombia.

En segundo lugar, se contó con un grupo de 4 potenciales usuarios, mujeres empleadas de distintas áreas de la caja de compensación Comfacundi, con edades comprendidas entre 27 y 31 años ($M = 29$; $DE = 1.6$), pertenecientes a estrato socioeconómico 2 (75%) y 3 (25%) (ver tabla 3). Quienes a partir de una entrevista inicial y la aplicación de la Escala Zung para depresión (Bohórquez, 2008) se determinó que cumplían con los criterios de inclusión: (a) presentar síntomas de depresión pero no un episodio depresivo mayor (puntuaciones entre 30 y 59 en la escala aplicada); (b) no haber sido diagnosticada con enfermedad mental durante los últimos 5 años; (c) no recibir actualmente tratamiento psicológico o psiquiátrico; (d) saber leer y escribir.

Tabla 3

Caracterización del grupo de potenciales usuarios

Participante	Edad	Número de hijos	Barrio	Estrato	Antigüedad en el trabajo (meses)	Puntuación en Escala Zung
1	31	0	Fontibón	2	48	40
2	27	3	Soacha	2	40	51
3	29	2	Rafael Uribe	3	60	46
4	29	1	Suba	2	48	47

Instrumentos

Formato de validación para las sesiones con los jueces

Se diseñó un formato de evaluación para cada sesión de validación que se llevó a cabo con los jueces expertos. Estos formatos iban acompañados de un documento del programa de intervención y servían como instrumento de evaluación del mismo.

Cada formato inició con las instrucciones para el diligenciamiento del formato y el cronograma de las 3 sesiones de validación. En cada uno de ellos, se presentó un número de características del programa de intervención de acuerdo a las sesiones de la intervención que se fueran a evaluar (tabla 4) y se determinaron 4 aspectos a evaluar en cada característica: Claridad, Coherencia con el objetivo del programa de intervención, Pertinencia para el programa de intervención y Coherencia con el objetivo de sesión, y se dejó la opción de Otros, para evaluar aspectos adicionales que los jueces consideraran relevantes (apéndice B).

Tabla 4

Sesión de validación, temas y número de características a valorar en cada formato de evaluación

Sesión de la validación	Temas del programa de intervención	Formato	Número de características
-------------------------	------------------------------------	---------	---------------------------

Primera sesión (Agosto 12)	Introducción y explicación del programa (contenidos generales, actividades, procedimientos generales y materiales). Sesión 1 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	1	21
Segunda sesión (Agosto 14)	Sesión 2 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales). Sesión 3 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	2	21
Tercera sesión (Agosto 21)	Sesión 4 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales). Sesión 5 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	3	13

Para la evaluación, en cada aspecto de cada característica los jueces debían asignar un valor de acuerdo con la siguiente escala Likert y justificar cada una de sus respuestas de manera clara y concreta:

- ✓ 1 cuando consideraran que la característica es **deficiente** en ese aspecto
- ✓ 2 cuando consideraran que la característica es **regular** en ese aspecto
- ✓ 3 cuando consideraran que la característica es **buena** en ese aspecto
- ✓ 4 cuando consideraran que la característica es **muy buena** en ese aspecto
- ✓ 5 cuando consideraran que ese aspecto **no aplica** para la característica enunciada

Finalmente, debían responder a la pregunta *¿Considera que las actividades de la sesión son suficientes para lograr los objetivos planteados para esta?* y justificar su respuesta, además de incluir comentarios adicionales respecto al programa de intervención.

Cuestionario sociodemográfico

Se construyó un cuestionario de datos sociodemográficos que recopila información frente a edad, sexo, estado civil, número de hijos, ocupación, antigüedad en su ocupación actual, barrio y estrato socioeconómico (ver apéndice B), con el objetivo de facilitar la caracterización de la muestra.

Escala Zung para depresión (Zung, 1965) versión colombiana (Bohórquez, 2008)

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en distintas partes del mundo como un instrumento de tamizaje para identificar la presencia significativa de síntomas depresivos (Campo et al., 2006; Fountoulakis et al., 2001; Passik et al., 2000) a partir de indagar frente a estado de ánimo, cogniciones, respuestas fisiológicas y conducta motora (Vélez, Barrera, Benito, Figueroa, & Franco, 2016).

El cuestionario consiste en una escala de autorreporte compuesta por un total de 20 ítems, 2 ítems de estado de ánimo, 8 de síntomas cognoscitivos, 8 de síntomas fisiológicos y 2 de psicomotores (Vélez et al., 2016). Cada ítem es calificado de acuerdo a una escala Likert de 4 opciones, 1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Muchas veces, 4 = Casi siempre. La mitad de los ítems están elaborados en forma negativa y la otra mitad en forma positiva. Las puntuaciones directas de la escala se ubican entre 20 y 80, donde un puntaje superior a 30 supone presencia de síntomas depresivos, 50 supone síntomas de un

episodio depresivo mayor, entre 50 y 59 de carácter leve, entre 60 y 69 moderado, y 70 o más severo (Vélez et al., 2016). La confiabilidad del instrumento en población Colombiana ha obtenido un alpha de 0.85 (Campo et al., 2005), 0.83 (Campo et al., 2006), 0.87 (Díaz, Campo, Rueda, & Barros, 2005), 0.84 (Jaramillo et al., 2018) y 0.79 con una correlación de $r = 0.65$ con la sub escala de depresión del Inventario Multifacético de Minnesota (MMPI-D) y entre $r = 0.68$ y $r = 0.76$ con el Inventario de Hamilton (Bohórquez, 2008).

Consentimiento informado. Documento que incluye la información necesaria de conformidad con la Ley 1090 y la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, para la realización de investigaciones con humanos, que brinda información sobre la investigación, la intervención, sus implicaciones, el carácter voluntario de su participación y demás derechos de los participantes con el fin de proteger y garantizar el bienestar de los mismos (apéndice C).

Procedimiento

Dado los dos componentes de la adaptación se presenta el procedimiento por estudios, el estudio 1 se refiere al procedimiento de adaptación realizado con jueces expertos y el estudio 2 a la aplicación del programa resultado de ese proceso a potenciales usuarios.

Estudio 1

Fase 1. Convocatoria

La investigadora realizó una búsqueda en internet a través de Google de perfiles de psicólogos con maestría o doctorado en el área de psicología clínica, que ejercieran en Colombia, tuvieran experiencia en atención individual y grupal y conocieran el modelo de solución de problemas. A partir de los resultados se enviaron correos electrónicos y se contactaron personalmente a algunas de los profesionales que cumplieron el perfil invitándolos a participar en la investigación, de aquellos que aceptaron la invitación 3 contaron con la disponibilidad horaria para realizar las sesiones y fueron seleccionados. Posteriormente, con el material obtenido de los autores del programa de solución de problemas para la depresión (Vázquez et al., 2015) la autora elaboró una adaptación realizando únicamente cambios de carácter lingüísticos y cultural, este documento fue el insumo sometido a evaluación en las sesiones realizadas con los jueces.

Fase 2. Validación

Los tres encuentros se llevaron a cabo de manera presencial en agosto 12, 14 y 21 del año 2019. Para el desarrollo de cada uno se contó con un espacio cerrado, un computador, un proyector, esferos, los formatos de validación y los documentos descriptivos del programa de intervención.

A cada juez se le entregó el formato de validación correspondiente a la sesión que se estuviera desarrollando y el documento del programa de intervención de la misma. En la primera sesión se evaluó la descripción general del programa y la sesión 1 de la intervención; en la segunda sesión, las sesiones 2 y 3 de la intervención; y en la tercera sesión, las sesiones 4 y 5 de la intervención.

Sesión 1

La sesión inicio con la bienvenida a los jueces y una breve explicación de la investigación y el objetivo de la validación. Posteriormente se les entregaron los materiales y se les pidió que leyeran las instrucciones del formato de validación en el que se explicaba la metodología Angoff que se utilizaría, luego se procedió a aclarar dudas y se dio inicio a la revisión. Cada juez inspeccionó el documento y diligenció el formato, luego se socializaron los resultados anotando las calificaciones y comentarios principales. Posteriormente, se procedió a la segunda ronda de evaluación, en la que se volvieron a diligenciar nuevos formatos, únicamente en las características que hubo desacuerdos en la socialización, para esta ronda se mantuvieron proyectados los comentarios de cada aspecto de esas características realizados en la ronda anterior de manera que los jueces los tuvieran en cuenta. Finalmente, se socializaron los resultados de esta última ronda, y ya se llegó a consenso en todas las características por lo que no hubo necesidad de realizar una tercera.

Sesión 2

La sesión inicio con un saludo y la entrega del formato de validación y el documento de las sesiones 2 y 3 del programa de intervención. Cada juez revisó el documento y evaluó cada aspecto de cada característica diligenciando el formato. Posteriormente, se socializaron las respuestas de los jueces y se anotaron las calificaciones y comentarios. Se procedió a una segunda ronda de evaluación, entregando nuevos formatos para diligenciar únicamente las características en las que hubo discrepancias, mientras se mantenían proyectados los comentarios sobre ellas, se realizó la socialización de estos resultados identificando que algunas características seguían sin consenso, por lo que se procedió a una tercera ronda con nuevos formatos de evaluación, cuyas calificaciones se socializaron. En esta tercera ronda hubo consenso en los aspectos de las características evaluados por lo que no fue necesario una cuarta.

Sesión 3

Luego del correspondiente saludo se entrego a cada juez el último formato de validación y el documento de las sesiones 4 y 5 del programa de intervención. Cada juez evaluó y cada aspecto de cada característica del documento mencionada en el formato y lo diligenciaron. Luego se realizó la socialización de sus respuestas anotando las calificaciones y comentarios. Se realizó una segunda ronda de evaluación, entregando nuevos formatos para evaluar de nuevo las características en las que no hubo acuerdo, mientras se mantuvieron proyectados los comentarios sobre ellas. Finalmente, se socializaron estos últimos comentarios y valoraciones, en las que hubo consenso por lo que no fue necesaria una tercera ronda.

Fase 3. Análisis de datos

Se tomaron los formatos diligenciados por los jueces, los documentos del programa, las anotaciones realizadas en las socializaciones y el audio de las mismas y se realizó una revisión a profundidad del programa de intervención tomando en cuenta cada una de las las anotaciones y principalmente las recomendaciones de ajuste de los jueces.

Estudio 2

Fase 1. Convocatoria

La autora se reunió con el área de talento humano de la caja de compensación Comfacundi, se acordó implementar el programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión en la empresa como parte de las actividades para mitigar el riesgo psicosocial en los trabajadores. El equipo de talento humano convocó a algunos de sus empleados a una entrevista inicial individual con la psicóloga de la investigación, el criterio para esta convocatoria fue un tamizaje sobre riesgo psicosocial que habían realizado recientemente en la empresa.

A quienes asistieron a la entrevista se les explicó la investigación, sus condiciones, objetivos e implicaciones, y por medio del consentimiento informado se les invitó a hacer parte de ella. A las personas que firmaron y aceptaron participar se les realizó una entrevista semiestructurada y se les aplicó la Escala Zung para depresión (Bohórquez, 2008) para determinar si cumplían con los criterios de inclusión. Aquellos participantes que presentaron puntuaciones superiores a 60 en la escala aplicada, fueron excluidos del estudio y recibieron la información y acompañamiento necesario para vincularse a un proceso de intervención psicológica individual en unidades universitarias de servicio de atención psicológica.

Fase 2. Aplicación del programa de intervención

Al finalizar la etapa de entrevistas, la investigadora revisó los resultados de las mismas y agendó la primera sesión de intervención con las personas que cumplieron con los criterios. A la sesión asistieron 6 personas (2 de ellas no pudieron completar todo el proceso por asuntos de salud o de tiempo) con las que se dio inicio al programa de intervención, y se agendaron las cuatro sesiones siguientes los lunes y jueves más próximos a la fecha de inicio.

Al finalizar la quinta y última sesión el programa se aplicó de nuevo la Escala Zung para depresión (Bohórquez, 2008) a los participantes y finalmente se realizó un conversatorio en el que se les pidió que evaluaran el programa de acuerdo a su experiencia en él y su percepción de la intervención recibida, por medio de preguntas abiertas y comentarios.

La propuesta de solución de problemas consistió en 5 sesiones de 90 minutos cada una realizadas con una frecuencia de 2 veces por semana, en la que en la primera sesión se abordó el concepto de depresión, se explicó el modelo de solución de problemas, y se planteó la noción de orientación positiva a los problemas. La segunda sesión, giró en torno a la definición del problema, el establecimiento de metas y el planteamiento de alternativas de solución. En la tercera sesión, se abordó la toma de decisiones y se explicaron los procesos de solución-planeación, mientras que la sesión 4 estuvo orientada a la consolidación de los pasos aprendidos para solución de problemas por medio de ejercicios aplicados. La quinta y última sesión consistió en la revisión de todos los conceptos aprendidos y la prevención de recaídas (Vázquez et al., 2015), la tabla 1 presenta de manera detallada la estructura de cada sesión.

Un mes después de finalizar el programa se convocó a los participantes a una reunión en la que diligenciaron la Escala Zung para depresión (Bohórquez, 2008).

Fase 3. Análisis de datos

Para analizar el efecto del programa de intervención grupal basado en solución de problemas para prevenir depresión, se construyó una base de datos en Excel con las tres medidas obtenidas de la escala de Zung (pre, post y seguimiento) para cada participante. Dado la poca cantidad de datos (4 participantes) se recomienda el uso de pruebas no paramétricas para realizar la comparación de medias (Field, 2013), por lo que posteriormente se importó la base al programa SPSS versión 22 y se estimó la prueba no paramétrica de Friedman para medidas repetidas. En razón de que los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre las medidas pre, post y seguimiento, no fue necesario estimar el tamaño del efecto.

Consideraciones éticas

El estudio fue planteado y se llevó a cabo teniendo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 de Ministerio de Salud y Protección de la República de Colombia frente a la investigación en salud, ante la cual se clasificó como una investigación de bajo riesgo, y la Ley 1090 de 2006 sobre el ejercicio profesional del psicólogo, y siguiendo los principios éticos de los psicólogos y el código de conducta planteado por la *American Psychological Association* [Asociación Americana de Psicología] (APA) (2002).

Resultados

En referencia al objetivo de adaptar una propuesta de intervención grupal basada en solución de problemas para prevenir depresión en adultos el proceso supuso cambios únicamente de carácter lingüístico y cultural a partir del programa original de Vázquez et al. (2015), reflejados principalmente en los ejemplos que el programa proponía que estaban contextualizados a una cultura española, por lo que podrían llegar a dificultar la comprensión para los usuarios colombianos. La tabla 5 presenta un ejemplo de los ajustes realizados en la nueva versión.

Tabla 5

Ejemplos de ajustes en la adaptación a población colombiana del programa grupal de solución de problemas

Versión de Vázquez et al. (2015)	Adaptación a población colombiana
<i>Ejemplo de definición de un problema, establecimiento de metas y alternativas de solución</i>	
1. Problema: Tengo dificultades económicas (no me llega el dinero hasta final de mes)	1. Problema: Tengo problemas de dinero (no me alcanza el dinero hasta final de mes)
2. Meta: Ahorrar 12 euros durante la próxima semana	2. Meta: Ahorrar 5000 pesos diarios durante los próximos 3 días
3. Soluciones alternativas:	3. Alternativas de solución:
a) Comprar marcas blancas	a) Guardar las monedas que me den
b) Usar menos el coche	b) Comprar marcas genéricas de los productos (como marca Éxito)
c) Meter cada día 2 euros en un bote	c) Venirme en bicicleta al trabajo
d) Vender cosas que no uso	d) Dejar de comprarme un café después del almuerzo y tomar el de la oficina
<i>Ejemplo de orientación positiva al problema (una mujer es despedida de su trabajo)</i>	
No me gusta que me hayan despedido, pero comprendo que le pasa a mucha gente. Por una	Es horrible que me hayan despedido, pero es algo que le pasa a mucha gente, puede que esto no sea

<p>parte, por fin podré descansar e ir a visitar a mi familia de Mallorca que hace tiempo no veo. Aprovecharé para formarme mejor y mejorar mi currículum. Encontrar otro nuevo empleo me costará tiempo y esfuerzo, pero pondré todo mi empeño, me daré tiempo para preparar un buen currículum. Incluso puedo aprovechar este problema para buscar un trabajo mejor que el que tenía antes.</p>	<p>tan malo, por fin podré descansar y visitar a mi familia que hace tiempo no voy a verlos. Puedo aprovechar el tiempo para hacer el curso de actualización que desde hace rato quería hacer y así mejorar mi hoja de vida y encontrar un mejor trabajo. De seguro no será nada fácil conseguir trabajo, pero con ese curso seguro que lo consigo. La verdad es que necesito descansar un poco, con ese ritmo de trabajo que tenía ya me estaba enfermando.</p>
---	--

En el marco del objetivo de evaluar por expertos la adaptación realizada del programa, en la primera sesión de validación los jueces evaluaron la claridad, coherencia con el objetivo del programa de intervención y pertinencia con el programa de 6 características, y realizaron los comentarios que presenta la tabla 6.

Tabla 6

Evaluación de los jueces de la introducción y explicación del programa

Características	Comentarios respecto a la Claridad, pertinencia, coherencia y otros aspectos
1. Descripción del programa	<p>4. Esta muy bien descrito y no deja espacio a ambigüedades.</p> <p>4. Es claro y coherente, me parece que de acuerdo a los objetivos que tiene es muy pertinente.</p> <p>4. Es claro, coherente y pertinente.</p>
2. Población a la que está dirigido	<p>3. Se debe mejorar redacción y cambiar el orden en le que se presenta la información.</p> <p>2. Debe considerar que los grupos se deben dividir de acuerdo a intereses y formación similar.</p> <p>3. El rango de edad es muy amplio, debe tener en cuenta que se subdivida de acuerdo a las diferencias de desarrollo, tipos de problemas y el procesamiento de información.</p>
3. Modalidad de aplicación	<p>4. Los formatos tienen ventajas y se justifican claramente, son ideales para terapia breve y potencializan el aprendizaje de habilidades.</p> <p>4. Es necesaria y participativa. Es pertinente ya que la población con depresión esta aumentando y se necesita mayor cobertura.</p> <p>4. Es clara, coherente y pertinente de acuerdo a los recursos.</p>
4. Contenidos del programa	<p>4. Es descrito específicamente, todos los objetivos son coherentes y son muy relevantes.</p> <p>4. Son claros para abordar la prevención de la depresión, y permiten desarrollar de manera adecuada y completa el programa.</p> <p>4. Se encuentran claramente descritos.</p>
5. Procedimientos generales	<p>4. Están descritos de manera concreta y específica. Todos los procedimientos apuntan a cumplir los contenidos planteados y aportan elementos importantes y complementarios para lograr los objetivos.</p> <p>4. Son claros y dan una idea general y precisa. Responden a los objetivos y permiten comprenden la metodología. Estos procedimientos no se muestran como indispensables para la intervención, pero si necesarios para comprender las actividades de cada sesión, así como la preparación.</p> <p>4. Son precisos para cada sesión, tienen una secuencialidad adecuada y son pertinentes para los contenidos y objetivos que persigue el programa.</p>
6. Materiales	<p>4. Son sencillos y de fácil uso, lo cual es ideal para la aplicación. Se encuentran relacionados con los objetivos planteados y están enmarcados en el curso de la intervención.</p> <p>3. Son claros y fáciles de utilizar, están relacionados con los objetivos. Es necesario editar en el gráfico de emociones el número de días para que involucre todos los que dure la intervención, adicionalmente sugiero reemplazar “emociones” por estado de ánimo, porque es en ello en lo que se centra el registro, adicionalmente sugiero reemplazar el marcar con una “x” porque lo hagan con una carita que refleje su estado de ánimo ya que es subjetivo, para una persona un 7 puede ser una cara feliz, para otras una neutra, la carita permite distinguirlo y reconocer esa subjetividad (Apéndice D).</p> <p>2. La lista de problemas actuales me parece que debe ser jerarquizada asignando un valor a cada uno de acuerdo a la motivación para resolverlo, eso permitirá a los participantes mayor claridad sobre sus problemáticas y facilitará la selección y delimitación de problemas (Apéndice E).</p>

Me parece importante poner previo a la sesión 1 el concepto de una sesión 0 en el que quede claro que se realiza una entrevista donde se aplica un instrumento para identificar sintomatología depresiva, el consentimiento informado y se procede a conformar los grupos.

Nota. Cada color representa uno de los jueces.

En este paso hubo discrepancia en dos de las características, por lo que se evaluaron en una segunda ronda, donde se concluyó que la característica 2 debía ser ajustada incluyendo la especificación de conformar los grupos de acuerdo a atributos similares de desarrollo, procesamiento de información, limitaciones y/o intereses, principalmente por edad, y ajustando la redacción. En cuanto a la característica 6. Materiales se acordó ajustar el formato del gráfico de registro de emociones, especificando que monitorea el estado de ánimo en vez de las emociones en general, que se marca con una carita que lo refleja y reconoce la subjetividad en vez de hacerlo con una x, y que se ajusté el número de días que se pueden registrar de acuerdo a la duración de la intervención. En cuanto al listado de problemas actuales, se recomendó organizar los problemas de acuerdo a su nivel de dificultad, de manera que quedará establecida una jerarquía de los mismos que facilitará la elección de cuál abordar de acuerdo a su complejidad.

En la sesión 1 de intervención se evaluaron 15 características: Bienvenida, Propósito de la intervención, Presentación del grupo, Normas del grupo, Explicación de la depresión, Explicación de la terapia de solución de problemas, Acuerdo de trabajo (contrato terapéutico), Orientación positiva hacia el problema, Lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas, Lista de problemas actuales, Monitoreo del estado de ánimo (gráfico), Auto-reforzamiento, Resumen de sesión, Tareas asignadas, y Resumen del programa que se entrega a los participantes. Los comentarios que realizaron los jurados frente a ajustes necesarios se presentan en la tabla 7, las características no mencionadas recibieron comentarios positivos en todos los aspectos evaluados por lo que no requirieron cambios.

Tabla 7

Resumen de la evaluación de los jueces de la sesión 1 del programa de intervención

Características	Comentarios respecto a la Claridad, pertinencia, coherencia y otros aspectos
7. Bienvenida	<p>3. Es clara pero muy directiva, debe ajustarse realizando poco énfasis en el terapeuta y siendo más explícita la participación de los participantes, resaltando el enfoque interactivo, la posibilidad de participar, preguntando, por ejemplo, “¿tú por qué viniste?”.</p> <p>4. Es clara y necesaria, altamente empática y muy importante para cumplir con los objetivos.</p> <p>4. Es clara y motivante. Necesaria para establecer rapport y cumplir el programa, empática..</p>
12. Explicación de la terapia de solución de problemas	<p>3. Es correcta, perfectamente coherente y necesaria en el marco de la intervención, además de pertinente para que se logren los objetivos de intervención y cada participante entienda su participación y lo que se espera. Debe mejorarse la redacción de todo el primer párrafo.</p> <p>4. Es clara, está relacionada con el objetivo del programa y es la estrategia central. Es importante que se mencione que cada aspecto se va a abordar en diferentes sesiones, de manera que se nivelen las expectativas</p> <p>4. Está planteada en un lenguaje comprensible para participantes, cumple con los objetivos del programa y es fundamental para que cada participante lo comprenda.</p>
15. Lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas	<p>4. Es clara la explicación y el formato de registro. Está en absoluta coherencia con el marco general del programa, permite identificar pensamientos funcionales y disfuncionales, y además forma parte del objetivo de intervención.</p> <p>2. Sería importante incluir una instrucción al inicio e indicar que allí se presentan ejemplos que le permiten continuar la lista con pensamientos propios, la actividad es muy importante por lo que quizás debería realizarse primero que la de orientación positiva hacia el problema.</p> <p>4. Está redactada en un lenguaje sencillo para los participantes, permite lograr el objetivo del programa y cumple con el de la intervención, adicionalmente genera compromiso.</p>

18. Auto-reforzamiento	<p>4. Es claro, sencillo y brinda ejemplos pertinentes. Responde a los lineamientos del programa y al método. Resulta fundamental para incrementar conductas funcionales y responde al propósito de aprender a reconocer los logros propios.</p> <p>3. Es importante incluir más ejemplos de verbalizaciones, ya que está establecido que tienen un carácter fundamental en la motivación intrínseca. Se requiere para alcanzar los objetivos.</p> <p>4. Es claro para que los participantes lo comprendan, resulta pertinente para el seguimiento de cada sesión y se relaciona con los objetivos. Es esencial para que el participante se motive y siga aplicando las estrategias.</p>
21. Resumen del programa que se entrega a los participantes	<p>4. Está muy claro y completo. Es coherente con el objetivo y muy pertinente para el tipo de programa que se realiza (los formatos grupales), es un aporte importante para que el participante repase los contenidos y responde al propósito de contextualizar.</p> <p>3. Explicar mejor la figura, puesto que puede resultar compleja para los participantes.</p> <p>4. Es claro para la comprensión de los participantes, muy coherente con los objetivos, sintetiza el programa y constituye un apoyo importante para el desarrollo del mismo.</p>

Nota. Cada color representa uno de los jueces.

En la segunda ronda, se evaluaron las 5 características en las que hubo discrepancias, hubo consenso en que se debían incluir en la bienvenida del programa preguntas directas a los participantes que fomentaran la participación de los mismos, como estrategia de apoyo al establecimiento de la relación terapéutica y para reflejar un estilo más participativo, al igual que se brindaron aportes para mejorar la redacción de la primera parte de la explicación de la terapia de solución de problemas.

En cuanto a la lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas se solicitó el ajuste del formato de manera que al inició indagara por los pensamientos actuales propios antes de brindar sugerencias y posteriormente se brindaran algunos ejemplos de pensamientos que reflejaran una orientación positiva al problema e invitará a los participantes a complementarla con pensamientos alternativos propios, de manera que la estrategia se optimizará incluyendo reestructuración cognitiva, sin embargo, de acuerdo a los argumentos de los jueces en la segunda ronda hubo consenso en que no se debería cambiar el orden de la actividad. Finalmente, se acordó incluir más ejemplos de verbalizaciones en el auto-reforzamiento para fomentar la motivación intrínseca y modificar aspectos de la figura que se entrega a los consultantes en el resumen del programa de manera que fuera más fácil de entender para ellos.

En la pregunta final respecto a si consideraban que las actividades de la sesión son suficientes para los objetivos planteados hubo consenso desde la primera ronda en que si, y en la justificación resaltaron que se encuentran en alineación directa a los objetivos, aunque deberían ser ajustadas según las recomendaciones brindadas.

Respecto a la sesión 2 de intervención, se evaluaron los aspectos de claridad, coherencia con el objetivo del programa de intervención, pertinencia para el programa de intervención y coherencia con el objetivo de la sesión, de 12 características: Repaso de la sesión anterior, Revisión de tareas, Introducción de la sesión, Definición de problemas, Formato de proceso de solución de problemas, Ejercicio de proyección temporal, Análisis de costos y beneficios de resolver el problema, Lista de costos y beneficios de resolver el problema, Establecimiento de metas, Generación de alternativas de solución, Resumen de sesión, y Tareas asignadas.

En la sesión 3 de intervención se evaluaron los mismos aspectos de 9 características: Repaso de la sesión anterior, Revisión de tareas, Introducción de la sesión, Toma de

decisiones, Análisis de costos y beneficios, Selección de una decisión, Planificación de la solución, Contrato terapéutico, y Tareas asignadas.

La tabla 8 presenta las características de las sesiones 2 y 3 en las que no hubo consenso en la primera ronda de calificación y que de acuerdo a los comentarios de los jueces requirieron ser ajustadas. Las demás características evaluadas de las dos sesiones recibieron calificaciones y comentarios positivos por lo que no requirieron cambios.

Los jueces estuvieron de acuerdo en que las actividades de la sesión son suficientes para lograr los objetivos de la misma, argumentando que permiten el desarrollo y la adquisición de habilidades para solucionar problemas de manera efectiva y cumplen con los requisitos del modelo.

Tabla 8

Resumen de la evaluación de los jueces a las sesiones 2 y 3 del programa de intervención

Características	Comentarios respecto a la Claridad, pertinencia, coherencia y otros aspectos
<i>Sesión 2</i>	
1. Repaso de la sesión anterior	<p>3. Se debe ampliar el repaso, mencionar en que consiste como tal y en qué puntos enfatiza. Se retoman los conceptos y enlazan con los nuevos, es consistente con el refuerzo del aprendizaje.</p> <p>3. El repaso como tal no se hizo, sino más bien se revisó la tarea (lo cual es adecuado, pero debe ser complementado), debe detallarse más y darse énfasis a que los participantes lo construyen compartiendo sus experiencias en la realización de las tareas y sus compañeros las comentan desde su propia experiencia, mientras el terapeuta orienta y aclara.</p> <p>4. Es claro, coherente y preciso, permite la conexión con la sesión 1. Es importante especificar que al escoger un problema se realice con base en la jerarquización realizada. Además, se deben incluir subtítulos que faciliten el repaso.</p>
12. Tareas asignadas	<p>3. Son adecuadas y completas, pero debe corregirse la redacción. Estas tareas permiten practicar lo visto en la sesión y empoderar al participante sobre sus problemáticas.</p> <p>3. La tarea no debería completar el proceso, sino tomar uno de los problemas de la lista y repetir el ejercicio, es decir, realizar uno completo en sesión y que ellos hagan otro en casa. Estas actividades son necesarias para generalizar la conducta aprendida.</p> <p>4. Están planteadas de manera clara para los consultantes. Sugiero que los auto-refuerzos sean en este punto planteados por los propios participantes, es decir, que no se les den sugerencias.</p>
<i>Sesión 3</i>	
14. Revisión de tareas	<p>4. Es clara y completa, es consistente con la estructura de todo el programa, consolida el aprendizaje y brinda realimentación al participante sobre su aprendizaje y esfuerzo de cambio.</p> <p>4. Es claro y se requiere para hacer seguimiento al proceso del programa y el cumplimiento del objetivo. Esta relacionado directamente con el programa y la sesión.</p> <p>3. Esta adecuadamente explicado el cómo hacerlo, es coherente con todo el programa y con la sesión. Indicar que el grupo ayudara a proporcionar sugerencias para superar las dificultades presentadas en la ejecución de las tareas, para promover la consolidación del aprendizaje.</p>
16. Toma de decisiones	<p>4. Es claro y completo, va en línea con el propósito del programa y es un aspecto clave para la solución de problemas. Es coherente con el objetivo de aprendizaje.</p> <p>2. No queda claro si la decisión que se toma, se selecciona para el ejercicio o como alternativa para solucionar el problema, debe aclararse esto de manera que se pueda generalizar. Esta característica es fundamental para el cumplimiento del programa y el logro del objetivo.</p> <p>3. Es necesario especificar con subtítulos que aspectos se refieren en la toma de decisiones. El ejercicio y la explicación es coherente y pertinente con el programa de intervención y la sesión.</p>
17. Análisis de costos y beneficios	<p>4. Es claro, completo y está bien ilustrado. Va acorde con el propósito general del programa, es coherente con el objetivo de aprendizaje y es un componente esencial para el modelo.</p> <p>2. No es claro cómo orienta la toma de decisiones, parece ser por cantidad de pros y contras, sugiero que se cambie de manera que se realice por el peso que le de cada persona al pro o contra de acuerdo a lo que implica para él o ella, es decir la que sea menos costosa conductualmente para ellos y más beneficiosa de acuerdo a lo que es importante para él o ella.</p> <p>4. Es claro y comprensible, coherente con el objetivo del programa y de la sesión. Es pertinente y contribuye a la solución de problemas.</p>
19. Planificación de la solución	<p>4. Es claro, completo y está bien ilustrada. Es muy coherente con el programa y con lo que se propone la sesión. Resulta esencial para la solución de problemas.</p>

-
- 4. Es claro, resulta indispensable para el cumplimiento del objetivo del programa. Hace parte del entrenamiento en solución de problemas y esta relacionado con el objetivo de sesión.
 - 3. Sería importante precisar como el terapeuta motivaría la ejecución de este paso del proceso. Es muy coherente con el objetivo del programa de la sesión y el contrato terapéutico que se utiliza contribuye a motivar la planificación.
-

Nota. Cada color representa uno de los jueces.

En la ronda 2 de evaluación de la sesión 2, hubo consenso en ampliar el repaso especificando la metodología de revisión de las tareas, dándole mayor participación a los participantes incentivando a que los mismos lo construyeran y tomando un papel más pasivo el terapeuta. Del mismo modo se acordó, mantener la tarea de completar los pasos aprendidos hasta el momento, a pesar de los comentarios de uno de los jueces, puesto que su sugerencia se aplica en la sesión 4 al entrenar todos los pasos.

Respecto a la sesión 3, se acordó incluir en la revisión de tareas un lineamiento para que el terapeuta tomará un rol más pasivo e incentivará al grupo a brindar sugerencias para superar las dificultades presentadas por sus compañeros en la ejecución de las tareas, al igual que hubo consenso en la necesidad de especificar el rol del terapeuta al motivar la ejecución de la planificación de la solución, e incluir ejemplos de cómo hacerlo. Respecto a las otras dos características fue necesaria una tercera ronda de evaluación, en la que se acordó aclarar cómo la decisión que se tome orienta la solución del problema, y como el proceso de evaluación que se realiza a partir del análisis de las implicaciones cumple una función de guía respecto a la posible solución más beneficiosa y menos costosa, más no determina drásticamente la decisión a tomar. Al igual que hubo consenso en modificar la actividad de análisis de costos y beneficios para que permitiera que la valoración se realizará de acuerdo a la importancia, implicaciones y relevancia para cada individuo más que por la cantidad de pros y contras.

En la sesión 4, se evaluaron 6 características: Propósitos de la sesión, Repaso de la sesión anterior, Revisión de las tareas asignadas, Reforzamiento y abordaje de dificultades, Verificación de la solución elegida, y Asignación de tareas. Mientras que en la sesión 5, además de estas 6 características, se incluyó una: Prevención de recaídas.

La tabla 9 presenta las características de las sesiones 4 y 5 en las que no hubo consenso en la primera ronda de calificación y que de acuerdo a los comentarios de los jueces requirieron ser ajustadas. Las demás características evaluadas de las dos sesiones recibieron calificaciones y comentarios positivos por lo que no requirieron cambios.

Los tres jueces coincidieron en que las actividades de las sesiones 4 y 5 son suficientes para lograr los objetivos planteados y comentaron que estaban encaminadas a reforzar el aprendizaje de la solución de problemas y a brindar retroalimentación a los participantes para prevenir las recaídas, además de que el paso a paso que sigue permite que los participantes interioricen la estrategia, aunque deben incluirse aspectos que retroalimenten la experiencia emocional.

Tabla 9

Resumen de la evaluación de los jueces a las sesiones 4 y 5 del programa de intervención

Características	Comentarios respecto a la Claridad, pertinencia, coherencia y otros aspectos
-----------------	--

<i>Sesión 4</i>	
4.Reforzamiento y abordaje de dificultades	<p>2. No son claros los puntos sobre el abordaje de dificultades, se deben revisar al igual que incluir subtítulos que aumenten la coherencia respecto a donde aparecen las dificultades de aplicación, esto se puede lograr reordenando la estructura y ampliando la información y directrices al terapeuta sobre las posibles dificultades. Los temas son pertinentes y coherentes con los objetivos de la sesión y del programa.</p> <p>4. Es claro, esta en coherencia con los objetivos de la sesión y del programa, además es necesario y fundamental para su desarrollo.</p> <p>3. Se debe clarificar más como se realizará el reforzamiento y cómo se abordarán las posibles dificultades de acuerdo al aspecto en el que surjan. Es coherente con el objetivo de la sesión y del programa, además de muy pertinente.</p>
5. Verificación de la solución elegida	<p>3. Parte del contenido de este apartado hace parte del reforzamiento y abordaje de dificultades, debe mejorarse la redacción y revisarse. Es muy coherente con el programa y la sesión y relevante para el aprendizaje de la solución de problemas.</p> <p>4. Es claro, acorde con el objetivo del programa y relacionado con el objetivo de la sesión.</p> <p>4. Está adecuadamente redactado y operacionalizado, contribuye al objetivo del programa y de la sesión. Realiza una interesante ejemplificación del proyecto ya que contribuye a afianzar la solución de problemas.</p>
<i>Sesión 5</i>	
7. Propósitos de la sesión	<p>4. Son claros, sencillos y completos. Mantienen las directrices de toda la intervención, guardan estrecha relación con el contenido de la sesión y son coherentes para encadenar los nuevos contenidos con los anteriores.</p> <p>4. Son claros, están relacionados con el programa y con los objetivos de la sesión. Resultan necesarios para que se complete el programa de intervención.</p> <p>3. Dado que es la última sesión, se debe incluir un objetivo de retroalimentar lo aprendido y los logros del programa. Los objetivos planteados son muy pertinentes para el programa.</p>
10.Reforzamiento y abordaje de dificultades	<p>4. Respecto a la aclaración de las dificultades, debe incluirse explícitamente que los participantes son quienes ayudan a resolverlas y el terapeuta orienta. Es coherente con lo que propone el programa y la sesión, y útil para reforzar los contenidos y estrategias aprendidos.</p> <p>4. Es claro, permite instaurar un cambio conductual, está relacionado con el programa y con el objetivo de la sesión.</p> <p>3. Se debe clarificar que el reforzamiento es de logros en la aplicación de las tareas, y que el grupo es quien principalmente aporta en el abordaje de las dificultades. Es coherente con el objetivo de intervención y de la sesión, además de pertinente para el programa.</p>
11. Verificación de la solución elegida	<p>3. Debería aparecer antes, se sugiere incluirla antes del reforzamiento. Es coherente con las directrices del programa y lo que se propone la sesión.</p> <p>4. Se deben revisar errores menores de digitación. Esta relacionado con el programa y la sesión, además de que permite seguimiento al participante.</p> <p>4. Es claro y esta adecuadamente redactado, es coherente con el objetivo del programa y de la sesión. Es pertinente de acuerdo a los objetivos que persigue.</p>
13. Resumen del programa	<p>3. Es claro y completo. Sería bueno incluir algo de la evaluación del programa en general “desde su experiencia ¿qué fue lo más significativo? ¿qué fue lo más difícil?”, es positivo que los participantes realicen una comparación entre cómo ingresaron al programa y cómo lo terminaron. Es muy pertinente para reforzar el aprendizaje y coherente con los objetivos.</p> <p>4. Las preguntas son claras, pero pueden llevar mucho tiempo, se recomienda enfocarse principalmente en aquellas referentes a la parte emocional. Es coherente y pertinente para los objetivos, evalúa la mejoría del estado de ánimo.</p> <p>3. Deben centrarse más en la experiencia emocional. Se sugiere incluir una pregunta sobre cómo mejoro el estado de ánimo durante el programa e incluir preguntas experienciales.</p>

Nota. Cada color representa uno de los jueces.

En la segunda ronda de evaluación se la sesión 4 se acordó modificar el programa estructurando la sesión con subtítulos y ampliando la información respecto a las dificultades y cómo el terapeuta guiaría el abordaje de las mismas incentivando a que el grupo presentará sugerencias sobre cómo resolverlas, y que se corregirían signos de puntuación del apartado de verificación de la solución elegida que dificultaban su comprensión.

En cuanto a la sesión 5, hubo consenso en la segunda ronda acerca de ajustar los propósitos de la sesión incluyendo un objetivo y actividades de retroalimentación del programa, de lo aprendido y de los logros, de manera que se pudiera enriquecer el mismo en un futuro. También se incluyó lo acordado en la sesión anterior frente a la participación

el grupo en el abordaje de dificultades y se modificó la estructura, realizando, previo a esta actividad, la verificación de la solución elegida. Finalmente, hubo acuerdo en que se realizaran cambios al resumen final del programa para que incluyera preguntas e hiciera énfasis sobre la experiencia emocional de los participantes con el programa, más que en sus conocimientos sobre el mismo.

Todas las sugerencias concertadas se aplicaron en el protocolo y posteriormente un juez reviso que cumplieran con lo pactado.

En relación al último objetivo de evaluar con potenciales usuarios el efecto de la adaptación realizada, la tabla 10 presenta las medidas obtenidas.

Tabla 10

Medidas de la Escala de Zung para depresión de los participantes

Participante	Pre	Post	Seguimiento
1	40	38	40
2	51	45	45
3	46	42	39
4	47	39	37
<i>M (DE)</i>	<i>46 (4.54)</i>	<i>41 (3.16)</i>	<i>40.25 (3.40)</i>

Al realizar la estimación de la prueba de Friedman para comparar las medidas se obtuvo un valor Chi-cuadrado de $X^2_{(n=4)} = 5.286$; $p = 0.071$; $gl = 2$, lo que indica que no existen diferencias significativas entre las medias, es decir, no hay cambios estadísticamente relevantes en los síntomas depresivos de las participantes luego de recibir la intervención ni un mes después de ella.

Discusión

El proceso de adaptación que se realizó en este estudio del programa planteado por Vázquez et al. (2015) supuso de manera inicial cambios de carácter lingüístico, cultural y de contexto, que no alteraron las actividades, estructura, ni orientaciones de la propuesta original. Sin embargo, en el proceso de validación por jueces de esa adaptación, se identificó que algunos de los ajustes realizados implicaron errores menores en la redacción que debieron ser posteriormente ajustados y que emergieran cambios, en su mayoría menores, a algunas actividades y materiales, orientados a robustecer la intervención.

La experiencia clínica y conocimiento de los jueces permitió que se fortaleciera la propuesta por medio de sugerencias de complementación de algunas actividades y formatos de apoyo utilizados en la intervención como la lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas (Apéndice F) que adicionó aspectos de reestructuración cognitiva, lo que como se identificó en la revisión realizada, facilita la disminución de distorsiones y aumenta la perspectiva funcional en la orientación positiva hacia el problema (Bell & D’Zurilla, 2009; Rohde et al., 2018).

Las modificaciones referentes al formato de monitoreo del estado de ánimo y la herramienta de por sí, facilitaron que los consultantes identificaran cómo su estado anímico variaba en relación a los problemas que presentaban en el día a día y como ello incidía en cómo afrontaban sus problemas, lo cual fue reconocido por ellas, esta reflexión está en concordancia con lo esperado según los hallazgos de (Vázquez et al. 2013; Vázquez et al. 2015), en los que se reconoce esta tarea como un apoyo psicoeducativo fundamental para el entendimiento de la depresión y la sintomatología depresiva en relación con los eventos vitales negativos y los problemas cotidianos, es decir, para que las personas que reciben la intervención comprendan el modelo de solución de problemas.

El componente de toma de decisiones del programa fue el que más se distanció de los planteamientos del protocolo original, sin embargo, los cambios realizados en la asignación de pesos relativos de acuerdo a la importancia e implicaciones subjetivas que tuviera cada aspecto para cada consultante se realizaron de acuerdo a la actualización del entrenamiento en solución de problemas planteado por D'Zurilla y Nezu (2007) y D'Zurilla y Nezu (2010), donde se identifica que las decisiones no deben realizarse de acuerdo a la cantidad de beneficios y costos que se identifiquen, sino reconociendo la particularidad que suponen para cada individuo, y para ello proponen la ponderación de pesos relativos que fue la utilizada en la adaptación realizada.

Los comentarios de los jueces respecto a la importancia de centrarse en la experiencia emocional de los participantes de la intervención coinciden con una de las críticas que se ha hecho a la Terapia de Solución de problemas ante la cuál sus creadores han respondido con una actualización en una intervención que nombraron Terapia de Solución de problemas centrada en la emoción (Nezu et al., 2019), los ajustes realizados para el cierre del programa van en línea con integrar el entrenamiento en solución de problemas a la vivencia emocional de los consultantes para permitir una elaboración emocional adecuada de sus problemáticas y por tanto una mayor apropiación de la herramienta.

En este mismo sentido, los hallazgos en términos de la comparación de las medidas, son de mayor aporte en términos cualitativos que estadísticos, las recomendaciones y críticas que realizaron las participantes en la última sesión al vincular las recomendaciones de incluir preguntas orientadas al relato de la emoción desde la propia experiencia de la intervención, permitió identificar como fortaleza del programa en todas las consultantes la claridad y facilidad de aplicación de la estrategia de solución de problemas, al igual que la dinámica que tuvo el programa, que permitió que entre ellas se construyeran vínculos que sirvieron de apoyo personal y andamio en la apropiación de la estrategia. En la sesión final una de las consultantes realizó una reflexión respecto a la toma de perspectiva que le supuso la solución de problemas como estrategia de afrontamiento, lo que reflejó aún más el impacto, en este sentido, se recomienda que se complemente la evaluación cuantitativa del programa con medidas cualitativas que respondan a otros tipos de cambios más complejos de cuantificar.

Los resultados del análisis estadístico de comparación de medias para evaluar la efectividad, indicaron que no hubo cambios significativos, sin embargo, es importante reconocer una serie de limitantes que presentó el estudio y que pudieron influir en ello.

Al inicio de esta fase de la investigación no se tuvo en cuenta que los participantes pertenecían a distintas dependencias de la empresa y por tanto tenían supervisores distintos, lo cual incidió en el desarrollo de las sesiones puesto que muchas se vieron en la necesidad de ser reagendadas y dos de las participantes se perdieron una sesión de las 5 de la intervención, fueron estas aquellas que no reflejaron una tendencia de cambio en las medidas tomadas, lo cuál podría ser explicado por el criterio de completitud del proceso que resaltan Vázquez et al. (2015) como necesario para alcanzar los objetivos de la terapia, en concordancia con el meta-análisis de Cuijpers et al. (2018) que identifica como un factor que incide en los resultados de la TSP, el no completar todas las sesiones de la intervención. Respecto a esto, es necesario que, en futuras aplicaciones en contextos laborales, se tenga en cuenta el realizar acuerdos y coordinar con cada uno de los jefes de las unidades a las que pertenecen los trabajadores de manera que se pueda minimizar la probabilidad de que miembros del grupo pierdan alguna sesión o de que se alteren los tiempos entre las mismas.

De igual modo, sería interesante repetir el estudio con personas que no fueran necesariamente trabajadoras ni únicamente mujeres, sino participantes que accedan por una convocatoria abierta, esto permitiría que quienes conformen los grupos puedan tener mayor motivación por participar y posiblemente un mejor aprovechamiento del programa, al mismo tiempo que esto permitiría que los resultados fueran generalizables por el tipo de muestreo utilizado, y hacer contrastes por género.

A pesar de que el estudio estuvo planteado como piloto, su principal limitante es el número de potenciales usuarios con los que contó y las dificultades logísticas para la ejecución de las sesiones, se recomienda para líneas de investigación futura que los hallazgos resultado de esta pesquisa se tengan en cuenta al momento de aplicar el programa en población adulta colombiana con distintas características, esto permitirá evaluar la efectividad del programa y determinar si constituye un insumo útil, efectivo, de bajo costo y fácil aplicación que puede impactar directamente en el alto porcentaje de población que presenta síntomas depresivos o desencadena episodios depresivos mayores, e incluso, ser generalizado a síntomas relacionados con otras problemáticas de salud mental.

Finalmente, es importante reconocer que a pesar de la demanda de la validación de protocolos, guías y programas de intervención que existe a nivel mundial, hasta el día de hoy no existen unos lineamientos o parámetros estándar de cómo realizar estos procesos, por lo que esta investigación constituye un aporte considerable en el sentido de que su aproximación metodológica puede orientar futuros procedimientos de obtención de validez para la construcción de programas y/o su generalización a distintas poblaciones.

Agradecimientos

La autora quiere agradecer a los participantes del estudio, al área de talento humano de la caja de compensación Comfacundi, a los jueces que participaron como evaluadores, al profesor Fernando Vázquez y su equipo por tan abiertamente compartir su investigación sobre el programa de intervención utilizado en este estudio y a los profesionales en

psicología que en su momento actuaron como asesores metodológicos y en otros aspectos de esta investigación.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2015). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*, (3era., ed.). (updated edition). Recuperada de <https://www.guidelinecentral.com/summaries/practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-third-edition/#section-society>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ta Edición*. Colombia: Editorial Médica Panamericana
- American Psychological Association (2002). *Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct*, amends of 2010 and 2016. Washington: Author.
- Árean, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-560
- Árean, P., Raue, P., Mackin, R., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091327>
- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). A classification system for research designs in psychology. *Anales De Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barlow, D., Durand, V. M., Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology, an integrative approach, 8th edition*. Canada: Cengage Learning.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (coord.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-482). Madrid, España: Pirámide.
- Bell, A. C. & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Bifulco, A., Kagan, L., & Spence, R. (2019). Characteristics of severe life events, attachment style, and depression – Using a new online approach. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 427-439. <https://doi.org/10.1111/bjc.12221>
- Bohórquez, A. P. (2008). *Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung y evaluación de la asociación en el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana* [Tesis]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Campo, A., Diaz, L., Rueda, G., Cadena, L., & Hernandez, N. (2006). Validation of Zung's Self-rating Depression Scale among the Colombian general

- population. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 34, 87-94. Recuperado de <https://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04.pdf>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.11.001>
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *European Psychiatry*, 48(1), 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.006>
- Díaz, L. A., Campo, A., Rueda, G. E., & Barros, J. A. (2005). Propuesta de una versión abreviada de la escala Zung para depresión. *Colombia Médica*, 36(3), 168-172. Recuperado de <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/360/364>
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., ... & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicenter randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 321, 1-6. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7274.1450>
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*, 3era. Ed. Nueva York: Springer Publishing Co.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. En K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3era. Ed., pp. 197-225). Nueva York: Guildford Press.
- Evans, J., Macrory, I., & Randall, C. (2016). Measuring national wellbeing: Life in the UK, 2016. ONS. Recuperado de <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/measuringnationalwellbeing/2016#how-good-is-our-health>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*, 4^{ta} Ed. Los Angeles: Sage.
- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G., Murray, C.J., ... & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, S., Kaprinis, G., & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung depression rating scale. *BMC Psychiatry*, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-1-6>
- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V. N., & Grover, S. (2017). Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian journal of psychiatry*, 59(Suppl 1), S34-S50. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196973>

- Jaramillo, C., Martínez, J. W., Gómez, J. F., Mesa, T., Otálvaro, S., & Sánchez, J. A. (2018). Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(1), 18-27. <http://doi.org/10.4067/s0717-92272018000100018>
- Jarrett, R. B., & Vittengl, J. R. (2016). *The efficacy of Cognitive Behavior Therapy for depression*. En A., Wells, & P., Fisher (eds.) *Treating depression. MCT, CBT and third wave therapies*. West Sussex, UK: Wiley Blackwell
- Jin, Y., Sun, C., & Wang, F. (2018). The relationship between PTSD, depression and negative life events: Ya'an earthquake three years later. *Psychiatry Research*, 259(), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.017>
- Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2015). Meta-analysis of problema solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(5), 526-535. <https://doi.org/10.1002/gps.4358>
- Ley 1616 (2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, 21 de enero, 2013. Congreso de Colombia
- Millon, T. (2011). *Disorders of personality. Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal, 3rd edition*. New Jersey, Estados Unidos: Wiley Blackwell
- Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2017). Boletín de salud mental. Depresión, subdirección de enfermedades no transmisibles. *Boletín 1*, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, & Datos, Procesos y Tecnología SAS (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mynors-Wallis, L. (2005). *Problem-solving treatment for anxiety and depression: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D. H., Lloyd-Thomas, A. R., & Tomlinson, D. (1995). Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 310, 441-445.
- National Institute for Clinical Excellence. (2018). *Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline* (Updated edition). Recuperada de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742638037>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2019). Major Depresssion. Home / Mental Health Information / Statistics. National Institus of Health (NIH), U.S.

Department of Health and Human Services. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>

- Nezu, A. (1986). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7(2), 121-144. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York, NY: Springer Publishing
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Gerber, H. R. (2019). (Emotion-centered) problem-solving therapy: An update. *Australian Psychologist*, 54(5), 361-371. <https://doi.org/10.1111/ap.12418>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression. Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., & Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 489-498
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud. ISBN: 978-92-4-350602-9
Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=77D42DB67D922BDF95BABAA9E25C42E7?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Depresión. Acceso / Centro de prensa / Notas descriptivas / Detail. Organización Mundial de la salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Passik, S. D., Lundberg, J. C., Rosenfeld, B., Kirsh, K. L., Donaghy, K., Theobald, D., & ... , Dugan, W. (2000). Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics*, 41(2), 121-7. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.121>
- Pierce, D. (2012). Problem solving therapy – use and effectiveness in general practice. *Australian Family Physician*, 41(9), 676-679.
- Ricker, K. L. (2006). Setting cut-scores: A critical review of the Angoff and modified Angoff methods. *The Alberta Journal of Educational Research*, 52(1), 53-64.
- Rohde, P., Brière, F. N., & Stice, E. (2018). Major depression prevention effects for a cognitive-behavioral adolescent indicated prevention group intervention across four trials. *Behavior Research and Therapy*, 100, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.013>

- Schmaling, K. B. (2019). Moderators of outcome in problem-solving therapy for depression in primary care. *Psychiatric Services, 70*(12), 1161-1163. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900100>
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Desclée de Brouwer
- Silverstein, M., Cabral, H., Hegel, M., Diaz-Linhart, Y., Beardslee, W., Kistin, C., & Feinberg, E. (2018). Problem-solving education to prevent depression among low-income mothers: A path mediation analysis in a randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 1*(2), 1-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0334>
- Thimm, J. C. & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *Bio Med Central Psychiatry, 14*(292), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0292-x>
- Vaziri, S., Jamshidifar, Z., & Ali Darbani, S. (2011). The effectiveness of cognitive group therapy decreasing the symptoms of depression. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30*(1), 2173-2179. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.422>
- Vázquez, F. L. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema, 14*(3), 516-522. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf>
- Vázquez, F. L., Otero, P., Díaz, O., Pomar, C. M., & Sánchez, M. T., (2010). *Programa de prevención de la depresión para cuidadores informales de personas en situación de dependencia. Aprendiendo a solucionar problemas*. Santiago de Compostela, España: Tórculo.
- Vázquez, F. L., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, A. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. *Clínica y Salud, 21*(1), 59-76. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n1a6>
- Vázquez, F., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, A., & Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20*(3), 173-188. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15891>
- Vázquez, F. L., Otero, P., Blanco, V., & Torres, A. J. (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión. Una breve guía práctica en grupo*. Madrid, España: Alianza Editorial
- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V., & Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema, 25*(1), 87-92 doi: 10.7334/psicothema2012.89

- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52. [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70005-0](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70005-0)
- Vélez, C., Barrera, C., Benito, A. V., Figueroa, M., & Franco, S. M. (2016). Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(9), 43-48.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biruyukov, S., Bollinger, I., ... & Murray, C.J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries. 1993-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *The Lancet*, 389(9995), 743-800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Wells, A. & Fisher, P. (2016). *Treating depression. MCT, CBT and Third Wave therapies*. United Kingdom: Wiley Blackwell
- Zhang, A., Park, S., Sullivan, J. E., & Jing, S. (2018). The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-análisis. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(1), 139-150. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.01.170270>
- Zou, P., Sun, L., Yang, W., Zeng, Y., Cheng, Q., Yang, H., ... & Cao, J. (2018). Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students. *Psychiatry Research*, 270, 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.019>
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, (12): 63-70.

Apéndice A.

(Sesión 1 de validación) Formato de validación del protocolo de intervención grupal basado en solución de problemas para prevención de depresión

Apreciado juez, gracias por aceptar la invitación a participar en el proceso de validación del protocolo de intervención grupal basado en solución de problemas para prevención de depresión, adaptado para población colombiana del programa de Vázquez et al. (2015).

El proceso de validación se desarrollará en tres sesiones utilizando la metodología Angoff, en la que jueces expertos se reúnen y evalúan ítems o características de interés de acuerdo a unos criterios preestablecidos, asignándoles un valor en una escala Likert y justificando su respuesta. Posteriormente, se socializan las puntuaciones asignadas y los argumentos de cada juez para cada característica evaluada. La metodología persigue la búsqueda de consenso entre los jueces, por lo que en caso de que algunas características no tengan consenso en su puntuación, se realiza una segunda ronda de calificación, en la que se les entrega un formato para que evalúen únicamente dichas características y posteriormente se socializan los nuevos puntajes, repitiéndose este procedimiento la cantidad de rondas que sean necesarias hasta que exista consenso sobre la calificación asignada a cada uno de las características evaluadas.

La tabla que se presenta a continuación refleja la estructura con la que evaluaremos el protocolo:

Sesión de la validación	Temáticas	Duración
Primera sesión (12 de agosto, 3:00 pm)	- Introducción y explicación del protocolo (contenidos generales, actividades, procedimientos generales y materiales de todo el programa). - Sesión 1 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	3 horas
Segunda sesión (14 de agosto, 4:00 pm)	- Sesión 2 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales). - Sesión 3 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	2 horas
Tercera sesión (21 de agosto, 4:00 pm)	- Sesión 4 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales). - Sesión 5 de la intervención (objetivos, contenidos, actividades y materiales).	2 horas

Procedimiento para la validación

Junto con este formato usted recibió un documento con la introducción al protocolo, que incluye una descripción, la población a la que está dirigido, la modalidad de aplicación, los contenidos del programa, los procedimientos generales y el listado de materiales.

De igual manera el documento presenta toda la información concerniente a la primera sesión de intervención, iniciando con sus objetivos, contenidos, actividades y listado de materiales, detallando el curso de la sesión y finalizando con los anexos que contienen los materiales que recibirán los participantes al inicio de la intervención.

Por favor lea detenidamente el documento y luego diligencie el cuestionario que se presenta a continuación.

Evalúe cada una de las características del protocolo (filas del cuestionario) de acuerdo a cada aspecto a evaluar (columnas del cuestionario), marcando en la casilla correspondiente una X en la puntuación que desea asignar (1, 2, 3, o 4) y justificando de manera clara y concreta su respuesta.

Debe tener en cuenta que debe marcar:

- ✓ 1 cuando considere que la característica es **deficiente** en ese aspecto
- ✓ 2 cuando considere que la característica es **regular** en ese aspecto
- ✓ 3 cuando considere que la característica es **buena** en ese aspecto
- ✓ 4 cuando considere que la característica es **muy buena** en ese aspecto
- ✓ 5 cuando considere que ese aspecto **no aplica** para la característica enunciada.

En la columna siete se encuentra un espacio para que en caso de que considere que se debe evaluar otro aspecto de alguna de las características lo mencione y evalúe. Al finalizar el cuestionario, encontrará una pregunta cerrada, por favor marque con una X su respuesta y justifíquela.

Para la lectura del documento y el diligenciamiento de este cuestionario cuenta con un tiempo de 40 minutos. Luego de este tiempo se dará inicio a la primera socialización.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Cuestionario de evaluación del protocolo de intervención basado en solución de problemas para prevenir depresión

1 = Deficiente 2 = Regular 3 = Buena 4 = Muy buena 5 = No aplica

Introducción y explicación del protocolo

Aspectos a evaluar		Claridad	Coherencia con el objetivo del programa de intervención	Pertinencia para el programa de intervención	Coherencia con el objetivo de la sesión	Otro _____
Características						
Para el terapeuta	1. Descripción del programa	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	2. Población a la que esta dirigido	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	3. Modalidad de aplicación	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	4. Contenidos del programa	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	5. Procedimientos generales	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	6. Materiales	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____

Sesión 1						
		1 = Deficiente	2 = Regular	3 = Buena	4 = Muy buena	5 = No aplica
Aspectos a evaluar	Características	Claridad	Coherencia con el objetivo del programa de intervención	Pertinencia para el programa de intervención	Coherencia con el objetivo de la sesión	Otro _____
		1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
Tanto para el terapeuta como para los participantes	7. Bienvenida	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	8. Propósito de la intervención	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	9. Presentación del grupo	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	10. Normas del grupo	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	11. Explicación de la depresión	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____
	12. Explicación de la terapia de solución de problemas	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____

		1 = Deficiente	2 = Regular	3 = Buena	4 = Muy buena	5 = No aplica	Otro _____
Aspectos a evaluar		Claridad	Coherencia con el objetivo del programa de intervención	Pertinencia para el programa de intervención	Coherencia con el objetivo de la sesión		
Características							
Tanto para el terapeuta como para los participantes	19. Resumen de sesión	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____
	20. Tareas asignadas	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____
	21. Resumen del programa que se entrega a los participantes (anexo 1)	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____	1 2 3 4 5 Justifique _____ _____ _____ _____

¿Considera que las actividades de la sesión son suficientes para lograr los objetivos planteados para esta? Si ___ No ___ Justifique: _____

Apéndice B.

Cuestionario sociodemográfico

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Años Sexo: ___Femenino ___Masculino Ocupación: _____

Antigüedad en su ocupación actual: _____ Número de personas con quien convive: ___

Estado civil: ___Soltero/a ___Casado/a ___Unión libre ___Separado/a ___Viudo/a Número de hijos: ___

Ciudad: _____ Barrio: _____ Estrato socioeconómico: ___1 ___2 ___3 ___4 ___5 ___6

Escala de Zung para depresión adaptada a población colombiana (Bohórquez, 2008)

Por favor, marque con una X en la casilla correspondiente, la respuesta que se ajuste mejor a la forma como usted se ha sentido en los últimos 30 días.

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento abatido, desanimado y triste	A	B	C	D
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	A	B	C	D
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar	A	B	C	D
4. Tengo problemas con el sueño durante la noche	A	B	C	D
5. Como igual que antes	A	B	C	D
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos	A	B	C	D
7. Noto que estoy perdiendo peso	A	B	C	D
8. Tengo problemas de estreñimiento	A	B	C	D
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	A	B	C	D
10. Me canso sin motivo o razón aparente	A	B	C	D
11. Mi mente esta tan despejada como siempre	A	B	C	D
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	A	B	C	D
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto	A	B	C	D
14. Tengo esperanzas en el futuro	A	B	C	D
15. Soy más irritable que de costumbre	A	B	C	D
16. Tomo las decisiones fácilmente	A	B	C	D
17. Siento que soy útil y necesario	A	B	C	D
18. Siento que mi vida es agradable	A	B	C	D
19. Siento que los demás estarían mejor sin mi o si estuviese muerto	A	B	C	D
20. Sigo disfrutando con lo que hago	A	B	C	D

Apéndice C.

Consentimiento informado para participantes

Por medio de este escrito, está siendo invitado a participar en la evaluación de una intervención grupal basada en solución de problemas para prevenir depresión. Este proyecto de investigación es realizado por la psicóloga Emy Ardila Charry con fines académicos para optar a su título de Maestría de Profundización en Psicología Clínica en la Universidad Nacional de Colombia.

El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de una intervención grupal basada en solución de problemas para prevenir depresión en adultos. Consta en aplicar a un grupo de personas con síntomas de depresión una terapia grupal de 5 sesiones y medir su efectividad. Para ello los participantes asistirán a una entrevista inicial previa, de 20 minutos, en la que se les presentará el programa y se evaluará si presentan síntomas depresivos. Luego, tendrán 5 sesiones de intervención grupal, de 90 minutos cada una, que se llevarán a cabo dos veces por semana (lunes y jueves) durante 2 semanas y media, en las que se aplicara el programa para prevenir depresión; y finalmente, asistirán a una sesión de cierre, de 60 minutos, un mes después de finalizada la intervención para realizar un seguimiento.

La caja de compensación COMFACUNDI ha autorizado el desarrollo de estas sesiones como parte de sus actividades de mitigación de riesgo psicosocial para sus trabajadores, por lo que las sesiones se llevaran a cabo dentro de su horario laboral sin afectar el desarrollo de sus funciones.

En caso de que acceda a participar, en la entrevista inicial y en la sesión de cierre, recibirá un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Zung para depresión adaptada a población colombiana (Bohórquez, 2008) que consiste en 20 preguntas que identifican la presencia y severidad de síntomas depresivos.

Todos los datos obtenidos de los cuestionarios y del proceso de intervención serán manejados de manera totalmente anónima, guardando su confidencialidad y siguiendo los lineamientos de la Ley 1090 del 2006 y **serán conocidos únicamente por la psicóloga** que lleva a cabo esta investigación. De acuerdo a la resolución 008430 de 1993, teniendo en cuenta el grado de sensibilidad de los resultados, las variables y la metodología de la investigación, el estudio se clasifica como de Riesgo Mínimo, de igual manera, si en cualquier momento tiene alguna pregunta respecto al estudio o necesita una aclaración no dude en preguntarle a la investigadora al correo electrónico eardilac@unal.edu.co o a través del número celular 3046734216.

Su participación es voluntaria, por lo que tiene la libertad de decidir si desea participar y puede retirarse de la investigación en el momento en que lo desee.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____, he leído y entendido la información prevista en este documento, reconozco y comprendo las implicaciones de esta investigación y doy libre y voluntariamente mi consentimiento para participar en ésta investigación y para manejar de manera confidencial mis datos.

FIRMA _____ CC _____ FECHA _____

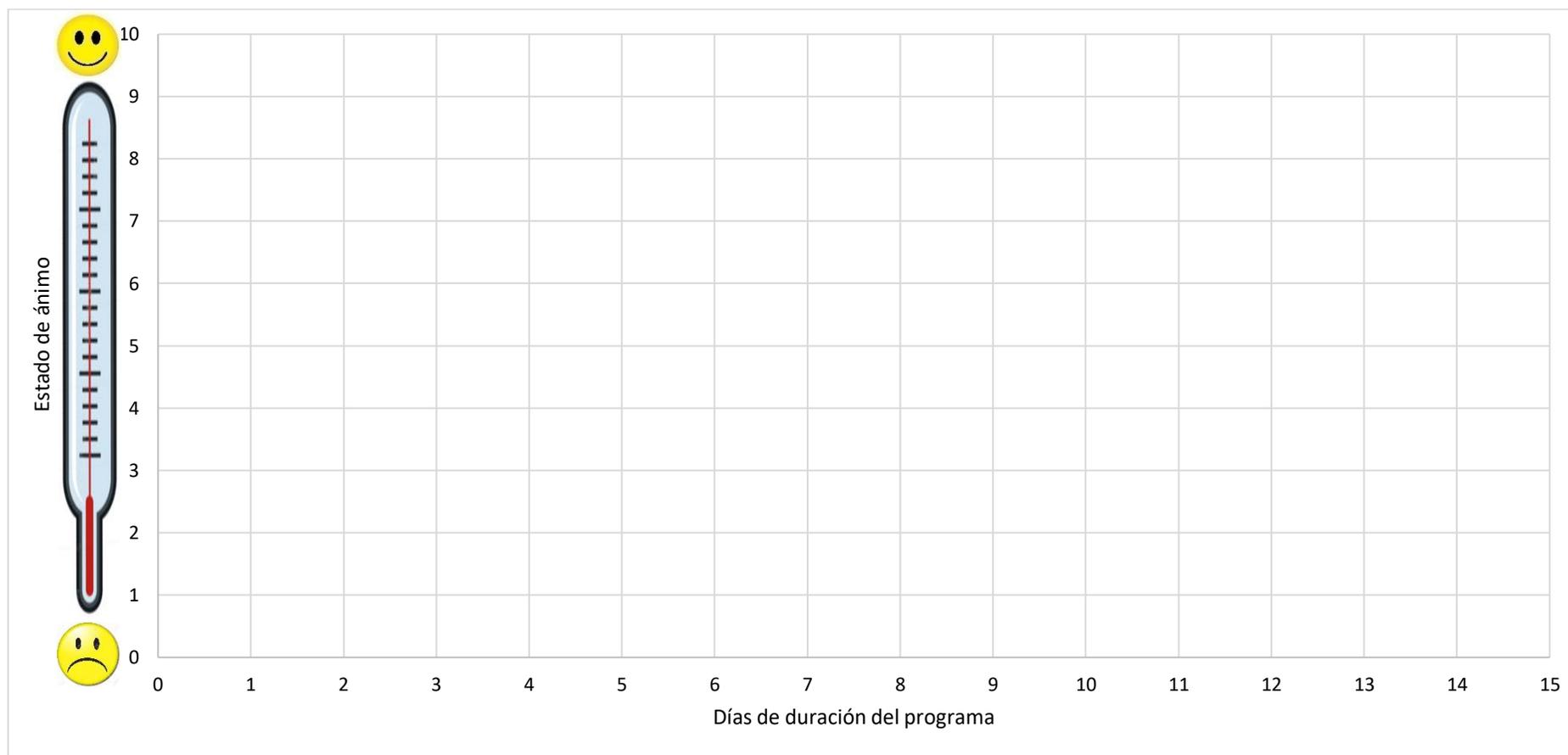
¡Muchas gracias por su participación!

Nota. Si desea conocer los resultados de la investigación por favor indique su correo electrónico _____.

Apéndice D.

Gráfica del estado de ánimo

Al final de cada día, en el siguiente grafico dibuje sobre la línea correspondiente a su estado de ánimo (termómetro a la izquierda) y al día del tratamiento en que se encuentra (número de día en la parte de abajo), una carita que refleje su cómo se siente en ese día. Realice lo mismo cada día del tratamiento. Tenga en cuenta que 10 indica alegría, felicidad, etc., mientras que 0 indica tristeza, nostalgia, etc.



Apéndice F.

Lista de pensamientos sobre la capacidad de solucionar problemas

A continuación, plantee los pensamientos que vienen a su mente al pensar sobre su capacidad de solucionar problemas.

A continuación, plantee pensamientos alternativos que pueden resultar más efectivos para su creencia en su capacidad de solucionar problemas.

Yo puedo resolver los problemas que se me presenten
Si lo intento, sé que puedo conseguirlo
He sido capaz de resolver otros problemas similares o más difíciles antes
Todo el mundo tiene problemas y aunque algunos son más difíciles de resolver,
con tiempo y esfuerzo se pueden encontrar alternativas
Yo no puedo cambiar lo que está sucediendo, pero si puedo decidir cómo
afrontarlo