



Facultade de Psicoloxía

Traballo de
fin de Máster

Resultados de una intervención
para la prevención de la
depresión en cuidadores a
través de multiconferencia
telefónica

Autor/a do TFM

Lara López Ares

Máster en Psicoloxía Xeral Sanitaria

Ano 2016

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad a través del Proyecto PSI2012-37396. Agradecemos también la colaboración de la Secretaría Xeral de Política Social, Unidade Técnica de Coordinación de Dependencia, Consellería de Traballo e Benestar (Xunta de Galicia) a través del Convenio con dicha institución.

Resumen. El objetivo principal de este trabajo fue aplicar y evaluar los resultados de un programa breve (5 sesiones), grupal, en formato telefónico, dirigido a cuidadores informales con síntomas depresivos elevados. Previamente se realizó una revisión sistemática y un meta-análisis sobre la eficacia de intervenciones psicológicas administradas por teléfono para los trastornos depresivos. En el meta-análisis se halló un tamaño del efecto pequeño ($d = -.39$, IC 95% [-0.45,-0.32], $p < .001$). En relación al programa, se halló una reducción significativa de sintomatología depresiva ($p < 0.001$) y del riesgo de desarrollar depresión ($p < 0.001$) tras la intervención y en los seguimientos a 1 y 3 meses. La incidencia total de nuevos casos de depresión fue de 6.5%. La adherencia y satisfacción fueron muy elevadas. Los resultados alientan a la realización de una evaluación adicional del programa utilizando un ensayo clínico controlado aleatorizado.

Palabras clave: prevención, depresión, cuidador, teléfono, psicoterapia

Resumo. O obxectivo principal deste traballo foi aplicar e avaliar os resultado dun programa breve (5 sesións), grupal, en formato telefónico, dirixido a coidadores informais con síntomas depresivos elevados. Previamente realizouse unha revisión sistemática e unha meta-análise sobre a eficacia de intervencións psicolóxicas administradas por teléfono para os trastornos depresivos. Na meta-análise achouse un tamaño do efecto pequeno ($d = -.39$, IC 95% [-0.45,-0.32], $p < .001$). En relación ao programa, achouse unha redución significativa da sintomatoloxía depresiva ($p < 0.001$) e do risco de desenrolar depresión ($p < 0.001$) tras a intervención e nos seguimentos a 1 e 3 meses. A incidencia total de novos casos de depresión foi de 6.5%. A adherencia e a satisfacción foron moi elevadas. Os resultados alentán á realización dunha avaliación adicional do programa utilizando un ensaio clínico controlado aleatorizado.

Palabras chave: prevención, depresión, cuidador, teléfono, psicoterapia

Abstract. The main objective of this work was to implement and evaluate the results of a brief program (5 sessions), in group, by telephone format, aimed at informal caregivers with elevated depressive symptoms. Previously it was conducted a systematic review and meta-analysis on the effectiveness of psychological interventions delivered by telephone for depressive disorders. In the meta-analysis, it was found a small effect size ($d = -.39$, 95% CI [-0.45, -0.32], $p < .001$). In relation to the program, it was found a significant reduction in depressive symptoms ($p < 0.001$) and the risk of developing depression ($p < 0.001$) after intervention and follow-ups at 1 and 3 months. The total incidence of new cases of depression was 6.5%. The adherence and satisfaction were very high. The results encourage the performance of further evaluation of the program using a randomized controlled clinical trial.

Keywords: prevention, depression, caregiver, telephone, psychotherapy

ÍNDICE

I.	APROXIMACIÓN TEÓRICA.....	7
	1.Planteamiento del trabajo.....	8
	2. Introducción: revisión sistemática y meta-análisis.....	11
	2.1. Método.....	11
	2.2. Análisis descriptivo de los estudios.....	13
	2.3. Análisis metodológico de los estudios.....	15
	2.4. Resultados de la revisión sistemática: sintomatología depresiva.....	26
	2.5. Resultados del meta-análisis: sintomatología depresiva.....	27
	3. Conclusiones.....	31
II.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	33
	1. Objetivos.....	34
	2. Hipótesis.....	34
III.	MÉTODO.....	36
	1. Muestra.....	37
	2. Instrumentos.....	39
	3. Intervención.....	42
	4. Procedimiento.....	46
	5. Estrategia de análisis de datos.....	49
IV.	RESULTADOS.....	51
	1. Análisis de las características de la muestra.....	52
	2. Efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva.....	54
	3. Efectos de la intervención sobre el riesgo de desarrollar depresión.....	56
	4. Evolución de la incidencia de la depresión.....	57
	5. Efectos de la intervención sobre los factores del modelo.....	57
	5.1. Pensamientos automáticos negativos.....	57
	5.2. Reforzamiento ambiental positivo.....	58
	6. Asociación de las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva.....	59
	7. Variables predictoras de los resultados en la sintomatología	

depresiva.....	59
8. Aceptabilidad de la intervención.....	61
8.1. Rechazos y abandonos.....	61
8.2. Adherencia a la intervención.....	61
8.3. Satisfacción con la intervención.....	62
V. DISCUSIÓN.....	64
VI. CONCLUSIONES.....	70
VII. REFERENCIAS.....	73
VIII. ANEXOS.....	84
Anexo 1. Cuestionario de las características del cuidador.....	85
Anexo 2. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos.....	86
Anexo 3. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, versión clínica.....	87
Anexo 4. Cuestionario de pensamientos automáticos negativos.....	88
Anexo 5. Cuestionario de Reforzamiento ambiental.....	89

INDICE DE FIGURAS

I. APROXIMACIÓN TEÓRICA.....	7
Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fuentes de la revisión.....	12
Figura 2. Diferencia de medias e intervalos de confianza (IC).....	30
III. MÉTODO.....	36
Figura 1. Diagrama de flujo de las fases del estudio.....	38
Figura 2. Modelo integrado multifactorial de la depresión.....	42
IV. RESULTADOS.....	51
Figura 1. Evolución de la sintomatología depresiva.....	54
Figura 2. Proporción total de la incidencia de la depresión ($n = 61$).....	57
Figura 3. Cambio en los pensamientos negativos entre pre- y la posintervención.....	58

Figura 4. Cambio en el grado de reforzamiento ambiental positivo entre la pre- y la posintervención.....	58
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

I. APROXIMACIÓN TEÓRICA.....	7
Tabla 1. Resumen de estudios revisados.....	18
Tabla 2. Tamaños del efecto de los estudios incluidos en el meta-análisis.....	28
III. MÉTODO.....	36
Tabla 1. Instrumentos de evaluación aplicados en el estudio.....	41
Tabla 2. Contenidos de la intervención cognitivo-conductual.....	45
IV. RESULTADOS.....	51
Tabla 1. Características sociodemográficas y de cuidado de los participantes.....	52
Tabla 2. Comparaciones por pares entre los diferentes niveles del factor tiempo para sintomatología depresiva.....	55
Tabla 3. Porcentaje de participantes en riesgo de depresión.....	56
Tabla 4. Correlaciones entre las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva posintervención.....	59
Tabla 5. Variables predictoras de la sintomatología depresiva posintervención ($n = 61$).....	60
Tabla 6. Rechazos y abandonos.....	61
Tabla 7. Adherencia a la intervención.....	62
Tabla 8. Nivel de satisfacción de los cuidadores con la intervención.....	63

I. APROXIMACIÓN TEÓRICA

1. Planteamiento del trabajo

La depresión representa uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia, afectando a 340 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2004a). Es el trastorno de mayor carga de enfermedad en Europa (Wittchen et al., 2011). Además del sufrimiento personal y familiar que provoca este problema psicológico, la depresión conlleva unos costes económicos directos e indirectos que ascenderían a 5.005 millones de euros al año solamente en España (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009). Es más, la depresión tiende a ser crónica: tras el primer episodio, el riesgo de sufrir un segundo episodio se incrementa en un 50%, y asciende en un 70% después del segundo a tener un tercero (Halfin, 2007). Pese a que existen tratamientos farmacológicos y psicológicos que se han mostrado eficaces, la depresión continúa siendo infradiagnosticada e infratratada, en parte debido a la escasez de recursos asistenciales. Por estas razones, en las dos últimas décadas se han ido desarrollando intervenciones preventivas que están dirigidas a reducir la aparición de nuevos casos de depresión (i.e., incidencia).

Los meta-análisis realizados hasta el momento sobre la prevención de la depresión encuentran que las intervenciones preventivas reducen la incidencia de depresión en torno a un 22% (ej., Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos y Beekman, 2008; van Zoonen et al., 2014), apoyando la viabilidad y eficacia de la mismas. Es más, esta reducción llega al 38% en las intervenciones basadas en el modelo integrador multifactorial de la depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) (Cuijpers, Muñoz, Clarke y Lewinsohn, 2009).

Entre las intervenciones de prevención que han suscitado un mayor interés en los últimos años se encuentran las de prevención indicada, las cuales actúan sobre la sintomatología depresiva elevada sin que conforme un trastorno de depresión mayor (Barrera, Torres y Muñoz, 2007), con el objetivo de reducirla para que no progrese a un cuadro clínico. La mera presencia de sintomatología depresiva subclínica ya tiene un impacto negativo en el funcionamiento de la persona que lo padece y es un importante factor de riesgo para el desarrollo de una depresión (Barrera, Torres y Muñoz, 2007; Lewinsohn, Seeley, Solomon y Zeiss, 2000; Vázquez et al., 2014).

Resulta de especial interés aplicar intervenciones de prevención indicada en poblaciones donde se entrelazan diversos factores de riesgo y en las que la incidencia de depresión es mayor que en la población general, como es el caso de los cuidadores

informales. Estas personas prestan asistencia no remunerada y continuada en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de una persona con discapacidad o enfermedad crónica (Roth, Fredman y Haley, 2015). La responsabilidad de proporcionar día a día, y durante periodos de tiempo prolongados, ayuda a un familiar que está en una situación de fragilidad tiene un importante impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores. Las consecuencias negativas derivadas del cuidado prolongado son importantes y afectan a múltiples esferas de la vida: ocio y tiempo libre, atención de otros miembros de la familia, ocupación laboral, salud física, etc. (IMSERSO, 2005). Por ello, la investigación muestra que el cuidado informal está especialmente asociado a la depresión (Ho, Chan, Woo, Chong y Sham, 2009; Schulz y Sherwood, 2008; Tuithof, ten Have, van Dorsselaer y de Graaf, 2015). De hecho, se ha encontrado que entre el 18% y el 48.3% de los cuidadores tiene sintomatología depresiva elevada (Rivera et al., 2007; Rozario y Menon, 2010) y un 8.9% cumple los criterios para un trastorno de depresión mayor (Torres et al., 2015). Además, la mayoría de los cuidadores informales son mujeres, lo que aumenta el riesgo de depresión ya que la prevalencia del trastorno en mujeres es el doble que en hombres (OMS, 2004b). Sin embargo, solo se han realizado dos estudios de prevención indicada de la depresión dirigidos a cuidadores informales (Otero et al., 2015; Vázquez et al., 2016).

Por otro lado, las dificultades relacionadas con el cuidado como la falta de tiempo, la sobrecarga de tareas, el no disponer de una persona que se quede al cuidado del ser querido, falta de medios de transporte, etc., obstaculizan la asistencia de los cuidadores a los programas presenciales, traduciéndose en un elevado número de rechazos y abandonos (López y Crespo, 2007). El uso de las nuevas tecnologías supera estas barreras y posibilita que la ayuda psicológica sea más accesible para esta población. La *telepsicología* se define como la provisión de servicios psicológicos utilizando las tecnologías de la telecomunicación (American Psychological Association, 2013). Dentro de las tecnologías de la comunicación, se han producido avances recientes en tecnología de vídeo y ordenador, pero el teléfono continua siendo el método preferido para proporcionar terapia. Además, dadas las características de los cuidadores, es más probable que dispongan de teléfono, ya que no requiere un equipamiento costoso y es más frecuente que se disponga de estos dispositivos en los ámbitos rurales (Brenes, Ingram y Danhauer, 2011). En los últimos años, se ha ido acumulando un progresivo mayor número de estudios científicos que han utilizado el teléfono en el campo de la salud mental del tratamiento de los trastornos depresivos (ej., Lynch et al., 1997; O'Neil et al., 2014; Piette et al., 2011).

El objetivo del presente estudio fue aplicar y evaluar una intervención de prevención indicada de la depresión administrada a través del teléfono para una población con múltiples factores de riesgo de desarrollar una depresión mayor (cuidadores informales que presentan una elevada sintomatología depresiva). Se hipotetizó que los participantes mostrarían cambios significativos en los síntomas depresivos y la aparición de nuevos casos de depresión.

Este trabajo se presenta estructurado en siete apartados: introducción, objetivos e hipótesis, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias. En la *introducción* se exponen los resultados de una revisión sistemática y meta-análisis sobre los estudios sobre intervenciones psicológicas aplicadas telefónicamente dirigidas a los trastornos depresivos.

En el apartado de *objetivos e hipótesis* se señala cuál es el objetivo general y los objetivos específicos del estudio, y se plantean las hipótesis que se formularon en base a los mismos.

En el *método* se abordan cuestiones relativas al diseño del estudio, las características de la muestra, la definición de variables, la descripción de los instrumentos utilizados en el estudio, se describe la intervención, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos.

En el apartado de *resultados* se procede al análisis de las características de la muestra, de la evolución de la sintomatología depresiva y del riesgo de depresión, del efecto de la intervención sobre la aparición de nuevos casos de episodios depresivos. Se analizan los cambios producidos tras la intervención en el grado de reforzamiento ambiental y en los pensamientos negativos de los participantes, y su relación con la sintomatología depresiva, y se realiza una aproximación a los predictores de los resultados. Además se efectúa un análisis de la aceptabilidad de la intervención.

En la sección de *discusión* se interpretan los resultados hallados, comparándolos con los resultados de otros trabajos relacionados con la temática de la presente investigación, se abordan las limitaciones de este estudio, sus implicaciones prácticas y se proponen futuras vías de investigación.

Posteriormente, en el siguiente apartado, se expondrán las principales *conclusiones* del estudio.

En la última sección, *referencias*, se incluyen las revistas, libros y demás documentos que se han incluido en el texto de este trabajo.

2. Introducción: revisión sistemática y meta-análisis

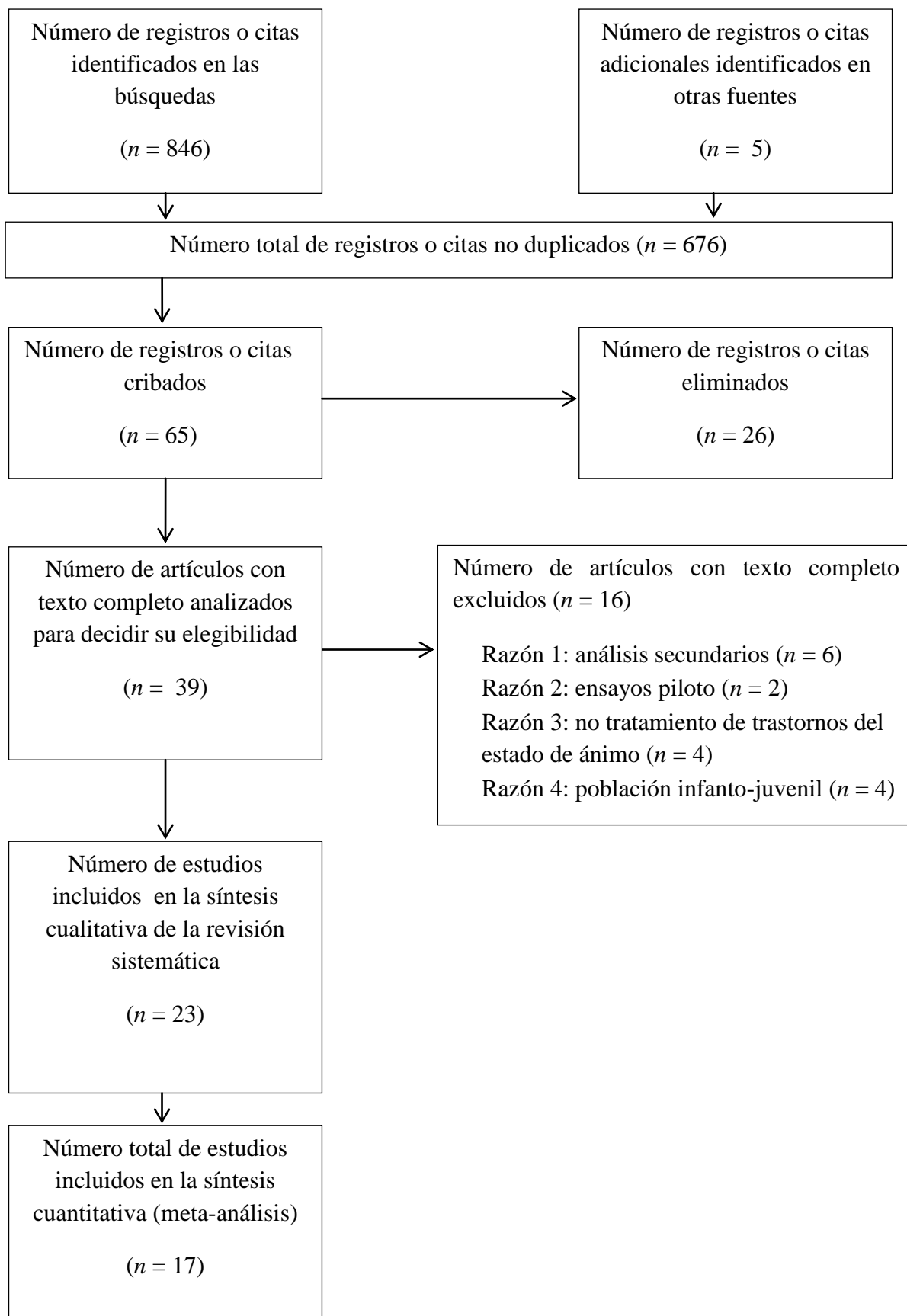
2.1. Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura a través de las bases de datos Medline, PsycINFO y Cochrane sobre estudios publicados en inglés o español, entre enero de 1974 y diciembre de 2015, en los que se evaluaron intervenciones telefónicas dirigidas a personas con trastornos del estado de ánimo. Los términos de búsqueda fueron: [*Telehealth* OR *Telemedicine* OR *Telepsychiatry* OR *Telephone-based intervention* OR *Telephone counseling* OR *Telephone-administered psychotherapy* OR *Telephone treatment* OR *Telephone intervention* OR *Telepsychology*] combinados con [*Mood disorders* OR *Depression* OR *Depressive disorder*]. Además, se consultaron los artículos de revisión y meta-análisis publicados, y se revisó su bibliografía y la de los artículos originales para localizar nuevas investigaciones.

Se seleccionaron aquellos artículos que informasen de (a) ensayos controlados y aleatorizados, (b) que emplearan intervenciones a través el teléfono en el campo de la salud mental para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos del estado de ánimo, (c) que utilizaron medidas estandarizadas para evaluar los resultados, (d) que tuviesen al menos dos momentos de medida (pre y postratamiento), y (e) que proporcionaron análisis de resultados. Se excluyeron: (a) aquellos estudios que describían intervenciones sin proporcionar análisis de resultados, (b) ensayos piloto, y (c) que se centraban en población infanto-juvenil (0-17 años)

Se encontraron un total de 676 artículos no duplicados provenientes de las distintas bases de datos y de otras fuentes (ver Figura 1). Se seleccionaron inicialmente 65 por su título y su resumen. De estos, se seleccionaron 39 para leer el texto completo, de los cuales 6 eran análisis secundarios o resultados a largo plazo de ensayos clínicos previos (incluidos en la descripción del estudio primario) y 12 fueron excluidos por no cumplir diferentes criterios de elegibilidad. La revisión se realizó sobre 23 estudios y se analizaron las principales características sugeridas por la Cochrane (Higgins y Green, 2008).

Figura 1. Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fuentes de la revisión



2.2. Análisis descriptivo de los estudios

Los objetivos en la mayoría de los estudios (78.3%) estuvieron centrados en la variable depresión como medida de resultado. Del 21.7% restante, un estudio consideró la sintomatología depresiva como una variable más dentro de los indicadores de bienestar psicológico o calidad de vida (Rollman et al, 2009). En otros tres estudios, la sintomatología depresiva fue considerada una variable secundaria (Mohr et al., 2012; Pickett et al., 2014; Piette et al., 2011;). En el estudio de Badger et al. (2007) la depresión era uno de los principales objetivos junto con la ansiedad. En solo 4 estudios se evaluó la depresión clínica como variable de resultado principal (Bombardier et al., 2013; Dennis et al., 2009; Fann et al., 2015; Mohr et al., 2005).

Con respecto a los participantes, el porcentaje de mujeres de los estudios osciló entre el 10% del estudio de Rollman et al. (2009) al 100% en 3 estudios (Badger et al., 2007; Dennis et al., 2009; Ngai et al., 2015). En el 52.2% de los estudios, el porcentaje de mujeres superó el 70% (ej., Simon et al., 2004).

En cuanto a los criterios para la inclusión de los participantes, la mayoría de los trabajos (91.3%) tuvieron en cuenta variables relacionadas con la depresión. Más específicamente, 13 trabajos determinaron niveles mínimos de sintomatología depresiva (Bilich et al., 2008; Dennis et al., 2009; Gellis et al., 2014; Heckman et al., 2013; Lynch et al., 1997, 2004; Mohr et al., 2005; Ngai et al., 2014; O'Neil et al., 2014; Pickett et al., 2014; Piette et al., 2011; Rollman et al., 2013; Stein et al., 2007), 5 requerían la presencia de depresión y un nivel mínimo de sintomatología (Bombardier et al., 2013; Dietrich et al., 2004; Fann et al., 2015; Mohr et al., 2000, 2012), y 3 tuvieron como condición de inclusión la existencia de depresión (Corruble et al., 2015; Hunckeler et al., 2000; Simon et al., 2004).

El 26.1% de los estudios indicaron el modelo teórico en el que se fundamentaban las intervenciones. El modelo de solución de problemas de Nezu, Nezu y Perri (1989) fue la base conceptual de 2 estudios (Lynch et al., 1997, 2004). Dos estudios de Mohr et al. (2005, 2012) se fundamentaron en el modelo cognitivo de Beck para la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Corruble et al. (2015) fundamentaron una de las intervenciones en el modelo de los ritmos sociales propuesto por Ehlers, Frank y Kupfer (1988). Heckman et al. (2013) aplicaron una intervención basada en el modelo transaccional de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984). En el resto de los trabajos, o bien no se hace

referencia de una manera específica a ningún modelo, o bien pueden vislumbrarse componentes de alguno de ellos (ej., Gellis et al., 2014).

Las intervenciones experimentales telefónicas ¹ fueron en su mayoría (53.4%) programas multicomponente de orientación cognitivo-conductual en los que se realizó entrenamiento en técnicas de control de la activación, incremento de actividades agradables o reestructuración cognitiva y/o solución de problemas, pero sin uniformidad entre las intervenciones (ej., Bombardier et al., 2009; Gellis et al., 2014; Lynch et al., 1997). El 20.0% de las intervenciones telefónicas se centraron en proporcionar psicoeducación, brindar apoyo emocional y monitorizar síntomas y proporcionar diferentes alternativas de atención, pero también sin uniformidad entre las intervenciones. Dos intervenciones (6.7%) trabajaron el apoyo de pares (Dennis et al., 2009; Hunckeler et al., 2000), y otras dos (6.7%) la activación física (Badger et al., 2007; Bombardier et al., 2013). Las cuatro intervenciones restantes se centraron en terapia de apoyo expresiva (Heckman et al., 2013), terapia interpersonal (Badger et al., 2007), terapia de manejo del estrés (Lynch et al., 2004) y terapia rítmica social (Corruble et al., 2015).

Solamente en un estudio (Heckman et al., 2013) se indicó que las intervenciones experimentales se llevaron a cabo en formato grupal. El resto de los estudios (95.7%) las intervenciones siguieron un formato individual. Dos estudios aplicaron sus intervenciones a díadas de participantes, es decir, pacientes y compañeros o cuidadores (Badger et al., 2007; Stein et al., 2007).

El número de sesiones osciló de 3 contactos telefónicas en el grupo de atención telefónica de Simon et al. (2004) a 21 sesiones en el estudio de Piette et al. (2011). En dos trabajos no se estableció un número fijo de sesiones (Dietrich et al., 2014; Rollman et al., 2009). Bombardier et al. (2013) aplicaron un programa de 9 sesiones, siendo la primera y última en formato presencial. En líneas generales, la mayoría de los estudios (47.6%) diseñaron sus intervenciones en torno a 8-12 sesiones. La duración de las sesiones osciló entre 5 minutos (Bilich et al., 2008) y 90 minutos (Heckman et al., 2013).

El 34.8% de las intervenciones fueron aplicadas por psicólogos con diferentes niveles de formación académica y experiencia clínica (ej., Fann et al., 2015; Heckman et al., 2013). En el 26.1% de los estudios las intervenciones fueron aplicadas por personal de enfermería

¹ Calculadas en función del total de intervenciones experimentales telefónicas aplicadas en la totalidad de los estudios

(ej., Badger et al., 2007; Piette et al., 2011), en el 17.4% por equipos multidisciplinares (ej., Corruble et al., 2015; Stein et al., 2007), en el 4.3% por pares (Dennis et al., 2009) y en otro 4.3% por comadronas (Ngai et al., 2015). En el estudio de Hunckeler et al. (2000), una de las intervenciones fue aplicada por enfermeros/as y la otra por enfermeros y pares voluntarios. El 8.7% de los trabajos no especificaron la profesión de las personas que aplicaron la intervención (ej., Bombardier et al., 2009)

2.3. Análisis metodológico de los estudios

El número de participantes osciló desde los 29 (Lynch et al., 1997) hasta los 701 (Dennis et al., 2009). El 73.9% de los estudios reclutó a más de 100 participantes. Solamente el 47.8% de los trabajos indicaron la realización del cálculo del tamaño muestral previa a la realización del estudio.

Con respecto a la aleatorización, el 34.8% de los estudios utilizaron números aleatorios generados por ordenador (ej., Bombardier et al., 2009; Blumenthal et al., 2015; Heckman et al., 2013). La tabla de números aleatorios fue utilizado en el 17.4% de los estudios (ej., Bilich et al., 2008; Ngai et al., 2015) y en el 4.3% se utilizó una urna como método de extracción de números (Lynch et al., 1997). Los restantes estudios (43.5%) no indicaron el procedimiento de aleatorización empleado. De los estudios que indicaron si hubo ocultamiento de la asignación (56.5%), tres estudios no ocultaron al asignación a los participantes (Dennis et al., 2007; Heckman et al., 2013; O'Neil et al., 2014), nueve trabajos emplearon un diseño de simple ciego (Bombardier et al., 2009, 2013; Dietrich et al., 2004; Hunkeler et al., 2000; Mohr et al., 2005, 2012; Ngai et al., 2015; Rollman et al., 2009; Simon et al., 2004) y solamente uno de doble ciego (Pickett et al., 2014).

La mayor parte de los trabajos (82.6%) compararon las intervenciones con un grupo de atención habitual (ej., Dietrich et al., 2004; Ngai et al., 2015;). Dos trabajos (8.7%) utilizaron un grupo de lista de espera (Bilich et al., 2008; Bombardier et al., 2013). Un estudio (4.3%) utilizó un grupo de intervención psicológica a través del teléfono para controlar factores terapéuticos no específicos (Mohr et al., 2005) y otro trabajo (4.3%) un grupo de atención psicológica presencial (Mohr et al., 2012).

En relación a la sistematización de las intervenciones, se encontró que el 87% de los estudios elaboró un protocolo de intervención (ej., Fann et al., 2015; Piette et al., 2009; Simon et al., 2004). Solamente en un 30.4% de los estudios se manualizó el tratamiento (ej., Heckamn et al., 2013; Mohr et al., 2000, 2005, 2012; Ngai et al., 2015; Stein et al., 2007). En

el 86.9% de los estudios, se entrenó a los terapeutas para aplicar las intervenciones (ej., Badger et al., 2007; Bombardier et al., 2009, 2013; Gellis et al., 2014; Lynch et al., 1997; O'Neil et al., 2014); y en el 47.8% de los trabajos se evaluó la adherencia de los terapeutas a la intervención (ej., Fann et al., 2015; Gellis et al., 2014; Mohr et al., 2005).

Todas las investigaciones utilizaron instrumentos validados para la evaluación de la sintomatología depresiva. De hecho, el 52.2% de los trabajos aplicó más de un instrumento de evaluación (ej., Fann et al., 2015; Rollman et al., 2009; O'Neil et al., 2014). Como instrumentos principales, la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (Hamilton, 1960) fue utilizada en 9 estudios (Bombardier et al., 2013; Fann et al., 2015; Gellis et al., 2014; Hunkeler et al., 2000; Lynch et al., 1997, 2004; Mohr et al., 2005, 2012; Rollman et al., 2009). La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) fue utilizada en 2 estudios (Dennis et al., 2009; Ngai et al., 2015). Dos estudios (Piette et al., 2011; Stein et al., 2007) utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). El Listado de Síntomas de Hopkins para la Depresión (Derogatis, Rickels, Unhlehuth y Covi, 1974) fue aplicada en 2 estudios (Dietrich et al., 2004; Simon et al., 2004). La Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977) fue utilizada en un estudio (Badger et al., 2007). El Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 1996) se aplicó en un estudio (Bilich et al., 2008). El Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001) se utilizó en el estudio de Pickett et al. (2014); la Escala de Depresión Cardíaca (Hare y Davis, 1996) en el trabajo de O'Neil et al. (2014); la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1983) en el trabajo de Heckman et al. (2013); la subescala de depresión del Inventario Breve de Síntomas (Derogatis, 1994) en el estudio de Bombardier et al. (2009); el Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva-versión clínica (Rush et al., 2003) en el estudio de Corruble et al. (2015); la subescala de depresión del Perfil de los Estados de Ánimo (McNair, Lorr y Droppleman, 1981) en el trabajo de Mohr et al. (2000). Solo en 4 (17.4%) estudios se efectuó el diagnóstico de depresión (ej., Bombardier et al., 2013; Dennis et al., 2009; Fann et al., 2015; Mohr et al., 2005) con la ayuda de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999).

En el 56.5% de los estudios se realizó una evaluación ciega (ej., Mohr et al., 2012; Simon et al., 2004). El 52.2% de los estudios realizó evaluaciones de seguimiento que incluían la sintomatología depresiva entre sus medidas. Nueve estudios realizaron una

evaluación de seguimiento (Badger et al., 2007; Bilich et al., 2008; Bombardier et al., 2013; Dennis et al., 2009; Dietrich et al., 2004; Fann et al., 2015; Gellis et al., 2014; Ngai et al., 2015; Simon et al., 2004). Solamente dos estudios realizó dos seguimientos (Heckman et al., 2013; Mohr et al., 2012). El estudio de Mohr et al. (2005) fue el único que realizó cuatro evaluaciones de seguimiento desde el final del tratamiento hasta los 12 meses.

De los estudios que especificaron el porcentaje de rechazos ($n = 15$), en el 43.5% el porcentaje de rechazos fue del 16% o menos (ej., Blumenthal et al., 2015; Rollman et al., 2009; Simon et al., 2004). El porcentaje de abandonos fue igual o menor al 17% en la mayoría de los trabajos (60.9%) (ej., Badger et al., 2007; Hunkeler et al., 2000; O'Neil et al., 2014); el porcentaje más elevado se produjo en el estudio de Lynch et al. (1997), con un 44.8% de abandonos.

Tabla 1. Resumen de estudios revisados

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Lynch et al (1997)	N = 16 86.6% 51.7%/44.8%	1. Terapia cognitivo conductual (GE) 2. Grupo control atención habitual (AH) Solución de problemas	Individual 6 semanas 6 sesiones Pre, post	Escala de estimación de la depresión de Hamilton, Diagnostic Interview Schedule(DIS), Inventario de Depresión de Beck (BDI)	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la sintomatología depresiva del pre al postratamiento en GE. - No reducción del pre al postest en el AH. - Puntuaciones más bajas para la sintomatología depresiva y mejoras en otras medidas en el GE frente a AH en la postintervención.
Hunkeler et al.(2000)	N = 271 69% 18.4%/10%	1. Atención habitual (AH) 2. Atención habitual + atención telefónica (AT) 3. Atención habitual + atención telefónica + apoyo de pares (AT+AP) -	Individual 16 semanas 12-14 sesiones Pre, 6 semanas, post (6 meses)	Escala de Hamilton (HAM-D) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	<ul style="list-style-type: none"> - La atención telefónica (AT/AT+AP) se mostró superior en la reducción de síntomas depresivos, incremento del funcionamiento y mayor satisfacción - 50% (AT/AT+AP) reducción del 50% HAM-D a las 6 semanas y 57% a los 6 meses - Reducción del 50% en BDI significativa a los 6 meses (AT/AT+AP= 48%) - No hay diferencias significativas en la adherencia al tratamiento farmacológico - No hay efectos aditivos en la condición AT+AP
Mohr et al. (2000)	N = 32 28% 5.9%/28%	1. Manual de trabajo + terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 8 semanas 8 sesiones Pre, post	Subescala Depresión-Abatimiento de la Escala Profile of MoodStateScale (POMS-DD)	<ul style="list-style-type: none"> - 59% del GE no cumplió los criterios para trastorno depresivo mayor o Distimia - Reducción significativa de la sintomatología depresiva en el GE en comparación con AH

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Dietrich et al.(2004)	N = 405 79.9% -16.79%	1. Manejo de medicamentos, apoyo afectivo y activación conductual (GE) 2. Atención habitual (AH)	Individual 3-6 meses - Pre, post (3meses), seg 6 meses	Listado de síntomas de Hopkins para la depresión	- Los pacientes del grupo experimental obtuvieron mejores resultados para todas las medidas: puntuación de depresión, criterio de respuesta y criterio de remisión
Lynch et al. (2004)	N = 31 83% - / 42.6%	1. Solución de problemas (SP) 2. Grupo control de atención: manejo estrés (ME) 3. Atención habitual (AH) Solución de problemas	Individual 6 semanas 6 sesiones Pre, post	Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) Inventario de Depresión de Beck	- Para los 31 participantes que finalizaron el estudio, los ANOVAs de medidas repetidas indicaron mejora en la sintomatología depresiva en el tiempo. - Sin embargo, ni el efecto del grupo, ni el de la interacción de grupo x tiempo, fueron significativos.
Simon et al.(2004)	N = 532 75% 5%/11%	1. Atención habitual (AH) 2. Atención telefónica (AT) 3. Atención telefónica + terapia cognitivo-conductual telefónica (TCC-T)	Individual 9 semanas 8 (TCC-T) y 3 (AT) Pre, 6 semanas, post (3 meses), seg 6 meses	Escala de depresión listado de síntomas de Hopkins (SCL) Cuestionario de Salud (PHQ)	- Mejores en el grupo TCC-T, resultados intermedios en el grupo AT y peores en el grupo AH - Diferencia significativa entre psicoterapia telefónica (TCC-T) y grupo AH - Sujetos en TCC-T muestran mayor percepción de mejoría y mayor satisfacción con el tratamiento

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n°sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Mohr et al.(2005)	N = 122 77.2% 15.3% / 8.6%	1. Terapia cognitivo-conductual por teléfono (TCC-T) 2. Terapia focalizada en las emociones por teléfono (TFE-T) Terapia cognitivo-conductual (Beck, 1979)	Individual 16 semanas 16 sesiones Pre, post, seg 3, 6, 9 y 12 meses	Entrevista Clínica Estructurada DSM-IV administrada por teléfono Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	- Mejora significativa para todas las medidas de depresión (HAM-D; BDI-II), así como una reducción en el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (SCID) e incremento en el afecto positivo (PANAS-PA), para ambos tratamientos - Los resultados fueron significativamente mejores en el grupo TCC-T - En el seguimiento se mantienen los resultados positivos, pero sin efecto significativo del tipo de tratamiento para ninguna de las medidas
Badger et al. (2007)	N = 94-90 (compañero/a) 100% 26% compañeros 15.7% / 3%	1. Terapia Interpersonal por teléfono (TIP-T) 2. Activación Conductual por teléfono (AC-T) 3. Material impreso + llamadas breves -	Individual 6 semanas 6 sesiones Pre, post, seg 1 mes	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	- Mejoría en todas las medidas a lo largo del período de evaluación - Resultados significativamente mejores en el grupo TIP-T - Reducción significativa de la ansiedad en TIP-T y AC-T - Mantenimiento de los resultados positivos en el seguimiento a 1 mes
Stein et al. (2007)	N = 160 43.7% 40.4% / 9.6%	1. Psicoeducación por teléfono (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 12 semanas 12 sesiones Pre, post	Inventario de Depresión de Beck	- La intervención no mostró una eficacia significativamente mayor que la condición de no tratamiento para ninguna de las medidas de depresión

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, nº sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Bilich et al.(2008)	N = 68 18% -19%	1. Grupo control (GC) 2. Contacto mínimo (CM) 3. Grupo de asistencia telefónica (GAT) 4. Solo biblioterapia (SB) -	Individual 8 semanas 8 sesiones/llamadas Pre, post, seg 1 mes	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Subescala de Depresión de la Escala de Depresión	<ul style="list-style-type: none"> - La combinación de la biblioterapia con algún tipo de asistencia (tanto CM como GAT) produjo una reducción de los niveles de depresión - Tanto CM como GAT mantienen las mejoras postratamiento en el seguimiento a 1 mes - La mayoría de los participantes que muestran cambio clínicamente significativo pertenecían a los grupos MC o GAT.
Bombardier et al. (2009)	N = 168 25.5% 5%/26%	1. Elicitar preocupaciones, proporcionar información y resolución de problemas relacionados con daño cerebral (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 9 meses 7 sesiones Pre, post	Inventario de Síntomas Breve-Subescala de Depresión (BSI-D)	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes del grupo AH desarrollaron más severidad de la sintomatología depresiva desde la línea base al seguimiento a un año que el grupo de intervención. - El grupo tratado mostró una severidad significativamente menor en todos los resultados. - Para los más deprimidos en la línea base, el grupo tratado mostró una mayor mejoría en los síntomas que el control.
Dennis et al. (2009)	N = 613 100% 28%/12.6%	1. Atención habitual + apoyo de pares (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 12 semanas 4 llamadas Pre, post (12 semanas), 24 semanas	Escala de Edimburgo de Depresión Postnatal Entrevista clínica Estructurada (SCID) para la depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Hubo una tendencia positiva en favor del grupo de intervención para la ansiedad maternal pero no para la soledad o el uso de servicios de salud. - No hubo diferencias en depresión clínica en la entrevista a las 24 semanas.

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Rollman et al. (2009)	N = 252 61.3% con síntomas 41.7% sin síntomas 8.4%/16.6%	1. Autoayuda, farmacoterapia, vigilancia de síntomas, derivación a un profesional de salud mental 2. Atención habitual (AH) -	Individual 8 meses - Pre, 2 y 4 meses, post (8 meses)	Escala de estimación de la depresión de Hamilton (HDRS) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes del grupo de intervención informaron de mayores mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, funcionamiento físico y síntomas del estado de ánimo, y era más probable que presentasen una reducción del 50% o más en la puntuación de sintomatología depresiva con respecto a la línea base que los pacientes del grupo de atención habitual. - Era especialmente probable que los hombres con depresión se beneficiasen de la intervención. - Sin embargo, la calidad de vida media relacionada con la salud y el funcionamiento físico de los pacientes de la intervención no alcanzaron la del grupo de comparación no deprimido.
Piette et al.(2011)	N = 291 51.5% -/14.2%	1. Terapia cognitivo-conductual+ amplificación+ manual+ activación física (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 12 meses 21 sesiones Pre, post	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	<ul style="list-style-type: none"> - Al final del tratamiento mejores resultados en depresión en el GE, presentando mayor tasa de remisión y menor tasa de pacientes con depresión severa - Pacientes en GE informaron de un incremento en sus habilidades de afrontamiento y percepción de auto-eficacia - Mejoría significativa en el componente de salud mental del SF-12 en el GE
Mohr et al.(2012)	N = 325 77.5% 6.6%/26.8%	1. Terapia cognitivo-conductual en persona (TCC-P) 2. Terapia cognitivo-conductual por teléfono (TCC-T) Terapia cognitiva de Beck (1979)	Individual 18 semanas 18 sesiones Pre, 4, 9 y 14 semanas, post (18 semanas), seg 3 y 6 meses	Escala de Hamilton (HAM-D) Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9)	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoras significativas en ambos grupos, en términos de cambios desde línea base, no existiendo diferencias significativas postratamiento entre TCC-P TCC-T - En el seguimiento a 6 meses se mantuvieron los cambios significativos en ambos grupos, siendo inferiores los beneficios en TCC-T

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Bombardier et al. (2013)	N = 92 86% -/12%	1. Activación física (entrevista motivacional) (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 12 semanas 9 sesiones (primera y última presenciales, el resto telefónicas) Pre, post, seg 12semanas	Escala de Hamilton (HAM-D) Entrevista clínica estructurada SCID Listado de síntomas de Hopkins (SCL-20)	<ul style="list-style-type: none"> - No existe diferencia significativa entre GE y AH en cumplir el criterio reducción del 50% de la puntuación en el HAM-D - No existe diferencia significativa en el porcentaje de remisión (HAM-D < 8) - Análisis de regresión HAM-D/SCL-20 muestra GE significativamente menos severa - GE informa significativamente mayor afecto negativo y menor afecto negativo. - 59% del GE no cumplió los criterios para trastorno depresivo mayor o Distimia
Heckman et al. (2013)	N = 361 39% 1.9%/7.8%	1. Entrenamiento grupal en efectividad de afrontamiento + EDC (GE1) 2. Terapia de grupos de apoyo-expresiva (GE2) 3. Estándar de cuidado o atención habitual (GC) Modelo de estrés de Lazarus y Folkman (2)	Grupal 12 semanas 12 sesiones Pre, post, seg 4 y 8 meses	Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes de la terapia telefónica de grupos de apoyo expresivos (GE2) informaron de menos síntomas depresivos que los del GC en la postintervención y el seguimiento a los 4 y 8 meses; y menos síntomas depresivos que los entrenamientos grupal en efectividad de afrontamiento telefónico (GE1) en la postintervención y el seguimiento a los 8 meses. - Los participantes del entrenamiento grupal en efectividad de afrontamiento telefónico no informaron de diferencias estadísticamente significativas con los participantes del grupo control en la sintomatología depresiva en ningún momento de evaluación. - La terapia telefónica de grupos de apoyo-expresivos constituye un entrenamiento eficaz para reducir los síntomas depresivos en adultos mayores infectados por VIH.
Gellis et al. (2014)	N = 94 65.7% 8.4%/-	1. Telemonitorización + manejo enfermedad y síntomas depresivos + entrenamiento en solución de problemas (GE) 2. Atención habitual + psicoeducación (presencial) (GC)	Individual 3 meses 8 sesiones Pre, post, seg 6 meses	Escala de Hamilton (HAM-D) Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9)	<ul style="list-style-type: none"> - Al final del tratamiento y en el seguimiento a 3 meses, GE mostró sintomatología depresiva significativamente menor que el GC para todas las medidas. - El GE mostró mayores habilidades para resolver problemas que el GC (Problem-Solving Skill Inventory)

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Pickett et al. (2014)	N = 124 70.1% -/-	1. Solución de problemas+ activación conductual+ autocuidado+ lucha contra abandono prematuro medicación 2. Atención habitual -	Individual 12 semanas 16 sesiones Pre, 4 semanas, post (12 semanas)	Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9)	- No se encontraron diferencias significativas en sintomatología depresiva, proporciones de respuesta o de remisión entre ambos grupos
O'Neil et al. (2014)	N = 121 24.8% 32%/12%	1. Entrevista motivacional + establecimiento metas + activación conductual + reestructuración cognitiva 8manual) (GE) 2. Atención habitual (AH) -	Individual 6 meses 10 sesiones Pre, post	Escala de Depresión Cardíaca (CDS) Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9)	- GE mostró disminución significativa en sintomatología depresiva (PHQ-9) comparado con AH - No se encontraron diferencias significativas en la subescala de salud mental del SF-12
Corruble et al. (2015)	N = 442 70.1% -/-	1. Psicoeducación + terapia rítmica social + agomelatina (TRS-T) 2. Manejo clínico intensivo telefónico + agomelatina (MCI-T) 3. Atención habitual + agomelatina (AH) Terapia rítmica social (2)	Individual 8 semanas 8 sesiones Pre, 2 semanas, post	Inventario Rápido para sintomatología depresiva – versión clínica(QUIDS-C) Inventario rápido para sintomatología depresiva- autoinforme (QUIDS-SR)	- Hubo mejoras de la sintomatología depresiva en todas las medidas para los dos grupos experimentales telefónicos. No hubo interacciones significativas de “tiempo x tratamiento”. También hubo disminuciones significativas en la sintomatología depresiva en AH - No hubo diferencias significativas entre TRS-T y MCI-T en el porcentaje de remisiones y respuestas al tratamiento - El porcentaje de repuesta al tratamiento fue significativamente mayor en los grupos telefónicos que en AH (65.4% versus 54.8%).

Tabla 1. Resumen de los estudios revisados (continuación)

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, duración, n° sesiones, momentos medida	Instrumentos medida sintomatología depresiva	Resultados
Fann et al. (2015)	N = 82 37% -/12%	1. Terapia cognitivo-conductual por teléfono (TCC-T) 2. Terapia cognitivo-conductual presencial (TCC-P) 3. Atención habitual (AH)	Individual 6 semanas 12 sesiones Pre, 8 sem, post(16 semanas) y seg 24 semanas	Escala de Hamilton (HAM-D) Listado de síntomas de Hopkins para la Depresión (SCL-20) Entrevista clínica Estructurada (SCID) para la depresión	<ul style="list-style-type: none"> - No hubo diferencias significativas en sintomatología depresiva entre los grupos experimentales y el grupo de atención habitual (HAMD). - El grupo TCC-T obtuvo una significativa menor puntuación en el SCL-20 a las 16 semanas en comparación con AH. No hubo diferencias significativas entre el grupo de TCC-P y AH en ninguno momento de medida. - No hubo diferencias significativas entre la proporción de participantes que ya no cumplían los criterios para EDM (TCC-T: 70%; TCC-P: 80%; AH: 57%)
Ngai et al. (2015)	N = 397 100% 5.6%/3%	1. Terapia cognitivo conductual (TCC-T) 2. Atención habitual (AH)	Individual 5 semanas 5 sesiones Pre, post, seg 6 meses	Escala de Edimburgo de Depresión Postnatal (adaptación japonesa)	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto el subgrupo de depresión menor (9/10 a 11 en EPDS) como mayor (12/13 en EPDS) del GE obtuvo sintomatología depresiva significativamente menor que AH en la evaluación postratamiento. Los resultados se mantuvieron para el subgrupo de depresión menor en el seguimiento. La proporción de participantes en riesgo de depresión fue significativamente menor en TCC-T que en AH en ambos momento de medida

2.4. Resultados de la revisión sistemática: sintomatología depresiva

En el 78.3% de los trabajos, los programas de intervención evaluados redujeron la sintomatología depresiva de los participantes u obtuvieron diferencias significativas respecto a los grupos de comparación en el postratamiento (ej., Dennis et al., 2009; Dietrich et al., 2004; Mohr et al., 2000, 2005, 2012). Estos resultados se mantuvieron en nueve estudios que realizaron seguimientos (Bilich et al., 2008; Bombardier et al., 2013; Dietrich et al., 2004; Gellis et al., 2014; Heckman et al., 2013; Mohr et al., 2005, 2012; Ngai et al., 2015; Simon et al., 2004).

Del 56.5% ($n = 13$) de los trabajos que informó de tasas de respuestas y/o remisión, seis estudios no hallaron diferencias significativas entre los grupos de intervención telefónica y de control (Bombardier et al., 2013; Fann et al., 2015; Heckman et al., 2013; Lynch et al., 2004; Pickett et al., 2014; Stein et al., 2007). Otros seis sí encontraron tasas de respuesta y/o remisión significativamente mayores en alguno de las intervenciones telefónicas en contraste con los grupos de comparación (Corruble et al., 2015; Dietrich et al., 2004; Hunckeler et al., 2000; Piette et al., 2011; Rollman et al., 2009; Simon et al., 2004). Mohr et al. (2012) no hallaron diferencias significativas en estos indicadores al final del tratamiento cuando compararon dos grupos que recibieron la misma intervención terapéutica aplicada telefónicamente o en persona.

Siete estudios (30.4%) evaluaron el tamaño del efecto de sus intervenciones (Dietrich et al., 2004; Fann et al., 2015; Heckman et al., 2013; Ngai et al., 2015; O'Neil et al., 2014; Rollman et al., 2013; Stein et al., 2007). De acuerdo a la clasificación de Cohen (1988), cinco estudios hallaron tamaños del efecto pequeños y moderados, entre 0.23 (Dietrich et al., 2014) y 0.46 (Heckman et al., 2013). Ngai et al. (2015) encontraron un tamaño del efecto grande en el subgrupo de depresión mayor ($d = 0.95$). Solamente el estudio de Stein et al. (2007) encontró un tamaño del efecto pequeño y cuya dirección no era consistente con la hipótesis establecida a priori ($d = -0.17$)

Solamente dos estudios evaluaron el riesgo de desarrollar depresión mediante puntos de corte específicos en sus correspondientes escalas de evaluación (Dennis et al., 2009; Ngai et al., 2015). Ambos encontraron una disminución del riesgo en los grupos de intervención en la evaluación postratamiento.

Cuatro estudios evaluaron la presencia de depresión al final del tratamiento (Bombardier et al., 2013; Dennis et al., 2009; Fann et al., 2015; Mohr et al., 2005). Tres estudios aplicaron sus intervenciones en personas con depresión, de los cuales dos mostraron una reducción significativa de depresión en sus intervenciones en comparación con el grupo control (Bombardier et al., 2013; Mohr et al., 2005). El trabajo restante se centró en la prevención de la depresión, no encontrando una reducción en la aparición de nuevos casos de depresión (Fann et al., 2015).

Solamente el 39.1% de los estudios informaron sobre la adherencia a las intervenciones por parte de los participantes. Cuando se cuantificó como porcentaje de sujetos que asistieron a todas o a la mayoría de las sesiones, entre un 45.6% (Stein et al., 2007) y un 86.8% (O'Neil et al., 2014) cumplían este requisito. En los trabajos que reflejaron la adherencia en relación al número de sesiones realizadas, las cifras oscilaron entre el 57.5% (Heckman et al., 2013) y el 86.1% (Mohr et al., 2012). La satisfacción de los participantes con la intervención se evaluó en cinco trabajos (Dennis et al., 2009; Fann et al., 2015; Gellis et al., 2014; Hunckeler et al., 2000; Simon et al., 2004). De estos, tres trabajos informaron de mayores niveles de satisfacción en las intervenciones telefónicas que en los grupos de atención habitual (Fann et al., 2015; Hunckeler et al., 2000; Simon et al., 2004). Un estudio informó de niveles de satisfacción similares entre una intervención telefónica y presencial (Gellis et al., 2014). Y, Dennis et al. (2009) solo informaron del porcentaje de sujetos muy satisfechos con la atención telefónica, que fue muy elevada (86%).

2.5. Resultados del meta-análisis: sintomatología depresiva

Para este meta-análisis, se aplicó un modelo de efectos fijos empleando el método de inverso de la varianza (DEM) de Cohen. En la Tabla 2 se muestran los tamaños del efecto para cada uno de los tratamientos psicológicos frente a la condición control para cada uno de los estudios. Se indica el tamaño de los grupos, las medias y las desviaciones típicas de la sintomatología depresiva de cada grupo, la diferencia media estandarizada, el intervalo de confianza (95%), el nivel de significación y el peso en el resultado combinado. En la Figura 2 se indican la diferencia de medias e intervalos de confianza para los estudios incluidos en el meta-análisis y el global.

Tabla 2. *Tamaños del efecto de los estudios incluidos en el meta-análisis*

Estudio	Grupo experimental			Grupo de comparación			DEM	IC 95%	Z	Peso (%)
	N	M	DT	N	M	DT				
Mohr et al. (2000)	16	18.70	13.80	16	26.70	13.70	-0.58	-1.30 a 0.13	1.61	0.9
Dietrich et al. (2004)	224	1.16	0.80	181	1.29	0.76	-0.16	-0.36 a 0.03	1.66	12.1
Lynch et al.(2004) a ¹	9	9.00	5.40	13	9.70	7.80	-0.1	-0.95 a 0.75	0.23	0.6
Lynch et al. (2004)b ²	9	12.60	9.70	13	9.70	7.80	0.34	-0.52 a 1.19	0.77	0.6
Mohr et al. (2005)	60	11.98	5.86	62	14.81	6.66	-0.45	-0.81 a -0.09	2.46*	3.6
Badger et al.(2007)a ³	38	14.08	1.52	36	9.35	1.57	3.06	2.39 a 3.73	8.87***	1.0
Badger et al. (2007)b ⁴	23	11.32	2.10	36	9.35	1.57	1.10	0.53 a 1.66	3.84***	1.5
Stein et al. (2007) ⁵	79	17.20	10.80	81	17.10	10.70	0.01	-0.30 a 0.32	0.06	4.8
Bilich et al. (2008) a ⁶	16	12.35	8.63	25	18.21	7.39	-0.74	-1.39 a -0.10	2.24*	1.1
Bilich et al (2008) b ⁷	17	12.76	6.51	25	18.21	7.39	-0.77	-1.41 a -0.14	2.37*	1.1
Bombardier et al.(2009) ⁸	82	53.20	11.50	86	60.40	13.00	-0.59	-0.89 a -0.28	3.72***	4.9
Dennis et al. (2009)	297	7.93	4.68	316	8.89	5.24	-0.19	-0.35 a -0.03	2.38*	18.4
Rollman et al. (2009)	126	9.00	0.70	126	11.40	0.70	-3.43	-3.81 a -3.04	17.28***	3.1
Piette et al. (2011) ⁹	145	14.20	10.30	146	18.60	10.70	-0.42	-0.65 a -0.19	3.53***	8.6
Bombardier et al.(2013)	44	11.20	6.20	48	14.20	6.60	-0.47	-0.88 a -0.05	2.21*	2.7
Heckman et al. (2013)a ¹⁰	122	11.94	0.47	121	14.34	0.47	-5.11	-5.63 a -4.59	19.22***	1.7
Heckman et al. (2013)b ¹⁰	118	14.36	0.47	121	14.34	0.47	0.04	-0.21 a 0.30	0.33	7.2
Gellis et al. (2014)	48	9.80	5.60	46	18.60	5.70	-1.56	-2.02 a -1.10	6.60***	2.2
O'Neil et al. (2014)	61	6.10	5.50	60	8.10	5.80	-0.35	-0.71 a 0.01	1.93	3.6
Corruble et al. (2015)a ¹¹	110	9.50	5.40	221	9.70	5.53	-0.04	-0.27 a 0.19	0.31	8.9
Corruble et al.(2015)b ¹²	111	8.40	5.20	221	9.70	5.53	-0.24	-0.47 a -0.01	2.05*	8.9
Fann et al. (2015)	40	11.50	6.20	42	12.20	6.80	-0.11	-0.54 a 0.33	0.49	2.5

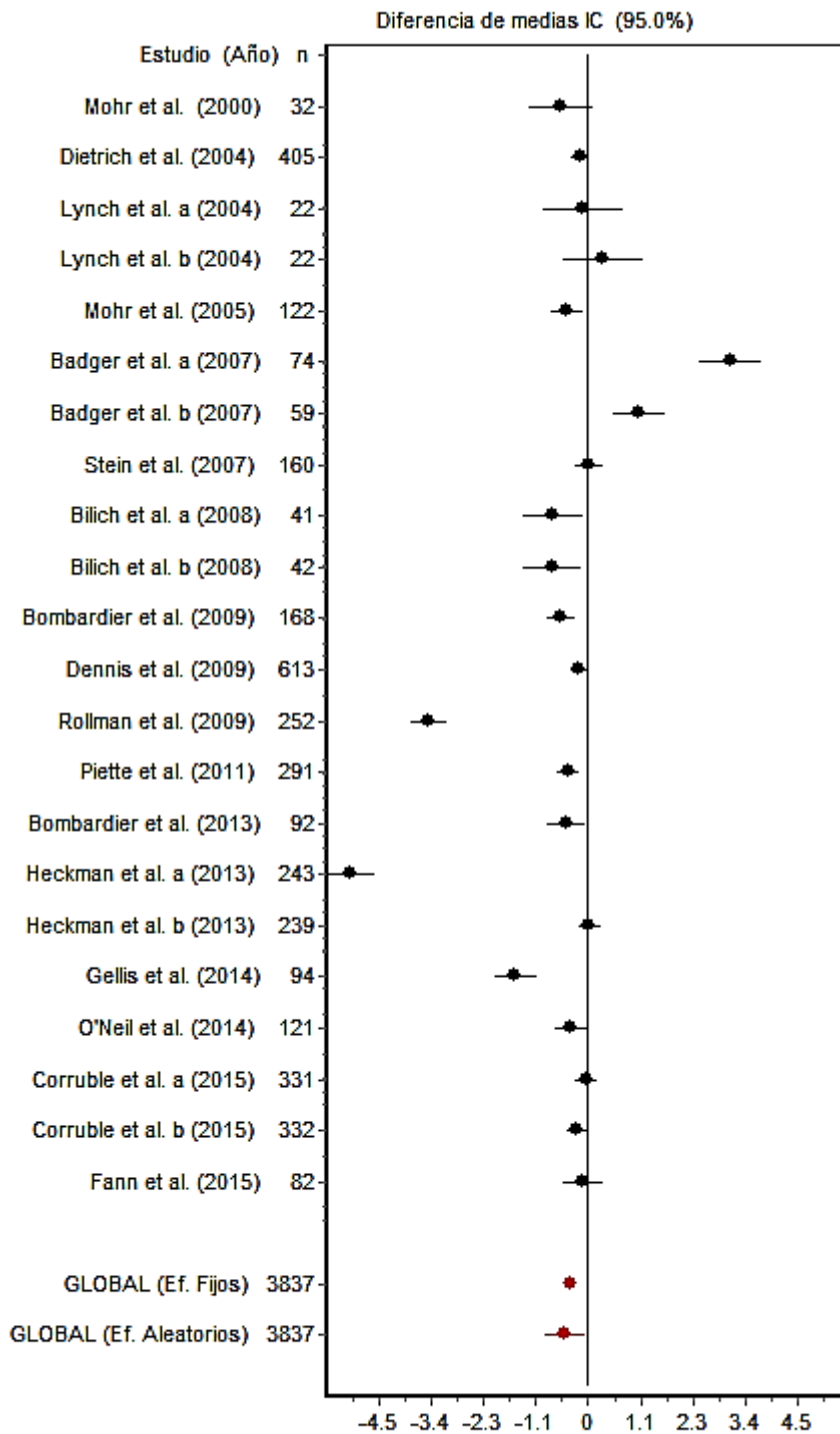
Nota. N = tamaño de la muestra; M = puntuación media de sintomatología depresiva; DT = desviación típica de la sintomatología depresiva; DEM = diferencia estandarizada de medias (método de Cohen); IC95%= Intervalo de Confianza al 95%; Z= estadístico Z; Peso (%) = peso relativo de cada estudio en el meta-análisis; * p < 0.05; *** p < 0.001; ¹Lynch et al. (2004) a: datos de un grupo telefónico de solución de problemas (grupo experimental) frente a atención habitual (grupo control); ²Lynch et al. (2004) b: datos de un grupo telefónico de manejo del estrés (grupo experimental) frente a atención habitual (grupo control); ³Badger et al. (2007) a: datos de un grupo de consejo interpersonal (TIC-P) por teléfono frente a un grupo control; ⁴Badger et al. (2007) b: datos de un grupo de ejercicio autodirigido frente a un grupo control. Los dos grupos presentaban diferencias en los niveles de sintomatología depresiva en línea base; ⁵Stein et al. (2007): datos para el seguimiento a los 6 meses; ⁶Bilich et al. (2008) a: datos para un grupo de autoayuda de contacto mínimo vs. grupo control; ⁷Bilich et al. (2008) b: datos para un grupo de autoayuda de asistencia telefónica vs grupo control; ⁸Bombardier et al. (2009): datos de seguimiento a 12 meses; ⁹Piette et al. (2011): datos de seguimiento a 12 meses; ¹⁰Heckman et al. (2013) a: datos de Tele-SEGTO (grupo de apoyo expresivo) vs. SOC (cuidado habitual); ¹⁰Heckman et al. (2013) b: datos de Tele-CET (entrenamiento en afrontamiento de efectividad) vs SOC (cuidado habitual); ¹¹Corruble et al. (2015) a: datos de TRS-T (terapia rítmica social) vs. atención habitual; ¹²Corruble et al. (2015) b: datos de MCI-T (manejo clínico intensivo) vs. atención habitual. El grupo de comparación (atención habitual) proviene de un estudio de caso-controles.

Solo se incluyeron los trabajos para los que se informó de datos completos sobre tamaño muestral, medias y desviaciones típicas de los grupos de intervención y control, excluyendo aquellos para los que no estaban disponibles. Los trabajos de Lynch et al. (1997), Hunkeler et al. (2000), Simon et al. (2004), Morh et al., (2012), Pickett et al. (2014) y Ngai et al. (2015) no presentaban los datos básicos para el cálculo de tamaño del efecto y fueron excluidos en el meta-análisis.

Para aquellos trabajos que incluyeron varios grupos experimentales, se desdoblaron los estudios, y se comparó cada grupo experimental por separado con el grupo control.

Se incluyeron un total de 3837 participantes en los 22 estudios representados en el meta-análisis. Se encontró que era más probable que los participantes que recibieron intervenciones telefónicas redujeran los síntomas de depresión que los participantes del grupo control, $d = -.39$, IC 95% [-0.45,-0.32], $p < .001$, aunque los efectos del tratamiento difirieron significativamente entre estudios ($Q = 754.90$, $p < .001$, $I^2 = 97\%$). La prueba de Begg descartó la existencia de sesgo de publicación ($p = .284$). Los tamaños del efecto oscilaron entre 3.06 en el estudio de Badger et al. (2007) y -5.11 en el trabajo de Heckman et al. (2013). En un análisis del peso relativo de los estudios, se encontró que el trabajo de Dennis et al (2009) tuvo la mayor influencia (18.4%), con un tamaño del efecto de -0.19 (IC 95% [-0.35 a -0.03]).

Figura 2. *Diferencia de medias e intervalos de confianza (IC)*



3. Conclusiones

La figura del cuidador informal es una parte fundamental del sistema de atención a las personas en situación de dependencia y supone grandes ventajas para las políticas sociales y sanitarias. Sin embargo, la labor de cuidado no está exenta de costes físicos y psicológicos. En este sentido, la sintomatología depresiva y la depresión han sido uno de los problemas más consistentemente observados entre los cuidadores (Torres et al., 2015). Además, las características del cuidado como la falta de tiempo, la sobrecarga de tareas, el no disponer de alguien que se quede al cuidado de la persona cuidada, etc., dificultan la asistencia de los cuidadores a las intervenciones presenciales. El teléfono es una alternativa que supera todas estas barreras y posibilita que la ayuda sea más accesible.

La revisión realizada en el presente trabajo permite concluir que las intervenciones telefónicas son eficaces en la reducción de la sintomatología depresiva. Sin embargo, los resultados alcanzados son moderadamente satisfactorios. Diversas limitaciones teóricas, metodológicas y de diseño han podido limitar el alcance de los resultados. En primer lugar, la mayor parte de los estudios no fundamentaron sus intervenciones en un modelo teórico y una minoría plasmó el tratamiento en un manual. Es importante basar las intervenciones en un modelo teórico, para poder avanzar en el contraste de diferentes aproximaciones teóricas e identificar los ingredientes activos del tratamiento (Vázquez, Otero, Blanco y Torres, 2015). Por otro lado, en la mayor parte de los estudios se aplicaron intervenciones en torno a 8-12 sesiones, un número elevado si consideramos la falta de tiempo que disponen los cuidadores. Con todo, los porcentajes de rechazos y abandonos son reducidos, mientras que los encontrados en terapias presenciales se sitúan en torno al 50% (Wierzbicki y Pekarik, 1993). Además, hubo muy pocos trabajos que evaluaron la presencia de depresión al final del tratamiento (ej., Bombardier et al., 2013; Dennis et al., 2009; Fann et al., 2015) y solo un estudio tuvo como objetivo la prevención de depresión (Fann et al., 2015). Las intervenciones telefónicas dirigidas a la prevención de la depresión son una iniciativa interesante, ya que evitarían los costes asociados a este trastorno al mismo tiempo que el formato de aplicación hace más accesible la ayuda psicológica.

Una limitación inherente a los estudios analizados es la falta de homogeneidad entre estudios ($Q = 754.90$, $p < .001$, $I^2 = 97\%$), indicando que existen moderadores de

los efectos de las intervenciones evaluadas. Es necesario detectar y evaluar el peso de estas variables en futuros trabajos.

En vista de los resultados hallados, es necesario seguir desarrollando intervenciones psicológicas telefónicas, que hagan más accesibles la ayuda psicológica a poblaciones con dificultades para acceder a la atención presencial. Además, las intervenciones deben basarse en modelos teóricos y disponer de un número breve de sesiones para no suponer una carga de tiempo imposible de asumir. Por otro lado, se debe ir un paso más allá en el abordaje de la depresión, desarrollando programas preventivos, que eviten los costes y sufrimientos que genera la depresión.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. **Objetivos**

- ❖ Adaptar y aplicar una intervención cognitivo-conductual breve administrada telefónicamente a cuidadores informales en alto riesgo de desarrollar depresión clínica (i.e., una intervención de prevención indicada de la depresión). El programa está basado en el modelo de Lewinsohn et al. (1985) y ya ha sido evaluado en un estudio previo aplicado en formato cara a cara en el contexto clínico (Vázquez et al., 2014, 2016).
- ❖ Evaluar la intervención al final de su aplicación y en los seguimientos a 1 y 3 meses. Se trata de comprobar en qué medida han cambiado los siguientes indicadores de eficacia a lo largo de las diferentes fases de evaluación: (a) nivel de sintomatología depresiva, (b) riesgo de desarrollar depresión, y (c) aparición de nuevos episodios de depresión.
- ❖ Evaluar el impacto de la intervención sobre las variables del modelo en que se basa: reforzamiento ambiental y pensamientos automáticos negativos.
- ❖ Evaluar la asociación entre las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva en la posintervención.
- ❖ Evaluar las variables predictoras de los resultados relacionados con la sintomatología depresiva tras la intervención.
- ❖ Evaluar la aceptabilidad de la intervención. Se trata de conocer la adherencia al tratamiento de las participantes a través del número de sesiones asistidas y cantidad de tareas realizadas, así como su nivel de satisfacción con el programa telefónico.

2. **Hipótesis**

- Se espera que la intervención cognitivo-conductual aplicada telefónicamente obtendrá en todas las medidas de evaluación (postintervención, seguimientos a 1 y 3 meses) una reducción estadísticamente significativa, con respecto a la línea base en:

- Nivel de sintomatología depresiva.
- Número de participantes en riesgo de desarrollar depresión.
- Incidencia de la depresión por debajo del 2% (tomando como referencia lo hallado en el estudio previo de Vázquez et al., 2014).

-Se espera que la intervención obtendrá en la evaluación posintervención los siguientes cambios estadísticamente significativos en los factores del modelo en los que se ha basado el programa con respecto al pretratamiento:

- Disminución de pensamientos automáticos negativos.
- Aumento del grado de reforzamiento ambiental positivo.

-Se espera hallar que la sintomatología depresiva posintervención correlacione:

- Negativamente con el grado de reforzamiento ambiental positivo.
- Positivamente con los pensamientos automáticos negativos posintervención.

- Se espera conocer si una serie de variables seleccionadas de acuerdo con la literatura científica (edad, horas diarias dedicadas al cuidado, tiempo que lleva realizando labores de cuidado, puntuaciones en la medida de preintervención de la sintomatología depresiva; número de sesiones a las que ha asistido y número de tareas para casa realizadas) puedan predecir los resultados en sintomatología depresiva en la posintervención.

- Tomando como referencia los hallazgos de la literatura científica y los del estudio previo de Vázquez et al. (2014), se espera que la aceptabilidad del programa telefónico por parte de los cuidadores evaluada en función de:

- Abandonos de la intervención sea inferior al 15%.
- Realización de tareas y asistencia sea igual o superior al 50%.
- Nivel de satisfacción igual o superior a una puntuación media de 19.

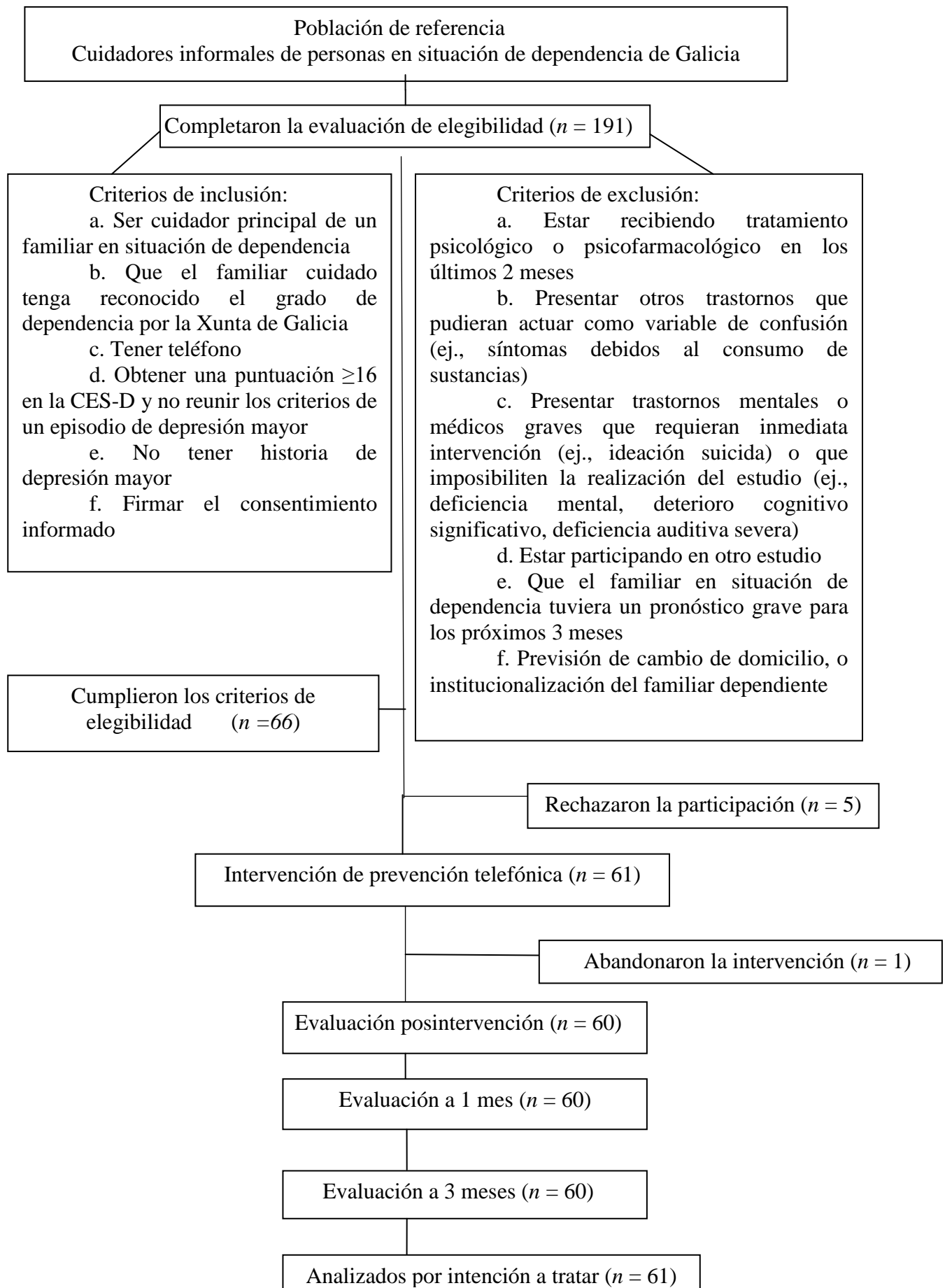
III. MÉTODO

1. Muestra

Se empleó un diseño pretest-postest de un solo grupo formado por cuidadores informales. Éstos eran personas que proporcionaban cuidados de forma regular y continua a una persona de su entorno (generalmente un familiar) sin remuneración económica ni preparación profesional para ello. Las fases del estudio se muestran en la Figura 1.

Para entrar a formar parte del estudio, los participantes debían: (a) ser cuidador principal de un familiar en situación de dependencia; (b) que el familiar cuidado tenga el grado de dependencia reconocido por la Xunta de Galicia; (c) disponer de un teléfono; (d) obtener una puntuación pretratamiento igual o superior a 16 en la versión española de la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Vázquez, Blanco y López, 2007.), y no reunir los criterios del DSM-5 para un episodio de depresión mayor (American Psychiatric Association, 2013); (e) no tener historia de depresión mayor; y (f) firmar el consentimiento informado. Se excluyeron a aquellos sujetos que: (a) estuvieran recibiendo un tratamiento psicológico o psicofarmacológico en los últimos 2 meses; (b) presentasen otros trastornos mentales o médicos que pudieran actuar como variables de confusión en el estudio (ej., síntomas debidos al consumo de sustancias); (c) presentaran trastornos médicos o mentales que por su gravedad requiriesen una inmediata intervención (ej., ideación suicida); (d) estar participando en otro estudio; (e) que el familiar en situación de dependencia tuviera un pronóstico grave para los próximos 3 meses; o (f) que tuvieran previsto el cambio de domicilio o institucionalización del familiar dependiente.

De los 191 cuidadores inicialmente evaluados, 66 cumplieron los criterios de elegibilidad (34.6%) y fueron invitados a participar en el estudio. De estos, 5 rechazaron participar en la intervención (7.6%). Las razones argumentadas para el rechazo fueron no tener tiempo, no estar interesado en participar en la intervención e imposibilidad de estar al teléfono mientras dura la sesión. La muestra final quedó formada por 61 participantes (90.2 % mujeres), con un rango de edad comprendido entre los 34 y los 75 años ($M = 55.5$; $DT = 10.7$). En la Tabla 1 de la sección de Resultados se muestran el resto de las características sociodemográficas y de situación de cuidado más relevantes de la muestra.

Figura 1. *Flujograma de los participantes en el estudio*

El estudio se llevó a cabo en conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki y obtuvo la aprobación del comité de bioética de la Universidad de Santiago de Compostela. A todos los cuidadores evaluados se les garantizó la confidencialidad de la información recogida durante todo el proceso y firmaron un consentimiento informado. La participación fue totalmente voluntaria y gratuita, sin ningún incentivo (económico o de otro tipo) por su participación en el estudio.

2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de los sujetos fueron los que a continuación se relacionan (ver Tabla 1):

Cuestionario de las Características del Cuidador. Se elaboró un cuestionario *ad hoc* (ver Anexo 1) para obtener información sobre:

- Características sociodemográficas de los cuidadores: sexo, edad, existencia de pareja, clase social, nivel de estudios, actividad laboral.
- La situación de cuidado: sexo de la persona cuidada, edad de la persona cuidada, parentesco, tiempo en años que lleva cuidando y horas diarias dedicadas al cuidado.

Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977; versión española de Vázquez, Blanco y López, 2007). Es una escala autoinformada de 20 ítems que proporciona una puntuación continua sobre el nivel de sintomatología depresiva durante la última semana (ver Anexo 2). Cada uno de los ítems es evaluado en una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que van desde el 0 (*raramente o ninguna vez*) al 3 (*la mayor parte del tiempo*). El rango de puntuaciones abarca de 0 a 60, de forma que una mayor puntuación revela mayor sintomatología depresiva; antes de su corrección es necesario invertir los ítems 4, 8, 12 y 16. La media en la población general es 8.7 ($DT = 8.4$). Se considera una puntuación 16 o mayor como punto de corte indicativo de alto riesgo de desarrollar una depresión clínica. Este cuestionario muestra una consistencia interna relativamente alta ($\alpha = .87$) y una adecuada validez predictiva para el diagnóstico de depresión (Bergman-Evans, 1994). La

adaptación al castellano (Vázquez et al., 2007) también ha mostrado una alta consistencia interna ($\alpha = .89$).

Entrevista clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999). Es una entrevista semiestructurada que proporciona diagnósticos del DSM-IV y debe ser administrada por un clínico. Consta de 6 módulos (episodios afectivos, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad y otros trastornos). En la entrevista se tuvieron en cuenta las modificaciones introducidas en los criterios diagnósticos del DSM-5. El módulo correspondiente a los episodios afectivos se puede ver en el Anexo 3. Esta entrevista muestra una buena fiabilidad test-retest y una alta fiabilidad para pacientes psiquiátricos (índice kappa = 0.61).

Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-N; Hollon y Kendall, 1980). Es una escala autoinformada compuesta por 30 ítems que proporciona información sobre la frecuencia de pensamientos automáticos negativos durante la última semana (ver Anexo 4). Cada uno de los ítems es evaluado a través de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que oscilan de 1 (nunca) a 5 (siempre). El rango de puntuaciones abarca de 30 a 150, de forma que una mayor puntuación refleja mayor frecuencia de pensamientos negativos en el sujeto. Este cuestionario muestra una alta consistencia interna ($\alpha = .96$).

Cuestionario de Reforzamiento Ambiental (EROS; Armento y Hopko, 2007; versión española de Barraca y Pérez-Álvarez, 2010). Es una escala autoinformada compuesta por 10 ítems que proporciona información sobre el grado de reforzamiento ambiental positivo percibido por el sujeto en las últimas semanas (ver Anexo 5). Cada ítem se evalúa a través de una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que oscilan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El rango de puntuación total puede variar de 10 a 40, de forma que una mayor puntuación indica un mayor grado de reforzamiento ambiental positivo. Antes de su corrección es necesario invertir los ítems 2, 5, 6, 7 y 9. Este instrumento muestra buena fiabilidad test-retest y una elevada consistencia interna ($\alpha = .85$) y una buena validez convergente con otras medidas de sintomatología depresiva (Armento y Hopko, 2007). La adaptación española también presenta una elevada consistencia interna. ($\alpha = .86$).

Tabla 1. *Instrumentos de evaluación aplicados en el estudio*

Instrumento	Constructo	Formato	Propiedades psicométricas
Cuestionario de las Características del Cuidador	Información sociodemográfica y características de la situación de cuidado	Heteroadministrado	
CES-D	Sintomatología depresiva	Autoadministrado 20 ítems (0-3)	$\alpha = .87$ α adaptación al castellano = .89
SCID-VC	Depresión Trastornos clínicos del Eje I del DSM-IV	Heteroadministrado	Índice kappa = .61
EROS	Reforzamiento	Autoadministrado 10 ítems (1-4)	$\alpha = .86$
CSQ-8	Satisfacción del cliente	Autoadministrado 8 ítems (1-4)	$\alpha = .83-.93$

Nota. CES-D = Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; SCID-CV = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV; EROS = Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno; CSQ-8 = Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

Registro de Abandonos y Cumplimiento. Para evaluar la aceptabilidad, durante la intervención se registró el número de sesiones a las que acudían los participantes y la cantidad de tareas intersesión realizadas que se planificaban para cada semana.

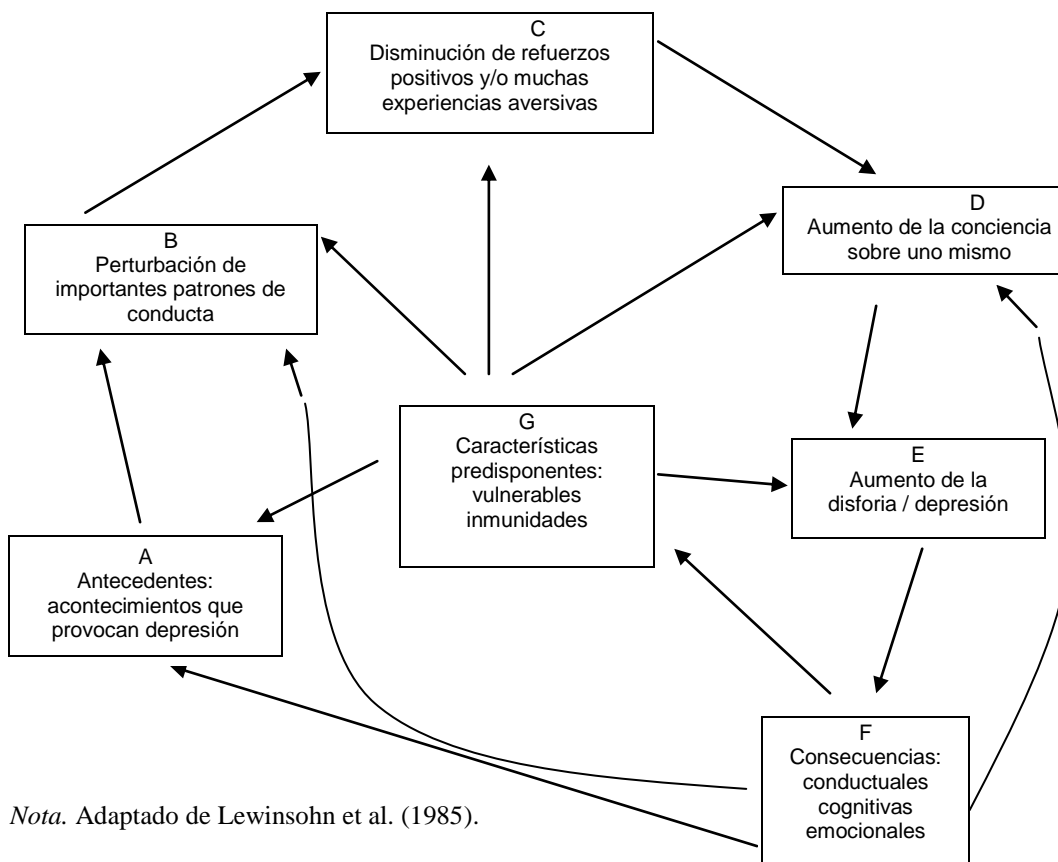
Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8; Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979; versión castellana de Vázquez, Torres y Otero, 2009). La CSQ-8² es un instrumento autoadministrado breve que mide la satisfacción global del paciente con el servicio recibido. Consta de ocho ítems con cuatro alternativas de respuesta y un rango de puntuación final que va desde 8 a 32. Una mayor puntuación refleja mayor satisfacción con el servicio recibido. Es un instrumento ampliamente utilizado, cuya consistencia interna (alfa de Cronbach) se sitúa entre .83 y .93 (Attkinson y Greenfield, 2004).

² <http://www.CSQscales.com>

3. Intervención

La intervención aplicada en este estudio se basa en el *modelo integrador multifactorial de la depresión* de Lewinsohn et al. (1985). Según estos autores, la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (ver Figura 2).

Figura 2. *Modelo integrador multifactorial de la depresión.*



El proceso depresógeno se desencadena por factores situacionales, pero los factores cognitivos actuarían como moderadores de los efectos del ambiente. El fenómeno de la secuenciación de conexiones causales que conducen a la depresión comienza cuando surge un suceso potencialmente evocador de depresión (ej., un acontecimiento estresante negativo como convertirse en cuidador de un familiar en situación de dependencia y los problemas diarios que acarrea), que interrumpe los patrones de conducta adaptativos de la persona (ej., cambios a nivel familiar, laboral),

produciendo todo ello una disminución de reforzamiento positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de esto, se produce un aumento de la autoconciencia (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. que repercute aún más en los acontecimientos que evocan la depresión, los patrones de conducta y la conciencia de uno mismo, haciendo que este proceso se constituya en un círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo y mantiene y empeora los síntomas depresivos. El modelo también incluye factores de vulnerabilidad (ej., ser mujer, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a eventos aversivos) y factores de protección frente a la depresión (inmunógenos) (ej., competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos), que podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.

Partiendo de este planteamiento se adaptó una intervención breve cognitivo-conductual aplicada cara a cara y en formato grupal a cuidadores con síntomas depresivos, la cual ha sido evaluada previamente en un ensayo clínico aleatorizado (Vázquez et al., 2014, 2016). El programa se estructuró en cinco sesiones de 90 minutos de duración cada una para aplicar telefónicamente (a través de un sistema de multiconferencia), a razón de una sesión por semana en formato grupal, y se incluyó en el mismo distintas habilidades conductuales (ej., incremento de actividades agradables, técnicas de relajación, habilidades sociales, asertividad) y cognitivas (ej., habilidades dirigidas a disminuir los pensamientos negativos y a aumentar los positivos).

En la Tabla 2 se muestra un resumen de los contenidos y las actividades de la intervención. En la *sesión 1* se realizaba la presentación de los participantes y las normas de funcionamiento del grupo. Se les informaba de la depresión y de las consecuencias del cuidado prolongado en su estado de ánimo, y se les enseñaba a cómo monitorizar su estado de ánimo. Posteriormente se les entrenaba en el control de la activación a través de la técnica de la *respiración diafragmática*.

En la *sesión 2* se les informaba de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo. Posteriormente se planificaba con cada miembro del grupo, la realización de una actividad agradable diaria durante la siguiente semana. Se enfatizaba en el hecho de que las actividades agradables debían ser realistas, es decir, ejecutables en

la vida cotidiana y susceptibles de aumentar la frecuencia de realización. Tras cada sesión, el número de actividades agradables debía aumentar gradualmente hasta realizar al menos tres diarias.

En la *sesión 3* se les informaba de la relación entre pensamientos y estado de ánimo. Se les enseñaba a ganar control sobre sus pensamientos con la aplicación de las técnicas de balance de pensamientos, la exageración, la técnica del doble parámetro; se trabaja sobre los pensamientos sobre uno mismo y se da a conocer el autorrefuerzo. Asimismo, se planifican las actividades agradables a llevar a cabo hasta la siguiente sesión y se debatía sobre los pensamientos que podían dificultar la realización de esas actividades.

En la *sesión 4* se les enseñaba la relación entre contactos sociales y estado de ánimo. Se les entrena en mejorar su actitud hacia los demás y a utilizar un estilo de comunicación asertivo. Posteriormente se planificaban las actividades agradables y los contactos sociales positivos a llevar a cabo para la semana.

La *sesión 5* se dedicaba a afianzar lo considerado durante las sesiones, se les animaba a seguir practicando lo aprendido en el futuro, y se analizaba las posibles dificultades que pudiesen surgir en el futuro y cómo manejarlas.

Tabla 2. *Contenidos de la intervención cognitivo-conductual*

Sesión	Contenidos	Actividades
Sesión 1	<p>Presentación del grupo</p> <p>Presentación del programa</p> <p>Información sobre la depresión y sus consecuencias en el cuidador</p> <p>Explicación de la etiología de la depresión</p> <p>Entrenamiento en control de la activación</p> <p>Tareas intersesión</p>	<p>Debatir qué se entiende por depresión</p> <p>Analizar las causas de la depresión como resultado de un aprendizaje</p> <p>Aprender a monitorizar el estado de ánimo</p> <p>Aprender la técnica de la respiración diafragmática</p> <p>Ejecutar la técnica de la respiración diafragmática</p>
Sesión 2	<p>Explicación de la relación entre actividades agradables y estado de ánimo</p> <p>Pautas y estrategias para incrementar actividades agradables</p> <p>Planificación de actividades agradables</p> <p>Tareas intersesión</p>	<p>Identificar las actividades agradables para cada uno</p> <p>Entrenar a los participantes en estrategias para incrementar las actividades agradables</p> <p>Realizar las actividades agradables planificadas</p>
Sesión 3	<p>Explicación de la relación entre pensamientos y estado de ánimo</p> <p>Técnicas de manejo de pensamientos</p> <p>Tareas intersesión</p>	<p>Aprender a realizar un balance de pensamientos</p> <p>Aprender a autorreforzarse</p> <p>Trabajar en los pensamientos sobre uno mismo</p> <p>Aprender la técnica de doble parámetro</p> <p>Utilizar la exageración para enfrentarnos a los problemas</p> <p>Planificar y realizar actividades agradables</p> <p>Planificar y aplicar las técnicas de manejo de pensamientos</p>
Sesión 4	<p>Explicación de la relación entre contactos sociales agradables y estado de ánimo</p> <p>Pautas y estrategias para incrementar y mejorar las relaciones sociales</p> <p>Planificación de las actividades agradables</p> <p>Tareas intersesión</p>	<p>Identificar qué se puede mejorar en el modo de estar de uno</p> <p>Conocer los estilos de comunicación</p> <p>Conocer los derechos asertivos del cuidador</p> <p>Entrenar pautas para una comunicación asertiva</p> <p>Planificar y realizar actividades agradables</p> <p>Planificar y realizar interacciones sociales</p>
Sesión 5	<p>Mantenimiento de los progresos</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p>Valoración del programa</p> <p>Despedida y cierre</p>	<p>Revisión del modelo y de lo aprendido durante las sesiones</p> <p>Animar a seguir usando el programa</p> <p>Analizar posibles dificultades en el futuro y cómo manejarlas</p>

4. Procedimiento

Previo a la realización del estudio, se adaptó para ser aplicado telefónicamente una intervención breve cognitivo-conductual para prevenir la depresión en cuidadores, que se había elaborado previamente para aplicar en grupo presencialmente (Vázquez, Otero, Torres, López y Blanco, 2010), y que se había evaluado en un ensayo clínico aleatorizado (Vázquez et al., 2014, 2016).

El protocolo de la adaptación se plasmó en un manual. El uso de un manual posibilita la operativización de las variables independientes del estudio y facilita la identificación de los ingredientes activos del tratamiento y, por tanto, los mecanismos del cambio terapéutico. Además, asegura que la intervención preventiva se pueda replicar lo más fielmente posible en estudios posteriores (Vázquez y Torres, 2007).

Posteriormente, se llevó a cabo el reclutamiento de la muestra y la aplicación de la intervención. Se contactó con la Xunta de Galicia, que facilitó el acercamiento a los cuidadores informales. Las evaluaciones iniciales y finales fueron colectivas y presenciales. El equipo acudió a locales próximos a sus zonas de residencia con el objetivo de lograr la mayor asistencia posible de los cuidadores. El coordinador del equipo explicaba las características del programa y los objetivos de la evaluación. Durante el proceso, el equipo estuvo disponible para responder las dudas que iban surgiendo entre los cuidadores evaluados. Los cuestionarios fueron autoaplicados, aunque en aquellos casos donde los cuidadores tenían dificultades para responder a los cuestionarios (problemas de visión, dificultades de lectura y/o escritura, etc.), y siguiendo las indicaciones de Crespo y López (2007), se realizaron evaluaciones heteroaplicadas, es decir, basadas en la lectura de los ítems por parte de un miembro del equipo. Posteriormente, se les realizó la entrevista clínica con la ayuda del SCID-CV.

Los cuidadores que entraron a formar parte del estudio, fueron evaluados mediante la batería de cuestionarios anteriormente indicados y, posteriormente, se les realizó una entrevista clínica. Aquellos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión señalados fueron seleccionados, e invitados a participar en la intervención. El programa de intervención cognitivo-conductual se aplicó telefónicamente a través de multiconferencia. Tuvo lugar en cinco sesiones de 90 minutos de duración cada sesión, a razón de una sesión por semana, y en formato grupal. En concreto, se realizó en grupos en torno a cinco participantes, para lograr la participación e interacción entre los

miembros, sin descuidar el trato personalizado a cada uno. El formato grupal parece apropiado para los objetivos terapéuticos, pues aporta un espacio terapéutico de aceptación, ayuda mutua, apoyo emocional y empatía. La terapia en grupo ofrece la oportunidad de que exista un refuerzo mutuo entre los miembros del grupo y no solo proporcionado por el terapeuta. Además, los miembros pueden proporcionarse feedback muy útil sobre conductas específicas. Esta retroalimentación a menudo se acepta mejor si procede de los compañeros que si proviene del terapeuta (Corey, 2010). Además, reduce el coste de la intervención ya que permite tratar a un número mayor de personas en la misma cantidad de tiempo.

Las intervenciones fueron aplicadas por dos terapeutas; una de ellas doctorada en psicología y con experiencia clínica de 10 años, y la autora de este trabajo (aplicó la intervención al 75% de los participantes). Previamente fueron entrenadas para la administración del tratamiento por dos expertos con una amplia experiencia clínica (entre 20 y 30 años) en terapias cognitivo-conductuales; uno de ellos, también con amplia experiencia en aplicación de intervenciones psicológicas a través del teléfono. Recibieron en torno a 35 horas de entrenamiento que consistieron en seminarios teórico-prácticos en esta temática, ejercicios de role-playing, etc. El entrenamiento de las terapeutas aumenta la eficacia de las intervenciones preventivas para la depresión (Vázquez y Torres, 2007), especialmente cuando se trata de intervenciones de prevención indicada, en las que la especificidad y la severidad de la sintomatología depresiva que ya están experimentando los sujetos requiere de preparación especializada por parte de los terapeutas en las habilidades de manejo de los síntomas depresivos (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003).

Las sesiones de intervención fueron grabadas, previa autorización de todos los participantes, con el objeto de evaluar la adherencia de los terapeutas al manual y la habilidad con la que se aplicó la intervención. Uno de los terapeutas expertos que participaron en el entrenamiento se encargó de revisar y evaluar las grabaciones de las sesiones. No hubo diferencias significativas entre las terapeutas en los resultados de la intervención en las variables de resultado.

En todas las sesiones se siguió una estructura similar. En primer lugar se revisaban las tareas para casa, se realiza el entrenamiento en la estrategia cognitivo-conductual correspondiente a esa sesión, se hacía un breve resumen la sesión a modo de

repasso y se encomendaban las tareas para casa para realizar durante la semana. Esta estructura presentaba algunos cambios en la primera sesión, en la que se comenzaba realizando la presentación de los miembros del grupo y estableciendo las normas del grupo, y la última sesión en la que se finalizaba realizando el cierre de la intervención y la despedida de los miembros del grupo.

Se establecieron los horarios de los grupos en función de las preferencias reflejadas por los cuidadores en la evaluación inicial. En el caso de que un cuidador no pudiese participar en una sesión sin haber avisado previamente, las terapeutas se ponían en contacto con ellos a través del teléfono para interesarse por él, preguntarle por los motivos de su ausencia, proporcionarle un resumen de lo trabajado durante la sesión, indicarle las tareas para casa a realizar durante la semana y recordarle la fecha de la siguiente cita. Si había avisado con antelación de su falta de asistencia, se hablaba con el cuidador sobre estas cuestiones de la sesión anterior en el momento en que lo notificaba o bien en otro momento previamente acordado.

Los participantes fueron nuevamente evaluados tras la intervención por evaluadores ajenos al estudio previamente entrenados. La evaluación posintervención se realizó de nuevo en lugares próximos a sus zonas de residencia con el objetivo de lograr la mayor participación posible en la evaluación posintervención. En esta fase se eliminaron aquellos cuestionarios utilizados en la evaluación inicial para evaluar la situación de cuidado y las características sociodemográficas y de cuidado de los participantes. Dentro de los instrumentos de evaluación, se les administró el CSQ-8 con el objetivo de averiguar su nivel de satisfacción con los servicios recibidos. Las evaluaciones de seguimiento realizadas a 1 y 3 meses tras la intervención fueron realizadas a través de contactos telefónicos. De nuevo, evaluadores ajenos al estudio se encargaron de administrar los cuestionarios CES-D y el módulo de la SCID-CV correspondiente al episodio de depresión mayor.

5. Estrategia de análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 22.0). Se realizaron análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos para describir las características sociodemográficas y de cuidado de la muestra. Para la elección de las pruebas estadísticas a la hora de determinar la significación estadística se tuvo en cuenta: (a) el objetivo del análisis, (b) las características de las variables implicadas, (c) las condiciones de aplicación específicas de cada prueba, (d) el diseño del estudio y (e) el número de grupos a utilizar.

Los análisis se realizaron de acuerdo con el principio de intención de tratar. Para los valores perdidos en relación a la sintomatología depresiva y el episodio de depresión mayor en la posintervención y los seguimientos se utilizó el análisis del peor escenario posible. En concreto, los valores perdidos en la variable sintomatología depresiva se reemplazaron por los de la línea base, y en los relacionados con la depresión se consideró que se había desarrollado un episodio de depresión mayor. Los valores perdidos en las variables reforzamiento ambiental positivo y pensamientos automáticos negativos también se reemplazaron por los de la línea base.

En relación al análisis de la sintomatología depresiva se utilizó el análisis de varianza de medidas repetidas con un factor intrasujeto denominado *tiempo* con 4 niveles (preintervención, posintervención, seguimiento 1 mes, seguimiento 3 meses).

La *t* de Student para datos emparejados se utilizó para analizar los cambios pre- y posintervención en relación a los pensamientos automáticos negativos y el reforzamiento. Para comparar datos emparejados cuando ambas variables eran cualitativas (proporción de cuidadores en riesgo de sufrir un episodio depresivo) se utilizó el test de McNemar. A la hora de analizar la asociación existente entre las variables reforzamiento, pensamiento negativo y la sintomatología depresiva postratamiento se realizaron análisis de correlación de Pearson. Para analizar las variables predictoras de la reducción de la sintomatología depresiva se realizaron análisis de regresión lineal múltiple siguiendo las recomendaciones de Domenéch y Navarro (2006).

En cuanto al análisis de la aceptabilidad de la intervención se analizó:

□ Adherencia a la intervención: análisis de frecuencias, media y desviación típica de las sesiones asistidas y tareas realizadas.

□ Satisfacción con el servicio recibido: se valoró mediante la puntuación media y desviación típica del cuestionario CSQ-8 y análisis de frecuencias para cada uno de los ítems que componen la escala. En lo que respecta a los valores perdidos en esta variable, estos se sustituyeron por la puntuación media del grupo.

IV. RESULTADOS

1. Análisis de las características de la muestra

Las características sociodemográficas y de cuidado más relevantes de los participantes en el estudio pueden observarse en la Tabla 1. La mayoría de la muestra era de género femenino (90.2%), con una edad media de 55.5 años con un rango de edad comprendido entre los 34 y los 75 años. La mayoría (75.4%) tenían pareja.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de cuidado de los participantes

CARACTERÍSTICAS	<i>n</i>	%
Sexo		
Hombre	6	9.8
Mujer	55	90.2
Edad		
<i>M</i>	55.5	
<i>DT</i>	10.7	
Pareja		
Con Pareja	46	75.4
Sin pareja	15	24.6
Clase Social		
Baja/media-baja	31	50.8
Media/media-alta/alta	30	49.2
Nivel de estudios		
Sabe leer y escribir/estudios primarios	38	62.3
Estudios secundarios/universitarios	23	37.7
Actividad laboral		
Tareas domésticas	38	62.3
Jubilado/trabajador/paro	23	37.7
Sexo de la persona cuidada		
Mujer	37	60.7
Hombre	24	39.3
Edad de la persona cuidada		
<i>M</i>	61.7	
<i>DT</i>	32.2	
Parentesco		
Padre/madre	24	39.3
Hijo/a	23	37.7
Otros	14	23.0
Tiempo cuidando		
<i>M</i>	14.4	
<i>DT</i>	10.2	
Horas diarias cuidado		
<i>M</i>	15.3	
<i>DT</i>	4.4	

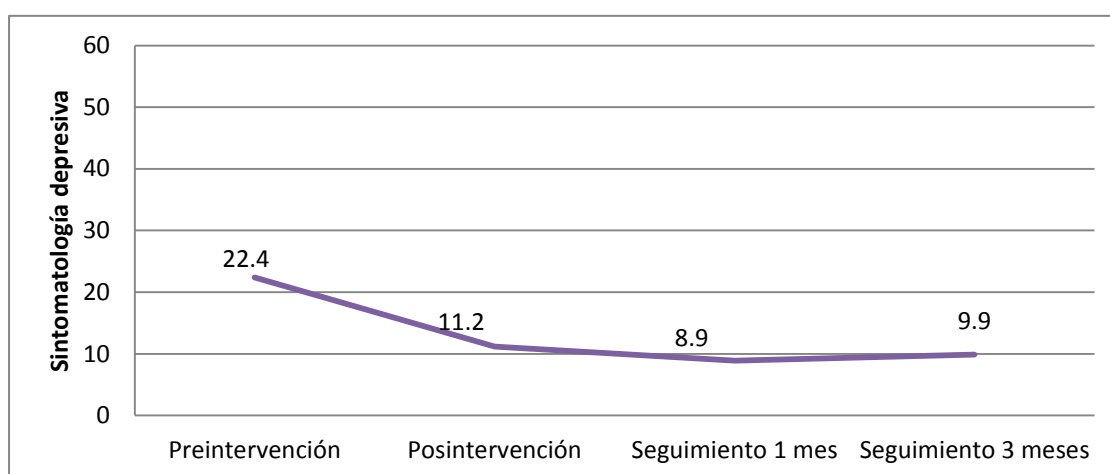
En cuanto a la clase social, el 50.8% declararon pertenecer a una clase social media/baja o baja. Con respecto al nivel de estudios, el 62.3% de la muestra sabía leer escribir y/o tenía estudios primarios y el 37.7% tenía estudios secundarios y/o universitarios. En la faceta de situación laboral, el 62.3% se ocupaba de las tareas domésticas.

En lo que respecta al género de la persona cuidada, la mayoría eran mujeres (60.7%). La edad media era de 61.7 años, con un rango que iba desde 1 a los 99 años. Por otro lado, la relación de cuidado era mayoritariamente familiar. El mayor porcentaje correspondía a personas que cuidaban de alguno de sus progenitores (39.3%), seguido de personas que atendían a alguno de sus hijos (37.7%). La intensidad de la ayuda era alta y duradera; así, el tiempo medio que los participantes llevaban cuidando a sus seres queridos era de 14.4 años, y la media de tiempo diario dedicado al cuidado era de 15.3 horas.

2. Efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva

En la Figura 1 puede observarse la evolución de las puntuaciones medias de la sintomatología depresiva. En la preintervención, la puntuación media de sintomatología depresiva evaluada a través de la CES-D fue 22.4 ($DT = 6.2$). En la posintervención, la sintomatología depresiva disminuyó 11.2 puntos, obteniéndose una media de 11.2 ($DT = 6.5$). En el seguimiento a 1 mes, la sintomatología depresiva continuó disminuyendo, ya que se obtuvo una puntuación media de 8.9 ($DT = 6.6$). En el seguimiento a 3 meses, la media de sintomatología depresiva fue de 9.9 ($DT = 8.6$).

Figura 1. Evolución de la sintomatología depresiva



En el ANOVA de medidas repetidas con un factor intrasujeto denominado *tiempo* con 4 niveles (preintervención, posintervención, seguimiento a 1 mes, seguimiento a 3 meses) hubo incumplimiento del supuesto de esfericidad W de Mauchly = 0.60, $p < .001$, por lo que se usó el valor corregido de Greenhouse-Geisser. El ANOVA mostró diferencias significativas entre los tiempos evaluados (ver Tabla 2), $F(2.40, 144) = 86.20$, $p < .001$

En la Tabla 2 puede observarse la comparación por pares entre los niveles del factor *tiempo*. Los análisis por pares, con su correspondiente ajuste de Bonferroni, indicaron diferencias significativas entre la medida de evaluación preintervención y todas las medidas posteriores (evaluación posintervención y seguimientos a 1 y 3 meses) en relación a la sintomatología depresiva. También se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre la medida de evaluación posintervención y la evaluación de seguimiento a 1 mes.

Tabla 2. Comparaciones por pares entre los diferentes niveles del factor tiempo para la sintomatología depresiva.

(I)Tiempo	(J)Tiempo	Diferencia entre medias (I-J)			Intervalo de confianza para la diferencia al 95 % ^a	
		Error típico	Sig. ^a	Límite inferior	Límite superior	
Preintervención	Posintervención	11.17*	0.99	<.001	8.48	13.86
	Seguimiento 1 mes	13.47*	0.97	<.001	10.82	16.11
	Seguimiento 3 meses	12.47*	1.19	<.001	9.21	15.72
Posintervención	Preintervención	-11.17*	0.99	<.001	-13.86	-8.48
	Seguimiento 1 mes	2.30*	0.63	.003	0.58	4.01
	Seguimiento 3 meses	1.30	1.04	1.00	-1.55	4.14
Seguimiento 1 mes	Preintervención	-13.47*	0.97	<.001	-16.11	-10.82
	Posintervención	-2.30*	0.63	.003	-4.01	-0.58
	Seguimiento 3 meses	-1.00	0.84	1.00	-3.30	1.30
Seguimiento 3 meses	Preintervención	-12.47*	1.19	<.001	-15.72	-9.21
	Posintervención	-1.30	1.04	1.00	-4.14	1.55
	Seguimiento 1 mes	1.00	0.84	1.00	-1.30	3.30

*. La diferencia de medias es significativa a nivel .05

a. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

3. Efectos de la intervención sobre el riesgo de desarrollar depresión

En la evaluación preintervención, todos los participantes se encontraban en una situación de riesgo de desarrollar depresión, tenían una puntuación mayor o igual a 16 en la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Tras la intervención el 82.0% de los participantes se situaron por debajo de esa puntuación de riesgo (Ver Tabla 3). Esta disminución del riesgo de depresión fue estadísticamente significativa ($p < .001$). En el seguimiento a 1 mes, el número de sujetos que experimentó esta reducción del riesgo aumentó a 53, lo que supone el 86.9% de la muestra. Esta disminución fue estadísticamente significativa con respecto a la proporción de la preintervención ($p < .001$). En el seguimiento a los 3 meses, el porcentaje de cuidadores por debajo de la puntuación de riesgo disminuyó ligeramente hasta el 80.3%; la diferencia con respecto a la evaluación preintervención siguió siendo significativa ($p < .001$).

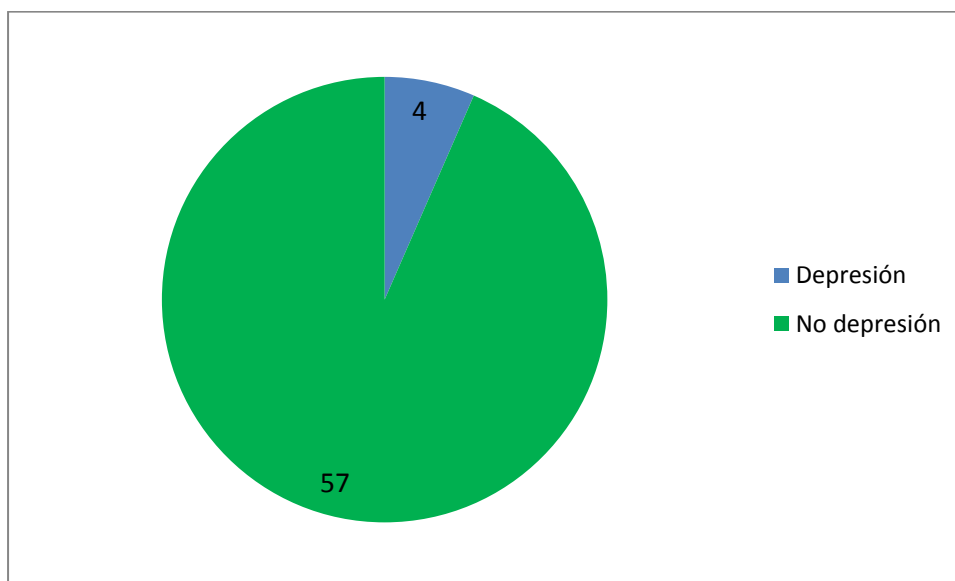
Tabla 3. *Porcentaje de participantes en riesgo de depresión*

Tiempo	Riesgo de depresión (≥ 16 en CES-D)		No riesgo de depresión (< 16 en CES-D)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Posintervención	11	18.0	50	82.0
Seguimiento 1 mes	8	13.1	53	86.9
Seguimiento 3 meses	12	19.7	49	80.3

4. Evolución de la incidencia de la depresión

La proporción de la aparición de nuevos casos de depresión (i.e., incidencia de depresión) puede observarse en la Figura 2. En la evaluación posintervención se halló a un participante (1.6% de la muestra) que desarrolló un episodio de depresión mayor. En la evaluación a 1 mes, se detectó a un participante que cumplió los criterios para un episodio de depresión mayor (1.6%). Finalmente, en el seguimiento a 3 meses, se hallaron a 2 participantes con un episodio de depresión mayor (3.3%).

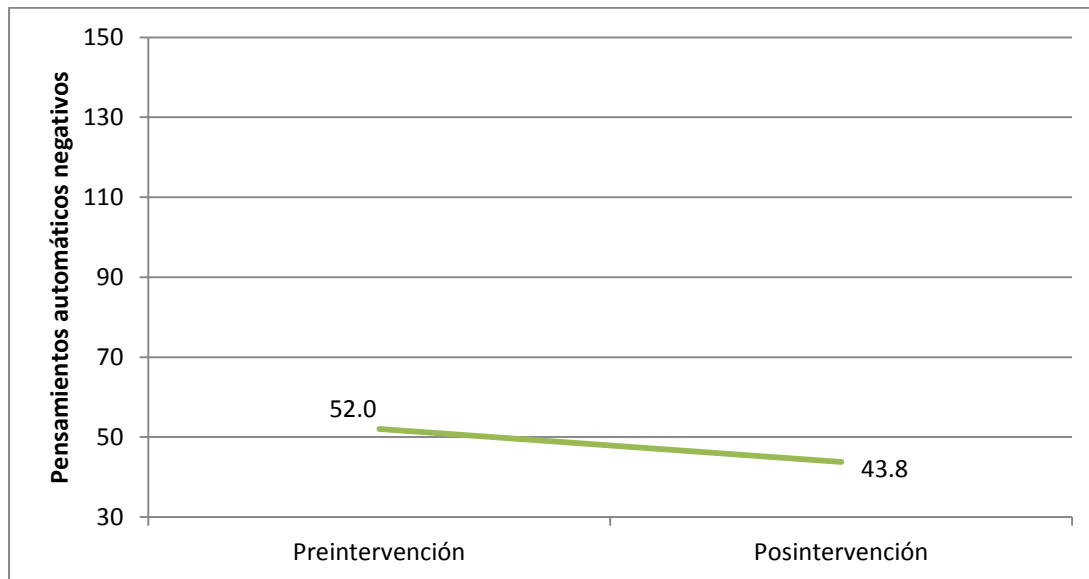
Figura 2. Proporción total de la incidencia de depresión ($n = 61$)



5. Efectos de la intervención sobre los factores del modelo

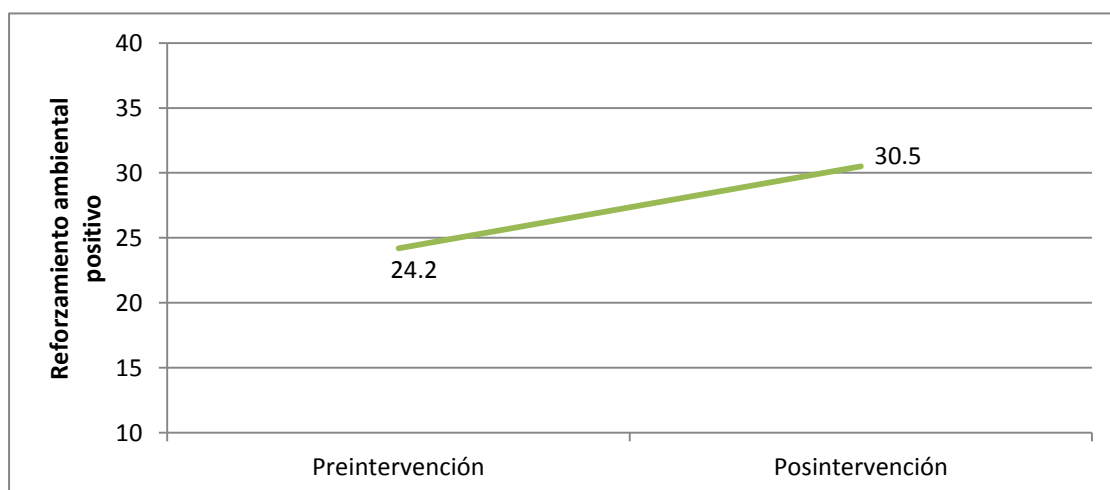
5.1. Pensamientos automáticos negativos

En la Figura 3 puede observarse el cambio experimentado por los participantes en relación a sus pensamientos negativos evaluados a través del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-N). En la evaluación preintervención, los participantes del grupo de intervención experimentaban una media de 52.0 ($DT = 16.1$) pensamientos automáticos negativos. Tras haber participado en la intervención los pensamientos negativos de las participantes disminuyeron significativamente, $t(60) = 8.15$, $p < .001$, de modo que la media en la escala ATQ-N en la evaluación posintervención fue de 43.8 ($DT = 11.0$).

Figura 3. Cambio en los pensamientos negativos entre la pre- y la posintervención

5.2. Reforzamiento ambiental positivo

En la Figura 4 se puede observar los cambios experimentados por los participantes en el grado de reforzamiento ambiental positivo evaluado a través de la Escala de Reforzamiento de Observación de Reforzamiento Ambiental (EROS). Antes de la intervención, los cuidadores experimentaban una media de reforzamiento ambiental de 24.2 ($DT = 4.2$). Tras la intervención, el grado de reforzamiento aumentó significativamente, $t(60) = -6.25$, $p < .001$, de modo que la media en la escala EROS en la evaluación posintervención fue de 30.5 ($DT = 4.0$).

Figura 4. Cambio en el grado de reforzamiento ambiental positivo entre la pre- y la posintervención

6. Asociación de las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva

A través del cálculo de los coeficientes de correlación lineal de Pearson se analizaron las relaciones de las puntuaciones posintervención en pensamientos negativos (evaluados a través del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos [ATQ-N]), y en reforzamiento ambiental (evaluados a través del Cuestionario de Reforzamiento ambiental [EROS]) con la sintomatología depresiva posintervención (evaluada a través de la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos [CES-D]).

Como se puede observar en la Tabla 4, se encontró una correlación positiva significativa de los pensamientos automáticos negativos con la sintomatología depresiva posintervención, $r(61) = .54$, $p < .001$. Asimismo, las puntuaciones en grado de reforzamiento ambiental correlacionaron negativamente con la sintomatología depresiva postintervención, $r(61) = -.41$, $p = .001$.

Así, aquellos participantes que en la evaluación posintervención tenían más reforzamiento ambiental y menos pensamientos negativos presentaban también una menor puntuación en sintomatología depresiva, y viceversa.

Tabla 4. Correlaciones de las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva posintervención

Variables del modelo	Puntuación CES-D posintervención	
Pensamientos negativos en la posintervención (N = 61)	<i>r</i>	0.54
	<i>p</i>	<.001
Reforzamiento ambiental en la posintervención (N = 61)	<i>r</i>	-0.41
	<i>p</i>	.001

Nota. CES-D = Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

7. Variables predictoras de los resultados en la sintomatología depresiva

Para la predicción de la sintomatología depresiva postratamiento se tuvieron en cuenta la edad, el tiempo que llevaban cuidando, el número de horas dedicadas al cuidado, la puntuación de la sintomatología depresiva (evaluada con la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) en la preintervención, el número de

sesiones a las que asistieron los participantes y el número de tareas intersesiones que realizaron.

Se realizó un proceso exploratorio de preselección de esas variables en base a los resultados de regresiones lineales simples con una sola variable independiente, es decir, aplicando una regresión lineal simple para cada variable. Se seleccionaron como potenciales variables predictoras, aquellas que en dicho análisis obtuvieron valores $p \leq .30$. Con las variables seleccionadas para la predicción se procedió a realizar un análisis de regresión lineal múltiple. Se exploraron los problemas que podían afectar al análisis de regresión y se comprobaron los supuestos del modelo (normalidad, linealidad, homogeneidad).

Al realizar el análisis de regresión lineal múltiple para el conjunto de variables predictoras de la sintomatología depresiva posintervención (ver Tabla 5), resultó un modelo que tuvo una $R^2 = .13$ (error típico de la estimación = 6.25) y fue significativo $F(3, 57) = 2.80, p = .048$. Del conjunto de variables predictoras de la sintomatología depresiva, el nivel de sintomatología depresiva en la preintervención resultó ser significativa, Beta = 0.28, $p = .03$, IC 95% [0.03, 0.56], de modo que a mayor nivel de sintomatología depresiva antes de la intervención, menor reducción en sintomatología depresiva postintervención.

Tabla 5. Variables predictoras de la sintomatología depresiva posintervención ($n = 61$).

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			Intervalo de confianza del 95% para B	
	B	Error típico	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>	Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	11.91	6.02		1.98	0.05	-0.14	23.96
Edad	-0.05	0.08	-0.09	-0.69	0.50	-0.21	0.10
Puntuación total CES-D preintervención	0.30	0.13	0.28	2.25	0.03	0.03	0.56
Número de tareas para casa realizadas	-0.31	0.21	-0.18	-1.44	0.16	-0.73	0.12

Nota. CES-D = Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

8. Aceptabilidad de la intervención

8.1. Rechazos y abandonos

En la Tabla 6, pueden verse los rechazos y abandonos de la intervención por parte de los participantes. De los 66 participantes que reunían los criterios para entrar a formar parte del programa, solamente el 7.5% rechazaron entrar a formar parte en el estudio. Las razones de los rechazos fueron no estar interesado, no tener suficiente tiempo o imposibilidad de estar al teléfono durante las sesiones.

De la muestra analizada finalmente ($n = 61$), una participante (1.6%) abandonó la intervención antes de ser finalizada. La razón argumentada fue el fallecimiento del familiar al que cuidaba.

Tabla 6. *Rechazos y abandonos*

VARIABLES	INTERVENCIÓN	
	<i>n</i>	%
Sujetos a los que se ofertó el tratamiento	66	100.0
Rechazaron	5	7.6
No rechazaron	61	92.4
Abandonaron	1	1.6
Completaron la intervención y los seguimientos	60	98.4

8.2. Adherencia a la intervención

En la Tabla 7 pueden observarse los datos relativos las sesiones asistidas y las tareas realizadas durante el programa. La adherencia al tratamiento ha sido muy elevada. De las 5 sesiones con las que contaba el programa, la media de asistencia fue de 4.4 en el total de los participantes. Más de la mitad de los participantes (62.3%) asistieron a todas las sesiones de la intervención y sólo un 6.5% asistieron a dos o menos sesiones. En cuanto al cumplimiento de tareas, las participantes que recibieron la intervención realizaron una media de 15 tareas de las 18 que se programaron a lo largo de las sesiones.

Tabla 7. *Adherencia a la intervención*

Asistencia a sesiones y tareas realizadas	<i>n</i> = 61	%
Sesiones que ha asistido		
<i>M</i>	4.4	
<i>DT</i>	1.0	
Número de sesiones que ha asistido		
1 sesión	3	4.9
2 sesiones	1	1.6
3 sesiones	5	8.2
4 sesiones	14	23.0
5 sesiones	38	62.3
Tareas para casa realizadas		
<i>M</i>	15.0	
<i>DT</i>	3.8	

8.3. Satisfacción con la intervención

Al finalizar la intervención, se evaluó la satisfacción con los servicios recibidos a través del CSQ-8 en aquellos participantes que se mantuvieron en el tratamiento ($n = 60$). Los datos relacionados con la satisfacción manifestada por los cuidadores se muestran en la Tabla 8.

El grado de satisfacción de los cuidadores con respecto al programa fue muy elevado. Teniendo en cuenta que el rango del cuestionario va de 8 a 32, la puntuación media obtenida en el CSQ-8 fue de 28.6 ($DT = 3.4$).

El 98.3% de los participantes valoraron la calidad del programa como buena o excelente. Además el 95.0 % consideraron que el servicio recibido era el que deseaban. Con respecto a la cantidad de ayuda recibida durante la intervención, el 98.3% de la muestra reveló sentirse satisfecha. El 81.7% manifestó que el programa había cubierto la mayoría o todas sus necesidades. De hecho, el 100% recomendarían el programa o lo harían sin duda, a otras personas en una situación parecida a la suya. Si volviesen a

buscar ayuda, todos los participantes volverían a acudir a nuestro programa o lo haría sin duda alguna.

Tabla 8. Nivel de satisfacción de los cuidadores con la intervención

ITEMS DEL CSQ-8	n = 60	%
<i>Calidad del servicio recibido</i>		
Mala	0	0.0
Aceptable	1	1.7
Buena	17	28.3
Excelente	42	70.0
<i>El programa era el deseado</i>		
Desde luego que no	1	1.7
No, en realidad no	2	3.3
Sí, en general	24	40.0
Sí, sin duda	33	55.0
<i>Necesidades cubiertas por el programa</i>		
No ha cubierto ninguna	0	0.0
Solo algunas	11	18.3
La mayoría	30	50.0
Casi todas	19	31.7
<i>Recomendaría el programa a otras personas en situación similar</i>		
Desde luego que no	0	0.0
No creo	0	0.0
Creo que sí	16	26.7
Sí, sin duda	44	73.3
<i>Satisfacción con la cantidad de ayuda recibida</i>		
Bastante insatisfecho	1	1.7
Indiferente o ligeramente insatisfecho	0	0.0
En general, satisfecho	23	38.3
Muy satisfecho	36	60.0
<i>Ha mejorado el manejo de problemas con el programa</i>		
No, las cosas parecieron empeorar	0	0.0
No, realmente no fueron de ayuda	0	0.0
Sí, ayudaron algo	21	35.0
Sí, fueron de gran ayuda	39	65.0
<i>Satisfacción con el programa</i>		
Bastante insatisfecho	0	0.0
Indiferente o ligeramente insatisfecho	0	0.0
En general, satisfecho	22	36.7
Muy satisfecho	38	63.3
<i>Volvería a acudir al programa</i>		
Desde luego que no	0	0.0
No creo	0	0.0
Creo que sí	19	31.7
Sí, sin duda	41	68.3
<u>Puntuación total CSQ-8</u>		
<i>M</i>	28.6	
<i>DT</i>	3.4	

Nota. CSQ-8 = Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

V. DISCUSIÓN

Esta investigación tenía como objetivo principal analizar los resultados de un programa breve cognitivo-conductual de prevención indicada de la depresión aplicada a través del teléfono en cuidadores informales. La intervención logró disminuir la sintomatología depresiva, así como el riesgo de depresión. Estos efectos se mantuvieron durante el seguimiento hasta los 3 meses. Es más, durante la intervención los participantes aprendieron cómo incrementar el reforzamiento ambiental positivo y la disminución de sus pensamientos automáticos negativos. Asimismo, la intervención telefónica alcanzó un grado de aceptabilidad elevada y los participantes se mostraron muy satisfechos con la intervención.

La primera hipótesis planteada en el estudio se confirmó, porque la sintomatología depresiva se redujo hasta 11.2 puntos entre la evaluación preintervención y postintervención y continuó disminuyendo hasta el seguimiento a 3 meses. Al comparar la sintomatología depresiva de los participantes entre los diferentes momentos de evaluación, se hallaron diferencias significativas en la evaluación preintervención y en todas las medidas de seguimiento. Los resultados fueron similares a los hallados por Vázquez et al. (2014) en la modalidad presencial. Asimismo, estos hallazgos son congruentes con los encontrados en la mayoría de las intervenciones telefónicas dirigidas a disminuir la sintomatología depresiva, revisadas en la parte teórica del presente estudio (ej., Mohr et al., 2005; Simon et al., 2004). También, suponen una evidencia más en la línea de otros estudios que ponen de manifiesto la eficacia de las intervenciones basadas en el modelo integrador multifactorial de Lewinsohn et al. (1985) para el tratamiento y prevención de la depresión en distintas poblaciones (Cuijpers, 1998; Cuijpers et al., 2009).

Además, la intervención presentó una proporción significativamente menor de sujetos en riesgo de desarrollar depresión en todos los momentos de evaluación. Inicialmente todos los cuidadores seleccionados para formar parte del programa estaban en riesgo de desarrollar depresión. Tras la intervención, la proporción de participantes en riesgo solo fue del 18.0%, continuó disminuyendo a 13.1% en el seguimiento a 1 mes y aumentó ligeramente a 19.7% en el seguimiento a 3 meses. Estos resultados mejoran los hallados en el formato presencial, donde el porcentaje de participantes en riesgo de depresión al final de la intervención fue del 29.5% (Vázquez et al., 2014).

Además de centrarse en los efectos de la intervención en la reducción de la sintomatología depresiva, en este estudio se examinaron los efectos sobre la incidencia del trastorno. Al final de la intervención un participante cumplió los criterios para un episodio de depresión mayor (1.6%). En el seguimiento a 1 mes, un participante cumplió los criterios (1.6%), y se detectaron a 2 (3.3%) participantes en la evaluación a 3 meses. Estos hallazgos son similares a los encontrados en la intervención presencial, donde la incidencia de depresión al final del tratamiento fue de 1.1% (Vázquez et al., 2014).

No obstante, se deben interpretar estos datos con cautela. La ausencia de un grupo control impide averiguar cuál sería la progresión de la sintomatología depresiva en el tiempo de los cuidadores en riesgo que no hubieran recibido tratamiento. Así, no podemos asegurar con certeza que el programa de tratamiento actuó como única variable de protección ante el riesgo de desarrollar depresión; no obstante, en el estudio de Vázquez et al. (2014) se halló una incidencia del 12.2% en un grupo control de atención habitual.

Con respecto a los efectos de la intervención sobre las variables del modelo teórico explicativo de la depresión, los datos hallados también apoyan todas las hipótesis que se había planteado al respecto. Se encontró que, en la evaluación postintervención con respecto a la preintervención, el grado de reforzamiento ambiental positivo aumentó 6.3 puntos y la puntuación media de pensamientos automáticos negativos disminuyó 8.2 puntos. Recordar que precisamente los contenidos centrales del programa se habían diseñado para disminuir los pensamientos negativos y para potenciar el grado de reforzamiento ambiental mediante la realización de actividades agradables y el incremento de contactos sociales satisfactorios de acuerdo a la formulación de Lewinsohn et al. (1985). Estos hallazgos reflejan que el programa aplicado actuó eficazmente sobre estas variables.

En cuanto a la relación existente entre esas variables del modelo y la sintomatología depresiva se confirmaron todas las hipótesis planteadas. Se halló una correlación inversa y significativa entre el grado de reforzamiento ambiental y la sintomatología depresiva posintervención. También se halló una correlación directa y significativa entre los pensamientos negativos y la sintomatología depresiva posintervención. De esta manera, aquellos cuidadores que tenían un mayor grado de reforzamiento ambiental y menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos,

presentaban menor sintomatología depresiva al final del tratamiento. Sin embargo, esas asociaciones entre las variables relacionadas con el modelo y la sintomatología depresiva deben ser tomadas con cautela, ya que asociación no es sinónimo de causalidad, y también podría ocurrir lo contrario, que la mejoría en los síntomas depresivos hubieran producido una mejora en esas variables.

Una cuestión importante a considerar en la evaluación de los tratamientos es no sólo conocer si el tratamiento es eficaz sino también conocer para quién es más eficaz (Merrill, Tolbert y Wade, 2003). Por ello se realizó un análisis para determinar posibles variables predictoras de los resultados en la sintomatología depresiva al final de la intervención. No obstante, sólo algunos datos fueron congruentes con la hipótesis planteada. En general, los datos sugieren que los resultados de la intervención fueron más favorables para aquellos participantes que presentaban una menor sintomatología depresiva en la preintervención. Este hallazgo pone de relieve la importancia de aplicar precozmente este tipo de intervención, antes de que los niveles de sintomatología depresiva demanden intervenciones más exhaustivas y, por ende, más costosas.

En relación a la aceptabilidad de la intervención, los hallazgos de este estudio apoyan las hipótesis formuladas inicialmente. Más concretamente, en cuanto al abandono, solamente uno de los participantes dejó el programa. Los resultados logrados en esta variable superan a los hallados en numerosos estudios de programas presenciales dirigidos a cuidadores informales (ej., López y Crespo, 2008; Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez, 2004) y también al porcentaje medio de abandono que se ha encontrado en otros trabajos de intervenciones telefónicas (17%). El pequeño porcentaje de abandonos refleja que la intervención telefónica aumenta la accesibilidad de los servicios, eliminando barreras tan características de esta población como la falta de tiempo, no contar con otra persona que se haga cargo de ser querido, dificultades de transporte, estigma, etc. Además, la dispersión geográfica y la predominancia de zonas rurales que caracterizan a la comunidad gallega, son barreras que también se eliminan con la aplicación telefónica del programa. También ha sido importante la breve duración del programa (5 sesiones), que se ajustó al escaso tiempo disponible de los cuidadores y no supuso un estresor más en la sobrecarga de tareas que suelen tener. La intervención telefónica tuvo una buena acogida por parte de las participantes a las que les fue ofertada, con un porcentaje de 98.4% de participantes que completaron la intervención y los seguimientos. La realización de tareas y la asistencia fue superior al 50%; la mayoría de

las participantes (85.3%) asistieron a más de la mitad de las sesiones programadas y la media de cumplimiento de las tareas fue de 15 de 18. El índice de satisfacción con la intervención también fue mayor al hipotetizado (19) con una media de 28.6, sobre 32. Posiblemente esto fue así porque los contenidos del programa fueron comprensibles y sencillos adecuándose al nivel sociocultural medio-bajo de las cuidadoras, la intervención duró poco tiempo, el personal fue muy cercano y los tiempos de espera para recibir el tratamiento fueron breves.

Este estudio presenta algunas fortalezas. En primer lugar, se ha aplicado por vez primera un programa telefónico de prevención indicada de la depresión en formato grupal para cuidadores informales. En segundo lugar, mediante los criterios de inclusión y exclusión adoptados se ha podido seleccionar una muestra que tiene un perfil clínico similar, con necesidades similares en relación al nivel de sintomatología depresiva. De esta manera se subsana lo apuntado por algunos autores en sus revisiones (López y Crespo, 2007) en cuanto que trabajar al mismo tiempo con sujetos sin riesgo, en riesgo y depresión puede crear un efecto suelo que impide registrar mejorías. Por otro lado, el programa se ha desarrollado en base a un modelo teórico de la depresión específico lo que permitirá en un futuro ensayo clínico aleatorizado identificar sus ingredientes activos. Éstos son los componentes del programa que tienen un impacto causal en los mecanismos de cambio del cliente, lo que a su vez tienen un impacto sobre los resultados de interés (Hollon et al., 2002). Además, el programa está claramente descrito protocolizado y plasmado en un manual que fue utilizado como guía por todas las terapeutas. Esto permite que las aplicaciones posteriores del programa sean fieles y estandarizadas.

No obstante, este estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, la muestra estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, por lo que los resultados hallados pueden no ser generalizables al sexo masculino. En segundo lugar, no se han realizado medidas de seguimiento a largo plazo de los resultados encontrados. Una intervención preventiva pretende tener efectos a largo plazo ya que pone en marcha un proceso que protegerá al individuo de futuros episodios clínicos. Por ello es importante que se evalúen los cambios alcanzados durante un intervalo de tiempo suficiente como para saber que los efectos se mantienen (Muñoz y Ying, 1993). En tercer lugar, no se ha contado con un grupo control, lo que impide concluir con seguridad que el programa telefónico haya actuado como única variable protectora para prevenir nuevos episodios de depresión y para reducir la sintomatología depresiva.

Una intervención como la que se presenta en este estudio revela una serie de cuestiones importantes para la práctica clínica. Es importante diseñar programas de prevención dirigidos a cuidadores en riesgo para evitar que sus elevados niveles de sintomatología deriven en un episodio de depresión mayor. De esta manera, se ahorrarían los importantes costes personales, familiares, sociales y económicos derivados de la sintomatología subsindrómica y de los trastornos depresivos. En esta línea, se necesitan adecuar las intervenciones preventivas a las características de los cuidadores. Para ello, el diseño de programas telefónicos como el del presente estudio, aumentan la accesibilidad de los servicios psicológicos a esta población, eliminando barreras que impiden recibir ayuda en formatos presenciales. Su brevedad satisface la necesidad de que las intervenciones no supongan un coste de tiempo imposible de asumir por los cuidadores. Un programa breve, grupal y telefónico puede resultar práctico y eficiente en el sistema social y sanitario de nuestro país. Ahorra costes de desplazamiento no solo a los destinatarios, sino también a los profesionales. A esto se añade que las intervenciones grupales permiten tratar a un mayor número de sujetos en el mismo tiempo. Asimismo, su enfoque preventivo también aporta ventajas adicionales ya que las acciones de prevención indicada pueden resultar más coste-efectivas que los tratamientos clínicos de la depresión, como demuestra el estudio de Smit et al. (2006).

Este trabajo supone un primer acercamiento a la investigación de programas telefónicos breves y grupales dirigidos a prevenir la sintomatología depresiva en cuidadores que están en riesgo de sufrir depresión. Los resultados animan a la realización de un ensayo clínico controlado aleatorizado, que investigue la eficacia de la intervención preventiva y la identificación de los componentes del modelo en el que se basa la intervención.

VI. CONCLUSIONES

Considerando los resultados hallados en este estudio, como conclusiones más relevantes del mismo cabe señalar las siguientes:

- Los cuidadores que recibieron esta intervención psicológica breve de prevención indicada de la depresión experimentaron una reducción estadísticamente significativa de su sintomatología depresiva tras la intervención, que continuó disminuyendo hasta el seguimiento a 3 meses.

- Un porcentaje significativamente elevado de participantes tras recibir la intervención (82.0%) redujo notablemente el riesgo de desarrollar una depresión clínica. La disminución del riesgo continuó siendo elevada en los seguimientos, aunque con un ligero descenso, alcanzando una proporción de sujetos sin riesgo de depresión del 80.3% en el seguimiento a 3 meses.

- Solo uno de los participantes cumplía los criterios diagnósticos para un episodio de depresión mayor tras la intervención. En el seguimiento a 1 mes, se detectó un participante con depresión. La incidencia de la depresión a los 3 meses fue del 3.3%.

- La intervención actuó eficazmente sobre las variables del modelo teórico en que se basa. En concreto se encontró un aumento estadísticamente significativo del grado de reforzamiento ambiental positivo tras la intervención. Los pensamientos automáticos negativos experimentaron una reducción estadísticamente significativa tras el programa telefónico.

- El grado de reforzamiento ambiental positivo correlacionó significativamente con la sintomatología depresiva posintervención. La dirección de esta relación fue negativa, es decir, aquellas participantes que obtenían un mayor reforzamiento positivo de su medio presentaban niveles más bajos de sintomatología depresiva. Del mismo modo, la frecuencia de los pensamientos negativos correlacionó significativamente con la sintomatología depresiva posintervención. En este caso, la dirección de la relación fue positiva, es decir, aquellos participantes que tenían una menor frecuencia de pensamientos automáticos negativos presentaban niveles más bajos de sintomatología depresiva.

- El análisis de los predictores de la intervención reflejaron que los participantes que presentaban menores niveles de sintomatología depresiva preintervención obtuvieron mejores resultados en la evaluación posintervención.

- El programa tuvo una buena acogida por parte de los participantes. Solo se produjo un abandono de la intervención (1.6%). La adherencia a la intervención fue elevada y los participantes revelaron sentirse muy satisfechos con el programa telefónico.

- En definitiva, lo hallado en este estudio avala la viabilidad del programa cognitivo conductual de prevención de la depresión breve en formato grupal administrado por teléfono. Se recomienda la realización de un ensayo clínico aleatorizado a gran escala en el que se evalúe la eficacia de dicho programa. De esta manera, se avanzará en los conocimientos de los programas de prevención a la hora de reducir la incidencia y recurrencia de los trastornos depresivos, con formatos de aplicación a través de las tecnologías que aumenten su accesibilidad a poblaciones que cuentan con numerosas barreras de cara a recibir ayuda en formatos presenciales, como la del presente estudio.

VII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. Recuperado de http://www.apapracticecentral.org/ce/guidelines/telepsychology-guidelines.pdf?_ga=1.14771633.666676754.1458039250
- Armento, M. E. y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity and reliability. *Behavior therapy*, 38, 107-119.
- Attkisson, C. C. y Greenfield, T. K. (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3ª ed., Vol. 3, pp. 799-811). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P. y López, A. M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56, 44-53.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16, 95-107.
- Barrera, A. Z., Torres, L. D. y Muñoz, R. F. (2007). Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 19, 655-670. doi:10.1080/09540260701797894
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II Manual*. San Antonio, Texas: Harcourt Brace & Co.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Bergman-Evans, B. (1994). A health profile of spousal Alzheimer's caregivers: Depression and physical health characteristics. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32, 25-30.

- Bilich, L. L., Deane, F. P., Phipps, A. B., Barisic, M. y Gould, G. (2008). Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 61-74. doi: 10.1002/cpp.562
- Bombardier, C. H., Bell, K. R., Temkin, N. R., Fann, J. R., Hoffman, J. y Dikmen, S. (2009). The efficacy of scheduled telephone intervention for ameliorating depressive symptoms during the first year after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24, 230-238. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181ad65f0
- Bombardier, C. H., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Wadhvani, R., Sullivan, M. D., Rosenberg, D. E., ... Kraft, G. H. (2013). Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 89-99. doi: 10.1037/a0031242
- Brenes, G. A., Ingram, C. W. y Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology, Research and Practice*, 42, 543-549. doi: 10.1037/a0026135
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Corruble, E., Swatz, H. A., Bottai, T., Vaiva, G., Bayle, F., Llorca, P., ... Gorwood, P. (2015). Telephone-administered psychotherapy in combination with antidepressant medication for the acute treatment of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 190, 6-11. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.052
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Cuijpers, P. (1998). A psycho-educational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behavior Therapy*, 29, 521-533. doi:10.1016/S0005-7894(98)80047-6

- Cuijpers, P., Muñoz, R., Clarke, G. y Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “Coping with Depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449–458. doi:10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. y Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07091422
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Reisman, H. M., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., ... Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338. doi: 10.1136/bmj.a3064
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual* (3^a ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. y Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist: A measure of primary symptom dimensions. En P. Pichot (Ed.), *Psychological measurements in psychopharmacology: Problems in psychopharmacology* (pp. 79-110). Basel, Suiza: Karger-man.
- Dietrich, A. J., Oxman, T. E., Williams, J. W., Schulberg, H., Bruce, M. L., Lee, P. W., ... Nutting, P. A. (2004). Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329. doi:10.1136/bmj.38219.481250.55
- Domenéch, J. M. y Navarro, J. B. (2006). *Regresión lineal múltiple con predictores cuantitativos y categóricos*. Barcelona: Signo.
- Ehlers, C. L., Frank, E. y Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of general Psychiatry*, 45, 948-952. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800340076012
- Fann, J. R., Bombardier, C. H., Vannoy, S., Dyer, J., Ludman, E., Dikmen, S., ... Temkin, N. (2015). Telephone and in-person cognitive behavioral therapy for major depression after traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Journal of Neurotrauma*, 32, 45-57. doi: 10.1089/neu.2014.3423

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-VC)*. Barcelona: Masson. (Original publicado en 1997).
- Gellis, Z. D., Kenaley, B. L. y Ten Have, T. (2014). Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: The integrated telehealth education and activation of mood (I-TEAM) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 889-895. doi: 10.1111/jgs.12776
- Halfin, A. (2007). Depression: The benefits of early and appropriate treatment. *The American Journal of Managed Care*, 13, S92-S97.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hare, D. L. y Davis, C. R. (1996). Cardiac Depression Scale: Validation of a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 379-386.
- Heckman, T. G., Heckman, B. D., Anderson, T., Lovejoy, T. I., Mohr, D., Sutton, M., ... Gau, J. T. (2013). Supportive-expressive and coping group teletherapies for HIV-infected older adults: A randomized clinical trial. *AIDS Behavior*, 17, 3034-3044. doi: 10.1007/s10461-013-0441-0.
- Higgins, J. y Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Hoboken NJ: John Wiley & Sons.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P. y Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journal of gerontology. Series A, biological sciences and medical sciences*, 64, 873-9. doi:10.1093/gerona/glp034
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395. doi:10.1007/BF01178214
- Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., ... Sommer, D. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: Promoting innovation and increasing access. *Society*

of Biological Psychiatry, 52, 610-630. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01384-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01384-7)

Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., ... Salzer, M. (2000). Efficacy of nurse telehealthcare and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. y Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397. doi: 10.1192/bjp.183.5.384

Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 313-359). Nueva York: Academic Press.

Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R. y Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109, 345-351. doi: 10.1037//0021-843X.109.2.345

López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.

- López, J. y Crespo, M. (2008). Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging and Mental Health*, 12, 451-461. doi: 10.1080/13607860802224292
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M. y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Lynch, D. J., Tamburrino, M. B. y Nagel, R. (1997). Telephone counseling for patients with minor depression: Preliminary findings in a family practice setting. *The Journal of Family Practice*, 44, 293-298.
- Lynch, D. J., Tamburrino, M., Nagel, R. y Smith, M. K. (2004). Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. *Psychological Reports*, 94, 785-792.
- McNair, D. M., Lorr, M. y Droppleman, L. F. (1981). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: EDITS.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E. y Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404-409. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.404
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., ... Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1007-1014. doi:10.1001/archpsyc.62.9.1007
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., ... Siddique, J. (2012). Effect of telephone-administered vs. face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 307, 2278-2285. doi:10.1001/jama.2012.5588
- Mohr, D. C., Likosky, W., Bertagnolli, A., Goodkin, D. E., van der Wende, J., Dwyer, P., ... Dick, L. P. (2000). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 356-361. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.356>

- Muñoz, R. F. y Ying, Y. W. (1993). *The prevention of depression*. San Francisco: The Johns Hopkins University Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Ngai, F. W., Wong, P. W., Leung, K. Y., Chau, P. H. y Chung, K. F. (2015). The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84 , 294-303. doi: 10.1159/000430449
- O'Neil, A., Taylor, B., Sanderson, K., Cyril, S., Chan, B., Hawkes, A. L., ... Oldenburg, B. (2014). Efficacy and feasibility of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: Results of the "MoodCare" randomized controlled trial. *Annals of behavioral medicine*, 48, 163-174. doi: 10.1007/s12160-014-9592-0
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004a). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004b). *Gender in mental health research*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592532.pdf>
- Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V. y Vázquez, F. L. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 1401-1412. doi: 10.1017/S0033291714002505
- Pickett, Y. R., Kennedy, G. J., Freeman, K., Cummings, J. y Woolis, W. (2014). The effect of telephone-facilitated depression care on older, medically ill patients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 41. doi: 10.1007/s11414-013-9327-1
- Piette, J. D., Richardson, C., Himle, J., Duffy, S., Torres, T., Vogel, M., ... Valestein, M. (2011). A randomized trial of telephone counseling plus walking for depressed

- diabetes patients. *Medical Care*, 49, 641-648. doi: 10.1097/MLR.0b013e318215d0c9
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Rivera, P., Elliot, T. R., Berry, J. W., Grant, J. S. y Oswald, K. (2007). Predictors of caregiver depression among community-residing families living with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 22, 3-8.
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., LeMenager, M. S., Mazumdar, S., Houck, P., Counihan, P. J., Reynolds, C. F. (2009). Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 302, 2095-2103. doi: 10.1001/jama.2009.1670
- Roth, D. L., Fredman, L. y Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *The Gerontologist*, 55, 309-319. doi:10.1093/geront/gnu177
- Rozario, P. A. y Menon, N. (2010). An examination of the measurement adequacy of the CES-D among African American women family caregivers. *Psychiatry Research*, 179, 107-112. doi: 10.1016/j.psychres.2010.06.022
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., ... Keller, M. B. (2003). The 16-item quick-inventory for depressive symptomatology (QIDS), clinical rating (QIDS-C) and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54, 573-583. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01866-8
- Schulz, R. y Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing*, 108, 23-27. doi:10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B. y Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 935-942. doi:10.1001/jama.292.8.93

- Smit, F., Willemse, G., Koopmaschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P. y Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. Randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 330-336. doi:10.1192/bjp.188.4.330
- Stein, M. D., Herman, D. S., Bishop, D., Anderson, B. J., Trisvan, E., López, R.,... Miller, I. (2007). A telephone-based intervention for depression in HIV patients: Negative results from a randomized clinical trial. *AIDS and Behavior*, *11*, 15-23.
- Torres, A., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P. y Hermida, E. (2015) Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, *226*, 333-339. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.066
- Tuithof, M., ten Have, M., van Dorsselaer, S. y de Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: Target groups for prevention. *BioMedCentral Psychiatry*, *15*, 1-8. doi 10.1186/s12888-015-0406-0
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *37*, 49-53.
- van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F. 3^o, Beekman, A. T. y Cuijpers, P. (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: A meta-analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, *43*, 318-329. doi:10.1093/ije/dyt175
- Vázquez, F. L. y Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, *18*, 221-246.
- Vázquez, F. L., Blanco, V. y López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatric Research*, *149*, 247-252. doi:10.1016/j.psychres.2006.03.004
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo conductual en cuidadores con síntomas depresivos elevados. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *22*, 79-96.

- Vázquez, F. L., Otero, P., Blanco, V. y Torres, A. (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión: una breve guía práctica en grupo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., López, M. y Blanco, V. (2010). *Programa de prevención de la depresión para cuidadores informales de personas en situación de dependencia. Aprendiendo a manejar nuestras acciones y pensamientos*. Santiago de Compostela: Tórculo.
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O. y Ferraces, M. J. (2016). Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of a brief cognitive-behavioral depression prevention intervention for caregivers with elevated depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jagp.2016.02.050
- Vázquez, F. L., Torres, A. y Otero, P. (2009). *CSQ-8 Castilian (TMS.047)*. Recuperado de <http://www.CSQscales.com>
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T. L. y Leirer, V. O. (1983). Development and validation of the geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de las características del cuidador

Este inventario consta de una serie de ítems relativos a sus características sociodemográficas y relacionadas con el cuidado de su familiar. Esta información es muy relevante para nosotros, pues nos permitirá ajustar las intervenciones a sus necesidades concretas, ayudándoles más eficazmente a proporcionarles un mejor apoyo psicológico. Por favor, lea cuidadosamente los ítems y responda rodeando con un círculo la alternativa más adecuada en cada caso.

P1. Sexo:

1. Hombre.
2. Mujer.

P2. ¿Qué edad tiene?: _____**P3. ¿Cuál es su estado civil?**

1. Con pareja
2. Sin pareja

P4. ¿A qué clase social diría que pertenece su familia?

1. Baja/ Media-baja
2. Media/Media-alta/alta

P5. ¿Cuáles son los estudios más altos que ha completado hasta la actualidad?

1. Sabe leer y escribir/ primarios (EGB, FPI o equivalente)
2. Secundarios (bachillerato, FPII o equivalente)/ superiores (universitarios)

P6. ¿Cuál es su actividad principal?

1. Tareas domésticas
2. Otras (jubilado/trabajador/en paro)

P7. ¿Cuál es el sexo de la persona que cuida?

1. Hombre
2. Mujer

P8. ¿Cuál es la edad de esa persona? _____**P9. ¿Cuál es su parentesco con la persona a la que cuida?**

1. Padre/madre
2. Hija/hijo
3. Otros (otros familiares/cónyuge/ otros no familiares)

P10. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a esa persona? (especificar en días, semanas, meses o años)

P11. ¿Cuántas horas dedica diariamente al cuidado? _____

Anexo 2: Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Las siguientes frases describen maneras en que usted se podría haber sentido. Por favor, rodee con un círculo la opción que indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera **DURANTE LA SEMANA PASADA**: raramente o ninguna vez (**0**); alguna o pocas veces (**1**); ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (**2**); la mayor parte o todo el tiempo (**3**).

	Raramente o ninguna vez (Menos de 1 día)	Alguna o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Me sentí molesto/a por cosas que habitualmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No me apetecía comer, tuve poco apetito.	0	1	2	3
3. Sentí que no podía quitarme de encima la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.	0	1	2	3
4. Sentí que era tan bueno/a como cualquier otra persona.	0	1	2	3
5. Tuve dificultad en concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
7. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Me sentí optimista respecto al futuro.	0	1	2	3
9. Sentí que mi vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
10. Me sentí con miedo.	0	1	2	3
11. Mi sueño fue inquieto.	0	1	2	3
12. Estuve contento/a.	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo habitual.	0	1	2	3
14. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
15. La gente no fue amistosa.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando.	0	1	2	3
18. Me sentí triste.	0	1	2	3
19. Sentía que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tuve ganas de hacer nada.	0	1	2	3

Anexo 3: Entrevista clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, versión Clínica (SCID-CV)

<p>MÓDULO DEL ESTADO DE ÁNIMO</p> <p>EPISODIOS AFECTIVOS</p> <p>CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO</p> <p>MAYOR</p>		<p>Inicio del episodio: _____</p> <p>Comprobar si es:</p> <p>actual _____</p> <p>anterior _____</p> <p>si es anterior,</p> <p>compensación: _____</p>
<p>A. Cinco (o más) síntomas durante un período de 2 semanas... uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer</p>		
(1) estado de ánimo depresivo <i>Notas:</i>	? - +	A1
(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer <i>Notas:</i>	? - +	A2
(3) pérdida / aumento de peso; apetito reducido / aumentado <i>Notas:</i>	? - +	A3
(4) insomnio o hipersomnia <i>Notas:</i>	? - +	A4
(5) agitación o enlentecimiento psicomotores <i>Notas:</i>	? - +	A5
(6) fatiga o pérdida de energía <i>Notas:</i>	? - +	A6
(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados <i>Notas:</i>	? - +	A7
(8) disminución de la capacidad de pensar o concentrarse <i>Notas:</i>	? - +	A8
(9) pensamientos de muerte; ideación, intento o plan suicidas <i>Notas:</i>	? - +	A9
COMO MÍNIMO CINCO DE A(1) A A(9) SON CODIFICADOS “+” Y COMO MÍNIMO UNO DE ELLOS ES A(1) O A(2)	? - +	A10
C. Deterioro o malestar clínicamente significativos <i>Notas:</i>	? - +	A11
D. No debido a una sustancia o a una enfermedad médica (v. pág. 24) <i>ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación negativa.</i>	? - +	A12
E. No se explica mejor por un duelo. <i>ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación negativa.</i>	? - +	A13
LOS CRITERIOS A, C, D Y E SON CODIFICADOS “+” Marcar aquí _____ si los criterios se han cumplido durante el último mes.	+	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>Episodio depresivo mayor</p> </div>

Anexo 4: Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-N)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que las personas experimentan en ocasiones. Léalos atentamente y decida con qué frecuencia ha tenido cada uno de estos pensamientos u otros similares en la **ÚLTIMA SEMANA**, rodeando con un círculo el número que corresponda en función de las siguientes categorías:

1	2	3	4	5
Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre

1. Me siento como enfrentado al mundo	1	2	3	4	5
2. No soy bueno	1	2	3	4	5
3. ¿Por qué no puedo tener éxito nunca?	1	2	3	4	5
4. Nadie me entiende	1	2	3	4	5
5. He decepcionado a la gente	1	2	3	4	5
6. Pienso que no puedo seguir	1	2	3	4	5
7. ¡Ojalá fuese una persona mejor!	1	2	3	4	5
8. ¡Soy tan débil!	1	2	3	4	5
9. Mi vida no lleva el rumbo que deseo	1	2	3	4	5
10. Estoy decepcionado de mí mismo	1	2	3	4	5
11. Nada será bueno jamás	1	2	3	4	5
12. Ya no puedo soportarlo más	1	2	3	4	5
13. No consigo ponerme en marcha	1	2	3	4	5
14. ¿Qué falla en mí?	1	2	3	4	5
15. ¡Ojalá estuviese en otro sitio!	1	2	3	4	5
16. No consigo que las cosas encajen	1	2	3	4	5
17. Me odio a mí mismo	1	2	3	4	5
18. No valgo nada	1	2	3	4	5
19. ¡Ojalá pudiese desaparecer!	1	2	3	4	5
20. ¿Qué me está pasando?	1	2	3	4	5
21. Soy un perdedor	1	2	3	4	5
22. Mi vida es una porquería	1	2	3	4	5
23. Soy un fracaso	1	2	3	4	5
24. Nunca lo conseguiré	1	2	3	4	5
25. ¡Me siento tan indefenso!	1	2	3	4	5
26. Algo tiene que cambiar	1	2	3	4	5
27. Debe estar pasándome algo malo	1	2	3	4	5
28. Mi futuro está crudo	1	2	3	4	5
29. Realmente no vale la pena	1	2	3	4	5
30. No puedo acabar nada	1	2	3	4	5

Anexo 5: Cuestionario de Reforzamiento Ambiental (EROS)

Por favor, lea con atención cada frase y rodee con un círculo el número que mejor refleje su situación *durante las ÚLTIMAS SEMANAS*:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables	1	2	3	4
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz	1	2	3	4
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo	1	2	3	4
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida	1	2	3	4
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas	1	2	3	4
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban	1	2	3	4
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen	1	2	3	4
8. Estoy satisfecho con mis logros	1	2	3	4
9. Mi vida es aburrida	1	2	3	4
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	1	2	3	4

