

## **EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL EN CUIDADORAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS ELEVADOS**

Fernando L. Vázquez, Elisabet Hermida, Ángela Torres,  
Patricia Otero, Vanessa Blanco y Olga Díaz  
*Universidad de Santiago de Compostela (España)*

### **Resumen**

En este estudio se evaluaron los efectos de una intervención breve de prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales. 170 participantes ( $M_{\text{edad}} = 55,1$  años;  $DT = 9,0$ ) con síntomas depresivos elevados se asignaron al azar a un grupo que recibió una intervención cognitivo-conductual ( $n = 88$ ) o a un grupo control de atención habitual ( $n = 82$ ). La intervención se aplicó en cinco sesiones semanales de 90 minutos cada una, en grupos de 4-5 participantes. El análisis de resultados mostró la existencia de diferencias significativas entre el grupo de intervención frente al control en la incidencia de depresión (1,1% vs. 12,2%), en la reducción de los síntomas depresivos, donde además el tamaño del efecto fue grande ( $d = 1,05$ ) y en la mejoría clínica (70,5% vs. 24,4%). Asimismo, se produjeron cambios significativos en el malestar emocional a favor del grupo de intervención. Los resultados indican la eficacia de la intervención cognitivo-conductual breve para la prevención de la depresión en los cuidadores no profesionales.

**PALABRAS CLAVE:** *depresión, cuidador no profesional, prevención, intervención cognitivo-conductual.*

### **Abstract**

In this study the effects of a brief intervention for the prevention of depression in nonprofessional caregivers were evaluated. 170 participants ( $M_{\text{age}} = 55.1$  years,  $SD = 9.0$ ) with high depressive symptoms were randomized to either a group receiving a cognitive-behavioral intervention ( $n = 88$ ) or a usual care control group ( $n = 82$ ). The intervention was implemented in five weekly 90 minutes sessions, in groups of 4-5 participants. The analysis of results showed the existence of significant differences between the intervention and the control group in incidence of depression (1.1% vs. 12.2%), decrease of depressive

---

Este estudio ha sido financiado a través del Proyecto 2007/PN017 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Nuestro agradecimiento por su colaboración en la realización del estudio a la Secretaría Xeral de Política Social, Unidad Técnica de Coordinación de Dependencia, Consellería de Trabajo e Benestar, Xunta de Galicia.

*Correspondencia:* Fernando L. Vázquez, Dpto. de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, 15782 Santiago de Compostela (España). E-mail: fernandolino.vazquez@usc.es

symptoms, which had a large effect size ( $d= 1.05$ ), and clinically significant improvement (70.5% vs. 24.4%). Moreover, significant changes in emotional distress in favor of the intervention group occurred. The results suggest the efficacy of the brief cognitive-behavioral intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers.

KEY WORDS: *depression, nonprofessional caregiver, prevention, cognitive-behavioral intervention.*

## Introducción

En el pasado siglo se han producido grandes descubrimientos y avances en materia de higiene, nutrición, tecnología médica y conquistas sociales que han llevado a una disminución de la mortalidad y a un aumento de la esperanza de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Pero, paralelamente, también ha aumentado el número de personas en situación de dependencia, tanto asociada al envejecimiento de la población, como al aumento de las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y por las consecuencias de la siniestralidad vial y laboral (Arriba y Moreno, 2009). En España se estima que en la actualidad en torno a un 8,5% de la población presenta alguna discapacidad o limitación para realizar las actividades de la vida diaria y alrededor de un 4,8% no pueden valerse por sí mismas y dependen de la ayuda de otra persona (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2008).

Estas personas en situación de dependencia son asistidas mayoritariamente por cuidadores no profesionales, que suelen ser miembros cercanos de la familia, en su mayoría mujeres (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2005). Los cuidadores desempeñan un papel fundamental en el bienestar y supervivencia de las personas en situación de dependencia y son clave para su mantenimiento en el entorno comunitario; por lo que representan un recurso fundamental para las políticas públicas (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight, 2007). Sin embargo, las personas que asumen el rol de cuidador pueden ver comprometida seriamente su salud mental como consecuencia de la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente. De hecho, los cuidadores experimentan con frecuencia problemas emocionales e incluso trastornos psicopatológicos (Pinquart y Sörensen, 2003; Sörensen, Duberstein, Gill y Pinquart, 2006), entre los que ocupa un papel predominante la depresión. Cuijpers (2005), en una revisión sistemática sobre los trastornos depresivos en cuidadores no profesionales de personas con demencia, encontró que el riesgo de experimentar un trastorno depresivo en los cuidadores es de 2,8 a 38,7 veces mayor que para los no cuidadores.

Ante el riesgo de desarrollar depresión al que están expuestos los cuidadores no profesionales y las enormes consecuencias de la depresión sobre la salud (Wang y Kessler, 2006) y la calidad del cuidado prestado (Williamson y Shafer, 2001), parece fundamental que los cuidadores reciban intervenciones preventivas. Especialmente en el caso de las mujeres cuidadoras, ya que el riesgo de desarrollar depresión es mayor en las mujeres que en los hombres (OMS, 2004; Seedat *et al.*, 2009). Estas intervenciones ofrecen resultados esperanzadores, pues revisiones y

metanálisis previos (p. ej., Barrera, Torres y Muñoz, 2007; Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos y Beekman, 2008; Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010) han demostrado la eficacia de la prevención de la depresión en distintas poblaciones. Dentro de los distintos niveles de prevención existentes, en los últimos 20 años han despertado un enorme interés las intervenciones de prevención indicada de la depresión, que se centran en aquellas personas que ya manifiestan síntomas pero que todavía no han desarrollado un episodio clínico (*Institute of Medicine [IOM], 1994; National Research Council and Institute of Medicine, 2009*). Este tipo de intervenciones, han mostrado un mayor impacto con menor esfuerzo que otro tipo de intervenciones preventivas como la prevención selectiva (Schoevers *et al.*, 2006), probablemente, porque la selección de los participantes en la prevención indicada se realiza en base a la presencia de sintomatología depresiva subclínica, que es uno de los principales predictores para el desarrollo de un trastorno depresivo mayor, llegando a triplicar su incidencia frente a la de sujetos sin síntomas (Cuijpers, Smit y Willemse, 2005).

Sin embargo, aunque hay un número importante de estudios realizados con cuidadores no profesionales en los que se han evaluado distintas intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar su bienestar emocional (Brodsky, Green y Koschera, 2003; Goy, Kansagara y Freeman, 2010; Pinquart y Sörensen, 2006; Sörensen *et al.*, 2006; Vázquez y Otero, 2009), sólo un ensayo aleatorizado controlado (Vázquez *et al.*, 2013) se ha centrado en la prevención indicada de la depresión en cuidadores, pero en él se evaluó una intervención de solución de problemas, en la que se enseñaba a las cuidadoras a mantener una orientación positiva hacia los problemas, definirlos adecuadamente, establecer metas, generar soluciones alternativas, tomar decisiones para solventarlos y planificar la puesta en marcha de la solución elegida.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual de prevención indicada de la depresión dirigida a cuidadoras no profesionales.

## **Método**

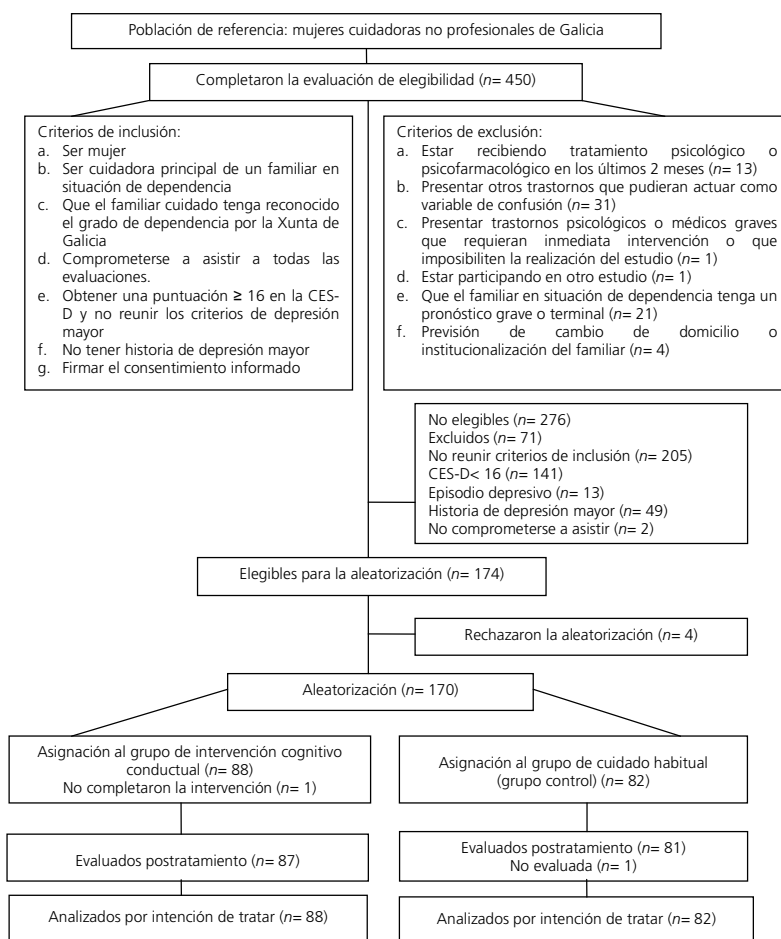
### *Participantes*

La muestra del estudio se obtuvo del registro oficial de cuidadores no profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia que posee la Xunta de Galicia, quien facilitó el contacto con la muestra informando a las cuidadoras por teléfono o por carta de la puesta en marcha del estudio y citándolas a una reunión con el equipo investigador.

Las participantes debían ser cuidadoras principales de una persona en situación de dependencia debido a diferentes patologías, oficialmente reconocidas como tales por las instituciones públicas, presentar una puntuación igual o superior a 16 en la "Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos" (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D; Radloff, 1977*) versión española de Vázquez, Blanco y López (2007), no tener historia de depresión mayor y no cumplir los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor (figura 1). Se excluyeron aquellas participantes que en los últimos

dos meses estuvieran recibiendo un tratamiento psiquiátrico o psicológico que pudiese interferir con la intervención, que presentasen otros trastornos que pudieran actuar como variable de confusión (distimia, trastornos bipolares I y II, ciclotimia, anorexia, trastornos psicóticos, dependencia de alcohol u otras sustancias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de somatización, hipocondría, trastorno somatomorfo indiferenciado), que presentaran condiciones psicológicas o médicas que requirieran intervención inmediata (ideación suicida) o imposibilitaran la realización del estudio (deficiencia mental, deterioro cognitivo significativo, deficiencia auditiva severa), que estuvieran participando en otro estudio, que previesen un cambio de domicilio o la institucionalización del familiar, o que la cuidadora tuviera conocimiento de un pronóstico grave o terminal de su familiar indicado por el médico de éste.

**Figura 1**  
Diagrama de flujo de las fases del estudio



**Tabla 1**  
Características sociodemográficas y de la situación de cuidado en la línea base

Variables	Total		Intervención		Control		$t/\chi^2$	$p$
	$N= 170$	%	$n= 88$	%	$n= 82$	%		
Edad								
<i>M</i>	55,1	--	55,7	--	54,5	--	0,81	0,42
<i>DT</i>	9,0	--	9,7	--	8,2	--		
Estado civil								
Sin pareja	39	22,9	23	26,1	16	19,5	1,05	0,31
Con pareja	131	77,1	65	73,9	66	80,5		
Clase social								
Baja/media-baja	97	57,1	52	59,1	45	54,9	0,31	0,58
Media/media-alta	73	42,9	36	40,9	37	45,1		
Nivel de estudios								
Sin estudios/lee y escribe	44	25,8	25	28,4	19	23,2	0,66	0,72
Primarios	105	61,8	52	59,1	53	64,6		
Secundarios/universitarios	21	12,4	11	12,5	10	12,2		
Actividad principal								
Tareas domésticas	129	75,9	66	75,0	63	76,8	0,08	0,78
Otras	41	24,1	22	25,0	19	23,2		
Familiar que cuida								
Pareja	19	11,2	12	13,6	7	8,5	1,67	0,43
Padre/madre	84	49,4	40	45,5	44	53,7		
Otros familiares	67	39,4	36	40,9	31	37,8		
Edad de la persona cuidada								
<i>M</i>	80,4	--	80,4	--	80,4	--	0,01	0,99
<i>DT</i>	17,7	--	17,8	--	17,7	--		
Sexo de la persona cuidada								
Hombre	45	26,5	26	29,5	19	23,2	0,89	0,35
Mujer	125	73,5	62	70,5	63	76,8		
Horas diarias dedicadas al cuidado								
<i>M</i>	17,0	--	16,8	--	17,3	--	1,16	0,25
<i>DT</i>	2,9	--	3,5	--	2,2	--		
Tiempo cuidando (años)								
<i>M</i>	10,1	--	9,8	--	10,5	--	0,61	0,54
<i>DT</i>	6,9	--	6,9	--	7,0	--		

Se evaluaron a 450 cuidadoras para participar en el estudio, 174 reunieron los criterios de elegibilidad y de éstas 4 rehusaron participar por no tener a nadie que cuidara a su familiar dependiente en su ausencia, falta de tiempo, porque el horario de las intervenciones coincidía con su horario de trabajo o por falta de interés por la intervención. La muestra quedó formada por 170 participantes que fueron asignadas al azar, por un profesional de la estadística ajeno al estudio, a un grupo de intervención cognitivo conductual ( $n= 88$ ) o a un grupo control de atención habitual ( $n= 82$ ). En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y de la situación de cuidado de la muestra total y de cada

grupo. La participación de las mujeres fue voluntaria, sin incentivos de ningún tipo y firmaron un consentimiento informado.

### *Instrumentos*

Para la evaluación de las participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

- “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, versión clínica” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version, SCID-CV*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Esta entrevista se utilizó para realizar los diagnósticos de episodio depresivo mayor y otros trastornos clínicos del eje I del DSM-IV. Se trata de una entrevista semiestructurada que proporciona diagnósticos del DSM-IV y debe ser administrada por un clínico. Está compuesta por seis módulos: episodios afectivos, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad y otros trastornos. La SCID-CV presenta una buena fiabilidad test-retest y una adecuada fiabilidad para pacientes psiquiátricos (índice kappa= 0,61).
- “Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*; Radloff, 1977) versión española de Vázquez *et al.* (2007). Esta escala de 20 ítems es autoadministrada y evalúa síntomas depresivos. La persona evalúa cada ítem en función de la frecuencia en que lo ha experimentado en la última semana y lo hace según una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta que va de 0 (raramente o ninguna vez) a 3 (la mayor parte del tiempo). La puntuación total oscila entre 0 y 60, donde una mayor puntuación corresponde a una mayor sintomatología depresiva. La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de la escala oscila entre 0,85 y 0,90, siendo de 0,89 para la versión española (Vázquez *et al.*, 2007). En este estudio se halló un  $\alpha$  de Cronbach de 0,89.
- “Cuestionario de salud general de Goldberg” (*General Health Questionnaire, GHQ-28*; Goldberg y Hillier, 1979) versión española de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este cuestionario se utilizó para evaluar el malestar emocional de las cuidadoras. El GHQ contiene 28 ítems divididos en cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) de siete ítems cada una con cuatro opciones de respuesta. El rango de puntuación total oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor malestar. La consistencia interna de este cuestionario ( $\alpha$  de Cronbach) es de 0,97 (Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas y Sánchez-Barrera, 2002).
- “Entrevista de sobrecarga del cuidador” (*Caregiver Burden Interview, CBI*; Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). La CBI se utilizó para evaluar la sobrecarga. Consta de 22 ítems que son evaluados en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 0 (nunca) a 4 (casi siempre). El rango de la puntuación total va de 0 a 88, existiendo una relación directa entre la puntuación y la sobrecarga experimentada por el cuidador. Se realizó

una traducción al español siguiendo las directrices de Guillemín, Bombardier y Beaton (1993), entre las que se incluye el método de traducción retrotraducción. Diversos estudios que han utilizado este instrumento informaron de una consistencia interna entre 0,79 y 0,92 (Neary, 1993), siendo para este trabajo de 0,82.

### *Procedimiento*

Una vez realizada la asignación al azar de las cuidadoras al grupo de intervención cognitivo conductual o al grupo control de atención habitual se aplicaron las intervenciones correspondientes. El grupo de intervención cognitivo conductual recibió una intervención breve de cinco sesiones para aplicar en grupo basada en el modelo integrador multifactorial de la depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985). En la primera sesión se trataba el concepto de depresión, haciendo hincapié en la necesidad de un afrontamiento activo de los síntomas depresivos y se realizaba un entrenamiento en una estrategia de control de la activación (técnica de control de la respiración). En la segunda sesión se trataba cómo afectan las actividades al estado de ánimo, se planteaban los pasos destinados a incrementarlas y se planificaba su introducción en la vida de las participantes. En la tercera sesión se trataba cómo los pensamientos afectan al estado de ánimo y al comportamiento, se entrenaba en la práctica de diversas técnicas para ganar control sobre sus pensamientos (balance de pensamientos, manejo humorístico de las pequeñas preocupaciones, técnica del doble parámetro, logros y cualidades de uno mismo) y se introdujo el autorrefuerzo. En la cuarta sesión se trataba cómo los contactos con otras personas afectan al estado de ánimo y se les entrenaba para mejorar en esta área mediante la mejora de la actitud propia frente a los demás, el estilo de comunicación asertivo y estrategias para incrementar sus contactos sociales. La quinta sesión se destinaba a afianzar y mantener los progresos conseguidos y a analizar las posibles dificultades que pudieran aparecer en el futuro y cómo abordarlas. Todas las semanas se programaron tareas para casa destinadas a generalizar las cuestiones trabajadas durante las sesiones.

La intervención se aplicó a razón de una sesión por semana, en sesiones de una hora y 30 minutos, en grupos de aproximadamente cinco participantes. La media de asistencia a las sesiones en el total de las participantes tratadas fue de 4,2 sesiones ( $DT= 1,1$ ). Se realizaron 16 grupos de cinco participantes y dos grupos de cuatro participantes. Tres psicólogas con experiencia clínica de entre dos y seis años que habían recibido 35 horas de entrenamiento teórico-práctico para la aplicación de esta intervención, implementaron las intervenciones en centros próximos a los domicilios de las participantes. Dos clínicos con más de 17 años de experiencia en este tipo de intervenciones realizaron el entrenamiento, observaron la grabación de las sesiones y supervisaron semanalmente a las terapeutas.

Las personas asignadas al grupo de atención habitual no recibieron ninguna intervención ni material, pero no se les restringió el acceso a la atención habitual que buscasen para tratar su sintomatología depresiva en su comunidad, fuese ésta psicológica, médica o en servicios sociales.

Dos participantes abandonaron el estudio (una no completó la intervención cognitivo conductual y otra no asistió a la evaluación final en el grupo de atención habitual). Los motivos aducidos en los casos de abandono fueron un empeoramiento de la salud de la propia cuidadora y falta de tiempo.

Psicólogos entrenados por un clínico experimentado, ajenos al personal investigador y que desconocían las condiciones a las que fueron asignadas las participantes, realizaron las evaluaciones pre y postratamiento (a las cinco semanas).

### *Análisis de datos*

Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 18.0 del programa estadístico SPSS y la versión 2.15 del programa *R Development Core Team*. Para analizar la homogeneidad de las muestras de ambas condiciones en las variables categóricas de la línea base se utilizó la chi-cuadrado (o test exacto de Fisher con valores esperados menores que 5) y con las variables continuas la prueba *t* de Student para dos muestras independientes. Los análisis se realizaron de acuerdo con el principio de intención de tratar. Todas las participantes se analizaron en el grupo al que fueron asignadas al azar; se adoptó el criterio más conservador considerando los abandonos como fracaso, reemplazando las puntuaciones perdidas por las puntuaciones pretratamiento, y con respecto al episodio depresivo mayor se consideró el peor escenario posible (que se desencadenó una depresión clínica).

La comparación de la incidencia de la depresión (aparición de nuevos casos de depresión) entre el grupo de intervención y el grupo control fue analizada utilizando el test exacto de Fisher.

De acuerdo a las fórmulas propuestas por Guyatt, Sackett y Cook (1994), se realizó el cálculo del número necesario a tratar (NNT) para evitar una depresión:

$$\text{NNT} = \frac{1}{\text{riesgo relativo absoluto}} \times 100$$

y del riesgo relativo (RR):

$$\text{RR} = \frac{\text{riesgo de desarrollar depresión en el grupo que recibe la intervención}}{\text{riesgo de desarrollar depresión en el grupo control}}$$

Para realizar las comparaciones entre grupos en cuanto a la sintomatología depresiva, el malestar emocional y la sobrecarga se consideraron las siguientes variables con el fin de valorar su influencia en la diferencia de puntuación pre y postratamiento: edad, estado civil, clase social autoinformada, nivel de estudios, actividad principal, familiar que cuida, edad de la persona cuidada, sexo de la persona cuidada, horas diarias de cuidado y tiempo cuidando, el grupo de intervención (experimental vs. control) y fallecimiento del familiar. Se realizó un análisis bivalente utilizando en la comparación de más de dos promedios el test de Kruskal-Wallis, previa comprobación de la hipótesis de normalidad y homocedasticidad, y la *t* de Student o el test de Wilcoxon para dos promedios. En el análisis de dos variables continuas se utilizó el test de correlación de Spearman.



En el caso de la sintomatología depresiva se construyó un modelo lineal considerando como variables predictoras del cambio las señaladas como significativas en el análisis bivalente; este proceso sólo se hizo para la sintomatología depresiva porque para el malestar emocional y la sobrecarga sólo hubo una variable significativa en el análisis bivalente.

Los cambios intra grupos pre/postratamiento en esas variables se analizaron con pruebas *t* para datos emparejados, comprobándose previamente la normalidad de esas variables. Se calculó la *d* de Cohen para estimar el tamaño del efecto, considerando tamaños del efecto  $d= 0,2-0,5$  como pequeños,  $d= 0,5-0,8$  como moderados y  $d\geq 0,8$  como grandes (Cohen, 1988).

Se determinó como cambio clínicamente significativo una mejora significativa en la CES-D definida como tener una puntuación menor o igual a 16 en esa escala utilizando la fórmula propuesta por Jacobson y colaboradores (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984; Jacobson, Roberts, Berns y McGlinchey, 1999; Jacobson y Truax, 1991) para hallar un punto de corte a partir del cual considerar a un sujeto con mejoría notable a nivel clínico:

$$c = \frac{DT_0M_1 + DT_1M_0}{DT_0 + DT_1}, \text{ donde:}$$

$DT_0 = DT_1 =$  desviación típica pretratamiento (del grupo experimental y el control) o desviación típica de la población general,

$M_0 =$  Media de la población general funcional,

$M_1 =$  Media pretratamiento (grupo experimental y control).

La  $DT_0$  y la  $DT_1$  deben tener el mismo valor y pueden calcularse o bien con la desviación típica pretratamiento o con la desviación típica de la población general, si se dispone de esa información.

Se compararon los grupos con la prueba estadística chi-cuadrado. La cuantificación de los cambios estadísticamente significativos se realizó a través de un modelo de regresión logística, obteniendo las *odds ratio* (OR) de estar en riesgo de depresión y los intervalos de confianza (IC) al 95% correspondientes.

Todas las pruebas de significación fueron de dos colas. Se consideraron efectos estadísticamente significativos aquellos que arrojaron valores inferiores a 0,05.

## Resultados

En la línea base no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención cognitivo conductual y el grupo control de atención habitual en las características sociodemográficas y de la situación de cuidado (tabla 1), ni en las variables clínicas de las cuidadoras (tabla 2). Hubo un porcentaje de abandonos del 1,1% ( $n= 1$ ) en el grupo de intervención cognitivo conductual y del 1,2% ( $n= 1$ ) en el grupo de atención habitual, sin diferencias significativas entre ambos grupos ( $p= 0,73$ ). No hubo diferencias significativas entre las terapeutas en los resultados de la intervención en incidencia de depresión ( $\chi^2 [2, n= 88]= 2,29; p= 0,31$ ), sintomatología depresiva ( $\chi^2 [2, n= 88]= 1,29; p= 0,52$ ), mejoría clínica

significativa ( $\chi^2 [2, n= 88]= 0,37; p= 0,83$ ), malestar general ( $\chi^2 [2, n= 88]= 1,89; p= 0,38$ ) o sobrecarga ( $\chi^2 [2, n= 88]= 5,26; p= 0,07$ ).

**Tabla 2**

Medias, desviaciones típicas, diferencias entre medias y tamaños del efecto para los grupos de intervención ( $n= 88$ ) y control ( $n= 82$ )

Medida	Pre		Pos		Pre-Pos Diferencia entre medias (IC 95%)	Tamaño del efecto ( <i>d</i> de Cohen)	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		Intragrupo (IC 95%)	CC vs. GC (IC 95%)
CES-D							
CC	23,7	6,4	12,4	9,5	11,3 (9,04-13,64)	1,05 (0,78-1,30)	1,05 (0,73-1,38)
GC	22,8	6,5	21,3	7,3	1,5 (-0,08-3,20)	0,21 (-0,01-0,43)	
GHQ-28							
CC	5,6	4,3	2,2	3,6	3,5 (2,36-4,60)	0,66 (0,43-0,89)	0,70 (0,35-0,98)
GC	6,1	4,6	5,3	5,7	0,8 (-0,40-1,91)	0,14 (-0,07-0,36)	
CBI							
CC	26,6	11,9	25,1	12,1	1,5 (-1,52-4,54)	0,11 (-0,10-0,31)	0,17 (-0,13-0,47)
GC	27,0	12,9	27,1	10,2	-0,1 (-2,32-2,17)	0,01 (-0,21-0,22)	

Nota: Pre= pretratamiento; Pos= postratamiento; CC= Grupo de intervención cognitivo-conductual; GC= Grupo control; CES-D= Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; GHQ-28= Cuestionario de salud general; CBI= Entrevista de sobrecarga del cuidador; IC= intervalo de confianza.

### *Incidencia de depresión*

Diez participantes del grupo control (12,2%) desarrollaron un episodio depresivo mayor, mientras en el grupo de intervención sólo se produjo un caso de depresión (1,1%). El test exacto de Fisher mostró que la diferencia hallada entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p= 0,004$ ). El riesgo relativo (RR) fue de 0,10 (0,01-0,73) y el número necesario de sujetos a tratar (NNT) fue de 9,2.

### *Sintomatología depresiva*

En la tabla 2 se presentan las medias, desviaciones típicas, diferencias entre medias y tamaños del efecto para el grupo de intervención cognitivo conductual y el grupo control de atención habitual. Al realizar el análisis bivalente sólo resultaron asociadas con el cambio en sintomatología depresiva las variables *grupo* ( $p < 0,001$ ) y *clase social* ( $p= 0,04$ ). Posteriormente se efectuó un ANOVA de medidas repetidas, obteniéndose un efecto estadísticamente significativo del grupo,  $F(1, 169)= 19,54; p < 0,001$ , pero no así de la clase social,  $F(1, 169)= 0,18; p= 0,66$ ; sin embargo, también se dio un efecto significativo de la interacción Grupo x Tiempo,  $F(1, 169)= 220,13; p < 0,001$ . El tamaño del efecto de la diferencia entre los grupos de intervención y control fue grande, con una *d* de Cohen de 1,05.

Con relación a los cambios intragrupo, se halló una reducción significativa entre el pre y el postratamiento en el grupo de intervención cognitivo conductual

de 11,3 puntos,  $t(87)= 9,81$ ;  $p < 0,001$ ;  $d= 1,05$ ; IC 95% (0,78-1,30); la reducción de 1,5 puntos hallada en el grupo control no fue significativa.

### *Mejora clínica significativa*

Tras la intervención se encontró un porcentaje significativamente mayor de participantes recuperadas con significación clínica en su sintomatología depresiva (puntuación CES-D $\leq$  16) en el grupo de intervención cognitivo conductual (70,5%) comparado con el grupo control (24,4%),  $\chi^2(1, N= 170)= 36,07$ ;  $p < 0,001$ . El riesgo de depresión es menor en el grupo que recibió la intervención que en el grupo control (OR= 0,6; IC 95% 0,03-0,15).

### *Malestar emocional y sobrecarga del cuidador*

Al realizar las comparaciones entre grupos en el postratamiento en malestar emocional, sólo resultó estadísticamente significativa la variable *grupo*, no resultando el resto de variables asociadas con la diferencia de puntuación. El tamaño del efecto estimado a través de la  $d$  de Cohen fue moderado (0,70). Con relación a las diferencias intragrupo, se halló una reducción significativa en el malestar emocional entre el pre y el postratamiento de 3,5 puntos en el grupo de intervención,  $t(87)= 6,18$ ;  $p < 0,001$ ;  $d= 0,66$ ; IC 95% (0,43-0,89); la reducción de 0,8 puntos observada en el control no fue significativa.

Con respecto a los cambios entre grupos en sobrecarga en el postratamiento, solo resultó estadísticamente significativa la variable *sexo de la persona cuidada* ( $p= 0,02$ ), no resultando el resto de variables asociadas con la diferencia de puntuación. En cuanto a los cambios intragrupo, en el grupo de intervención hubo una reducción de la sobrecarga entre el pre y el postratamiento de 1,5 puntos, aunque no resultó significativa; mientras que, en el grupo control hubo un incremento de la sobrecarga no significativo de 0,1 puntos.

## **Discusión**

En esta investigación se evaluó un programa cognitivo conductual breve de prevención indicada de la depresión dirigida a cuidadoras no profesionales que presentaban síntomas depresivos elevados, pero que aún no habían desarrollado un episodio depresivo mayor.

Las participantes de este estudio fueron todas mujeres y su perfil se repitió con escasas variaciones con relación al perfil encontrado en otros estudios con cuidadores no profesionales en España (López, Crespo y Zarit, 2007; López y Crespo, 2008; Losada, Márquez-González y Romero, 2011) y al que aparece en el informe poblacional del IMSERSO (2005). Fue el de una mujer, de mediana edad, con pareja, con estudios primarios, que no trabajaba fuera del hogar y que pertenecía a la clase social baja/media-baja. Estas cuidadoras se dedicaban de forma continuada e intensiva al cuidado de un familiar, generalmente la madre.

La intervención cognitivo conductual, en sólo cinco sesiones, produjo diferencias en la aparición de nuevos casos de depresión mayor en comparación

con el grupo control. Durante las cinco semanas en las que se aplicó la intervención, se desarrollaron 10 nuevos casos de depresión en el grupo control frente a uno en el grupo de intervención. Aunque en la literatura sobre prevención indicada de la depresión en adultos hay evidencia de que pueden reducirse los síntomas depresivos, la información sobre la reducción de la incidencia de la depresión es escasa, ya que los estudios no suelen ofrecer datos concretos sobre esta cuestión (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003). De hecho, es una de las principales limitaciones de la que adolecen la mayoría de los estudios preventivos (Muñoz *et al.*, 2010). En el estudio de prevención indicada dirigida a cuidadoras no profesionales de Vázquez *et al.* (2013) también hallaron un impacto significativo de su programa en la incidencia de la depresión tras la intervención; y en una muestra formada por personas mayores, van't Veer-Tazelaar *et al.* (2009, 2011) observaron que los efectos preventivos se mantenían en los seguimientos a 1 y 2 años después de finalizar su intervención. El NNT del presente trabajo fue 9,2, esto es, por cada nueve personas tratadas con el programa estaríamos evitando un nuevo caso de depresión mayor. Esta cifra es menor a la que aparece en el metanálisis de Cuijpers *et al.* (2008) sobre las intervenciones preventivas, que informan de la necesidad de tratar a 17 sujetos con intervenciones de prevención indicada para evitar una depresión.

Además, la intervención cognitivo conductual produjo una reducción notable en la sintomatología depresiva, que fue significativamente mayor que la observada en el grupo control. Este hallazgo va en la misma línea que el estudio de Vázquez *et al.* (2013) con una muestra de cuidadoras no profesionales, en el que la puntuación media en sintomatología depresiva postratamiento se redujo hasta 10,7 puntos en la escala CES-D (12,4 en el presente estudio). Los resultados también son congruentes con los encontrados a corto plazo en estudios de prevención indicada con adultos y en usuarios de atención primaria en los que se evaluó el efecto de otras intervenciones cognitivo conductuales (Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin y Schaap, 2003; González, Fernández, Pérez y Amigo, 2006). No obstante, fueron más pronunciados y se lograron con un menor número de sesiones. Además, se encontró que un porcentaje elevado de participantes del grupo experimental (70,5%) redujeron sus síntomas por debajo del punto de corte de 16 de la escala CES-D, lo que significa que su mejoría fue lo suficientemente grande para ser considerada clínicamente significativa. Este resultado va en la línea de lo encontrado en uno de los escasos estudios en los que se tuvo en cuenta el análisis de la mejoría clínica (Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997), que encontraron mejoras clínicas de entre un 52% y un 68% de los cuidadores que recibieron las intervenciones. La reducción hallada en la sintomatología depresiva es un hallazgo muy positivo, pues se sabe que su presencia incrementa la probabilidad de desarrollo de una depresión mayor, triplicando su incidencia frente a la de sujetos asintomáticos (Cuijpers *et al.*, 2005).

En cuanto al malestar emocional y la sobrecarga, se produjo una reducción significativa en las puntuaciones del GHQ respecto al grupo control, siendo el tamaño del efecto moderado. Previamente en los estudios de prevención indicada de Allart-van Dam *et al.* (2003) y Vázquez *et al.* (2013) informaron también de una mejoría en la variable malestar emocional, al igual que otros estudios con

cuidadores con diferente objetivo (p. ej., Rodríguez-Sánchez *et al.*, 2013). Este hallazgo implica que las participantes del grupo experimental redujeron su malestar psicológico y mejoraron su funcionamiento normal, a pesar de que cuidar a una persona en situación de dependencia es un estresor crónico que se mantiene antes y después de la intervención. Por tanto, los beneficios de la intervención se generalizaron a otras áreas de la vida de las cuidadoras más allá de la reducción de los síntomas depresivos y la prevención de episodios depresivos.

Por el contrario, no se encontraron efectos de la intervención sobre la sobrecarga. No obstante, una de las críticas a la escala que se utilizó para evaluar la sobrecarga es que es poco sensible para detectar cambios a corto plazo (Crespo y López, 2007), por lo que es posible que el hecho de que no aparecieran cambios significativos, se deba a que la medida fue tomada a las cinco semanas del inicio de la intervención y se necesite un tiempo de seguimiento mayor para detectar cambios. Por otra parte, los estudios dirigidos a disminuir la sobrecarga arrojan resultados contradictorios; en algunos de ellos se halló una reducción significativa de la sobrecarga (p. ej., López y Crespo, 2008; Secker y Brown, 2005), mientras que en otros no (p. ej., Chu *et al.*, 2011; López *et al.*, 2007). La sobrecarga comprende dos facetas, la sobrecarga objetiva y la sobrecarga subjetiva, la primera de las cuales es difícilmente modificable con una intervención de este tipo, lo que explicaría los resultados modestos que existen en estos estudios respecto a esta variable. Quizás sea más adecuado para lograr reducir la sobrecarga dirigir específicamente la intervención a la misma, trabajando estrategias para hacer frente a las dificultades del cuidado, en la línea de lo que hicieron Martín-Carrasco *et al.* (2009).

Destacar además que el estudio tuvo una buena acogida entre las participantes. El porcentaje de abandonos fue pequeño si se compara con los porcentajes en otros estudios con cuidadores no profesionales donde lo habitual es que la pérdida de participantes sea elevada (Sörensen, Pinguart y Duberstein, 2002). Haber seguido y ampliado las estrategias recomendadas por Grady, Cummings y Hulley (2008) para minimizar la pérdida muestral en este tipo de estudios, pudo haber influido en la escasa pérdida de participantes. Así, entre otras estrategias, se adaptó la intervención a las características de las cuidadoras, se facilitó el acceso a la intervención planteándola en un formato breve, con sesiones a horas convenientes para ellas y en centros cercanos a sus domicilios.

Este trabajo sugiere que la depresión en cuidadores no profesionales puede ser prevenida con una intervención cognitivo conductual breve. Sin embargo, los resultados deben ser interpretados con cautela. La principal limitación del estudio es la carencia de seguimientos, por lo que desconocemos si las mejoras que se produjeron con la intervención se mantienen a largo plazo. Futuras investigaciones deben esclarecer esta cuestión; no obstante, van't Veer-Tazelaar *et al.* (2011), en una muestra de adultos mayores, han encontrado que los efectos se seguían manteniendo dos años después de aplicar la intervención preventiva. Asimismo, dado que los hallazgos del presente estudio se derivan de una muestra formada sólo por mujeres, podrían no ser generalizables a cuidadores hombres, ya que en alguna ocasión se ha hipotetizado sobre la posibilidad de que mujeres y hombres con depresión manifiesten problemas psicosociales diferentes, lo que podría

implicar que no respondiesen igual a las intervenciones para la depresión (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Tampoco conocemos cuáles fueron los mecanismos específicos que subyacen al efecto de la intervención de entre todos los componentes que se trabajaron en el programa y, aunque la comprensión de esos mecanismos no es necesaria para la aplicación clínica de las intervenciones, podría ayudar a refinarla y alcanzar el objetivo de diseñar intervenciones con componentes específicos que logren una rápida recuperación y una disminución de la probabilidad de recaídas (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010). En esta línea, por ejemplo, Muñoz *et al.* (1995) encontraron como variables mediadoras de la disminución de la sintomatología depresiva la reducción de pensamientos negativos y el incremento de actividades agradables.

En cuanto a las implicaciones de este estudio, se pone de manifiesto la importancia de la detección de cuidadores en riesgo de depresión para poder realizar intervenciones tempranas que impidan o retrasen el desarrollo del trastorno, proporcionando estrategias conductuales y cognitivas que les permitan mejorar su estado de ánimo y llevar a cabo su importante tarea como cuidadores de la mejor forma posible. Asimismo, una intervención breve del estilo de la aplicada en este estudio puede resultar práctica en un sistema social y sanitario público como el que existe en España, tanto por su brevedad como por el formato grupal que permite atender a un mayor número de personas en menos tiempo. Asimismo, su carácter preventivo también aporta ventajas adicionales, ya que se ha encontrado que las acciones de prevención indicada de la depresión resultan un 70% más coste-eficaces que el seguimiento clínico habitual (Smit *et al.*, 2006).

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio aporta evidencia sobre la eficacia de las terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de la sintomatología depresiva y la potencia de la prevención indicada para detener el desarrollo de un trastorno depresivo mayor, en este caso en la población de cuidadores. Los resultados del estudio sugieren que anticiparse al desarrollo de un trastorno depresivo en esa población mediante intervenciones de prevención indicada es posible, además de deseable, dada su recurrencia, su tendencia a la cronicidad y los enormes costes personales y sociales que genera.

## Referencias

- Allart-van Dam, E., Hosman, C. M., Hoogduin, C. A. y Schaap, C. P. (2003). The coping with depression course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy*, 34, 381-396.
- Arriba, A. y Moreno, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- 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.
- Brodaty, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.

- Chu, H., Yang, C. Y., Liao, Y. H., Chang, L. I., Chen, C. H., Lin, C. C. y Chou, K. R. (2011). The effects of a support group on dementia caregivers' burden and depression. *Journal of Aging and Health, 23*, 228-241.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging and Mental Health, 9*, 325-330.
- Cuijpers, P., Smit, F. y Willemse, G. (2005). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 133-138.
- 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. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1272-1280.
- 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-CV)*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J. F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M. B. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de salud general de Goldberg-28". *Revista de Psicología de la Salud, 14*, 49-71.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J. y Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema, 18*, 471-477.
- Goy, E., Kansagara, D. y Freeman, M. (2010). *A systematic evidence review of interventions for non-professional caregivers of individuals with dementia*. Washington, DC: Health Services Research & Development Service.
- Grady, D., Cummings, S. R. y Hulley, S. B. (2008). Otros diseños de ensayos clínicos y temas de implementación. En S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. G. Grady y T. B. Newman (dirs.), *Diseño de investigaciones clínicas* (pp. 185-206). Barcelona: Wolters Kluwer. (Orig. 2007).
- Guillemin, F., Bombardier, C. y Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 43*, 1417-1432.
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Cook, D. J. (1994). User's guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? *Journal of the American Medical Association, 271*, 59-63.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing Risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Recuperado el 10 de noviembre de 2011, desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, 2008*. Recuperado el 8 de noviembre de 2011, desde <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.

- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. y McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 300-307.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. y Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry, 183*, 384-397.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 313-359). Nueva York: Academic Press.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine, 16*, 135-140.
- 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.
- López, J., Crespo, M. y Zarit, S. H. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist, 47*, 205-214.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual, 15*, 57-76.
- Losada, A., Márquez-González, M. y Romero, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 1119-1127.
- Martín-Carrasco, M., Franco, M., Pelegrín, C., Roy, P., Iglesias, C., Ros, S., Gobartt, A. L., Pons, S. y Balañá M. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, 489-499.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z. y Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 181-212.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L., Hargreaves, W. A., Miranda, J. y Miller, L. S. (1995). Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology, 23*, 199-222.
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Neary, M. A. (1993). Type of elder impairment: impact on caregiver burden, health outcomes and social support. *Clinical Gerontologist, 13*, 47-59.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Gender in mental health research*. Recuperado el 20 de octubre de 2011, desde <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592532.pdf>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: a meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250-267.



- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- 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.
- Rodríguez-Sánchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A. y García-Ortiz, L. (2013). Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: a randomized trial. *Gerontologist*, 53, 397-406.
- Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J. H., Cuijpers, P., Dekker, J., van Tilburg, W. y Beekman, A. T. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *American Journal Psychiatry*, 63, 1611-1621.
- Secker, D. L. y Brown, R. G. (2005). Cognitive behavioural therapy (CBT) for carers of patients with Parkinson's disease: a preliminary randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 491-497.
- Seedat, S., Scott, K. N., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J. y Brugha, T. S. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, 785-795.
- 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.
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. y Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, interventions strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, 961-973.
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. y McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 159-166.
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers, P. y Beekman, A. T. (2011). Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 230-239.
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., Smit, F. y Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297-304.
- 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. *Psychiatry Research*, 149, 247-252.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y una nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 139-165.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual*, 8, 561-591.
- Vázquez, F. L. y Otero, P. (2009). La eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción de síntomas depresivos en cuidadores de personas con demencia: una revisión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 573-593.

- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Díaz, O. y Blanco, V. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92.
- Wang P. S. y Kessler R. C. (2006). Global burden of mood disorders. En D. J. Stein, D. J. Kupfer y A. F. Schatzberg (dirs.), *The American psychiatric publishing textbook of mood disorders* (pp. 55-68). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Williamson, G. M. y Shafer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16, 217-226.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

RECIBIDO: 16 de julio de 2013

ACEPTADO: 2 de enero de 2014