

# Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis

Fernando L. Vázquez, Vanessa Blanco, Elisabet Hermida, Patricia Otero, Ángela Torres y Olga Díaz-Fernández

Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

**Resumen:** Los objetivos de este trabajo fueron determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas breves ( $\leq 8$  sesiones) dirigidas a reducir la sintomatología depresiva de los cuidadores y analizar la influencia de variables moderadoras potenciales sobre el tamaño del efecto. Se seleccionaron 11 estudios de las bases de datos PsycInfo y Medline, así como de revisiones y meta-análisis previos. La mayoría de las intervenciones lograron disminuir los síntomas depresivos, con un tamaño del efecto combinado moderado ( $d = -0.61$ ). Las intervenciones que obtuvieron mejores resultados fueron aquellas que (a) estaban basadas en el modelo integrador multifactorial de la depresión y en el de solución de problemas, (b) estaban dirigidas a cuidadores con síntomas depresivos pero que todavía no habían desarrollado un trastorno depresivo mayor, (c) incluían como criterio de inclusión presentar riesgo de depresión, (d) tenían como objetivo principal la depresión, (e) presentaban bajo riesgo de sesgos, (f) tenían un mayor porcentaje de mujeres.

**Palabras clave:** Cuidadores; intervenciones breves; depresión; revisión; meta-análisis.

*Efficacy of brief psychological interventions to reduce depressive symptoms in caregivers:  
Systematic review and meta-analysis*

**Abstract:** The purposes of this work were to determine the efficacy of brief psychological interventions ( $\leq 8$  sessions) aimed to reduce depressive symptomatology in nonprofessional caregivers and to analyze the influence of the potential moderator variables on the effect size. A total of 11 studies were selected from PsycINFO and Medline databases, as well as from previous reviews or meta-analyses. Most of the interventions were able to reduce depressive symptoms, with a medium combined effect size ( $d = -0.61$ ). The interventions that obtained the best results were those that (a) were based on the integrator multifactorial model of depression and the problem-solving model, (b) were aimed at caregivers with depressive symptoms but who had not yet developed a major depressive disorder, (c) in which an inclusion criterion was being at risk for depression, (d) were aimed at depression as the main objective, (e) had a low risk of bias (f) had a higher percentage of women.

**Keywords:** Caregivers; brief interventions; depression; review; meta-analysis.

## Introducción

La depresión es una de las consecuencias adversas más importantes del cuidado no profesional. Se ha en-

contrado que el riesgo relativo (RR = porcentaje de eventos en el grupo control/porcentaje de eventos en el grupo experimental) de desarrollar un trastorno depresivo en los cuidadores, en comparación con los no cuidadores, oscila entre 2.8 y 38.7 (Cuijpers, 2005); y que entre el 28% y el 55% de los cuidadores presenta sintomatología depresiva subclínica (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). La aparición de este tipo de sintomatología en esta población supone una disminución en la funcionalidad y la calidad de vida de los cuidadores, pues está relacionada con una mayor disca-

Recibido: 3 noviembre 2014; aceptado: 15 junio 2015.

*Correspondencia:* Fernando L. Vázquez, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, 15782, Santiago de Compostela, España. Correo-e: fernandolino.vazquez@usc.es

*Agradecimientos:* Este trabajo ha sido financiado por el proyecto 2012-PN162 del Ministerio de Economía y Competitividad.

pacidad en el ámbito del trabajo, la relación de pareja y el funcionamiento psicosocial general de la persona que la padece (Judd et al., 2000). Pero, además, repercute en la persona en situación de dependencia, ya que se relaciona con una disminución en la calidad de los cuidados que prestan a sus familiares (Williamson y Shaffer, 2001).

Por todo ello, en las tres últimas décadas, ante la evidencia de elevados niveles de depresión en los cuidadores, así como otros problemas emocionales (p.ej., estrés, ansiedad, ira), se han ido desarrollando distintos programas de intervención psicológica, especialmente para aquellos que cuidan enfermos con demencia (Pinquart y Sörensen, 2006; Sörensen, Duberstein, Gill y Pinquart, 2006). Estas intervenciones han demostrado tener, en algún grado, un impacto beneficioso sobre el cuidador en lo que se refiere a la disminución de la carga experimentada por éste, el estrés asociado al cuidado, la reducción de la sintomatología depresiva, el bienestar general y la participación en actividades sociales (López y Crespo, 2007; Pinquart y Sörensen, 2006; Sörensen et al., 2006). No obstante, la depresión sigue siendo un fenómeno infradetectado e infratratado en la población de los cuidadores no profesionales (Cuijpers, 2005).

Por otra parte, los cuidadores continúan encontrando difícil el acceso a las intervenciones, debido en buena medida a las limitaciones que les impone la situación de cuidado. El tiempo de los cuidadores para sí mismos es muy escaso debido a la gran cantidad de horas dedicadas a las tareas de cuidado, que en un 52.7%, de los casos equivale o supera las 8 horas diarias (Esparza, 2011), y en algunas ocasiones alcanza las 17.2 horas al día (Vázquez et al., 2013). Asimismo, muchos cuidadores asumen esta tarea en solitario, por lo que al no tener un sustituto que asuma el cuidado en su ausencia, no asisten a las intervenciones o lo hacen de modo interrumpido. Esto, junto a las dificultades económicas derivadas del propio cuidado, que a menudo requieren abandonar el empleo habitual y asumir costes adicionales como los derivados de las adaptaciones del hogar, hacen que los cuidadores tengan dificultades para asumir el coste de un tratamiento en el ámbito privado. Por otra parte, el acceso a la atención en los servicios de salud mental en el ámbito público es difícil debido al exceso de la demanda, la limitación de tiempo de los profesionales y el incremento de la carga asistencial en los servicios, con una media de 2 psicólogos y 3.4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en España, (que atienden entre 44 y 209 consultas por cada 1000 habitantes) (Jiménez, 2011; Salvador, 2005).

Todos estos factores ponen de manifiesto la necesidad de prestar atención a la utilidad clínica de las intervenciones dirigidas a los cuidadores y su eficiencia. Un número de sesiones elevado limita la viabilidad de esas intervenciones, la generalización de sus resultados a contextos clínicos reales y favorece una relación no óptima entre sus costes y sus beneficios. Por tanto, la búsqueda de terapias breves y efectivas constituye, sin duda, uno de los mayores retos de futuro en este ámbito. En esta línea, trabajos previos (p.ej., Nieuwsma et al., 2012; Shapiro et al., 1994) establecen la duración de la terapia psicológica breve en 8 ó menos sesiones, encontrándose además que las intervenciones entre 6-8 sesiones son efectivas para la depresión, al menos en sus niveles leves y moderados (National Institute for Clinical Excellence, 2009).

En los últimos años se han desarrollado algunas intervenciones breves de diferentes tipos y formatos dirigidas a los cuidadores no profesionales que han obtenido resultados esperanzadores en la mejora de su bienestar emocional reduciendo, entre otras variables, la depresión (p.ej., Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rojo y Montorio, 2007; Vázquez et al., 2013), la ansiedad (Ferré et al., 2012; Judge, Yarri, Looman y Bass, 2013) o la sobrecarga (p.ej., Hepburn, Tornatore, Center y Ostwald, 2001; López, Crespo y Zarit, 2007). Aunque se han realizado algunas revisiones para analizar la eficacia de las intervenciones dirigidas a los cuidadores no profesionales (p.ej., López y Crespo, 2007; Vázquez y Otero, 2009, Vázquez, Hermida, Díaz et al., 2014), excepto las revisiones de Vázquez y Otero (2009) y Vázquez, Hermida, Díaz et al. (2014), no se centraron específicamente en el análisis de la eficacia de las intervenciones en relación a la variable resultado sintomatología depresiva, bien como medida principal o secundaria. Además, ninguna se centró específicamente en el análisis de los estudios que implementaron intervenciones breves, sino que analizaban las intervenciones con independencia del número de sesiones.

El objetivo principal de este trabajo fue determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas breves (máximo ocho sesiones), dirigidas a cuidadores no profesionales para reducir la sintomatología depresiva. Como objetivo secundario, se analizó la influencia de las siguientes variables: características de las intervenciones, de los participantes y características metodológicas de los estudios. Se espera que los resultados hallados en los grupos de intervención breve sean superiores a los de las condiciones control en la reducción de la sintomatología depresiva, y que las variables relacionadas con las intervenciones, participantes y metodología de los estudios moderen los tamaños del efecto.

## Método

### *Estrategia de búsqueda*

Durante los meses de mayo y junio de 2014, se realizó una búsqueda de la literatura existente entre 1980 y junio de 2014 en las bases de datos Medline y PsycInfo. Se utilizó una secuencia de búsqueda en todos los campos (resumen, título, palabras clave) que implicó los términos *cuidador*, *cuidador no profesional*, *cuidador familiar* y *cuidado informal* en combinación con *depresión*, *sintomatología depresiva*, *trastornos afectivos*, *intervención*, *programa*, *terapia*, *tratamiento* y *breve*. Los idiomas incluidos fueron español e inglés. Además, se revisaron las referencias de los artículos originales y las de otras revisiones, meta-análisis y capítulos de libro relevantes.

### *Selección de los estudios*

Los 4.055 títulos y resúmenes de las publicaciones identificadas mediante la estrategia de búsqueda anterior, tras eliminar los duplicados, fueron seleccionados para su inclusión por dos de los autores de esta revisión independientemente (ver Figura 1). Se obtuvo el texto completo de los 54 artículos considerados relevantes y se examinó mediante un formulario de evaluación breve el cumplimiento de los criterios de elegibilidad. Si había un desacuerdo entre los revisores, el primer autor de esta revisión evaluaba el estudio y se buscaba un consenso.

Se seleccionaron aquellos estudios que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) estaban redactados en inglés o español; (b) eran ensayos clínicos controlados aleatorizados; (c) evaluaban intervenciones psicológicas<sup>1</sup> de ocho o menos sesiones aplicadas a cuidadores no profesionales; (d) las intervenciones se aplicaron cara a cara; (e) evaluaban sintomatología depresiva al menos en la pre y post-intervención y empleaban medidas estandarizadas para ello; y, (f) el tratamiento psicológico se comparaba con una condición control sin tratamiento, de lista de espera, atención habitual o atención-placebo.

Se excluyeron aquellos estudios que: (a) eran piloto; (b) describían intervenciones sin proporcionar resultados; (c) al informar sobre la estadística inferencial, no incluían la información suficiente para comprender plenamente los análisis realizados; (d) proporcionaban se-

siones de refuerzo o en las que se mantenían contactos a demanda tras las sesiones del programa y realizaban evaluaciones posteriormente; y, (e) introducían nuevas técnicas de intervención psicológica durante las sesiones de seguimiento.

De los 54 artículos seleccionados 43 fueron excluidos por diversos motivos: 8 fueron estudios piloto, en 8 sólo describían las intervenciones, 6 no proporcionaron información suficiente para comprender los análisis realizados, y el resto fueron excluidos por otros motivos. Un total de 11 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad. Dos de estos estudios (López et al., 2007; Losada-Baltar, Izal-Fernández, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo, 2004) tenían dos grupos experimentales y un grupo control, por lo que se obtuvieron un total de 24 grupos (13 grupos de tratamiento y 11 grupos control), y se comparó cada grupo experimental con el grupo control por separado, produciendo un total de 13 comparaciones entre grupos. En la Tabla 1 se presentan los estudios ordenados alfabéticamente de acuerdo a los autores del trabajo y las principales características de los estudios.

### *Extracción de datos*

Posteriormente, se extrajeron independientemente por otros dos de los autores los datos de los estudios disponibles en relación a los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios. En la hoja de extracción de datos se consideraron los ítems empleados en las revisiones de la Cochrane (Higgins y Deeks, 2008). Los desacuerdos se resolvieron por debate entre los dos autores hasta alcanzar un consenso claro; cuando no alcanzaron un acuerdo, el primer autor de esta revisión tomaba la decisión.

### *Codificación de los estudios*

Para analizar la influencia de las características de los estudios sobre los tamaños del efecto, se codificaron potenciales variables moderadoras de las intervenciones, los participantes y las características metodológicas. Más concretamente, las variables codificadas fueron: el modelo teórico en que se fundamentó la intervención (modelo sin especificar, modelo de estrés, modelo de solución de problemas, modelo integrador multifactorial de la depresión, teoría cognitiva de Beck); el formato de aplicación de la intervención (individual, grupal, o dirigido a la díada cuidador-persona dependiente); el número de sesiones; el tipo de profesionales que la aplicaron (no especificado, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras o equipos multidisciplinares); la elaboración o no de un protocolo de intervención; la manualización o

<sup>1</sup> Para el propósito de esta revisión y meta-análisis se consideraron intervenciones psicológicas aquellas en las que la comunicación verbal entre un terapeuta y un paciente era el elemento central y su finalidad era la de producir cambios en su comportamiento, pensamientos o sentimientos.

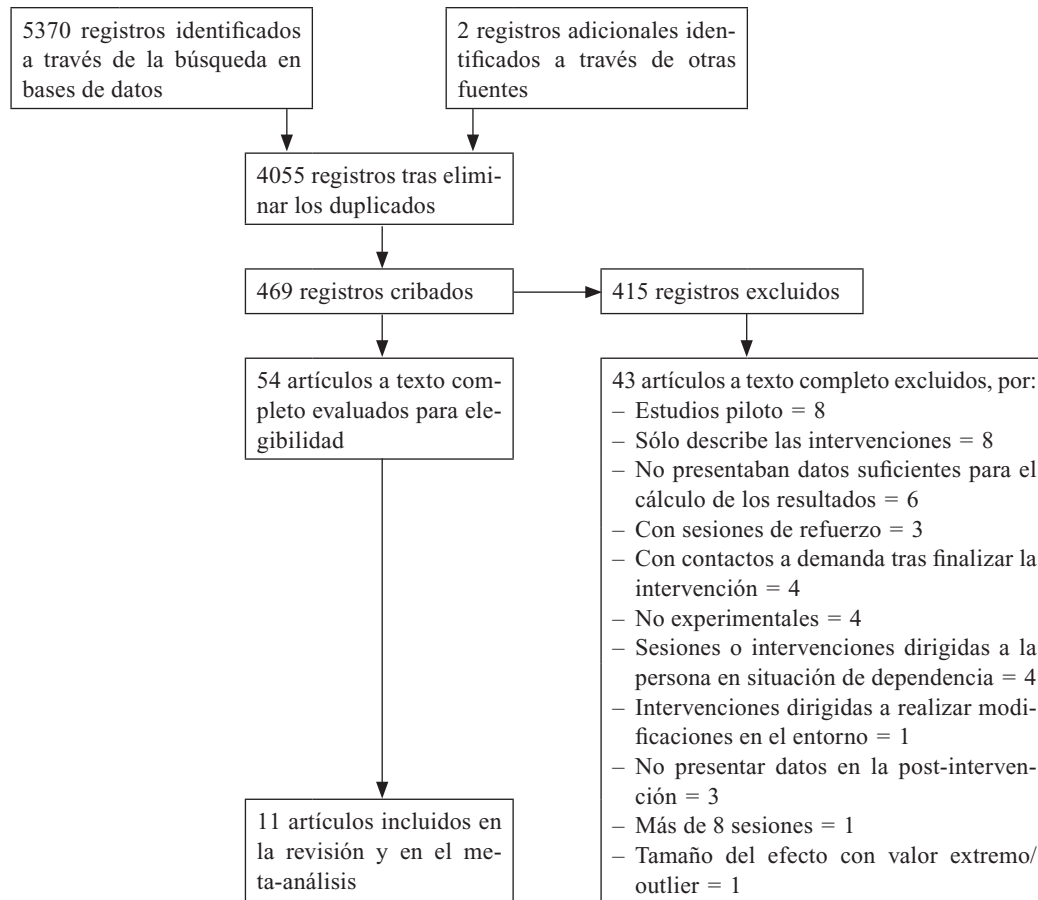


Figura 1. Diagrama de selección de los estudios

no de las intervenciones; el entrenamiento o no de los terapeutas para la implementación de la intervención; y el tipo de intervención aplicada, de acuerdo con el Instituto de Medicina (1994). Así, los tipos de intervenciones se clasifican en (a) prevención (intervenciones que se aplican antes del comienzo de un trastorno), que puede ser *universal* (dirigida a la población general), *selectiva* (dirigida a subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno es más alto que la media) o *indicada* (dirigida a personas con síntomas que aún no han desarrollado un trastorno); (b) tratamiento (intervenciones que se llevan a cabo después de la aparición de un trastorno); y (c) mantenimiento (las intervenciones se orientan a la prevención de recaídas y recurrencias o hacia la rehabilitación).

También se codificaron los criterios de inclusión de los participantes en el estudio (relacionados con el cuidado, malestar emocional —síntomas de ansiedad o depresión—, y riesgo de depresión —pero no depresión mayor actual o pasada—), el número de participantes reclutados y aleatorizados, y el porcentaje de mujeres. Además de otras variables, como la consideración de la depresión como objetivo del estudio (como una variable más, como

una de las medidas de resultados, o como variable de resultados principal); el procedimiento de aleatorización empleado (no especificado, por computadora, a través de una tabla de números aleatorios, o a través del método de extracción de números); la realización o no de ocultamiento de la asignación; el tipo de grupo control empleado (atención habitual, lista de espera, atención-placebo); o la evaluación o no de la adherencia de los terapeutas a la intervención. También se codificó el instrumento empleado para la evaluación de la sintomatología depresiva (Inventario de la Depresión de Beck [BDI; Beck, Steer y Brown, 1996]; Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos [CES-D; Radloff, 1977]; Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg [EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988]; Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión [HADS; Zigmond y Snaith, 1983]); y la evaluación ciega o no de los resultados de la intervención. Por último, fueron codificados el porcentaje de rechazos, el porcentaje de abandonos y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos (bajo, alto, falta información).

Dicho riesgo de sesgo fue evaluado mediante el instrumento de la Cochrane Collaboration (Higgins y

Green, 2011). La asignación aleatoria de los participantes a las condiciones experimentales, el ocultamiento de la asignación, la evaluación ciega de los resultados, el tratamiento de los resultados incompletos y la comunicación de los resultados experimentales fueron evaluados como bajo riesgo de sesgo, alto riesgo de sesgo o falta de información. Para la evaluación global del riesgo de sesgo, no incluimos el ítem del ciego de los participantes y el personal dado que el desconocimiento de la condición asignada para aquellos que la aplican y aquellos que la reciben no es factible en las intervenciones psicológicas. Tomando en cuenta esta limitación a priori, consideramos que los estudios incluidos tenían un bajo riesgo de sesgo si ninguno de los restantes ítems era considerado de alto riesgo de sesgo y no más de un ítem presentó falta de información. Si uno o más ítems fueron considerados de alto riesgo de sesgos, el riesgo de sesgo global fue considerado alto. En los restantes casos, se consideró que existía falta de información.

Para evaluar la fiabilidad del proceso de codificación de las variables moderadoras de los estudios, se realizó un análisis de la fiabilidad. Se encontraron índices Kappa de entre 0.54 (aceptable) y 1 (coincidencia total) para las variables categóricas, con un índice Kappa medio de 0.90 (excelente); y coeficientes de correlación intraclass de 1 (coincidencia total) para todas las variables cuantitativas.

#### *Análisis de los datos*

Los tamaños del efecto (la diferencia de medias estandarizada  $d$ ) se calcularon restando (en la post-intervención) la puntuación media del grupo de tratamiento psicológico de la puntuación media del grupo de comparación, y dividiendo el resultado por las desviaciones típicas combinadas de los dos grupos. Por consiguiente, una  $d$  de 0.5 indica que la media del grupo experimental es la mitad de una desviación típica más grande que la media del grupo de control. De acuerdo con Cohen (1988), tamaños del efecto ( $d$ ) de 0.2, 0.5 y 0.8 fueron interpretados como magnitudes del efecto de tamaño pequeño, medio y grande, respectivamente. Para aquellos trabajos en los que existía más de un grupo experimental, los tamaños del efecto se calcularon por separado para cada grupo experimental frente al grupo control. Sólo los instrumentos que explícitamente miden sintomatología depresiva se incluyeron en el cálculo de los tamaños del efecto. Si había más de una medida de los síntomas depresivos, se combinaron y se calcularon los tamaños del efecto. Se utilizó el programa de ordenador EPIDAT (versión 3.1) para calcular los tamaños del efecto promedio agrupados, en base a un modelo de

efectos fijos, o en caso de detectarse heterogeneidad, un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se valoró con la prueba  $Q$  de DerSimonian y Laird y el índice  $I^2$ . Para analizar la varianza de las variables moderadoras cualitativas se empleó el programa estadístico SPSS (versión 21.0), utilizando un análisis de meta-anova para las variables categóricas, y un análisis de meta-regresión cuando las variables fueron cuantitativas. Para la evaluación del sesgo de publicación se utilizó la prueba de Begg.

## **Resultados**

### *Análisis descriptivo de los estudios*

Los objetivos de los estudios no siempre estuvieron centrados en la variable depresión como medida de resultado. En el 54.5% de los estudios la depresión fue considerada como una variable más para cuantificar el malestar de los cuidadores y su calidad de vida, junto con otras medidas como la salud percibida, el estrés, la ansiedad, el apoyo social, la sobrecarga o el afrontamiento (p.ej., Blanchard et al., 1996; Hepburn et al., 2001). En tres estudios (el 27.3%) la depresión aparecía como uno de los objetivos principales junto con la ansiedad (Ferré et al., 2012; Livingston et al., 2013) o los pensamientos disfuncionales (Márquez-González et al., 2007). Sólo en dos estudios (18.2%) se evaluó la depresión como variable de resultado principal (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

Con respecto a los participantes, el porcentaje de mujeres en los estudios osciló entre el 48.5% del trabajo de Blanchard et al. (1996) y el 100% de los trabajos de Ferré et al. (2012), Vázquez et al. (2013) y Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014). En el 72.7% de los trabajos, el porcentaje de mujeres fue superior al 70% (p.ej., Ferré et al., 2012, López et al., 2007).

En cuanto a los criterios para la inclusión de los participantes en el estudio, la mayoría de los trabajos (el 63.6%) no tuvieron en cuenta ninguna variable relacionada con su estado psicológico (p.ej., Blanchard et al., 1996; Hepburn et al., 2001; Livingston et al., 2013), sino que los incluyeron en el estudio en base a criterios referidos a la persona cuidada en situación de dependencia (p.ej., diagnóstico, o limitaciones en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria), o la situación de cuidado (p.ej., horas dedicadas al cuidado, tiempo cuidando, convivencia). En estos trabajos los cuidadores recibían las intervenciones por el hecho de ser cuidadores, independientemente de si estaban experimentando o no malestar emocional, aunque la definición de cuidador difirió sustancialmente entre estudios cuando se especi-



ficaron las características en los criterios de inclusión y exclusión. Así, la convivencia fue el criterio más común (p.ej., López et al., 2007), aunque en algunos estudios no fue un criterio necesario (p.ej., Hepburn et al., 2001); otros estudios especificaron una duración mínima del tiempo que llevaban realizando la labor de cuidado, oscilando entre los tres meses (Blanchard et al., 1996; Toseland et al., 1995) y los ocho meses (Márquez-González et al., 2007).

En relación con los estudios que seleccionaron a los participantes en base a su sintomatología (36.3%), dos estudios tuvieron en cuenta la presencia de algún tipo de malestar emocional, cuantificado en función de determinado nivel de síntomas de ansiedad y/o depresión (Ferré et al., 2012; López et al., 2007). Vázquez et al. (2013) y Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014) seleccionaron a participantes sin historia previa de depresión y que presentaban una puntuación de sintomatología depresiva que los situaba en una situación de riesgo elevado de desarrollar depresión, pero que no cumplían los criterios para un diagnóstico de depresión mayor.

Teniendo en cuenta el tipo de intervención, el 81.8% de los estudios evaluaron intervenciones consideradas como prevención selectiva (p.ej., Blanchard et al., 1996; Ferré et al., 2012), mientras que sólo dos estudios (18.2%) evaluaron intervenciones de prevención indicada (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

El 72.7% de los estudios indicaron el modelo teórico en el que se fundamentaban las intervenciones. Los modelos de estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990) fueron los más frecuentemente empleados. Concretamente, fueron la base conceptual de la intervención en tres estudios (Hepburn et al., 2001; Judge et al., 2013; López et al., 2007). En dos estudios (Ferré et al., 2012; Losada-Baltar et al., 2004; Vázquez et al., 2013) las intervenciones se desarrollaron a partir del modelo de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu, 1999; Nezu, Nezu y Perri, 1989). El modelo integrador multifactorial de la depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) sirvió de marco conceptual para el estudio de Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014). La teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) basada en los autoesquemas negativos en las personas con depresión (Ruipérez y Belloch, 1997) fue la base de la intervención de Márquez-González et al. (2007). Losada-Baltar et al. (2004) basaron sus intervenciones en el modelo de solución de problemas y la teoría cognitiva. En el resto de los grupos, o bien no se hace referencia de una manera específica a ningún modelo, o bien pueden vislumbrarse componentes de alguno de ellos.

Las intervenciones fueron en su mayoría (45.5%) programas multicomponente de orientación cognitivo-conductual en los que se realizó entrenamiento en técnicas de control de la activación, incremento de actividades agradables, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y/o solución de problemas, sin uniformidad entre las intervenciones (p.ej., Livingston et al., 2013; López et al., 2007; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). La técnica de solución de problemas fue el segundo componente más utilizado, empleado en el 36.3% de las intervenciones como componente central de la terapia (p.ej., Blanchard, Toseland y McCallion, 1996; Ferré et al., 2012; Vázquez et al., 2013). En el 18.2% las intervenciones se centraron en proveer información sobre la enfermedad de la persona cuidada, la evolución de la enfermedad, el rol del cuidador, reconocer las emociones, pautas para el manejo de los síntomas y dificultades encontradas y para favorecer una vida más saludable (p.ej., Hepburn et al., 2001; Judge et al., 2013).

En el 45.5% de los casos las intervenciones se aplicaron en formato grupal (p.ej., Hepburn et al., 2001; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014), en otro 45.5% en formato individual (p.ej., Blanchard et al., 1996; Ferré et al., 2012; Toseland, Blanchard y McCallion, 1995), y en un 9.0% la intervención se aplicó a la díada cuidador-persona dependiente (Judge et al., 2013).

El número de sesiones fluctuó entre las tres sesiones de la intervención de mínimo contacto terapéutico de López et al. (2007) y las ocho sesiones (p.ej., Livingston et al., 2013; Losada-Baltar et al., 2004). En un 72.7% de los estudios se implementaron intervenciones de entre seis y ocho sesiones (p.ej., Márquez-González et al., 2007; Toseland et al., 1995), y en el 27.3% de cinco sesiones o menos (p.ej., Ferré et al., 2012; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). La duración de las sesiones osciló entre los 30 minutos (Ferré et al., 2012) y las 2 horas (p.ej., Hepburn et al., 2001; Losada-Baltar et al., 2004).

Las intervenciones fueron aplicadas por psicólogos en cinco (45.5%) estudios (Livingston et al., 2013; Losada-Baltar et al., 2004; Márquez-González et al., 2007; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014), en dos (18.2%) por trabajadores sociales (Blanchard et al., 1996; Toseland et al., 1995) y en uno (9.0%) por enfermeras (Ferré et al., 2012). En dos estudios (el 18.2%), las intervenciones fueron implementadas por equipos multidisciplinares (Hepburn et al., 2001; López et al., 2007) en los que se incluían profesionales de la enfermería, terapeutas ocupacionales, psicólogos, educadores, médicos, trabajadores sociales, abogados y nutricionistas. Judge et al. (2013) no especificaron la profesión de las personas que aplicaron la intervención.

*Análisis metodológico de los estudios*

El número de participantes de los estudios osciló entre 74 (Márquez-González et al., 2007) y 260 (Livingston et al., 2013), con un 54.5% de comparaciones con

muestras de más de 100 cuidadores. Fueron escasos los trabajos que realizaron un cálculo del tamaño de la muestra de manera previa a la realización del estudio. Sólo un 36.3% de los estudios tuvieron en cuenta esta consideración metodológica (Ferré et al., 2012; Living-

Tabla 1. Resumen de los estudios en los que se evaluaron los efectos de intervenciones breves sobre los síntomas depresivos de los cuidadores

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, Duración, N° sesiones, Momentos medida	Instrumento de medida de sintomatología depresiva	Resultados Riesgo de sesgos
Blanchard et al. (1996)	N = 86 48.5% (73.4%/23.3%)	GE: Intervención (n = 44) GC: Atención habitual (n = 42)	Individual presencial 6 semanas 6 sesiones Pre, post y 6 meses tras aleatorización	CES-D	Post-intervención: sin diferencias significativas en sintomatología depresiva Seg 6 meses: disminución de los síntomas depresivos en ambos grupos Riesgo de sesgos: FI (FIFIBFIFI)
Ferré et al. (2012)	N = 122 100% (- / 19.7%)	GE: Intervención GC: Atención habitual (n = 61) Modelo de solución de problemas	Individual presencial 4 semanas 4 sesiones Pre post	EADG	Reducción de síntomas depresivos, 2.46 veces más riesgo de depresión en el GC Riesgo de sesgos: A (BFIFIAFI)
Hepburn et al. (2001)	N = 117 70% (- / 19.6%)	GE: Intervención (n = 72) GC: Lista de espera (n = 45) Modelo de estrés	Grupal presencial 7 semanas 7 sesiones Pre y post	CES-D	GE < GC Riesgo de sesgos: A (BFIFIAFI)
Judge et al. (2013)	N = 128 73.7% (22.9% / 13.3%)	GE: Intervención (n = 68) GC: Información (n = 60) Modelo de estrés	Díada cuidador-persona en situación de dependencia presencial Variable 6 sesiones Pre y post	CES-D	GE < GC Riesgo de sesgos: FI (FIFIBBFI)
Livingston et al. (2013)	N = 260 68% (42%/11.9%)	GE: Intervención (n = 173) GC: Atención habitual (n = 87)	Individual presencial 8 sesiones 8-14 semanas Pre, 4 y 8 meses tras aleatorización	HADS	Post-intervención y seguimientos sintomatología depresiva GE < GC Menor incidencia de depresión en el GE que en el GC Riesgo de sesgos: A (BBBAB)
López et al. (2007)	N = 91 86.8% (15%/0%)	GE1: Intervención (n = 24) GE2: Intervención mínimo contacto terapéutico (n = 28) GC: Lista de espera (n = 39) Modelo de estrés	Individual presencial GE1 2 meses, GE2 3 meses, GC 2 meses GE1 8 sesiones, GE2 3 sesiones Pre y post	BDI	GE1: disminución significativa de la sintomatología depresiva. GE2: sin diferencias significativas GE1 < GC y GE2 Tamaño del efecto: GE1 (d = 1.51), pequeño en GE2 (d = 0.15) Riesgo de sesgos: FI (BFIFIBFI)

Tabla 1 (Continuación). Resumen de los estudios en los que se evaluaron los efectos de intervenciones breves sobre los síntomas depresivos de los cuidadores

Autores	Muestra (N, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones psicológicas y grupos control o de comparación Modelo teórico	Formato, Duración, N° sesiones, Momentos medida	Instrumento de medida de sintomatología depresiva	Resultados Riesgo de sesgos
Losada-Baltar et al. (2004)	N = 75 87.1% (24%/58.6%)	GE1: Intervención (pensamientos disfuncionales) (n = 25) GE2: Intervención (solución de problemas) (n = 25) GC: Lista de espera (n = 25)  Teoría cognitiva y modelo de solución de problemas	Grupal presencial 8 semanas 8 sesiones Pre, post y seg 3 meses	CES-D	Post-intervención y seguimiento: sin diferencias significativas en sintomatología depresiva entre GE1, GE2 y GC Riesgo de sesgos: A (AFIAAFI)
Márquez-González et al. (2007)	N = 74 79.7% (31.1%/23.5%)	GE: Intervención (n = 34) GC: Lista de espera (n = 40)  Teoría cognitiva	Grupal presencial 8 semanas 8 sesiones Pre, intra y post	CES-D	GE1: Disminución significativa de la sintomatología depresiva Sintomatología depresiva GE < GC Riesgo de sesgos: FI (BBFIBFI)
Toseland et al. (1995)	N = 86 49.5 % (73.4%/9.3%)	GE : Intervención (n = 44) GC : Atención habitual (n = 42)	Individual presencial 6 semanas 6 sesiones Pre y post	CES-D	Sin diferencias significativas en sintomatología depresiva entre los grupos Riesgo de sesgos: FI (FIFIBFI)
Vázquez et al. (2013)	N = 173 100% (1.7%/2.3%)	GE: Intervención (n = 89) GC: Atención habitual (n = 84)  Modelo de solución de problemas	Grupal presencial 5 semanas 5 sesiones Pre, post	CES-D SCID-VC	Disminución de la sintomatología depresiva y la incidencia de depresión Mayor porcentaje con mejora clínicamente significativa en el GE Tamaño del efecto (d = 1.54) Riesgo de sesgos: B (FIBBBB)
Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014)	N = 170 100% (2.3%/1.1%)	GE: Intervención (n = 88) GC: Atención habitual (n = 82)  Modelo de Lewinsohn	Grupal presencial 5 semanas 5 sesiones Pre, post	CES-D SCID-VC	Diferencias entre GE y GC en la incidencia de depresión (1.1% vs 12.2%) Mayor porcentaje con mejora clínicamente significativa en el GE. Tamaño del efecto (d = 1.05) Riesgo de sesgos: FI (FIBBBFI)

*Nota.* – = datos no informados por falta de información; GE= Grupo experimental; GC= Grupo control o de comparación; Pre = Evaluación inicial; Intra = Evaluación durante la intervención; Post = Post-intervención; Seg = Seguimiento; BDI = Inventario de la Depresión de Beck; CES-D = Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; EADG= Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; SCID-VC = Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica. Riesgo de sesgos, sin considerar el ciego de participantes y personal: B = Bajo; A = Alto; FI = Falta información. Las siglas en paréntesis indican el riesgo de sesgos de los restantes 5 ítems: asignación aleatoria de los participantes a las condiciones experimentales, ocultamiento de la asignación, evaluación ciega de los resultados, tratamiento de los resultados incompletos y comunicación selectiva de resultados, respectivamente.



ton et al., 2013; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

En relación a la aleatorización, se usaron números aleatorios generados por computadora en dos estudios (Hepburn et al., 2001; Livingston et al., 2013). Márquez-González et al. (2007) emplearon una tabla de números aleatorios y Ferré et al. (2012) emplearon el método de extracción de números; en el resto de los casos (p.ej., Judge et al., 2013; Losada-Baltar et al., 2004; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014) se especificó que se aleatorizó a los participantes, pero no a través de qué procedimiento concreto. En el 63.6% de los estudios no se informaba sobre si se había realizado o no ocultamiento de la asignación (p.ej., Blanchard et al., 1996; Ferré et al., 2012; Hepburn et al., 2001).

Todos los estudios revisados realizaron comparaciones entre las intervenciones y uno o varios grupos control. El grupo control más utilizado fue la atención habitual, la cual fue utilizada en el 54.5% de las comparaciones (p.ej., Blanchard et al., 1996; Ferré et al., 2012; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). Ésta implicaba que los cuidadores podían acceder libremente a los servicios dispensados en los dispositivos asistenciales (p.ej., centros de oncología, visitas domiciliarias, servicios médicos y psicológicos) existentes en su comunidad, donde se seguía la práctica clínica habitual. El segundo tipo de grupo control más usado fue la lista de espera, empleada en el 36.3% de las comparaciones (p.ej., López et al., 2007; Losada-Baltar et al., 2004; Márquez-González et al., 2007), y consistía en el retraso del acceso a la intervención por un periodo de tiempo determinado. Sólo en un estudio (Judge et al., 2013) se usó la atención-placebo, que consistió en tener contacto con un terapeuta y recibir información y apoyo.

En cuanto a la sistematización de las intervenciones, se encontró que en el 81.8% de los estudios se elaboró un protocolo de intervención (p.ej., Blanchard et al., 1996; López et al., 2007; Márquez-González et al., 2007; Toseland et al., 1995); en el 45.4% de los estudios se manualizó el tratamiento (p.ej., Livingston et al., 2013; Márquez-González et al., 2007; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014); en el 54.5% de los estudios los terapeutas que aplicaron las intervenciones habían sido entrenados para ello (p.ej., Márquez-González et al., 2007; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014); y, en el 45.4% de los estudios se evaluó la adherencia de los terapeutas a la intervención o la consistencia al aplicar la intervención a los distintos grupos (p.ej., Blanchard et al., 1996; Toseland et al., 1995; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

Todos los estudios utilizaron instrumentos validados para la evaluación de la sintomatología depresiva, siendo

la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) la más utilizada, en un 72.7% de los trabajos (p.ej., Blanchard et al., 1996; Losada-Baltar et al., 2004; Márquez-González et al., 2007; Toseland et al., 1995; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). López et al. (2007) evaluaron los síntomas depresivos con el Inventario de la Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1996). Livingston et al. (2013) utilizaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Ferré et al. (2012) emplearon la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg et al., 1988). Sólo en dos estudios se evaluó, además, el diagnóstico de depresión mayor mediante una entrevista diagnóstica (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014), la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-VC, First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999).

En el 54.5% de los estudios se realizó una evaluación ciega (p.ej., Blanchard et al., 1996; Livingston et al., 2013; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). Un 72.7% de los estudios evaluaron a los participantes sólo al final de la intervención (p.ej., Ferré et al., 2012; López et al., 2007; Márquez-González et al., 2007; Toseland et al., 1995; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). Los tres (27.3%) trabajos que incluyeron seguimientos realizaron estas evaluaciones a corto o medio plazo.

En más de la mitad de los estudios el porcentaje de rechazos fue superior al 15% (p.ej., Blanchard et al., 1996; Toseland et al., 1995); en el 18.2% de los estudios no se informó de este dato. El porcentaje de abandonos fue también considerable, llegando al 58.6% en el estudio de Losada-Baltar et al. (2004).

El riesgo de sesgo fue considerado bajo en un estudio (Vázquez et al., 2013), alto en un 36.3% de los estudios (p.ej., Ferré et al., 2012; Losada-Baltar et al., 2004), y con falta de información en un 54.5% (p.ej., Blanchard et al., 1996; Judge et al., 2013). El criterio que mayor riesgo de sesgo tuvo fue el del tratamiento de los resultados incompletos, pues en cinco estudios (45.5%) no se realizó o no se informó del método de imputación de los datos perdidos. En cambio, la evaluación ciega por parte de los evaluadores fue el criterio que menos riesgo de sesgo mostró; fue correctamente realizada e informada en seis (54.5%) estudios.

#### *Resultados de las intervenciones sobre la sintomatología depresiva. Revisión sistemática*

En siete estudios, los programas de intervención evaluados redujeron la sintomatología depresiva de los parti-

participantes u obtuvieron diferencias significativas respecto a los grupos de comparación en la post-intervención (Ferré et al., 2012; Hepburn et al., 2001; Judge et al., 2013; Livingston et al., 2013; Márquez-González et al., 2007; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014). Estos resultados positivos se mantuvieron en uno de los estudios que realizó seguimientos (Livingston et al., 2013). En el estudio de Blanchard et al. (1996) encontraron una reducción de la sintomatología depresiva en el grupo de intervención y en el grupo control en el seguimiento. Losada-Baltar et al. (2004) no encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en la sintomatología depresiva en la post-intervención ni el seguimiento.

Pocos estudios informaron del tamaño del efecto de las intervenciones. En aquellos que lo hicieron, y siguiendo la clasificación de Cohen (1988), dos estudios hallaron un tamaño del efecto grande (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

Además de analizar la significación estadística, algunos autores también comprobaron si el cambio fue clínicamente significativo en la post-intervención, encontrando que entre un 70.5% y un 80.9% de los participantes de los grupos de intervención mostraban una mejoría clínicamente significativa de los síntomas depresivos frente a porcentajes de entre el 11.9% y el 24.4% de los participantes de las condiciones control (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

Asimismo, tres estudios redujeron el riesgo de desarrollar depresión determinado por un punto de corte específico en las correspondientes escalas de evaluación (Ferré et al., 2012; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014), y dos redujeron el porcentaje de posibles casos de depresión (Livingston et al., 2013; López et al., 2007). Tres estudios evaluaron la eficacia de una intervención en la prevención de nuevos casos de depresión mayor, logrando reducir la aparición de nuevos casos de episodio depresivo (Livingston et al., 2013; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014).

Por otro lado, dos estudios (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014) calcularon indicadores del efecto como el número de pacientes que es necesario tratar (NNT), encontrando que sería necesario tratar con la intervención a entre 9 (Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014) y 12 pacientes para evitar un episodio depresivo (Vázquez et al., 2013).

### *Resultados de las intervenciones sobre la sintomatología depresiva. Meta-análisis*

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 indi-

ca el tamaño de los grupos, las medias y las desviaciones típicas de la sintomatología depresiva de cada grupo, el tamaño del efecto, el intervalo de confianza, 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.

En los 11 estudios y 13 grupos representados en este análisis se incluyeron un total de 1242 cuidadores. Se encontró que era más probable que los participantes que recibieron intervenciones psicológicas breves redujeran los síntomas de depresión que los participantes del grupo control,  $d = -0.61$ , IC 95%  $[-0.89, -0.33]$ ,  $p < .001$ , aunque los efectos del tratamiento difirieron significativamente entre estudios,  $Q = 62.92$ ,  $p < .001$ . El estadístico  $I^2$ , de un 81% IC 95%  $[68\%, 88\%]$ , indicó una heterogeneidad alta. La prueba de Begg descartó la existencia de sesgo de publicación ( $p = .428$ ). En base a los datos publicados por los autores, cinco estudios obtuvieron tamaños del efecto con valores  $p$  significativos, para los trabajos de Ferré et al. (2012), Hepburn et al. (2012), el grupo experimental 1 de López et al. (2007), Vázquez et al. (2013) y Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014). Al analizar el peso relativo de los estudios, se halló que el estudio de Livingston et al. (2013) fue el que tuvo la mayor influencia (9.4%), con un tamaño del efecto de  $-0.20$  IC 95%  $[-0.48, 0.07]$ .

### *Variables moderadoras de los tamaños del efecto*

La Tabla 3 presenta los resultados del análisis de varianza para las variables moderadoras cualitativas, y la Tabla 4 presenta los resultados del análisis de regresión ponderada de las variables moderadoras continuas sobre los tamaños del efecto obtenidos para la sintomatología depresiva.

Se encontró que actuaron como variables moderadoras del tamaño del efecto de los estudios el modelo teórico utilizado, el tipo de intervención, los criterios de inclusión utilizados, la consideración de la depresión como objetivo del estudio, el riesgo de sesgos de los estudios (ver Tabla 3) y el porcentaje de mujeres (ver Tabla 4).

Con respecto al modelo teórico utilizado, se encontraron mejores resultados para los grupos cuyas intervenciones se basaron en el modelo integrador multifactorial de la depresión ( $d = -1.05$ ) y el modelo de solución de problemas ( $d = -1.04$ ). También las intervenciones fundamentadas en modelos de estrés tuvieron un tamaño del efecto estadísticamente significativo ( $d = -0.55$ ). El resto de los trabajos no obtuvieron tamaños del efecto significativos. En relación al tipo de intervención, los trabajos de prevención indicada ( $d = -1.28$ ) mostraron

Tabla 2. Tamaños del efecto del tratamiento psicológico versus la condición control por estudio

Estudio	Grupo experimental			Grupo de comparación			TE	IC 95%	<i>p</i>	Peso (%)
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				
Blanchard et al. (1996)	30	16.30	6.20	36	17.70	6.70	-0.22	-0.70 a 0.27	.383	7.9
Ferré et al. (2012)	61	2.21	2.40	61	3.48	2.66	-0.50	-0.86 a -0.14	.006	8.8
Hepburn et al. (2001)	60	11.99	7.67	34	16.09	9.11	-0.50	-0.93 a -0.07	.022	8.3
Judge et al. (2013)	59	3.75	3.09	59	4.64	3.19	-0.28	-0.65 a 0.08	.126	8.8
Livingston et al. (2013)	150	4.9	3.90	75	5.7	4.0	-0.20	-0.48 a 0.07	.151	9.4
López et al. (2007) GE1	24	6.62	5.74	39	15.69	9.16	-1.13	-1.67 a -0.58	<.001	7.4
López et al. (2007) GE2	28	11.46	8.25	39	15.69	9.16	-0.48	-0.97 a 0.01	.056	7.8
Losada-Baltar et al. (2004) GE1	15	18.40	11.60	4	31.80	17.00	-1.05	-2.21 a 0.10	.075	3.7
Losada-Baltar et al. (2004) GE2	12	19.60	7.60	4	31.80	17.00	-1.18	-2.38 a 0.03	.057	3.5
Márquez-González et al. (2007)	34	19.60	12.40	40	21.10	13.10	-0.12	-0.57 a 0.34	.615	8.1
Toseland et al. (1995)	40	16.30	5.20	38	17.70	6.70	-0.23	-0.68 a 0.21	.303	8.2
Vázquez et al. (2013)	89	10.70	6.40	84	21.20	7.20	-1.54	-1.88 a -1.20	<.001	9.0
Vázquez, Hermida, Torres et al. (2014)	88	12.40	9.50	82	21.30	7.30	-1.05	-1.37 a -0.72	<.001	9.1

Nota. *N* = Tamaño de los grupos; *M* = Media; *DT* = Desviación típica; TE = Tamaño del efecto; IC 95% = Intervalo de confianza al 95%; *p* = Nivel de significación. Los estudios de López et al. (2007) y Losada-Baltar et al. (2004), contienen más de dos grupos experimentales, por lo que se comparó por separado cada grupo experimental con el grupo o los grupos control.

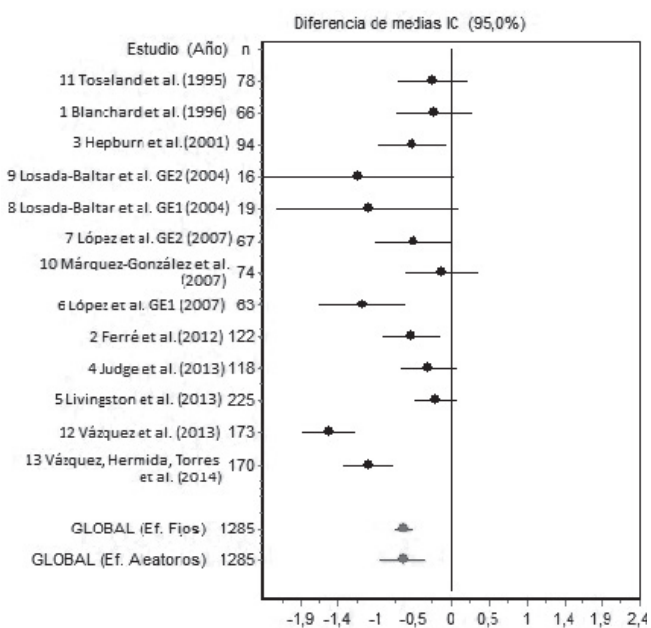


Figura 2. Diferencia de medias e intervalos de confianza (IC)

mejores resultados que los de prevención selectiva ( $d = -0.39$ ). Respecto a los criterios de inclusión utilizados, los mejores resultados los obtuvieron los estudios en los que se seleccionó a los participantes en base al riesgo de depresión, pero sin que hubieran reunido los criterios para una depresión mayor actual o pasada ( $d = -1.28$ ), seguidos por aquellos en los que el criterio de inclusión fue la presencia de síntomas de malestar emocional (ansiedad o depresión) ( $d = -0.63$ ). El tamaño del efecto más modesto fue el de aquellos estudios que seleccionaron a los participantes en base a criterios de inclusión relacionados con el cuidado ( $d = -0.28$ ). En cuanto a la consideración de la depresión entre los objetivos del estudio, se obtuvo mejores resultados para aquellos trabajos en los que la depresión fue la variable de resultados principal ( $d = -1.28$ ). Tamaños del efecto más pequeños, pero significativos, se obtuvieron para aquellos estudios en que la depresión se consideró una variable más ( $d = -0.46$ ), y para aquellos en los que fue uno de los objetivos principales ( $d = -0.28$ ). En relación con el riesgo de sesgos, obtuvo mejores resultados el grupo en el que éste fue bajo ( $d = -1.53$ ), seguido por

Tabla 3. Análisis de varianza de efectos mixtos de las variables moderadoras categóricas sobre los tamaños del efecto obtenidos para la sintomatología depresiva.

Variable	K	<i>d</i>	IC 95%		ANOVA
			<i>d</i> <sub>i</sub>	<i>d</i> <sub>s</sub>	
<b>Modelo teórico</b>					
Sin especificar	3	-0.21	-0.54	0.12	$Q_{B(4)}=14.60^{**}$
Modelo de estrés	4	-0.55	-0.86	-0.24	
Modelo de solución de problemas	3	-1.04	-1.40	-0.67	
Modelo integrador multifactorial de la depresión	1	-1.05	-1.57	-0.52	
Teoría cognitiva de Beck	2	-0.30	-0.85	0.25	
<b>Formato</b>					
Individual	6	-0.43	-0.74	-0.12	$Q_{B(2)}=4.29$
Grupal	6	-0.87	-1.21	-0.53	
Díada cuidador-persona dependiente.	1	-0.28	-1.00	0.44	
<b>Profesional</b>					
No especificado	1	-0.28	-1.03	0.47	$Q_{B(4)}=3.60$
Psicólogos	6	-0.78	-1.13	-0.43	
Trabajadores sociales	2	-0.22	-0.79	0.35	
Enfermeras	1	-0.50	-1.25	0.26	
Equipos multidisciplinares	3	-0.68	-1.15	-0.21	
<b>Protocolo</b>					
No	3	-0.74	-1.40	-0.09	$Q_{B(1)}=0.21$
Sí	10	-0.58	-0.85	-0.30	
<b>Manual</b>					
No	8	-0.56	-0.90	-0.23	$Q_{B(1)}=0.10$
Sí	5	-0.64	-1.02	-0.27	
<b>Entrenamiento de los terapeutas</b>					
No	7	-0.58	-0.95	-0.20	$Q_{B(1)}=0.03$
Sí	6	-0.62	-0.96	-0.28	
<b>Tipo de intervención</b>					
Prevención selectiva	11	-0.39	-0.55	-0.23	$Q_{B(1)}=28.49^{***}$
Prevención indicada	2	-1.28	-1.57	-0.99	
<b>Criterios de inclusión</b>					
Relacionados con el cuidado	8	-0.28	-0.43	-0.12	$Q_{B(2)}=48.78^{***}$
Síntomas de malestar emocional (síntomas de ansiedad o depresión)	3	-0.63	-0.88	-0.37	
Riesgo de depresión pero no depresión mayor actual o pasada	2	-1.28	-1.51	-1.04	
<b>Depresión como objeto de estudio</b>					
Un variable más	8	-0.46	-0.66	-0.27	$Q_{B(2)}=33.51^{***}$
Uno de los objetivos principales	3	-0.28	-0.51	-0.05	
Variable de resultados principal	2	-1.28	-1.55	-1.01	
<b>Aleatorización</b>					
Procedimiento no especificado	9	-0.75	-1.03	-0.47	$Q_{B(3)}=3.51$
Por computadora	2	-0.33	-0.86	0.19	
Tabla de números aleatorios	1	-0.12	-0.91	0.68	
Método de extracción de números	1	-0.50	-1.24	0.25	
<b>Ocultamiento de la asignación</b>					
No especificado	9	-0.52	-0.83	-0.21	$Q_{B(1)}=0.70$
Sí	4	-0.74	-1.14	-0.33	
<b>Grupo de control</b>					
Atención habitual	6	-0.64	-0.98	-0.30	$Q_{B(2)}=0.64$
Lista de espera	6	-0.62	-1.03	-0.22	
Atención-placebo	1	-0.28	-1.11	0.55	
<b>Evaluación de la adherencia</b>					
No	8	-0.55	-0.88	-0.21	$Q_{B(1)}=0.20$
Sí	5	-0.66	-1.04	-0.29	

Tabla 3 (Continuación). Análisis de varianza de efectos mixtos de las variables moderadoras categóricas sobre los tamaños del efecto obtenidos para la sintomatología depresiva.

Variable	K	<i>d</i>	IC 95%		ANOVA
			<i>d</i> <sub>i</sub>	<i>d</i> <sub>s</sub>	
Instrumento de evaluación					
BDI	2	-0.78	-1.41	-0.16	$Q_{B(3)}=1.50$
CES-D	9	-0.63	-0.92	-0.34	
EADG	1	-0.50	-1.29	0.30	
HADS	1	-0.20	-0.96	0.56	
Evaluación ciega					
No	7	-0.60	-0.97	-0.23	$Q_{B(1)}=0.00$
Sí	6	-0.60	-0.95	-0.25	
Resultado: riesgo de sesgos					
Bajo	1	-1.53	-2.09	-0.97	$Q_{B(2)}=12.07^{**}$
Alto	5	-0.46	-0.77	-0.15	
Falta información	7	-0.50	-0.74	-0.27	

*Nota.* K = Número de estudios; *d* = Tamaño del efecto medio; IC 95% = Intervalo de confianza al 95%; *d*<sub>i</sub> y *d*<sub>s</sub> = Límites inferior y superior del intervalo de confianza al 95% para el tamaño del efecto medio.  $Q_B$ : Estadístico Q inter-categorías; BDI = Inventario de la Depresión de Beck; CES-D = Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

\*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

Tabla 4. Análisis de regresión de efectos mixtos de las variables moderadoras continuas sobre los tamaños del efecto obtenidos para la sintomatología depresiva

Variable	K	<i>b</i> <sub><i>j</i></sub>	Z	<i>p</i>	$Q_E$	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
Número de sesiones	13	0.04	0.55	.582	12.61	.398	0.02
Número de participantes reclutados y aleatorizados	13	0.00	-0.14	.889	12.02	.444	0.00
% mujeres	13	-0.02	-3.34	.001	22.76	.030	0.49
% rechazos	13	0.16	0.97	.330	13.20	.354	0.07
% abandonos	13	0.24	0.95	.341	13.11	.360	0.07

*Nota.* K = número de estudios; *b*<sub>*j*</sub>: Coeficiente de regresión no estandarizado; Z = Estadístico Z para evaluar la significación de la variable moderadora;  $Q_E$  = Estadístico Q para evaluar la falta de especificación del modelo; *p* = Nivel de significación para cada prueba estadística; *R*<sup>2</sup> = proporción de varianza explicada.

aquellos grupos en los que hubo falta de información ( $d = -0.50$ ), y por último por aquellos de riesgo alto ( $d = -0.46$ ). Por último, el porcentaje de mujeres de la muestra mostró una relación estadísticamente significativa con el tamaño del efecto ( $p = .030$ ).

### Discusión

En este estudio se realizó una revisión sistemática y un meta-análisis para determinar la eficacia de las intervenciones breves para reducir los síntomas depresivos en los cuidadores no profesionales. Se encontró que las intervenciones breves tuvieron una mayor probabilidad de reducir la sintomatología depresiva que las condiciones control. Estos resultados son consistentes con los observados en ensayos de psicoterapia breve para el tratamiento de la depresión (Nieuwsma et al., 2012). Tam-

bién van en la línea de lo hallado en las intervenciones psicológicas (no necesariamente breves) dirigidas a cuidadores con síntomas depresivos (Vázquez, Hermida, Díaz et al., 2014), aunque el tamaño del efecto hallado en el presente meta-análisis ( $d = -0.61$ ) fue superior al encontrado ( $d = -0.49$ ) en las intervenciones para cuidadores con independencia del número de sesiones. Una posible explicación es que las intervenciones breves se ajustan más a las necesidades clínicas de los cuidadores, son más fáciles de completar y alcanzar así sus beneficios.

Más concretamente, en la post-intervención, la mayor parte de los programas de intervención obtuvieron resultados alentadores en la reducción de la sintomatología depresiva (p.ej., Ferré et al., 2012; Márquez-González et al., 2007), aunque hay que continuar trabajando para la obtención de resultados robustos. No obstante,



los resultados hallados en los seguimientos no fueron concluyentes, manteniéndose las ganancias en sólo en algunos estudios (p.ej., Livingston et al., 2013). Los estudios que evaluaron la significación clínica (Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014) encontraron resultados favorables, es decir, una mejora significativa en la funcionalidad de los cuidadores. Y en los en tres ensayos en los que se estudió el efecto de la intervención en la incidencia de depresión (Livingston et al., 2013; Vázquez et al., 2013; Vázquez, Hermida, Torres et al., 2014), se demostró que es posible prevenir la aparición de un trastorno depresivo.

Las variables moderadoras del tamaño del efecto fueron el modelo teórico seguido, el tipo de intervención, los criterios de inclusión usados, la consideración de la depresión como objetivo del estudio, el riesgo de sesgo y el porcentaje de mujeres en la muestra. Con respecto al modelo teórico de la intervención, se encontraron mejores resultados para las intervenciones basadas en los modelos integrador multifactorial de la depresión y de solución de problemas ( $d = -1.05$  y  $d = -1.04$ , respectivamente). Estos hallazgos van en línea de la amplia evidencia de la eficacia de las intervenciones basadas en estos modelos teóricos (Cuijpers, Muñoz, Clarke y Lewinsohn, 2009; Bell y D'Zurilla, 2009). En cuanto al tipo de intervención, obtuvieron mejores resultados los trabajos de prevención indicada (i.e., aquella dirigida a personas con síntomas depresivos que aún no han desarrollado un trastorno depresivo mayor) ( $d = -1.28$ ), lo que es consistente con la mayor potencia estadística de las intervenciones de prevención indicada para documentar los efectos preventivos de las intervenciones (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010). También, en consonancia con esto, se encontraron mejores resultados para los estudios cuyos criterios de inclusión se dirigían a cuidadores en riesgo de depresión, pero sin depresión mayor actual o pasada ( $d = -1.28$ ) y los estudios que consideraron la depresión como variable de resultado principal ( $d = -1.28$ ). En relación con el riesgo de sesgos y el porcentaje de mujeres en la muestra, se encontró que mostraron un tamaño del efecto más elevado aquellos estudios con bajo riesgo de sesgos ( $d = -1.53$ ) y con mayor porcentaje de mujeres.

En el 45.5% de las intervenciones se utilizaron estrategias cognitivo-conductuales (p.ej., López et al., 2007; Vázquez et al., 2013), lo que va en la línea de lo encontrado en las intervenciones dirigidas a cuidadores (López y Crespo, 2007). Aunque la mayoría de los trabajos tienen muestras de más de 100 cuidadores, pocos trabajos calcularon el tamaño muestral previamente a la realización del estudio. Esta práctica no sigue las recomendaciones del CONSORT (Moher et al., 2010), que sostiene que el ta-

maño de la muestra debe ser calculada de forma previa al desarrollo del ensayo, por razones éticas y científicas. La mayoría de estudios compararon la intervención con un grupo control de atención habitual, elaboraron un protocolo de intervención, y emplearon terapeutas entrenados para la administración de las intervenciones; en casi la mitad de los estudios (45.4%) se manualizó el tratamiento y se evaluó la adherencia de los terapeutas a la intervención. La mayoría emplearon la escala CES-D para evaluar la sintomatología depresiva y realizaron una evaluación ciega, aunque mayoritariamente evaluaron a los participantes sólo en la post-intervención. Además, se careció de información para valorar el riesgo de sesgo en el 54.5% de los estudios según el instrumento de la Cochrane Collaboration (Higgins y Green, 2011). Se debe continuar trabajando para mejorar la ocultación de la asignación (no informada en el 63.6% de los estudios) y realizar un empleo adecuado de los datos perdidos (ausente o no informada en el 45.5% de los ensayos recogidos).

Entre las limitaciones de los trabajos revisados se encuentra que sus objetivos, en algunos de ellos, poco tienen que ver con los contenidos de los programas de intervención. Asimismo, en la mayoría de los estudios se da por hecho que todos los cuidadores, por el hecho de serlo, presentarán sintomatología depresiva, lo que conlleva que en los criterios de inclusión no se considere este aspecto y participen en las intervenciones personas sin necesidades clínicas, lo que puede empeorar su situación emocional (Zarit y Femia, 2008). Aun cuando se incluye algún criterio relativo a la sintomatología, suelen participar en el mismo estudio cuidadores con niveles de depresión dispar, que oscilan desde la presencia de síntomas a la depresión mayor, que necesitarían niveles diferentes de intervención para un tratamiento adecuado (Vázquez y Otero, 2009). Además, la evaluación conjunta de cuidadores con y sin sintomatología depresiva puede crear un *efecto suelo* que impida observar mejorías (López y Crespo, 2007).

El presente trabajo tiene una serie de fortalezas, incluyendo una revisión basada en un protocolo, una evaluación cuantitativa rigurosa de las investigaciones, una evaluación de la calidad de los estudios y rigurosos métodos de síntesis cuantitativa. Además, hasta donde sabemos, es la primera revisión que se centra exclusivamente en las intervenciones breves dirigidas a los cuidadores no profesionales en la reducción de la sintomatología depresiva. Este tipo de intervenciones podría ser más accesible para los cuidadores y facilitar su adherencia, y resulta más aplicable en el sistema sociosanitario público al reducir costes y tiempo invertido por los profesionales.

Sin embargo, en este estudio hay algunas limitaciones que deben ser consideradas. Los pocos estudios que

evaluaron los resultados a largo plazo no nos permitieron sacar una conclusión clara sobre la eficacia a largo plazo de las terapias breves. También es necesario tener en cuenta que aunque la prueba de Begg para el sesgo de publicación no fue significativa, este resultado debe ser interpretado con cautela; no se ha podido analizar la literatura gris y el tamaño del efecto medio puede estar mostrando un resultado de eficacia de las intervenciones superior al que realmente se hubiera obtenido si se hubieran incluido los estudios no publicados.

En futuros estudios sobre intervenciones breves dirigidas a reducir la depresión de los cuidadores, se recomienda aumentar el rigor metodológico prestando más atención a aspectos conceptuales y de diseño tales como definir los síntomas o condición objetivo de la intervención, especificar entre los criterios de inclusión el nivel de sintomatología requerido para participar en el estudio, calcular el tamaño de muestra de forma previa al ensayo, ocultar la asignación de los participantes a las condiciones experimentales, aplicar intervenciones específicas, replicables y manualizadas, evaluar la integridad de la intervención, evaluar la adherencia de los terapeutas al protocolo, utilizar medidas multimodales para evaluar los resultados, emplear una evaluación ciega de los resultados, evaluar la significación clínica de los resultados, realizar seguimientos mínimos de seis meses y estrategias adecuadas para el tratamiento de los resultados incompletos. Por otra parte, es necesario determinar la eficacia de otras modalidades de aplicación de las intervenciones alternativas a la presencial. Más concretamente, dado el auge de las intervenciones basadas en internet (Cuijpers y Riper, 2014), se recomienda realizar revisiones y meta-análisis sobre intervenciones administradas por internet para disminuir los síntomas depresivos de los cuidadores.

## Referencias

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 348-353. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Blanchard, C. G., Toseland, R. W., & McCallion, P. (1996). The effects of a problem-solving intervention with spouses of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 14*, 1-21. doi:10.1300/J077v14n02\_01
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging and Mental Health, 9*, 325-330. doi:10.1080/13607860500090078
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & 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., & Riper, H. (2014). Internet interventions for depressive disorders: An overview. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 19*, 209-216. doi:10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13902
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical intervention* (2ª ed.). New York: Springer.
- Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pmdiscapacidad-01.pdf>
- Ferré, C., Sevilla, M., Boqué, M., Aparicio, M. R., Valdivieso, A., y Lleixá, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: Disminución de la ansiedad y depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria, 44*, 695-702. doi:10.1016/j.aprim.2012.05.008
- 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).
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal, 297*, 897-899. doi:10.1136/bmj.297.6653.897
- Hepburn, K. W., Tornatore, J., Center, B., & Ostwald, S. W. (2001). Dementia family caregivers training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*, 450-457. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49090.x
- Higgins, J. P. T., & Deeks, J. J. (2008). Selecting studies and collecting data. En J. P. T. Higgins and S. Green (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (pp. 151-185). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Actualizado en marzo de 2011. Recuperado de <http://handbook.cochrane.org>
- Instituto de Medicina (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jiménez, F. J. (2011). El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31*, 735-751. doi:10.4321/S0211-57352011000400011
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Zeller, P. J., Paulus, M., Leon, A. C., Maser, J. D., ... Keller, M. B. (2000). Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*, 375-380. doi:10.1001/archpsyc.57.4.375
- Judge, K. S., Yarry, S. J., Looman, W. J., & Bass, D. M. (2013). Improved strain and psychosocial outcomes for caregivers of

- individuals with dementia: Findings from Project ANSWERS. *Gerontologist*, 53, 280-292. doi:10.1093/geront/gns076
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 313-359). New York: Academic Press.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 25, 347-f6276. doi:10.1136/bmj.f6276
- López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores informales de mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- López, J., Crespo, M., & Zarit, S. H. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist*, 47, 205-214. doi:10.1093/geront/47.2.205
- Losada-Baltar, A., Izal, Fernández M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M., y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging and Mental Health*, 11, 616-625. doi:10.1080/13607860701368455
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, e1-e37. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.03.004
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212. doi:10.1146/annurev-clinpsy-033109-132040
- National Institute for Clinical Excellence (2009). *Depression in adults: The treatment and management of depression in adults*. London: NICE.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression. Theory, research and clinical guidelines*. New York: John Wiley & Sons.
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., & Williams, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43, 129-151. doi:10.2190/PM.43.2.c
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594. doi:10.1093/geront/30.5.583
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595. doi:10.1017/S1041610206003462
- 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
- Ruipérez M. A., y Belloch, A. (1997). Depresión y autoesquemas depresivos en pacientes deprimidos y ansiosos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 65-80. doi:10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3834
- Salvador, I. (coord.) (2005). El Observatorio de salud mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93, 1-85 (Número monográfico).
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791. doi:10.1093/geront/35.6.771
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534. doi:10.1037/0022-006X.62.3.522
- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinquart, M. (2006). Dementia care: Mental health effects, interventions strategies, and clinical implications. *Lancet Neurology*, 5, 961-973. doi:10.1016/S1474-4422(06)70599-3
- Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science and Medicine*, 40, 517-528. doi:10.1016/0277-9536(94)E0093-8
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P., y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: Revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46, 178-188.
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V., y Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo conductual en cuidadoras con síntomas depresivos elevados. *Psicología Conductual / Behavioral Psychology*, 22, 79-96.
- 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. *Psicología Conductual / Behavioral Psychology*, 17, 573-593.
- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V., & Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92. doi:10.7334/psicothema2012.89
- Williamson, G. M., & Shaffer, 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. doi:10.1037/0882-7974.16.2.217
- Zarit, S. H., & Femia, E. E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging & Mental Health*, 12, 5-13. doi:10.1080/13607860701616317
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x