



TESIS DE DOCTORADO

**ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DE UNA
INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
ADMINISTRADA A TRAVÉS DE CONFERENCIA
TELEFÓNICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA
DEPRESIÓN EN CUIDADORES NO PROFESIONALES:
UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO CON
UN SEGUIMIENTO A 36 MESES**

Lara López Ares

**ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN NEUROCIENCIA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**SANTIAGO DE COMPOSTELA
2021**





DECLARACIÓN DEL AUTOR DE LA TESIS

Análisis de los componentes de una intervención cognitivo conductual administrada a través de conferencia telefónica para la prevención de la depresión en cuidadores no profesionales: un ensayo controlado aleatorizado con un seguimiento a 36 meses

Dña. Lara López Ares

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:

- 1) La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.
- 2) En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.
- 3) La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.
- 4) Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.

En Santiago de Compostela, 5 de abril de 2021

Fdo. Lara López Ares





AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR DE LA TESIS

Análisis de los componentes de una intervención cognitivo conductual administrada a través de conferencia telefónica para la prevención de la depresión en cuidadores no profesionales: un ensayo controlado aleatorizado con un seguimiento a 36 meses

D. Fernando Lino Vázquez González
D^a Ángela Juana Torres Iglesias

INFORMAN:

Que la presente tesis, se corresponde con el trabajo realizado por D^a. Lara López Ares, bajo mi dirección, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director de esta no incurre en las causas de abstención establecidas en la Ley 40/2015.

De acuerdo con lo indicado en el Reglamento de Estudios de Doctorado, declara también que la presente tesis doctoral es idónea para ser defendida en base a la modalidad de COMPENDIO DE PUBLICACIONES, en los que la participación de la doctoranda fue decisiva para su elaboración y las publicaciones se ajustan al Plan de Investigación.

En Santiago de Compostela, 5 de abril de 2021

Fdo. Fernando L. Vázquez González

Fdo. Ángela J. Torres Iglesias



A mi familia, y a Isma





Agradecimientos

La culminación de esta investigación no hubiera sido posible sin la ayuda y colaboración de muchas personas. Las siguientes palabras intentarán mostrarles mi más sincero reconocimiento.

En primer lugar, quiero expresar un profundo agradecimiento a mi mentor y director de tesis, el profesor Fernando L. Vázquez. Tu brillante labor personifica la excelencia en la investigación, en la docencia y en la práctica clínica. Es por esto que me siento muy orgullosa de haberme formado bajo tu guía y supervisión, y espero haber sido merecedora de las incontables horas que dedicaste a mi formación. También quiero mostrarte mi agradecimiento por incluirme en tu equipo, por confiar en mi capacidad y por infundirme el ánimo que he necesitado en varios momentos a lo largo de este periplo. En definitiva, gracias por compartir tu infinito conocimiento con la calidez y la generosidad que te caracterizan.

A la directora de esta tesis, la profesora Ángela Torres, por la inestimable visión que aportó a este proyecto. Gracias por tus certeras recomendaciones, que fueron clave en el perfeccionamiento de este trabajo. También quiero destacar tu entera disponibilidad, tu exquisito trato personal, y la buena disposición que siempre me has mostrado.

A mis compañeras más veteranas, las doctoras Patricia Otero y Vanessa Blanco, por acogerme en vuestro equipo con tanto cariño. A Patricia, gracias por enseñarme la importancia del rigor y del buen hacer en la labor investigadora, por el tiempo que dedicaste a mi instrucción, por tu infinita paciencia a la hora de resolver mis dudas y por tus palabras de ánimo en los momentos más difíciles. A Vanessa, gracias por ayudarme con tu extensa experiencia en las diferentes fases que conformaron este proyecto, y por contagiarme tu inagotable optimismo y fortaleza. Eres un modelo que inspira la importancia de, no solo de trabajar duro, sino también de ayudar a las personas que te rodean.

Habéis sido un soporte fundamental y aprecio el cariño tan sincero que profesáis en cada contacto que mantenemos. Con vosotras, nunca he estado sola a la hora de enfrentar los obstáculos que han surgido, y siempre he tenido con quien compartir las satisfacciones que brinda la investigación. Me habéis enseñado el significado de un verdadero equipo, y constituís el sinónimo de buenas compañeras.

Asimismo, le debo mucho al resto de colegas que han recorrido parte de este camino conmigo. Gracias por cada pequeño gesto que amenizó la monotonía del trabajo, y por el intercambio de experiencias y emociones que aligeraron la presión que a veces me inundaba.

Tambiero quiero mostrar mi agradecimiento a los participantes del estudio, los cuidadores no profesionales. Personas valientes y luchadoras, que viven en consonancia con sus valores. Gracias por compartir parte de vuestras vidas conmigo y por vuestros cariñosos gestos de agradecimiento. No sabéis cuánto me habéis enseñado

Finalmente, a mi familia debo agradecerle el apoyo incondicional que me ha brindado en todas las decisiones que he tomado. Y más concretamente, gracias a mi padre, José Manuel, quien me enseñó que el conocimiento es una poderosa fuente de libertad y crecimiento. A Mari, mi madre, por transmitirme que el esfuerzo y la constancia siempre valdrán la pena. A mi hermana Lorena, por confiar en mi capacidad y por preocuparse silenciosamente en cada aventura que emprendo. A mis abuelos Pepe y Manola, especialmente a mi abuela Manola, una cuidadora ejemplar que siempre ha atendido a su familia por muy duras que fuesen las circunstancias. A Isma le agradezco su infinita paciencia y generosidad, que fueron esenciales para la correcta consecución de este trabajo. Gracias por entender mis ausencias y mis malos momentos. Y, sobre todo, gracias por uniros a mis sueños.

A todos vosotros, mi agradecimiento.

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad de España (Código del proyecto 2012-PN162). Asimismo, queremos agradecer su apoyo a la Consellería de Trabajo y Bienestar (Xunta de Galicia). Así como el apoyo de la Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria y de la Consellería de Economía, Emprego e Industria (Xunta de Galicia) mediante las ayudas de apoyo a la etapa predoctoral en las universidades del Sistema universitario de Galicia, en los organismos públicos de investigación de Galicia y en otras entidades del Sistema gallego de I+D+i (convocatoria 2017). La doctoranda declara no tener ningún conflicto de interés en relación con la tesis doctoral.



RESUMEN

Introducción: un número elevado de cuidadores presentan niveles elevados de síntomas depresivos. Existen intervenciones preventivas eficaces, aunque en formato presencial, lo que limita su accesibilidad, y que podría solventarse aplicándolas telefónicamente. Además, se desconoce cuál es el componente crítico de los programas cognitivo-conductuales preventivos.

Objetivo: evaluar la eficacia a corto y largo plazo de una intervención cognitivo-conductual, y otra solo con el componente de activación conductual, administradas a través de multiconferencia telefónica para la prevención indicada de la depresión en cuidadores no profesionales.

Método: el estudio I exploró los efectos preliminares y la viabilidad de la intervención cognitivo-conductual aplicada mediante multiconferencia telefónica en 61 cuidadores con síntomas depresivos elevados. El estudio II exploró el papel del refuerzo ambiental positivo en la predicción del nivel de depresión en una muestra de 592 cuidadores. Los estudios III y IV consistieron en un ensayo controlado aleatorizado, con un diseño de desmantelamiento consistente en aislar el componente de activación conductual de la intervención cognitivo-conductual. Se compararon tres grupos: intervención cognitivo-conductual multiconferencia (CCM, $n = 69$); intervención de activación conductual multiconferencia (ACM, $n = 70$); y un grupo control de atención habitual (GC, $n = 80$). Ambas intervenciones constaron de cinco sesiones, a razón de una por semana de 90 minutos de duración, y se administraron mediante multiconferencia telefónica. Se evaluó la eficacia posintervención (estudio III) y hasta los 36 meses de seguimiento (estudio IV), así como los moderadores y mediadores de ambas intervenciones.

Resultados: en el estudio I se halló una incidencia acumulada de depresión de 4.9% y una reducción significativa de los síntomas depresivos a los tres meses de seguimiento en comparación con la preintervención (d de Cohen = 1.31). Los cuidadores asistieron a una media de 4.4 sesiones sobre cinco, realizaron una media de 15 tareas sobre 18, y la puntuación media de satisfacción de 28.6 sobre 32. El estudio II encontró que los cuidadores con mayor refuerzo ambiental positivo mostraron una probabilidad significativamente menor de

presentar depresión subclínica y depresión mayor (OR = 0.78 y 0.67, respectivamente). Los estudios III y IV hallaron que la incidencia de depresión fue significativamente menor en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC (1.5% en CCM, 1.4% en ACM vs. 8.8% en GC) en la posintervención, y esta diferencia se mantuvo hasta los 36 meses (8.7% en CCM, 8.6% en ACM vs. 33.7% en GC). Los síntomas depresivos fueron significativamente menores en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC, con tamaños del efecto grandes en la posintervención ($d = 1.16$ y 1.29 , respectivamente), que también se mantuvieron hasta el seguimiento a 36 meses ($d = 1.06$ y 0.93 , respectivamente), sin diferencias significativas entre las dos intervenciones. La intervención CCM fue más eficaz para los cuidadores en situación laboral activa y los que cuidaban de su pareja o hijo; pero no se hallaron moderadores para el grupo ACM. Los cambios en el refuerzo ambiental positivo y en los pensamientos automáticos entre la pre y posintervención mediaron los resultados en sintomatología depresiva en ambas intervenciones.

Conclusiones: los resultados preliminares, de adherencia y satisfacción de los participantes del estudio I avalaron la viabilidad del programa administrado mediante multiconferencia telefónica. El hallazgo de que el refuerzo ambiental positivo jugase un papel significativo en la depresión subclínica y mayor (estudio II) sugiere que la activación conductual puede ser particularmente pertinente para la prevención indicada de la depresión en los cuidadores. Los estudios III y IV demostraron la eficacia a corto y a largo plazo de la intervención cognitivo-conductual multiconferencia para prevenir la depresión en cuidadores. La intervención con solo el componente de activación conductual fue igualmente óptima y de eficacia tan duradera como la intervención cognitivo-conductual completa. Este hallazgo supone un avance en el desarrollo de tratamientos cada vez más potentes y parsimoniosos.

Palabras clave: depresión, cuidador no profesional, prevención, cognitivo, conductual, teléfono, desmantelamiento, eficacia.

ABSTRACT

Introduction: A large number of caregivers have high levels of depressive symptoms. Effective preventive interventions do exist, but the in-person format limits accessibility, a problem that could be solved by telephone-administered interventions. In addition, it is unknown which component of preventive cognitive-behavioral programs is the most critical.

Objective: To evaluate the short- and long-term efficacy of a cognitive-behavioral intervention and a behavioral activation only intervention, both administered via telephone conference call, for the indicated prevention of depression in non-professional caregivers.

Method: Study I explored the preliminary effects and feasibility of the cognitive-behavioral intervention administered by telephone conference call in 61 caregivers with elevated depressive symptoms. Study II explored the role of positive environmental reinforcement in predicting depression levels in a sample of 592 caregivers. Studies III and IV consisted of a randomized controlled trial using a dismantling design that isolated the behavioral activation component of the cognitive-behavioral intervention. Three groups were compared: a cognitive-behavioral conference call intervention (CBCC, $n = 69$); a behavioral activation conference call intervention (BACC, $n = 70$); and a control group of usual care (CG, $n = 80$). Both interventions consisted of five weekly sessions lasting 90 minutes each that were administered by telephone conference call. Post-intervention efficacy (Study III) and up to 36-month follow-up (Study IV), as well as the moderators and mediators for both interventions, were evaluated.

Results: Study I found a cumulative incidence of depression of 4.9% and a significant reduction in depressive symptoms at three months follow-up compared to pre-intervention (Cohen's $d = 1.31$). The caregivers attended an average of 4.4 sessions out of five total and performed an average of 15 tasks out of 18. The average satisfaction score with the intervention was 28.6 out of 32. Study II found that caregivers with higher positive environmental reinforcement showed a significantly lower probability of presenting with subclinical depression and major depression (OR = 0.78 and 0.67, respectively). Studies III and IV found that the incidence of depression was

significantly lower in the CBCC and BACC groups compared to CG (1.5% in CBCC, 1.4% in BACC vs. 8.8% in CG) at the post-intervention time point, a difference that was maintained at 36 months (8.7% in CBCC, 8.6% in BACC vs. 33.7% in CG). Depressive symptoms were significantly lower in the CBCC and BACC groups compared to CG, with large effect sizes at the post-intervention time point ($d = 1.16$ and 1.29 , respectively), which were also maintained up until the 36-month follow-up ($d = 1.06$ and 0.93 , respectively), with no significant differences between the two interventions. The CBCC intervention was more effective for caregivers in an active work situation and those who cared for their partner or child; however, no moderators were found for the BACC group. Changes in positive environmental reinforcement and automatic thoughts between the pre- and post-intervention time points mediated the results for depressive symptoms in both interventions.

Conclusions: In Study I, the preliminary results, adherence to the intervention and satisfaction with the intervention support the feasibility of the program administered by telephone conference call. The finding that positive environmental reinforcement played a significant role in subclinical and major depression (Study II) suggests that behavioral activation may be particularly relevant for the indicated prevention of depression in caregivers. Studies III and IV demonstrated the short- and long-term efficacy of a cognitive-behavioral conference call intervention to prevent depression in caregivers. The intervention using only the behavioral activation component was equally optimal and as long-lasting as the full cognitive-behavioral intervention. This finding represents an advance in the development of increasingly powerful and parsimonious treatments.

Keywords: depression, non-professional caregiver, prevention, cognitive, behavioral, telephone, dismantling, efficacy.

*“Yo soy una infinidad de cosas ya cumplidas
y una inmensidad de cosas por cumplir.”*

Walt Whitman





ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	Planteamiento de la investigación	1
1.2	La depresión	6
1.2.1	Definición clínica y diagnóstica	6
1.2.2	Impacto de la depresión	8
1.3	La prevención de la depresión	10
1.4	Los cuidadores no profesionales.....	13
1.4.1	El cuidado no profesional y el riesgo de depresión	13
1.4.2	La prevención indicada de la depresión en cuidadores.....	15
1.5	Multiconferencia telefónica para administrar las intervenciones.....	18
1.6	Componentes activos de los programas de intervención cognitivo-conductuales para la depresión.....	20
1.7	Predictores, moderadores y mediadores de los programas de intervención cognitivo-conductuales para la depresión.....	24
1.8	Justificación.....	26
2	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	29
2.1	Objetivos	29
2.2	Hipótesis.....	30
3	MÉTODO	33
3.1	Diseños de los estudios.....	33
3.2	Muestras de los estudios	34

3.3 Instrumentos.....	35
3.3.1 Cuestionario de características del cuidador.....	35
3.3.2 Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5, Versión Clínica.....	35
3.3.3 Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos	35
3.3.4 Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno	36
3.3.5 Cuestionario de Pensamientos Automáticos	36
3.3.6 Contactos sociales.....	36
3.3.7 Aceptabilidad de la intervención	36
3.3.8 Cuestionario de Satisfacción del Cliente	36
3.4 Intervenciones.....	37
3.4.1 Intervención cognitivo-conductual multiconferencia	37
3.4.2 Intervención de activación conductual multiconferencia.....	37
3.4.3 Grupo control de atención habitual.....	38
3.5 Procedimiento.....	38
3.6 Análisis estadísticos.....	39
4 PUBLICACIONES.....	41
4.1 Estudio I.....	43
4.1.1 Resumen.....	44
4.1.2 Abstract.....	45
4.1.3 Introducción	46
4.1.4 Método	47
4.1.4.1 Participantes	47
4.1.4.2 Instrumentos	48
4.1.4.3 Procedimiento.....	48
4.1.4.4 Análisis de datos.....	49
4.1.5 Resultados.....	50

4.1.5.1	Características de los participantes.....	50
4.1.5.2	Incidencia de Depresión	52
4.1.5.3	Sintomatología depresiva	52
4.1.5.4	Variables del Modelo Teórico y su Asociación con la Sintomatología Depresiva.....	54
4.1.5.5	Variables Predictoras de los Resultados en Sintomatología Depresiva	54
4.1.5.6	Adherencia y Satisfacción con la Intervención	55
4.1.6	Discusión	55
4.1.7	Extended Summary.....	57
4.1.8	Referencias	63
4.2	Estudio II	67
4.2.1	Abstract.....	68
4.2.2	Resumen	69
4.2.3	Introduction	70
4.2.4	Method.....	72
4.2.4.1	Participants.....	72
4.2.4.2	Measures	74
4.2.4.3	Procedure.....	75
4.2.4.4	Data Analysis	76
4.2.5	Results	77
4.2.5.1	Characteristics of the sample.....	77
4.2.5.2	Differences in reward according to the characteristics of the caregiver, care-recipient, care situation, and depression level.....	79
4.2.5.3	Relationship between reward and depression level.....	80
4.2.6	Discussion.....	81
4.2.7	References	83
4.3	Estudio III.....	89
4.3.1	Abstract.....	90
4.3.2	Introduction	91
4.3.3	Materials and Methods	95

4.3.3.1	Design.....	95
4.3.3.2	Participants	95
4.3.3.3	Instruments	98
4.3.3.4	Intervention and Control Groups.....	99
4.3.3.5	Statistical Analysis	101
4.3.4	Results.....	103
4.3.4.1	Characteristics of the Sample	103
4.3.4.2	Incidence of Depression	105
4.3.4.3	Depressive Symptomatology.....	105
4.3.4.4	Clinically Significant Change.....	107
4.3.4.5	Acceptability and Satisfaction with the Intervention.....	107
4.3.5	Discussion	108
4.3.6	Conclusions.....	113
4.3.7	References.....	114
4.4	Estudio IV	125
4.4.1	Abstract.....	126
4.4.2	Introduction.....	127
4.4.3	Materials and Methods.....	131
4.4.3.1	Participants and Procedure	131
4.4.3.2	Interventions and Control Group.....	134
4.4.3.3	Evaluation Instruments.....	137
4.4.3.4	Statistical Analysis	138
4.4.4	Results.....	141
4.4.4.1	Characteristics of the Sample	141
4.4.4.2	Changes in Depressive Symptoms over Time.....	143
4.4.4.3	Change in the Appearance of New Episodes of Major Depressive Episodes over Time.....	147
4.4.4.4	Impact of Death of Care Recipient on Depressive Symptoms and Incidence of Depression	148
4.4.4.5	Moderators and Mediators of Change in Depressive Symptoms	149
4.4.5	Discussion.....	153

4.4.5.1 Primary Objective: Depressive Symptoms and Episodes	154
4.4.5.2 Secondary Objective: Moderators and Mediators.....	156
4.4.5.3 Strengths and Limitations.....	158
4.4.5.4 Implications for Research and Clinical Practice	159
4.4.6 Conclusions	159
4.4.7 References	160
5 DISCUSIÓN GENERAL	173
5.1 Principales hallazgos	173
5.2 Comparación con la investigación previa.....	176
5.2.1 Viabilidad de la multiconferencia telefónica	176
5.2.2 Eficacia de las intervenciones.....	178
5.2.3 Relevancia de los componentes conductuales en la intervención cognitivo-conductual	180
5.2.4 Predictores y moderadores de las intervenciones	181
5.2.5 Mediadores de los programas de intervención	183
5.3 Puntos fuertes de la investigación	184
5.4. Implicaciones para la práctica clínica y la investigación	185
5.5. Limitaciones de la investigación y sugerencias para futuras investigaciones	187
6 CONCLUSIONES	189
6.1 Español.....	189
6.2 English	193
7 REFERENCIAS.....	197

8 ANEXOS	217
8.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	219
8.1.1 ANEXO I. Cuestionario de características del cuidador.....	221
8.1.2 ANEXO II. Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos.....	225
8.1.3 ANEXO III. Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno.....	227
8.1.4 ANEXO IV. Cuestionario de Pensamientos Automáticos	229
8.1.5 ANEXO V. Contactos sociales	231
8.2 CONTENIDOS DE LAS INTERVENCIONES	233
8.2.1 ANEXO VI. Contenidos de la intervención cognitivo- conductual multiconferencia (CCM)	235
8.2.2 ANEXO VII. Contenidos de la intervención de activación conductual multiconferencia (ACM).....	241
8.3 TRABAJOS PUBLICADOS	247
8.3.1 ANEXO VIII. Autorización revista para uso del estudio I en la tesis	249
8.3.2 ANEXO IX. Publicación original del estudio I (con el formato de la revista)	253
8.3.3 ANEXO X. Autorización revista para uso del estudio II en la tesis.....	263
8.3.4 ANEXO XI. Publicación original del estudio II (con el formato de la revista, inglés y español).....	267
8.3.5 ANEXO XII. Publicación original del estudio III (con el formato de la revista)	277
8.3.6 ANEXO XIII. Publicación original del estudio IV (con el formato de la revista)	297

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Caracterización clínica de la depresión	6
Tabla 2. Criterios DSM-5 para el trastorno de depresión mayor.....	8
Tabla 3. Características de los cuidadores no profesionales	13

PUBLICACIONES

Estudio I

Tabla 1. Características sociodemográficas y de cuidado de los participantes	50
Tabla 2. Valores de t de Student y d de Cohen entre las puntuaciones preintervención y posintervención y las medidas de seguimiento (N = 61)	54

Estudio II

Table 1. Sociodemographic characteristics of caregivers, care-recipient, the situation of care and levels of depression (N = 592).....	78
Table 2. Reward score according to the characteristics of the caregiver, care-recipient, care situation, and depression level.....	79
Table 3. Reward as a predictor of depression level in the caregiver population	81

Estudio III

Table 1. Sociodemographic characteristics and the care situation for the sample	104
Table 2. Estimated marginal means, standard errors, and pre-post comparison on depressive symptomatology (CES-D) per group.....	106
Table 3. Pairwise comparison of intervention effects on post-intervention CES-D.	107

Estudio IV

Table 1. Contents of the indicated depression prevention interventions administered by telephone conference call. .	135
Table 2. Sociodemographics, clinical characteristics, and care situation of the study participants.....	141
Table 3. Estimated mean scores (and standard errors) for depressive symptoms for the intervention groups and the control group.	143
Table 4. Student's t statistics and standardized mean differences for intragroup and intergroup effects.	146
Table 5. Analysis of mediation for positive environmental reinforcement, negative automatic thoughts, and social contacts at the post-intervention time point for the CBCC group.....	152
Table 6. Analysis of mediation for positive environmental reinforcement, negative automatic thoughts, and social contacts at the post-intervention time point for the BACC group.....	153

ÍNDICE DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN

Figura 1. Niveles de prevención y tratamiento.....	11
Figura 2. Modelo integrador de la depresión.....	17
Figura 3. Diseño de desmantelamiento	21
Figura 4. Modelo conductual de la depresión de Lewinsohn	22

PUBLICACIONES

Estudio I

Figura 1. Evolución de la sintomatología depresiva en los diferentes momentos de evaluación a lo largo de los 3 meses de seguimiento.	53
--	----

Estudio II

Figure 1. Flowchart of the study phases.	73
---	----

Estudio III

Figure 1. CONSORT 2010 Flowchart.....	97
---------------------------------------	----

Estudio IV

Figure 1. Flowchart	133
Figure 2. Estimated means at each time point for each group.....	144
Figure 3. Cumulative survival for recurring events for the different experimental conditions.	148

Figure 4. Plot of the effect of the interaction between main economic activity and group on the change in depressive symptoms between the pre-intervention time point and 12-month follow-up..... 150

Figure 5. Plot of the effect of the interaction between relationship and group on the change in depressive symptoms between the pre-intervention time point and 12-month follow-up. 150



LISTA SIGLAS Y ACRÓNIMOS

SIGLA o ACRÓNIMO	DESIGNACIÓN
OMS	Organización Mundial de la Salud (<i>World Health Organization</i>)
INE	Instituto Nacional de Estadística
GBD	Carga Global de Enfermedades (<i>Global Burden Disease</i>)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
APA	Asociación Americana de Psiquiatría (<i>American Psychiatric Association</i>)
NICE	Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
DSM-5	Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - 5ª edición (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition</i>)
CES-D	Escala para la Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i>)
SCID-5-CV	Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5, Versión Clínica (<i>Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version</i>)
EROS	Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (<i>Environmental Reward Observation Scale</i>)
ATQ	Cuestionario de Pensamientos Automáticos (<i>Automatic Thoughts Questionnaire</i>)
CSQ-8	Cuestionario de Satisfacción del Cliente (<i>Client Satisfaction Questionnaire</i>)
JCR	Journal Citation Reports
CCM	Intervención cognitivo-conductual multiconferencia
ACM	Intervención de activación conductual multiconferencia
GC	Grupo control de atención habitual
OR	Razón de Probabilidades (<i>Odds Ratio</i>)
RR	Riesgo Relativo (<i>Relative Risk</i>)
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95%
SMD	Diferencia de Medias Estandarizada (<i>Standardized Mean Difference</i>)
NNT	Número Necesario a Tratar (<i>Number Needed to Treat</i>)
ej.	Ejemplo



1 INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La depresión es un trastorno mental que se ha convertido en objeto de gran preocupación pública, debido a su elevada prevalencia, la disfuncionalidad que genera, la comorbilidad que presenta, y los costes asociados. Aunque existen tratamientos psicológicos y farmacológicos bien establecidos para el tratamiento de la depresión, todavía existe una importante brecha entre las necesidades de tratamiento de las personas con este trastorno y la ayuda real que reciben (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004; Thornicroft et al., 2017); es más, el alcance de esas intervenciones es limitado, no pudiendo llegar a toda la población que los necesitaría. Una de las potenciales alternativas para solventar los problemas de cobertura de tratamiento y aliviar las cargas asociadas consiste en aplicar intervenciones eficaces dirigidas a prevenir la aparición del trastorno. Dentro de los niveles de prevención de la depresión, la prevención indicada actúa sobre aquellas personas que presentan síntomas depresivos clínicamente relevantes, pero que todavía no cumplen los criterios diagnósticos de un episodio de depresión mayor (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010).

Una de las poblaciones notablemente afectadas por la presencia de síntomas depresivos elevados son los cuidadores no profesionales (o informales). Estas figuras prestan ayuda a personas en situación de dependencia en base al vínculo emocional que les unen a ellas (ej., familiares, amigos, vecinos), sin contratos laborales ni retribuciones económicas formales que medien esta asistencia (Triantafyllou et al., 2010). Una considerable proporción de cuidadores presenta niveles elevados de sintomatología depresiva y depresión. Hasta el 40% de los cuidadores presenta niveles elevados de sintomatología depresiva (Loh,

Tan, Zhang y Ho, 2017), y el 8.9% de los cuidadores españoles cumple los criterios para una depresión (Torres et al., 2015). Esto se convierte en un problema social y sanitario muy relevante, dado el elevado número de cuidadores no profesionales que hay en nuestra sociedad actual. En España, un total de 4.383.300 millones de personas son cuidadoras, es decir, un 11.2% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2018). La situación actual, junto con las proyecciones que auguran un imparable envejecimiento de la población, ponen de relieve la necesidad de disponer de actuaciones preventivas para evitar los tremendos costes humanos, sociales y económicos asociados a la depresión en esta población.

En este sentido, existen dos intervenciones desarrolladas por nuestro equipo que han demostrado su eficacia para la prevención indicada de la depresión en cuidadoras (Otero, Smit, Cuijpers, Torres et al., 2015; Vázquez et al., 2013, 2014, 2016). Sin embargo, estas intervenciones fueron aplicadas cara a cara, lo que limita su alcance y accesibilidad. Los cuidadores no profesionales cuentan con diversas barreras que les hacen difícil asistir presencialmente a estos programas (ej., la falta de tiempo derivada de la sobrecarga de tareas, el no disponer de un cuidador sustituto que se haga cargo de la persona en situación de dependencia durante el tiempo en que el cuidador principal recibe la intervención, o la preocupación por la persona cuidada durante su ausencia). La multiconferencia telefónica puede ser una herramienta con un enorme potencial para superar estas limitaciones y difundir los programas a esta población. Sin embargo, todavía no se ha estudiado la eficacia de este formato de administración en la prevención indicada de la depresión para cuidadores.

Además, todavía permanece sin resolver cuáles son los ingredientes críticos del cambio terapéutico en las intervenciones cognitivo-conductuales. Los estudios de desmantelamientos son altamente recomendados para recabar evidencia sobre esto (Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders y Hollon, 2019), pues consisten en aislar alguno o varios de los componentes individuales de un tratamiento (Kazdin, 2016), y evaluar los efectos de ese componente específico.

Por otra parte, el hecho de que una intervención demuestre eficacia, no excluye la posibilidad de que existan subgrupos de cuidadores que

se beneficien más o menos de una determinada intervención (Kravitz, Duan y Braslow, 2004). La identificación de las variables moderadoras podría ayudar a determinar el mejor tratamiento para cualquier individuo (Simon y Perlis, 2010). Por otro lado, todavía existen interrogantes sobre cuáles son los mecanismos que explican los cambios terapéuticos alcanzados en los programas cognitivo-conductuales (Kazdin, 2007). Mientras el desmantelamiento permite identificar los componentes críticos para el cambio terapéutico, se debe investigar además los posibles mediadores, es decir, aquellas variables que explican los cambios que produjo la intervención. Por tanto, se necesita investigación que arroje luz sobre todas estas cuestiones.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia, hasta los 36 meses, de una intervención cognitivo-conductual, y otra solo con el componente de activación conductual, administradas a través de multiconferencia telefónica para la prevención indicada de la depresión en cuidadores no profesionales.

Para ello, se adaptó una intervención de prevención de la depresión que previamente había mostrado su eficacia en formato grupal cara a cara para ser aplicada a través de multiconferencia telefónica, y se realizó un estudio preliminar para evaluar su viabilidad y aceptabilidad. En segundo lugar, se estudió la influencia del refuerzo ambiental positivo sobre la depresión de los cuidadores, para valorar la relevancia del componente de activación conductual de la intervención. Por último, se evaluó la eficacia de la intervención completa y solo del componente de activación conductual a corto plazo (posintervención) y a largo plazo (hasta 36 meses) en un ensayo controlado aleatorizado, y se analizaron los moderadores y mediadores.

La presente tesis está compuesta por siete apartados: introducción, objetivos e hipótesis, método, publicaciones, discusión general, conclusiones y referencias bibliográficas. En la sección *Introducción* se abordan aspectos definitorios y conceptuales sobre la depresión, la prevención de la misma, la figura del cuidador, los programas psicológicos administrados telefónicamente para esta población, los componentes activos de los programas de intervención cognitivo-conductuales para la depresión, y los moderadores y mediadores de los programas cognitivo-conductuales para la depresión.

En la sección *Objetivos e Hipótesis* se formulan el objetivo general de la investigación y los objetivos específicos de los estudios realizados, y se plantean las hipótesis correspondientes.

En la sección *Método* se describen las líneas generales sobre cómo se realizó la investigación a lo largo del proceso, incluyendo el diseño, el reclutamiento y la muestra utilizada, los instrumentos de evaluación, las intervenciones aplicadas, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos.

En la sección *Publicaciones* se presentan cuatro estudios publicados en revistas de alto impacto catalogadas en el Journal Citation Reports (JCR) de la Web of Science. El estudio I (Vázquez et al., 2018) evaluó los resultados preliminares y la aceptabilidad del programa de intervención cognitivo-conductual aplicado mediante multiconferencia telefónica. Se muestran los resultados de incidencia acumulada de depresión y sintomatología depresiva hasta los tres meses de seguimiento, así como de adherencia y satisfacción con la intervención, en un grupo de 61 cuidadores no profesionales. El estudio II (Vázquez, López et al., 2019) analizó el papel que tiene el nivel de refuerzo ambiental positivo contingente a la respuesta como predictor de la depresión subclínica y clínica en cuidadores no profesionales. Se describen los resultados de la asociación existente entre los diferentes niveles de depresión y el grado de refuerzo en una muestra amplia de cuidadores. Los estudios III y IV presentan los resultados del ensayo controlado aleatorizado. Más concretamente, el estudio III (Vázquez et al., 2020) muestra los resultados a corto plazo (posintervención) de la intervención cognitivo-conductual completa y del componente de activación conductual en la incidencia de depresión, la sintomatología depresiva y el cambio clínicamente significativo; también describe el nivel de adherencia (asistencia a las sesiones y cumplimiento de tareas entre sesiones) y satisfacción con la intervención. El estudio IV (López, Vázquez et al., 2020) muestra los resultados hasta los 36 meses de seguimiento de ambas intervenciones en la incidencia de depresión y la sintomatología depresiva, así como los resultados de los análisis de moderación y mediación del programa completo y del componente de activación conductual

En el apartado de *Discusión General* se interpretan los resultados descritos en la sección anterior, comparándolos con los resultados hallados en otras investigaciones, se abordan las limitaciones de esta investigación, las implicaciones de la misma, y se proponen nuevas vías de investigación para futuros estudios.

En la sección *Conclusiones*, se extraen los principales hallazgos de esta investigación.

Por último, en la sección de *Referencias* se incluyen los trabajos de la literatura científica que han sido seleccionados sobre las cuestiones tratadas en esta investigación.



1.2 LA DEPRESIÓN

1.2.1 Definición clínica y diagnóstica

El término *depresión* posee diversos usos. El más común se refiere al estado de ánimo decaído, que todos hemos experimentado alguna vez, y que suele desaparecer rápidamente sin causar apenas malestar o secuelas. En cambio, tiene otro significado más serio, referido a un trastorno mental que causa un gran sufrimiento y deterioro en la vida de quien lo padece. En este sentido, la *depresión mayor o clínica*, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y la pérdida del interés o placer en casi todas las actividades, además de muchos otros signos y síntomas concernientes a las áreas conductual, emocional, motivacional, somática y cognitiva (ver Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización clínica de la depresión

Áreas	Signos y síntomas
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llanto ▪ Evitación de tareas y actividades cotidianas ▪ Aislamiento ▪ Falta de autocuidado o aseo
Emocional y motivacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza, desesperanza, irritación, vacío ▪ Anhedonia (incapacidad para experimentar emociones positivas)
Somática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia) ▪ Alteraciones en el apetito (excesivo o reducido) ▪ Disminución del deseo sexual ▪ Molestias físicas difusas (ej., cefaleas, mialgias) ▪ Falta de energía
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades de concentración ▪ Pensamientos negativos sobre uno mismo, el futuro o los demás ▪ Bradipsiquia (pensamiento enlentecido) ▪ Rumitaciones ▪ Autofocalización ▪ Ideación suicida ▪ Indecisión

Nota. Elaboración propia basada en Vázquez y Sanz (2008) y Vázquez, Otero y Blanco (2019).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013/2014) especifica los criterios para establecer el diagnóstico del Trastorno de depresión mayor. Tal como se muestra en la Tabla 2, la clave es la presencia del episodio de depresión mayor, que se caracteriza por la presencia, durante al menos dos semanas consecutivas, casi a diario y la mayor parte del día, de un estado de ánimo deprimido, o una pérdida notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades que antes se solían disfrutar; a ello hay que sumarle la ocurrencia de al menos cuatro síntomas adicionales (alteración del peso o apetito, alteración del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o ideación suicida). Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, y no son consecuencia de una sustancia o enfermedad médica. Además de la presencia del episodio de depresión mayor, el diagnóstico del trastorno requiere la ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos previos y que los síntomas no se expliquen mejor por otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y psicóticos.

Tabla 2. Criterios DSM-5 para el trastorno de depresión mayor

-
- A. Presencia de 5 (o más) de los síntomas siguientes al menos 2 semanas y que suponen un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es el (1) o (2):
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamiento de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor

- D. El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. No ha habido episodios maníacos o hipomaníacos previos.

Nota. Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2013/2014).

1.2.2 Impacto de la depresión

La depresión constituye uno de los trastornos mentales más comunes y discapacitantes, que presenta una elevada comorbilidad con numerosos trastornos físicos y mentales, y supone un ingente gasto económico para las sociedades actuales.

Es uno de los trastornos más comunes en el mundo, afectando a aproximadamente 322 millones de personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Entre el 11% y el 15% ha sufrido depresión al menos una vez en su vida, y aproximadamente el 6% la ha sufrido en el último año (Bromet et al., 2011). Las cifras en nuestro contexto son similares: se estima que el 11% de la población española ha sufrido al menos una depresión en su vida, y el 4% en los últimos 12 meses (Gabilondo et al., 2010). Además, es un desorden que tiende a ser recurrente y crónico. La tasa estimada de recurrencia acumulada oscila entre el 27.1% (ten Have et al., 2018) y el 42% (Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen y Beekman, 2013) en un periodo de 20 años. Además, entre el 12% (ten Have et al., 2018) y el 15.7% (Hoertel et al., 2017) desarrolla una depresión crónica (en seguimientos a 6 y 3 años, respectivamente).

Por otro lado, la depresión no solo genera un profundo sufrimiento personal, sino también un marcado deterioro funcional. De hecho, constituyó la tercera causa de años vividos con discapacidad en 2017 (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Las áreas vitales afectadas son diversas, incluyendo la educativa, la laboral y la interpersonal. En el ámbito educativo, muchos universitarios con depresión suelen presentar peor rendimiento académico (Eisenberg, Golberstein y Hunt, 2009), con la consecuente pérdida de oportunidades educativas y laborales futuras. A nivel laboral, las personas con depresión tienen menos probabilidad de tener empleo remunerado, y quienes lo tienen presentan mayores tasas de absentismo y presentismo que las personas sin depresión (Lerner y Henke, 2008). En el área interpersonal, la depresión se relaciona con peor calidad marital (Goldfarb y Trudel, 2019), y deterioro del comportamiento parental (England y Sim, 2009; Lovejoy, Graczyk, O'Hare y Neuman, 2000; Wilson y Durbin, 2010).

Se trata, además, de un trastorno con una elevada morbilidad física y psiquiátrica. Se asocia con enfermedades físicas crónicas como asma (Wong, Rowe, Douwes y Senthilselvan, 2013), diabetes (Ali, Stone, Peters, Davies y Khunti, 2006), y patología cardiovascular (Correll et al., 2017). Además, independientemente de los mecanismos explicativos y la dirección de estas relaciones, es bien sabido que la

depresión empeora el pronóstico de estos cuadros físicos. También suele coexistir con otros desórdenes mentales, como los trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad (APA, 2013/2014). Con este escenario, es razonable que la depresión se relacione con un aumento del riesgo de muerte, especialmente por suicidio (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014; Plana-Ripoll et al., 2019).

Debido al deterioro generado por el trastorno y su elevada prevalencia, el coste que supone la depresión para la sociedad es cuantioso, tanto en términos de pérdida de productividad laboral (costes indirectos) como de consumo de recursos sanitarios (costes directos). En Estados Unidos, y solo en el año 2010, la depresión generó un coste económico estimado en 210.5 billones de dólares, de los que un 53% se debe a costes indirectos, y el 47% restante a costes directos (Greenberg, Fournier, Sisitsky, Pike y Kessler, 2015). En España, los trastornos del estado de ánimo suponen un coste de casi 11 billones de euros, de los cuales el 45% corresponde a costes indirectos y el 55% a costes directos (Parés-Badell et al., 2014).

1.3 LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Como ya se señaló previamente, a pesar de que existen intervenciones farmacológicas y psicológicas eficaces para la depresión, hay una importante brecha entre las necesidades de tratamiento de las personas que tienen este trastorno y la ayuda que reciben. El 56.3% de las personas con depresión no reciben tratamiento (Kohn et al., 2004), y entre quienes reciben atención, solo el 41% recibe un tratamiento adecuado (Thornicroft et al., 2017). Es más, ante la hipotética situación de recibir una cobertura absoluta con tratamientos óptimos basados en la evidencia, se estima que solo podría evitarse un tercio de la carga causada por el trastorno (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry y Lapsley, 2004).

Por todo ello, las intervenciones preventivas constituyen una alternativa prometedora para reducir la prevalencia del trastorno y la carga asociada al mismo. La prevención comprende todas aquellas intervenciones que se producen antes del inicio de un trastorno, y que persiguen la reducción de la ocurrencia de nuevos casos (i.e.,

incidencia) (Instituto de Medicina [Institute of Medicine], 1994). La creciente investigación realizada sobre la prevención de la depresión acumula resultados positivos. De hecho, en un metaanálisis reciente (Cuijpers et al., 2020) se encontró que el riesgo relativo de las intervenciones psicológicas preventivas fue de 0.81 (IC 95% 0.72-0.91), indicando que pueden reducir la incidencia del trastorno depresivo en un 19% en comparación con los grupos control.

El Instituto de Medicina (1994) clasificó las actuaciones preventivas en tres niveles (ver Figura 1): (a) la *prevención universal*, cuyo objetivo es la población general, sin basarse en ningún factor de riesgo; (b) la *prevención selectiva*, la cual se dirige a personas o grupos que reúnen una serie de factores que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno mental; y (c) la *prevención indicada*, la cual actúa sobre aquellas personas que presentan síntomas clínicamente relevantes, pero que todavía no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno.

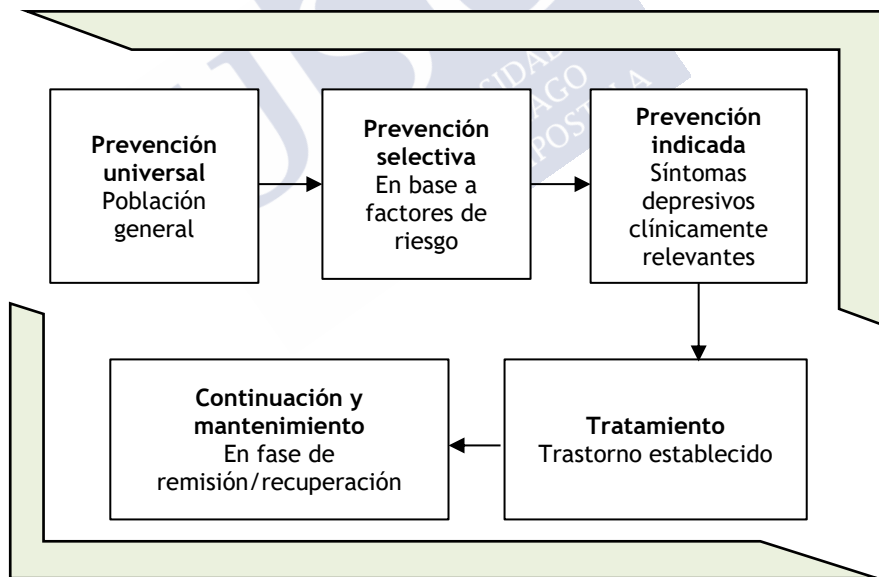


Figura 1. Niveles de prevención y tratamiento
(Adaptado de Buntrock, 2017)

Dentro de los niveles de prevención de la depresión, la prevención indicada es la que ha suscitado un mayor interés para la investigación

(Muñoz, Beardslee y Leykin, 2012). Uno de los motivos tiene que ver con el uso eficiente de los (limitados) recursos del investigador. Este nivel de prevención se focaliza en poblaciones donde la incidencia del trastorno es más elevada, ya que la sintomatología depresiva subclínica es una fase prodrómica del trastorno en muchos casos (Muñoz et al., 2010). Como consecuencia de esta mayor incidencia, los ensayos pueden comparar la incidencia de nuevos episodios entre el grupo que recibe la intervención en comparación con el grupo control que no la recibe, usando tamaños de muestra razonables (Muñoz et al., 2010). Por otra parte, las intervenciones de prevención indicada son clínicamente útiles por sí mismas puesto que la presencia de sintomatología subclínica es uno de los principales factores de riesgo para un episodio depresivo (Joling et al., 2015), produce malestar clínicamente significativo y deterioro funcional (Howland et al., 2008), genera costes económicos comparables a los de la depresión mayor a nivel poblacional (Cuijpers, Smit et al., 2007) y aumenta el riesgo de mortalidad (Cuijpers et al., 2013).

Específicamente, respecto al trastorno depresivo mayor, la prevención indicada actúa sobre la depresión subclínica con el objetivo de reducirla y que no progrese al cuadro clínico. La depresión subclínica (también denominada subumbral o menor) generalmente se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes, pero sin cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (Gotlib, Lewinsohn y Seely, 1995; Pincus, David y McQueen, 1999). La depresión subclínica puede determinarse mediante un punto de corte de un instrumento de autoinforme; mediante la presentación de dos o más síntomas de depresión, de al menos dos semanas de duración, asociados a evidencia de disfunción social, y que ocurre en sujetos que no reúnen los criterios diagnósticos de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) (Judd, Rapaport, Paulus y Brown, 1994); o también mediante los criterios DSM-5 del episodio depresivo con síntomas insuficientes dentro de la categoría “otro trastorno depresivo especificado” (APA, 2013/2014). En esta tesis, los síntomas depresivos clínicamente significativos se definieron mediante una puntuación igual o mayor a 16 en la Escala de Depresión

del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977; versión española de Vázquez, Blanco y López, 2007).

1.4 LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES

1.4.1 El cuidado no profesional y el riesgo de depresión

Una de las poblaciones notablemente afectadas por la presencia de síntomas depresivos elevados son los cuidadores no profesionales (también denominados informales). Los cuidadores no profesionales prestan ayuda a personas de su entorno cercano (generalmente un familiar) en situación de dependencia, sin tener un contrato formal ni percibir una remuneración económica, pues realizan esta labor en base a los vínculos emocionales que les unen con la persona cuidada, realizando una amplia variedad de tareas y dedicando una gran cantidad de tiempo (Triantafillou et al., 2010). La Tabla 3 muestra detalladamente las características clave del cuidado no profesional.

Tabla 3. Características de los cuidadores no profesionales

Área	Características
¿Quiénes son?	➤ Familiares, parientes cercanos, amigos o vecinos
	➤ Generalmente, sin entrenamiento para el cuidado
¿Por qué son no-profesionales?	➤ Sin contratos formales que recojan las responsabilidades del cuidado
	➤ Sin retribución, aunque pueden percibir compensaciones económicas
¿Cómo es el cuidado?	➤ Amplio rango de tareas, incluyendo las de asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como apoyo emocional
	➤ Sin horarios que limiten el tiempo de cuidado. Casi nunca están oficialmente “fuera de servicio”

Nota. Adaptado de Triantafillou et al. (2010).

Así, la naturaleza sensible y altamente demandante del cuidado de un ser querido pone a muchos cuidadores en mayor riesgo de sufrir patología depresiva. La literatura científica revela que la prevalencia de depresión subclínica en esta población es particularmente significativa. En concreto, entre el 34% y el 40% de los cuidadores presenta sintomatología depresiva elevada (Sallim et al., 2015; Loh et al., 2017, respectivamente). Esta sintomatología depresiva subclínica incrementa, a su vez, la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor (Cuijpers y Smit, 2004; Joling et al., 2015), convirtiéndose en un factor de riesgo añadido para quienes la padecen. De hecho, nuestro equipo ha encontrado que el 8.9% (prevalencia puntual) de los cuidadores españoles reúne los criterios para el diagnóstico un episodio depresivo (Torres et al., 2015), lo que es más del cuádruple de los porcentajes hallados en población general española (ver Ayuso-Mateos et al., 2011; Calvó-Perxas, Garre-Olmo y Vilalta-Franch, 2015).

En la actualidad, más de un 10% de la población adulta en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE; Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011) realiza tareas de cuidado no profesional; y en España, un total de 4.383.300 millones de personas son cuidadoras según los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud [ENSE], es decir, un 11.2% de la población española (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Por tanto, la cantidad de personas cuidadoras que se encuentran en riesgo de depresión es enorme. Es más, debido al imparable envejecimiento de la población, la cantidad de cuidadores y la importancia de su labor probablemente será mayor, tanto para el bienestar de sus familiares como para el sostenimiento de los sistemas sociales y sanitarios. Además, el alcance de esta problemática incluye también a las personas en situación de dependencia, dado que la depresión de los cuidadores puede repercutir sobre la calidad del cuidado que proporcionan (ej., MacNeil et al., 2010, Smith, Williamson, Miller y Schulz, 2011), y se relaciona con un incremento de la probabilidad de institucionalizar al receptor del cuidado (Mittleman, Haley, Clay y Roth, 2006).

En suma, un porcentaje elevado de cuidadores está en situación de riesgo para desarrollar síntomas depresivos y una subsecuente

depresión clínica. Dado el elevado número de cuidadores no profesionales que hay en nuestra sociedad actual y futura, esto se convierte en un problema social y sanitario muy relevante, por lo que son necesarias actuaciones preventivas para evitar los tremendos costes humanos, sociales y económicos asociados.

1.4.2 La prevención indicada de la depresión en cuidadores

A pesar de la pertinencia de desarrollar intervenciones psicológicas preventivas para esta población (Vázquez, Torres, Otero, Hermida y Blanco, 2012), solo existen dos ensayos controlados aleatorizados que han evaluado la eficacia de intervenciones de prevención indicada de la depresión en cuidadores. Es más, no fue hasta 2013 que se presentó el primer ensayo controlado aleatorizado sobre un programa de prevención indicada de la depresión dirigido a cuidadoras, por parte de nuestro equipo de investigación (Vázquez et al., 2013). En dicho estudio, un total de 173 cuidadoras con sintomatología depresiva elevada fueron asignadas al azar a un grupo que recibió una intervención breve de solución de problemas ($n = 89$) o a un grupo control de atención habitual ($n = 84$). La intervención estaba basada en el modelo etiopatogénico de Nezu, Nezu y Perri (1989), con una duración total de cinco sesiones de 90 minutos de duración, que fueron administradas semanalmente en grupos de aproximadamente cinco cuidadoras en locales próximos a su lugar de residencia.

Los resultados encontrados, tanto a corto como a largo plazo, fueron muy positivos (Vázquez et al., 2013; Otero, Smit, Cuijpers, Torres et al., 2015). Las cuidadoras que recibieron la intervención, en comparación con el grupo control de atención habitual, mostraron reducciones significativas que se mantuvieron hasta los 12 meses, tanto en la incidencia acumulada de depresión (10.1% vs. 25.0%; Riesgo Relativo [RR] = 0.40, IC 95% = 0.20-0.81), como en los síntomas depresivos, con un tamaño del efecto grande, ($M = 10.7$ vs. $M = 21.9$, d de Cohen = 1.14). La respuesta al tratamiento (definido por la mejora clínica y la ausencia de depresión) fue significativamente mayor en el grupo experimental que el grupo control a los 12 meses de seguimiento (70.8% vs. 25.0%) (Otero, Smit, Cuijpers, DeRubeis et al., 2015). En el seguimiento a ocho años (López, Smit et al., 2020), aunque se encontró un menor nivel de sintomatología depresiva en el grupo experimental

en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto pequeño ($M = 8.9$ vs. $M = 12.4$, d de Cohen = 0.39), no se hallaron diferencias entre ambos grupos en la incidencia de depresión (30.3% vs. 26.2%, $OR = 1.25$ 95% CI -0.58, 2.69) (López, Smit et al., 2020).

Estos datos, sugieren que la potencia de los programas preventivos se reduce a medida que transcurren los años. Sin embargo, de momento no existe suficiente investigación que haya evaluado los efectos de los programas preventivos más allá de los 24 meses (Cuijpers et al., 2020). Se necesitan estudios con seguimientos más prolongados, para acumular evidencias sólidas sobre la durabilidad de los efectos de los programas de prevención de la depresión.

En el segundo ensayo controlado aleatorizado para evaluar la eficacia de una intervención para prevenir la depresión en cuidadores, también realizado por nuestro equipo de investigación (Vázquez et al., 2014; 2016), un total de 170 cuidadoras con depresión subclínica fueron asignadas al azar a un grupo que recibió una intervención breve cognitivo conductual, ($n = 88$) o a un grupo control de atención habitual ($n = 82$). Esta intervención se desarrolló con base en el modelo etiopatogénico integrador multifactorial de la depresión (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) y el *Curso de Prevención de la Depresión* (Muñoz y Ying, 1993).

Según este modelo (Figura 2), el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales que conducen a la depresión comienza cuando surge un evento potencialmente evocador de depresión (A) (ej., un acontecimiento estresante negativo como convertirse en cuidador de un familiar dependiente y los problemas diarios que acarrea). Este evento interrumpe los patrones de conducta adaptativos del sujeto (B) (ej., cambios a nivel familiar, laboral), produciendo todo ello una disminución de reforzamiento positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas (C). Como consecuencia de esto, se produce un aumento de la autoconciencia (D) (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia (E) con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas e interpersonales (F), que repercute aún más en los acontecimientos que evocan la depresión, los patrones de conducta y la conciencia de uno mismo, haciendo que este proceso se

constituya en un círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo y mantiene y empeora los síntomas depresivos.

El modelo también incluye factores de vulnerabilidad (ej., ser mujer, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a eventos aversivos) y factores de protección frente a la depresión (inmunógenos) (ej., competencia social autopercibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos), que podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general (G).

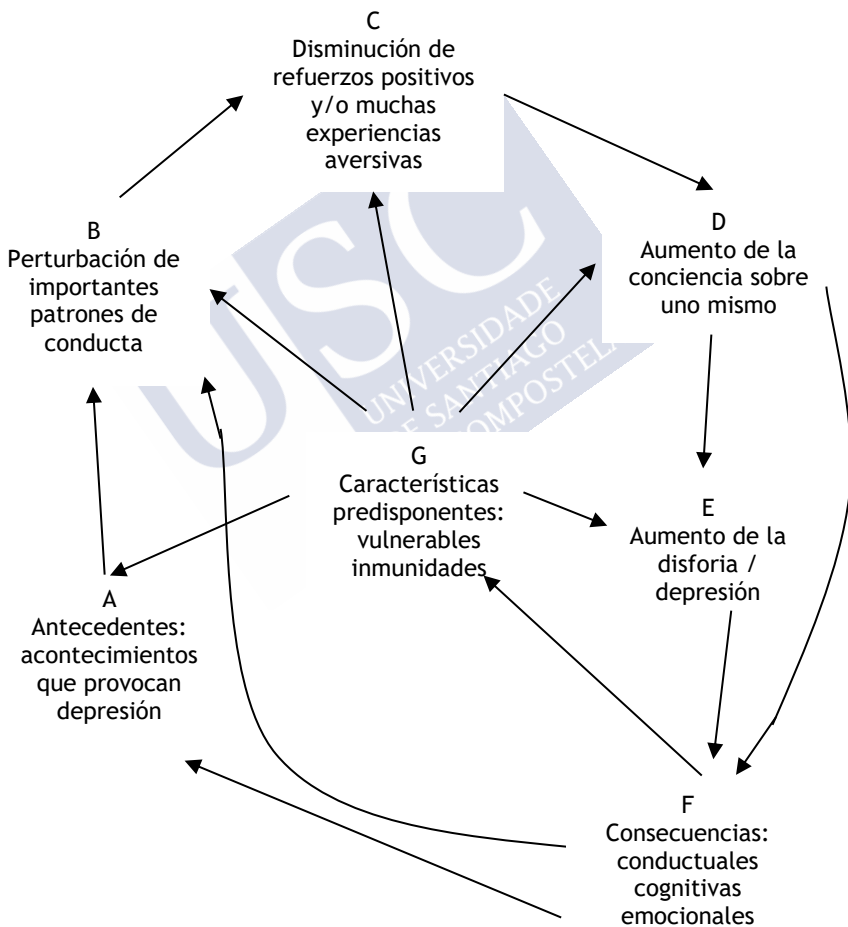


Figura 2. Modelo integrador de la depresión (Adaptado de Lewinsohn et al., 1985)

La intervención basada en este modelo (Vázquez et al., 2014, 2016) consistió en un programa cognitivo-conductual, que constó de cinco sesiones presenciales de 90 minutos cada una, administradas semanalmente en formato grupal (5-6 participantes por grupo). Esta intervención también obtuvo resultados positivos que se mantuvieron en el tiempo. En el seguimiento a 12 meses, se halló una menor incidencia acumulada del trastorno en el grupo cognitivo-conductual en comparación con el grupo control de atención habitual (3.4% vs. 22.0%; RR = 0.15, IC 95% = 0.05-0.51). La sintomatología depresiva también fue significativamente menor en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, con un tamaño del efecto grande (d de Cohen = 1.33, IC 95% = 0.99-1.66). Además, un porcentaje significativamente mayor de cuidadoras alcanzó cambios clínicamente significativos en comparación con el grupo control (81.8% vs. 17.1%) (Blanco, Otero, López, Torres y Vázquez, 2017).

1.5 MULTICONFERENCIA TELEFÓNICA PARA ADMINISTRAR LAS INTERVENCIONES

Aunque los resultados de ambos ensayos fueron prometedores, la accesibilidad de estas intervenciones es limitada al ser aplicadas presencialmente. De hecho, en ensayos clínicos se ha encontrado que el promedio de abandono de las condiciones de psicoterapia administradas cara a cara para la depresión es del 17.5% (rango 0%-50%) (Cooper y Conklin, 2015). Una serie de barreras dificultan la asistencia a las intervenciones cara a cara, como el coste, la escasez de servicios de salud mental, la falta de transporte o la estigmatización (Chekroud et al., 2018; Mohr et al., 2006). Para los cuidadores, la participación puede verse más limitada aún por la falta de tiempo derivada de la sobrecarga de tareas, el no disponer de un cuidador sustituto que se haga cargo de la persona en situación de dependencia durante el tiempo en que el cuidador principal recibe la intervención, o la preocupación por la persona cuidada durante su ausencia.

Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ayudar a superar estas barreras, ofreciendo al usuario la oportunidad de acceder a la intervención desde la privacidad y la comodidad de su propio domicilio y en los horarios de mayor conveniencia (Brenes,

Ingram y Danhauer, 2011). En este sentido, la multiconferencia telefónica es un dispositivo asequible, de fácil manejo, y constituye una de las herramientas de comunicación más accesibles, ya que hay al menos un teléfono en el 99.9% de los hogares españoles (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Un gran cuerpo de investigación acumula evidencia de que las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión administradas a través del teléfono obtienen niveles de eficacia significativamente mayores que las condiciones de no tratamiento, y resultados similares a otras modalidades de administración (Castro et al., 2020; Coughtrey y Pistrang, 2018; Cuijpers, Noma, Karyotaki, Cipriani y Furukawa, 2019; Mohr, Vella, Hart, Heckman y Simon, 2008; Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida, 2015). Por citar un ejemplo, en el metaanálisis más reciente (Castro et al., 2020), se encontró que los programas psicoterapéuticos administrados a través del teléfono producen una reducción significativa de la sintomatología depresiva en comparación con las condiciones control (diferencia de medias estandarizada [*SMD*] = -0.85, 95%, IC -1.56 a -0.15), sin diferencias significativas con respecto a otras condiciones activas, incluyendo la psicoterapia cara a cara (*SMD* = -0.18, IC 95% -0.45, 0.09). Además, el porcentaje medio de abandonos en el formato de administración a través del teléfono es de tan solo del 7.6% (Mohr et al., 2008) y el porcentaje medio de sesiones completadas es del 73% (Castro et al., 2020).

A pesar de su utilidad para extender la ayuda psicológica a las personas con depresión, solo existen once intervenciones psicoterapéuticas administradas a través del teléfono dirigidas a reducir los síntomas depresivos en la población de cuidadores no profesionales (Au et al., 2019; Behrnt et al., 2019; Davis, Burgio, Buckwalter y Weaver, 2004; Heckel et al., 2018; Pfeiffer et al., 2014; Smith y Toseland, 2006; Stephen y Gant, 2016; Tremont, David, Bishop y Fortinsky, 2008; Tremont et al., 2015; Wilz, Schinköthe y Soellner, 2011; Wilz, Reder, Meichsner y Soellner, 2018). Además, los ensayos controlados aleatorizados han encontrado resultados contradictorios en cuanto a las mejoras producidas. Mientras que en algunos las intervenciones fueron eficaces (ej., Au et al., 2019; Pfeiffer et al., 2014; Steffen y Gant, 2016; Tremont et al., 2015); otros no encontraron

diferencias significativas entre los grupos de intervención y control (ej., Davis et al., 2004; Heckel et al., 2018; Tremont et al., 2008); o bien sólo encontraron resultados parciales, limitados a determinados subgrupos de cuidadores (ej., Behrnt et al., 2019; Smith y Toseland, 2006), o a determinados seguimientos (ej., Wilz, Meichsner y Soellner, 2017; Wilz et al., 2011, 2018; Wilz y Soellner, 2016).

Además, a pesar de que diversos trabajos han resaltado la importancia de analizar los efectos de las intervenciones a largo plazo (ej., Mendelson y Eaton, 2018; Zarit, 2018), sólo tres ensayos controlados aleatorizados han realizado evaluaciones de seguimiento (Donath et al., 2019; Wilz et al., 2017, 2018). Por otra parte, el formato individual de todos los estudios excepto el de Smith y Toseland (2006), y el elevado número de sesiones de las intervenciones existentes (hasta 23) limitan su utilidad clínica y su eficiencia (relación costes-beneficios), en comparación con las intervenciones breves de prevención indicada de la depresión para cuidadores administradas cara a cara en formato grupal (Vázquez et al., 2013, 2014, 2016; Otero, Smit, Cuijpers, Torres et al., 2015), lo que se podría subsanar con una intervención multiconferencia telefónica breve en formato grupal. Otra limitación añadida a estos estudios es que ninguna de las intervenciones telefónicas estuvo dirigida a la prevención indicada de la depresión en esta población. Se necesita, por tanto, investigación a este respecto.

1.6 COMPONENTES ACTIVOS DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA DEPRESIÓN

La mayoría de los estudios anteriormente mencionados evaluaron intervenciones cognitivo-conductuales, pero en aquellos que demostraron su eficacia, se desconoce cuáles fueron los componentes de las mismas que produjeron el cambio terapéutico. Para alcanzar este conocimiento, se recomienda la realización de estudios de desmantelamiento de las intervenciones de probada eficacia (Cuijpers, Cristea et al., 2019). Un diseño de *desmantelamiento* consiste en aislar alguno o varios componentes individuales que componen un tratamiento (Kazdin, 2016), para así evaluar los efectos relativos de ese componente.

Este tipo de diseño es esencial para avanzar en la optimización de las intervenciones multicomponente para la depresión (Cuijpers, Cristea et al., 2019) porque permiten identificar los ingredientes de las mismas que resultan esenciales para alcanzar los cambios terapéuticos. De esta forma, se consigue simplificar su contenido para entrenar técnicas apoyadas empíricamente, en lugar de aplicar múltiples componentes con beneficios desconocidos (Collins y Dozois, 2008).

Por tanto, tras la demostración de la eficacia de la intervención cognitivo-conductual cara a cara para la prevención indicada de la depresión en cuidadores, desarrollada previamente por nuestro equipo de investigación (Vázquez et al., 2014, 2016), resulta de interés identificar las estrategias esenciales del tratamiento. Concretamente, existen razones para seleccionar las técnicas conductuales, y comparar su eficacia en comparación con la intervención completa, que incluye ambos componentes, la activación conductual (técnicas conductuales) y el cognitivo (técnicas cognitivas) (ver Figura 3).

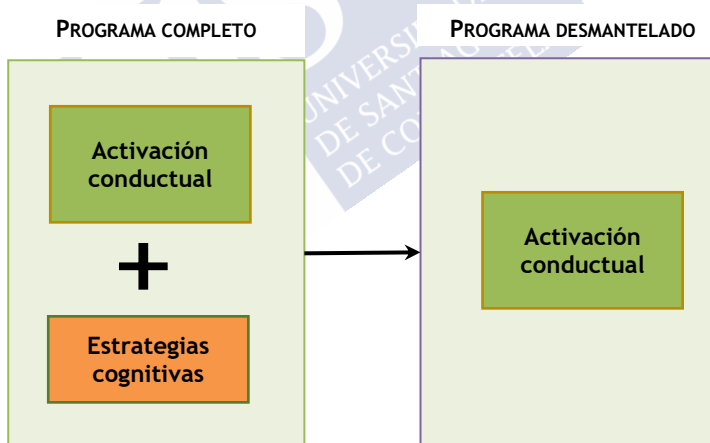


Figura 3. Diseño de desmantelamiento
(elaboración propia)

En primer lugar, la activación conductual cuenta con un largo recorrido, pues el modelo conductual que dio lugar a su nacimiento fue inicialmente desarrollado a principios de los años 70 por Peter

Lewinsohn y colegas (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Weinstein y Shaw, 1969). Según su propuesta, el componente crítico para el desarrollo de la depresión es el bajo nivel de reforzamiento contingente con la respuesta que se produce en los dominios vitales. Su explicación descansa sobre tres suposiciones fundamentales (ver Figura 4). La primera consiste en que la tasa baja de refuerzo positivo dependiente de la respuesta es una condición suficiente para provocar una conducta depresiva. La segunda implica que esta tasa es suficiente para explicar la escasa frecuencia de conductas que se observa durante la depresión; así, la persona con depresión sigue un programa de extinción de la conducta prolongado. La tercera suposición indica que el número total de refuerzos positivos suministrados a la persona dependen de la cantidad o la gama de estímulos que pueden reforzarlo, la capacidad del medio para generar esos estímulos y la habilidad del individuo para obtenerlos del ambiente.

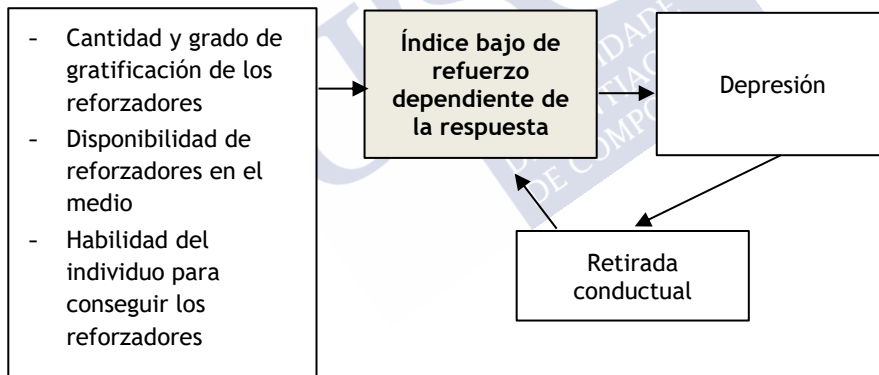


Figura 4. Modelo conductual de la depresión de Lewinsohn
(Adaptado de Lewinsohn, 1974)

En segundo lugar, existe evidencia sobre la aportación del componente de activación conductual para el tratamiento de la depresión mayor. Dos ensayos de desmantelamiento clásicos encontraron que la activación conductual mostró una eficacia similar a la terapia cognitiva o a la intervención cognitivo-conductual multicomponente para el tratamiento de la depresión mayor. El primer

estudio tuvo como objetivo identificar los componentes activos de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en adultos (Jacobson et al., 1996). Este ensayo controlado aleatorizado comparó tres intervenciones: (a) solo activación conductual, (b) activación conductual y reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos, y (c) el paquete completo de terapia cognitiva constituida por activación conductual y la reestructuración tanto de pensamientos automáticos como de creencias centrales. Los tres tratamientos funcionaron de forma similar, de forma que el componente más sencillo de activación conductual obtuvo una eficacia comparable al paquete completo, tanto en el postratamiento como después de dos años (Jacobson et al., 1996; Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998).

En el segundo estudio de desmantelamiento, Dimidjian et al. (2006) corroboraron estos resultados en un ensayo controlado aleatorizado para el tratamiento de la depresión en adultos. Este estudio encontró que al final del tratamiento, el nivel de eficacia de la activación conductual fue similar al tratamiento psicofarmacológico con paroxetina y a la terapia cognitiva, y superó al paquete completo en los pacientes más severos; los resultados de seguimiento a dos años también fueron prometedores (Dobson et al. 2008). Sin embargo, no existe, que nosotros sepamos, ningún estudio que haya evaluado esta cuestión en los programas cognitivo-conductuales dirigidos a la prevención indicada del trastorno, ni específicamente a la población de cuidadores.

En tercer lugar, en el marco de la depresión, la población de cuidadores y la administración de la intervención cognitivo-conductual a través del teléfono en formato grupal, las intervenciones enfocadas en la activación conductual pueden ser considerablemente más fáciles de aplicar y pueden prestarse más fácilmente a la difusión que la terapia cognitiva o los enfoques psicoterapéuticos más tradicionales (Hollon y Dimidjian, 2014).

1.7 PREDICTORES, MODERADORES Y MEDIADORES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA DEPRESIÓN

Por otra parte, el hecho de que en un ensayo controlado aleatorizado una intervención (ya sea cognitivo-conductual o solo de activación conductual) demuestre su eficacia en la reducción de la puntuación media de la variable resultado, no excluye la posibilidad de que existan subgrupos de cuidadores que se beneficien más o menos de una determinada intervención (Kravitz et al., 2004), ni aporta información sobre cuáles son los mecanismos que explican los cambios terapéuticos alcanzados (Kazdin, 2007).

Respecto a la primera cuestión, hay dos tipos de parámetros relevantes para identificar la respuesta diferencial a la intervención: (a) los *predictores* o factores pronósticos, que se refiere a las variables que ayudan a predecir los resultados de una intervención, (b) los *moderadores* o variables prescriptivas, que se refiere a las variables que pueden identificar a los individuos que es más probable que se beneficien de una determinada intervención en comparación con otra (Fournier et al., 2009; Kraemer, Wilson, Fairburn y Agras, 2002). Aunque esto ha sido escasamente investigado en las intervenciones para reducir la depresión en los cuidadores, en el estudio previo realizado por nuestro equipo de investigación (Blanco et al., 2017) que analizó las variables predictoras del cambio clínicamente significativo en la intervención cognitivo-conductual para la prevención indicada de la depresión aplicada cara a cara, se encontró que dedicarse a las tareas domésticas y cuidar de un familiar de mayor edad fueron predictores del cambio clínico tras la intervención.

En otro estudio (Vázquez et al., 2016) que analizó la intervención cognitivo-conductual para la prevención indicada de la depresión aplicada cara a cara, se encontró que la edad fue una variable moderadora; las cuidadoras más jóvenes tenían mayores probabilidades de beneficiarse más de la intervención que de la atención habitual.

La identificación de las variables moderadoras podría ayudar a detectar qué individuos se beneficiarían más de un determinado tratamiento, lo que supone el fin último de la medicina personalizada (Simon y Perlis, 2010).

Por otra parte, respecto a la segunda cuestión, si bien es cierto que la estrategia de desmantelamiento permite identificar los componentes del programa críticos para el cambio terapéutico, este diseño no proporciona, sin embargo, información sobre los procesos que se ponen en marcha y que explican *cómo* se producen esos cambios (Kazdin, 2007). Para responder a esta cuestión, la investigación debe añadir en sus experimentos la selección y evaluación de los posibles *mediadores*, es decir, aquellas variables que dan cuenta de los procesos de cambio en los pacientes. La investigación que ha liderado el estudio sobre esta cuestión fue la conducida por Jacobson et al. (1996), ya descrito previamente. Concretamente, analizó el efecto de tres posibles mediadores en cada uno de los programas: actividades agradables, pensamientos automáticos y estilo atribucional. Los resultados mostraron que estos mediadores no fueron específicos para cada uno de los componentes aplicados. Así, el cambio temprano en la cognición medió el cambio en los síntomas depresivos en la condición de activación conductual, pero no en el paquete completo. Por otro lado, el cambio en la frecuencia de actividades agradables medió el cambio en el paquete completo, pero no en la condición de activación conductual.

Este hallazgo sugiere que las técnicas específicas para cambiar los aspectos cognitivos quizás no sean necesarias para producir un cambio cognitivo, pero al mismo tiempo deja abierta la posibilidad de que el cambio cognitivo (sin importar cómo se produzca) puede jugar un papel mediador en la reducción del malestar (Driessen y Hollon, 2010).

En el estudio previo realizado por nuestro equipo de investigación (Vázquez et al., 2016) que analizó la intervención cognitivo-conductual para la prevención indicada de la depresión dirigida a cuidadores y aplicada cara a cara, se encontró que el cambio en los pensamientos negativos fue la única variable que medió la relación entre el cambio en los síntomas depresivos entre la preintervención y la posintervención y la cantidad de tratamiento recibido. Se necesita, por tanto, más investigación a este respecto.

1.8 JUSTIFICACIÓN

Los cuidadores no profesionales constituyen una población con riesgo elevado de sufrir depresión subclínica y clínica. Entre el 34% y el 40% presenta sintomatología depresiva elevada (Sallim et al., 2015; Loh et al., 2017, respectivamente) y se estima que el 8.9% de los cuidadores españoles reúne los criterios para un episodio depresivo (Torres et al., 2015). Esto se convierte en un problema social y sanitario muy relevante en España, dado que se estima que en la actualidad hay un total de 4.383.300 millones de cuidadores, es decir, un 11.2% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2018). La situación actual, junto con las proyecciones que auguran un imparable envejecimiento de la población, ponen de relieve la necesidad de disponer de actuaciones preventivas para evitar los tremendos costes humanos, sociales y económicos asociados a la depresión en esta población.

A pesar de la pertinencia de este tipo de intervenciones, solo existen dos intervenciones, desarrolladas por nuestro equipo, que han demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados para la prevención indicada de la depresión en cuidadoras con síntomas depresivos elevados (Vázquez et al., 2013, 2014, 2016; Otero, Smit, Cuijpers, Torres et al., 2015), con resultados positivos tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, estos programas fueron aplicados cara a cara, lo que limita su alcance y accesibilidad. Los cuidadores no profesionales se encuentran con diversas barreras que les hacen difícil asistir presencialmente a estos programas (ej., la falta de tiempo, el no disponer de un cuidador sustituto, o la preocupación por la persona cuidada durante su ausencia). Por tanto, existe la necesidad de buscar formatos de intervención alternativos al presencial que puedan superar estas limitaciones y permitan una mayor accesibilidad a la intervención. Entre las tecnologías de la comunicación existentes, la administración de estos programas a través de la multiconferencia telefónica permitirá potenciar su alcance y accesibilidad a muchas más personas que el formato presencial. Además, el 99.9% de los hogares españoles dispone de un teléfono (Instituto Nacional de Estadística, 2020).

Aunque se han evaluado algunas intervenciones psicológicas administradas a través del teléfono para reducir los síntomas depresivos

en cuidadores no profesionales, los resultados hallados son contradictorios. Mientras que algunas intervenciones fueron eficaces (ej., Au et al., 2019; Tremont et al., 2015); otras no encontraron diferencias significativas entre los grupos de intervención y control (ej., Davis et al., 2004; Heckel et al., 2018); o bien sólo encontraron resultados parciales, limitados a determinados subgrupos de cuidadores (ej., Behrnt et al., 2019; Smith y Toseland, 2006), o a determinados seguimientos (ej., Wilz et al., 2017, 2018). Además, sólo tres ensayos realizaron seguimientos a largo plazo (Donath et al., 2019; Wilz et al., 2017, 2018). Por otra parte, el formato individual, y el elevado número de sesiones de la mayor parte de los estudios, limitan su utilidad clínica y su eficiencia, lo que se podría subsanar con una intervención multiconferencia telefónica breve en formato grupal.

Otra limitación es que ninguna de las intervenciones telefónicas estuvo dirigida a la prevención indicada de la depresión en esta población. Por tanto, hay razones para realizar un ensayo controlado aleatorizado para evaluar la eficacia de una intervención breve de prevención indicada administrada a través de multiconferencia telefónica en formato grupal dirigida a cuidadores.

Por otro lado, se desconocen cuáles son los componentes esenciales del cambio terapéutico de la intervención cognitivo-conductual de prevención indicada en formato presencial que evaluó nuestro equipo de investigación (Vázquez et al., 2016). Dos ensayos de desmantelamiento clásicos encontraron que la activación conductual mostró una eficacia similar a la terapia cognitiva o a la intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Por tanto, es fundamental evaluar el componente conductual en las intervenciones preventivas cognitivo-conductuales. Por último, también resulta necesario el análisis de los predictores, moderadores y mediadores para avanzar en la conocimiento y optimización de las intervenciones.



2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 OBJETIVOS

El objetivo principal de esta tesis fue evaluar la eficacia, hasta los 36 meses, de una intervención cognitivo-conductual, y otra solo con el componente de activación conductual, administradas a través de multiconferencia telefónica para la prevención de la depresión en cuidadores no profesionales con síntomas depresivos clínicamente significativos.

Para lograr esto, los objetivos específicos planteados a lo largo de los estudios se describen a continuación.

Estudio I

-Evaluar los efectos preliminares sobre la incidencia de la depresión y la sintomatología depresiva, hasta los tres meses de seguimiento, de la intervención cognitivo-conductual de prevención indicada completa administrada a través de multiconferencia telefónica en una muestra reducida de cuidadores.

-Analizar las variables predictoras (sociodemográficas, de cuidado y clínicas) del resultado de la intervención.

-Evaluar la aceptabilidad (determinada por los abandonos, el número de sesiones asistidas y de tareas entre sesiones realizadas) y la satisfacción con la intervención cognitivo-conductual.

Estudio II

-Analizar el refuerzo como predictor del nivel de depresión (sin depresión, depresión subclínica y episodio depresivo mayor) en una muestra de cuidadores no profesionales.

Estudio III

-Evaluar la eficacia en la posintervención en relación con la incidencia de la depresión, la sintomatología depresiva y el cambio clínicamente significativo del programa cognitivo-conductual de prevención indicada administrado a través de multiconferencia telefónica a cuidadores, con todos sus componentes (cognitivos y conductuales) y solo con los conductuales.

-Evaluar la aceptabilidad (determinada por los abandonos, el número de sesiones asistidas y de tareas entre sesiones realizadas) y la satisfacción con la intervención.

Estudio IV

-Evaluar la eficacia a largo plazo (36 meses) en la incidencia de depresión y sintomatología depresiva de la intervención cognitivo-conductual de prevención indicada, con todos sus componentes y solo con los conductuales, aplicada mediante multiconferencia telefónica en cuidadores.

-Analizar las variables moderadoras y mediadoras de la eficacia de los dos programas evaluados (el cognitivo-conductual completo y el desmantelado con solo el componente conductual).

2.2 HIPÓTESIS

Considerando los objetivos mencionados anteriormente, así como el conocimiento de la literatura científica sobre el campo de estudio, las hipótesis planteadas fueron:

Como hipótesis principal, se espera que la eficacia de la intervención cognitivo-conductual y la de activación conductual de prevención indicada de la depresión, administradas a través de multiconferencia telefónica a cuidadores no profesionales, sea superior a la del grupo control en relación con la incidencia de depresión y la sintomatología depresiva.

Respecto a las hipótesis de los objetivos específicos, se enumeran las siguientes en función de los estudios realizados:

Estudio I

-Se espera que la intervención cognitivo-conductual de prevención de la depresión administrada mediante multiconferencia telefónica logre una incidencia baja de depresión y una reducción de la sintomatología depresiva tras la intervención y a los tres meses de seguimiento.

-Se espera que las variables sociodemográficas, de la situación de cuidado, así como la sintomatología depresiva en línea base, el número de sesiones asistidas y de tareas intersesiones realizadas, puedan predecir los resultados de la intervención.

-Se espera que el programa obtenga un porcentaje de abandonos inferior al 8%, niveles elevados de asistencia a las sesiones y de cumplimiento de tareas (superiores al 50%) y satisfacción con los servicios recibidos (puntuación media igual o superior a 19).

Estudio II

-Se espera encontrar una asociación significativa entre el refuerzo ambiental positivo y la presencia de depresión subclínica y depresión mayor.

Estudio III

-Se espera que tanto las intervenciones de prevención de la depresión cognitivo-conductual y la del componente de activación conductual, ambas aplicadas mediante multiconferencia telefónica, presenten diferencias significativas en la incidencia de depresión, la sintomatología depresiva y el cambio clínicamente significativo en comparación con un grupo control de atención habitual en la posintervención.

-Se espera que ambas intervenciones obtengan un porcentaje de abandonos inferior al 8%, niveles elevados de asistencia a las sesiones y cumplimiento de tareas (superiores al 50%), así como de satisfacción con los servicios recibidos (puntuación media igual o superior a 19).

Estudio IV

-Se espera que las intervenciones de prevención indicada de la depresión cognitivo-conductual y de activación conductual, ambas

aplicadas mediante multiconferencia telefónica, presenten diferencias significativas en la incidencia de la depresión y los síntomas depresivos en comparación con el grupo control en los seguimientos a corto (1 mes), medio (3 y 6 meses) y largo plazo (12, 36 meses).

-Se espera que las variables sociodemográficas y de la situación de cuidado incluidas en el estudio sean moderadoras del efecto de la intervención.

-Se espera que las variables relacionadas con el modelo (refuerzo ambiental positivo, pensamientos automáticos negativos y contactos sociales agradables) sean mediadores en la reducción de la sintomatología depresiva entre la preintervención y la posintervención de las intervenciones.



3 MÉTODO

La metodología de la investigación ha sido publicada con detalle en cada uno de los estudios presentados en el epígrafe de la tesis titulado *Publicaciones* (López, Vázquez et al., 2020; Vázquez et al., 2018, 2020; Vázquez, López et al., 2019).

A continuación, se exponen los aspectos centrales del método del conjunto de la investigación y los estudios que la componen.

3.1 DISEÑOS DE LOS ESTUDIOS

En el estudio I se llevó a cabo un diseño pretest-postest sin grupo de comparación para evaluar los resultados preliminares y la viabilidad de la intervención cognitivo-conductual aplicada a través de multiconferencia telefónica a cuidadores con síntomas depresivos elevados. En el estudio II, se realizó un estudio transversal para analizar si el grado de refuerzo ambiental positivo contingente con la respuesta percibido por los cuidadores estaba asociado con la depresión, lo que permitiría confirmar la idoneidad del análisis de la activación conductual como componente esencial del tratamiento.

Por último, en los estudios III y IV se realizó un ensayo controlado aleatorizado (Trial Registration: NCT02292394), en el que se utilizó un diseño de desmantelamiento para evaluar los componentes de una intervención cognitivo-conductual de prevención indicada de la depresión, administrados a través de multiconferencia telefónica a cuidadores, y que previamente demostró ser eficaz aplicado presencialmente en formato grupal (Vázquez et al., 2014, 2016). Se compararon tres grupos: (a) la intervención cognitivo-conductual multiconferencia (CCM) con técnicas cognitivas y conductuales; (b) la intervención de activación conductual multiconferencia (ACM) con

sólo las técnicas conductuales; y (c) un grupo control (GC) en el que los cuidadores recibieron la atención habitual. Se evaluó la eficacia en la posintervención (Estudio III) y hasta los 36 meses de seguimiento (Estudio IV) en relación con la incidencia depresiva y la sintomatología depresiva.

3.2 MUESTRAS DE LOS ESTUDIOS

En los cuatro estudios, la muestra se obtuvo entre los cuidadores no profesionales de la Comunidad Autónoma de Galicia reconocidos oficialmente por la Xunta de Galicia. Además de esta característica, en los estudios I, III y IV, para formar parte del estudio los cuidadores debían (a) presentar una puntuación igual o superior a 16 en la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977; versión española de Vázquez et al., 2007); (b) no tener historia de depresión mayor; (c) no cumplir los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor; y (d) disponer de teléfono. Se excluyeron aquellos participantes que (a) en los últimos dos meses estuvieran recibiendo un tratamiento psiquiátrico o psicológico que pudiese interferir con la intervención; (b) presentasen otros trastornos que pudieran actuar como variable de confusión (ej., trastorno bipolar, dependencia de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo); (c) presentaran condiciones psicológicas o médicas que requirieran intervención inmediata (ideación suicida) o imposibilitaran la realización del estudio (discapacidad intelectual, deterioro cognitivo significativo, deficiencia auditiva severa); (d) estuvieran participando en otro estudio; (e) previesen un cambio de domicilio o la institucionalización del familiar; o (f) el cuidador tuviera conocimiento de un pronóstico grave o terminal de su familiar.

La investigación se realizó siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki, y fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela. La participación de los cuidadores fue voluntaria, sin incentivos de ningún tipo y firmaron un consentimiento informado.

3.3 INSTRUMENTOS

Para la evaluación de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos en los diferentes estudios.

3.3.1 Cuestionario de características del cuidador

La información sobre las características sociodemográficas de los cuidadores y de la situación de cuidado fue obtenida mediante el Cuestionario de las Características del Cuidador y de la Situación de Cuidado, elaborado en un estudio previo (Vázquez et al., 2014, 2016) (Anexo I).

3.3.2 Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5, Versión Clínica

Para evaluar la presencia de un episodio depresivo mayor se empleó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5, Versión Clínica (*Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version* [SCID-5-CV]; First, Williams, Kang y Spitzer, 2015). Es una entrevista semiestructurada que proporciona los diagnósticos más comunes según el DSM-5 y debe ser administrada por un clínico. Durante la evaluación inicial se administraron todos los módulos de la entrevista para valorar los criterios de exclusión, mientras que en la evaluación posintervención y en los seguimientos sólo se utilizó el módulo correspondiente a los trastornos depresivos. Entre sus propiedades psicométricas destaca un alfa de Cronbach para todos los trastornos $>.80$ (Shankman et al., 2018).

3.3.3 Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale* [CES-D]; Radloff, 1977; versión española de Vázquez et al., 2007). Es una escala autoinformada de 20 ítems que evalúa los síntomas depresivos experimentados por el sujeto durante la última semana. El rango de puntuación de la escala oscila de 0 a 60, donde una mayor puntuación corresponde a una mayor sintomatología depresiva, y una puntuación igual o superior a 16 es

considerada indicativa de un alto riesgo de desarrollar un episodio depresivo. Su consistencia interna (α de Cronbach) es de .89 (Anexo II).

3.3.4 Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno

El refuerzo ambiental positivo fue evaluado con la Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (*Environmental Reward Observation Scale* [EROS]; Armento y Hopko, 2007; versión española de Barraca y Pérez-Álvarez, 2010). Es una escala autoinformada de 10 ítems que proporciona información sobre el grado de refuerzo ambiental positivo contingente con la respuesta percibido por el sujeto en las últimas semanas. El rango de puntuación varía de 10 a 40, donde mayor puntuación indica mayor grado de refuerzo ambiental positivo. La consistencia interna (α de Cronbach) es de .86 (Anexo III).

3.3.5 Cuestionario de Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos negativos fueron evaluados empleando el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Automatic Thoughts Questionnaire [ATQ]; Hollon y Kendall, 1980; versión española de Otero, Vázquez, Blanco y Torres, 2017). Es un instrumento autoadministrado de 30 ítems, con un rango de puntuación de 30 a 150 donde una mayor puntuación es indicativa de mayor frecuencia de pensamientos negativos. Tiene un alfa de Cronbach de .96 (Anexo IV).

3.3.6 Contactos sociales

Los contactos sociales durante la última semana fueron evaluados empleando el Registro de Contactos Sociales, elaborado y utilizado en una investigación previa (Vázquez et al., 2014, 2016) (Anexo V).

3.3.7 Aceptabilidad de la intervención

Para evaluar la aceptabilidad de las intervenciones se recogieron datos sobre los abandonos, la asistencia a las sesiones y realización de tareas para casa mediante un registro elaborado ad hoc para este estudio.

3.3.8 Cuestionario de Satisfacción del Cliente

Para evaluar la satisfacción de los participantes con el servicio recibido se empleó el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (*Client*

Satisfaction Questionnaire [CSQ-8]; Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979; versión castellana de Vázquez, Torres, Otero, Blanco y Attkisson, 2019). Consta de ocho ítems con un rango de puntuación que oscila entre 8 y 32, en el que mayores puntuaciones implican una mayor satisfacción con el servicio recibido. Su consistencia interna (α de Cronbach) es de .80.

3.4 INTERVENCIONES

Tanto la intervención cognitivo-conductual como la que solamente tiene el componente de activación conductual se aplicaron a través de un sistema telefónico multiconferencia. Ambas intervenciones constaron de 5 sesiones semanales, de una hora y media de duración por cada sesión, para aplicar en formato grupal (5-6 personas por grupo).

3.4.1 Intervención cognitivo-conductual multiconferencia

La intervención cognitivo-conductual multiconferencia (CCM) se adaptó de la intervención de prevención indicada de la depresión, que demostró su eficacia a corto y largo plazo aplicada presencialmente en formato grupal (Vázquez et al., 2014, 2016), para su aplicación a través de un sistema multiconferencia telefónico. Incluye tanto técnicas conductuales (ej., el autorreforzamiento, programación de actividades agradables, el incremento de contactos sociales) como técnicas cognitivas (ej., análisis de los beneficios de ser optimista, técnica de balanceo los pensamientos, análisis de cualidades positivas, técnica de la exageración, técnica de doble parámetro). Su viabilidad fue probada en un estudio preliminar (Vázquez et al., 2018). (Para una información más completa, ver la intervención en los estudios I, III y IV, López, Vázquez et al., 2020; Vázquez et al., 2018, 2020; así como el Anexo VI donde se recoge un esquema detallado de los contenidos del manual de tratamiento, sesión por sesión).

3.4.2 Intervención de activación conductual multiconferencia

La intervención de activación conductual multiconferencia (ACM) fue también adaptada de la intervención cognitivo-conductual de prevención indicada de la depresión de Vázquez et al. (2014, 2016),

para su aplicación en formato telefónico multiconferencia, pero en este caso la intervención se centró solamente en el componente de activación conductual. Solo incluye técnicas conductuales (ej., autorreforzamiento, planificación de actividades agradables, incremento de contactos sociales). (Para una información más completa, ver la intervención en los estudios III y IV, Vázquez et al., 2020; López, Vázquez et al., 2020; así como el Anexo VII donde se recoge un esquema detallado de los contenidos del manual de tratamiento, sesión por sesión).

3.4.3 Grupo control de atención habitual

Los participantes asignados al grupo control de atención habitual (GC) no recibieron ninguna intervención ni material, pero no se les restringió el acceso a la atención habitual (psicológica, médica o en los servicios sociales) para tratar su sintomatología depresiva disponible en su comunidad (ver estudios III y IV, Vázquez et al., 2020; López, Vázquez et al., 2020).

3.5 PROCEDIMIENTO

Previamente al inicio del estudio se protocolizaron y manualizaron las intervenciones CCM y ACM. Se administró la intervención CCM a una muestra reducida de cuidadores, para obtener resultados preliminares y evaluar la viabilidad del programa de intervención aplicado en formato grupal a través de multiconferencial telefónica (Estudio I, Vázquez et al., 2018).

Por otra parte, se realizó un estudio para analizar la asociación entre el refuerzo ambiental positivo contingente a la respuesta y la depresión en cuidadores no profesionales (Estudio II, Vázquez, López et al., 2019).

Por último, se realizó un ensayo controlado aleatorizado con un diseño de dismantelamiento en el que los cuidadores fueron asignados al azar a uno de los tres grupos: (a) la intervención CCM; (b) la intervención ACM; o (c) a un grupo control (GC). Se evaluó la eficacia tras la intervención (Estudio III; Vázquez et al., 2020) y hasta los 36 meses de seguimiento (Estudio IV; López, Vázquez et al., 2020).

3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En el estudio I (Vázquez et al., 2018), para estudiar la incidencia de la depresión se usó el test de McNemar para datos emparejados. Para analizar el cambio en la sintomatología depresiva se utilizó un ANOVA de medidas repetidas. Para analizar las variables predictoras de la reducción de la sintomatología depresiva se realizaron análisis de regresión lineal múltiple siguiendo las recomendaciones de Domenéch y Navarro (2006). Para analizar la adherencia y satisfacción con la intervención se realizaron análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos de las sesiones asistidas, las tareas realizadas y la puntuación en el CSQ-8.

En el estudio II (Vázquez, López et al., 2019), para analizar la relación entre refuerzo ambiental positivo y niveles de depresión se realizó un análisis de regresión logística multinomial, con el nivel de depresión (sin depresión, depresión subclínica y episodio depresivo mayor) como variable dependiente.

En los estudios III y IV (Vázquez et al., 2020; López, Vázquez et al., 2020), se analizó la incidencia de depresión mayor, se calculó el riesgo relativo y el número necesario de pacientes a tratar de acuerdo con las fórmulas de Guyatt, Sackett y Cook (1994). La comparación de los síntomas depresivos entre las distintas condiciones y entre la preintervención y la posintervención o los seguimientos hasta 36 meses se realizó empleando modelos lineales mixtos; y se analizó si se produjo un cambio clínicamente significativo en la sintomatología depresiva mediante la fórmula de Jacobson, Follete y Revenstorf (1984) en el estudio III.

En el estudio III, para analizar la aceptabilidad de las intervenciones se realizaron estadísticos descriptivos y frecuencias de los abandonos, sesiones asistidas y tareas intersesiones realizadas, y para valorar la satisfacción con las intervenciones se examinaron los estadísticos descriptivos con la puntuación final del CSQ-8 y se comparó la satisfacción entre ambas condiciones empleando pruebas *t* de Student.

En el estudio IV, se realizaron análisis de moderación y mediación para los grupos CCM y ACM por separado. Para el análisis de moderación se tomaron como potenciales moderadores variables

sociodemográficas y de cuidado de la línea base, y se empleó el modelo de regresión lineal propuesto por Baron y Kenny (1986). Para el análisis de mediación se tomaron como potenciales mediadores los cambios en refuerzo ambiental positivo, pensamientos negativos y contactos sociales, y se emplearon ecuaciones de regresión lineal siguiendo las recomendaciones de Hayes (2009).



4 PUBLICACIONES

Listado de publicaciones científicas (artículos) producto de la investigación realizada:

1. Vázquez, F. L., Otero, P., López, L., Blanco, V., Torres, Á. y Díaz, O. (2018). La prevención de la depresión en cuidadores a través de multiconferencia telefónica. *Clínica y Salud*, 29, 14-20. doi:[10.5093/clysa2018a2](https://doi.org/10.5093/clysa2018a2)
2. Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, Á. J. y Ferraces, M. J. (2019). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity in caregivers. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35, 357-363. doi:[10.6018/analesps.35.3.329131](https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.329131)
3. Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention for the prevention of depression administered via conference call to nonprofessional caregivers: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2067. doi:[10.3390/ijerph17062067](https://doi.org/10.3390/ijerph17062067)
4. López, L., Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Long-term effects of a cognitive behavioral conference call intervention on depression in non-professional caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8329. doi:[10.3390/ijerph17228329](https://doi.org/10.3390/ijerph17228329)



4.1 ESTUDIO I

Título: La prevención de la depresión en cuidadores a través de multiconferencia telefónica

Autores y filiaciones: Fernando L. Vázquez^a, Patricia Otero^b, Lara López^a, Vanessa Blanco^a, Ángela Torres^a y Olga Díaz^a.

^a*Universidad de Santiago de Compostela, España;*

^b*Universidad de A Coruña, España*

Revista científica: Clínica y Salud

-Editorial: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

-ISSN: 1130-5274

-Autorización: artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). La revista autoriza a los autores el uso del material publicado, en cualquier momento sin necesidad de solicitar ningún permiso, siempre citando la revista en que ha sido publicado, además de ser deseable incluir el enlace al artículo concreto publicado. (<https://journals.copmadrid.org/clysa/acerca-de>). Además, se puede observar la autorización de la revista en el Anexo VIII.

-Factor de impacto JCR: 0.632.

-Posición relativa en la categoría a la que pertenece: Q4

Referencia:

Vázquez, F. L., Otero, P., López, L., Blanco, V., Torres, Á. y Díaz, O. (2018). La prevención de la depresión en cuidadores a través de multiconferencia telefónica. *Clínica y Salud*, 29, 14-20. doi:[10.5093/clysa2018a2](https://doi.org/10.5093/clysa2018a2)

Contribución de la doctoranda: participación en la investigación, colaboración en análisis de datos, colaboración en la redacción y revisión del artículo.

Para observar el artículo publicado, ver el Anexo IX.

4.2 ESTUDIO II

Título: The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity in caregivers

Autores y filiación: Fernando L. Vázquez¹, Lara López¹, Vanessa Blanco², Patricia Otero³, Ángela J. Torres⁴ y María José Ferraces⁵.

¹ *Department of Clinical Psychiatry and Psychobiology, Universidad de Santiago de Compostela (Spain);* ² *Department of Evolutionary and Educational Psychology, Universidad de Santiago de Compostela (Spain);* ³ *Department of Psychology, Universidad de A Coruña (Spain);* ⁴ *Department of Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing, and Medicine, Universidad de Santiago de Compostela (Spain);* ⁵ *Department of Social and Basic Psychology and Methodology, Universidad de Santiago de Compostela (Spain)*

Revista científica: Anales de Psicología / Annals of Psychology

-Editorial: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia

-ISSN: 0212-9728 (impresa) /1695-2294 (online)

-Autorización: Las obras se publican en la edición electrónica de la revista bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente, siempre que: i) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); ii) no se usen para fines comerciales; iii) se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso.

<https://revistas.um.es/analesps/about/submissions#copyrightNotice>.

Además, se puede observar la autorización de la revista en el Anexo X.

-Factor de impacto JCR: 1.346.

-Posición relativa en la categoría a la que pertenece: Q3

Referencia:

Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, Á. J. y Ferraces, M. J. (2019). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity in caregivers. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35, 357-363. doi:[10.6018/analesps.35.3.329131](https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.329131)

Contribución de la doctoranda: participación en la investigación, contribución a la conceptualización del artículo, colaboración en análisis de datos y redacción del manuscrito.

Para observar el artículo publicado, ver el Anexo XI.

4.3 ESTUDIO III

Título: Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention for the prevention of depression administered via conference call to nonprofessional caregivers: A randomized controlled trial.

Autores y filiaciones: Fernando L. Vázquez¹, Lara López¹, Ángela J. Torres², Patricia Otero³, Vanessa Blanco⁴, Olga Díaz¹ y Mario Páramo².

¹Department of Clinical Psychology and Psychobiology, University of Santiago de Compostela; ²Department of Psychiatry, Radiology and Public Health, University of Santiago de Compostela; ³Department of Psychology, University of A Coruña; ⁴Department of Evolutionary and Educational Psychology, University of Santiago de Compostela

Revista científica: International Journal of Environmental Research and Public Health

-Editorial: MDPI

-ISSN: 1661-7827 (impresa)/ 1660-4601(online)

-Autorización: artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso libre, distribución, y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra esté debidamente citada (<https://www.mdpi.com/about/openaccess>).
Copyright de los autores.

-Factor de impacto JCR: 2.849.

-Posición relativa en la categoría a la que pertenece: Q1

Referencia:

Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention for the prevention of depression administered via conference call to nonprofessional caregivers: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2067. doi:[10.3390/ijerph17062067](https://doi.org/10.3390/ijerph17062067)

Contribución de la doctoranda: participación en la investigación, colaboración en conceptualización del artículo, participación en la metodología, colaboración en análisis de datos, participación en la redacción, revisión y lectura crítica del artículo.

Para observar el artículo publicado, ver el Anexo XII.

4.4 ESTUDIO IV

Título: Long-term effects of a cognitive behavioral conference call intervention on depression in non-professional caregivers.

Autores y filiaciones: Lara López¹, Fernando L. Vázquez¹, Ángela J. Torres², Patricia Otero³, Vanessa Blanco⁴, Olga Díaz¹ y Mario Páramo².

¹Department of Clinical Psychology and Psychobiology, University of Santiago de Compostela; ²Department of Psychiatry, Radiology and Public Health, University of Santiago de Compostela; ³Department of Psychology, University of A Coruña; ⁴Department of Evolutionary and Educational Psychology, University of Santiago de Compostela.

Revista científica: International Journal of Environmental Research and Public Health

-Editorial: MDPI

-ISSN: 1661-7827 (impresa)/ 1660-4601(online)

-Autorización: artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso libre, distribución, y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra esté debidamente citada (<https://www.mdpi.com/about/openaccess>).

Copyright de los autores.

-Factor de impacto JCR: 2.849.

-Posición relativa en la categoría a la que pertenece: Q1

Referencia:

López, L., Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Long-term effects of a cognitive behavioral conference call intervention on depression in non-professional caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8329. doi:[10.3390/ijerph17228329](https://doi.org/10.3390/ijerph17228329)

Contribución de la doctoranda: participación en la investigación, conceptualización del artículo, participación en la metodología, participación en análisis de datos, redacción del manuscrito, participación en su revisión y lectura crítica.

Para observar el artículo publicado, ver el Anexo XIII.

5 DISCUSIÓN GENERAL

El principal objetivo de esta tesis fue evaluar la eficacia a largo plazo (hasta los 36 meses) de una intervención cognitivo-conductual, y otra solo con el componente de activación conductual, administradas a través de multiconferencia telefónica para la prevención indicada de la depresión en cuidadores no profesionales.

5.1 PRINCIPALES HALLAZGOS

Se comenzó explorando los efectos preliminares y la viabilidad del programa en su formato de administración mediante multiconferencia telefónica (**Estudio I**, Vázquez et al., 2018). El programa, que demostró previamente su eficacia en su formato presencial, se adaptó para ser administrado mediante multiconferencia telefónica y se aplicó a un total de 61 cuidadores que presentaban síntomas depresivos elevados sin llegar a cumplir los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Los resultados a los tres meses de seguimiento mostraron una incidencia acumulada de depresión del 4.9%, y una reducción significativa de los síntomas depresivos que se mantuvo con un tamaño del efecto grande a los tres meses de seguimiento (d de Cohen = 1.31). Los predictores de la sintomatología depresiva posintervención fueron el nivel de sintomatología depresiva preintervención y el número de tareas entre sesiones realizadas. Además, los cuidadores asistieron a una media de 4.4 sesiones ($DT = 1.0$) de las 5 que constaba el programa, y realizaron una media de 15 tareas, del máximo de 18 que se prescribían a lo largo de las sesiones. La puntuación en el CSQ-8 (Larsen et al., 1979; versión castellana de Vázquez, Torres et al., 2019) fue de 28.6 ($DT = 3.4$) sobre un máximo de 32. Los prometedores resultados preliminares que se

obtuvieron, así como la elevada adherencia y satisfacción con la intervención, incentivaron la realización de un ensayo controlado aleatorizado que evaluase la eficacia de la intervención.

El **Estudio II** (Vázquez, López et al., 2019) exploró el papel que jugaba el refuerzo ambiental positivo en la predicción de la depresión, en una muestra de 592 cuidadores. Los resultados mostraron una puntuación media en la escala que medía refuerzo que fue inferior en comparación con la encontrada en población española no clínica, sugiriendo que los cuidadores generalmente experimentan un menor refuerzo ambiental positivo. Además, los cuidadores con mayor refuerzo ambiental positivo tienen una menor probabilidad de desarrollar una depresión subclínica (OR = 0.78, CI 95% 0.75-0.88) o un episodio depresivo mayor (OR = 0.67, 95% CI 0.62-0.72), incluso tras controlar las variables sociodemográficas y de cuidado. El hecho de que el refuerzo ambiental pueda actuar como factor protector ante la depresión subclínica y la depresión mayor sugiere que las técnicas de activación conductual, que enfatizan el contacto con fuentes reforzantes, pueden ser particularmente pertinentes para el abordaje de la prevención indicada y del tratamiento del trastorno depresivo en esta población.

El **Estudio III** (Vázquez et al., 2020) describió los resultados a corto plazo del ensayo controlado aleatorizado que evaluó la intervención cognitivo-conductual multiconferencia (CCM), y la otra intervención con solo el componente de activación conductual multiconferencia (ACM), para la prevención indicada de la depresión en una muestra de 219 cuidadores no profesionales. En la posintervención, se halló que la incidencia de depresión fue menor en los grupos CCM y ACM en comparación con el grupo control GC (1.5% y 1.4% vs. 8.8%); el riesgo relativo fue 0.17 en CCM y 0.16 en ACM. Los síntomas depresivos fueron significativamente menores en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC, con tamaños del efecto grandes ($d = 1.16$ y 1.29 , respectivamente), y sin diferencias significativas entre las dos intervenciones aplicadas. El porcentaje de cuidadores clínicamente recuperados fue significativamente mayor en ambos grupos de intervención (82.6% en CCM y 82.9% en ACM) en comparación con el GC (38.8%). La asistencia a las sesiones

programadas fue elevada ($M = 4.4$ sesiones en CCM y $M = 4.0$ en ACM), así como el cumplimiento de las tareas entre sesiones ($M = 14.9$ de 18 en CCM y $M = 9.7$ de 12 en ACM). También se encontró una elevada satisfacción con los servicios recibidos por parte de los participantes ($M = 28.4$ en CCM y $M = 29.1$ en ACM de 32).

El **Estudio IV** (López, Vázquez et al., 2020) mostró los resultados del seguimiento a largo plazo (hasta 36 meses) del ensayo controlado aleatorizado descrito en el estudio anterior. A los 36 meses de seguimiento, se halló una incidencia de episodios depresivos significativamente menor en las dos intervenciones en comparación con el grupo control (8.7% en CCM, 8.6% en ACM, y 33.7% en GC); el riesgo relativo (RR) fue de 0.26 para el grupo CCM y de 0.25 para el grupo ACM. Para ambas intervenciones, el número necesario de pacientes a tratar (NNT) indicó que, por cada cuatro cuidadores tratados con alguna de las dos intervenciones, se prevenía un caso de depresión. La reducción significativa de los síntomas depresivos se mantuvo hasta los 36 meses en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC, con tamaños del efecto grandes ($d = 1.06$ y 0.93 , respectivamente), y sin diferencias significativas entre las dos intervenciones aplicadas. Así, el componente de activación conductual ha demostrado ser igualmente óptimo y de eficacia tan duradera como el programa completo cognitivo-conductual. Este hallazgo supone un avance en el desarrollo de tratamientos cada vez más parsimoniosos y eficientes.

El segundo objetivo de este estudio fue analizar las variables moderadoras y mediadoras de la eficacia de ambas intervenciones. El análisis de moderadores reveló que la intervención CCM fue más beneficiosa para aquellos cuidadores que tenían empleo remunerado y para aquellos que atendían a su pareja o hijos. No se hallaron moderadores significativos en la intervención ACM, indicando que la intervención fue beneficiosa para un amplio abanico de grupos demográficos y situaciones de cuidado. El análisis de mediadores reveló que la reducción de los síntomas depresivos entre la pre y la posintervención en la CCM estuvo mediado por el cambio en el refuerzo ambiental positivo y en los pensamientos automáticos negativos. En la intervención ACM, se detectaron los mismos mediadores: refuerzo ambiental y pensamientos automáticos. El cambio

en la frecuencia de contactos sociales agradables no fue un mediador significativo en ninguna de las dos intervenciones.

5.2 COMPARACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN PREVIA

5.2.1 Viabilidad de la multiconferencia telefónica

Los resultados hallados en la presente tesis relativos a la aceptabilidad, adherencia y satisfacción de los participantes avalan el uso del teléfono como método factible para la administración del programa. El bajo porcentaje de rechazos (7.6% en el estudio preliminar y 7.2% en el ensayo controlado aleatorizado) es similar al del estudio con la misma intervención aplicada cara a cara (2.3%) (Vázquez et al., 2014). También el porcentaje de abandonos (1.6% en el estudio preliminar y 1.4% en la intervención CCM en el ensayo controlado aleatorizado) es similar al 1.1% encontrado en dicha intervención presencial (Vázquez et al., 2014). En cambio, el encontrado en el grupo de activación conductual (4.3%) fue ligeramente superior, aunque sin diferencias significativas con el cognitivo-conductual. Esto indica que la intervención telefónica multiconferencia tanto completa como con solo el componente de activación conductual fueron tan aceptadas por los cuidadores como las intervenciones presenciales. El porcentaje de abandonos supone una mejoría respecto al 17.5% de abandonos encontrado en las intervenciones psicoterapéuticas presenciales para la depresión (Cooper y Conklin, 2015) y van en la línea de los bajos porcentaje abandonos (7.6%) que se hallaron en las intervenciones telefónicas para la depresión (Mohr et al., 2008).

En lo que se refiere a la adherencia al tratamiento, la asistencia media a las sesiones telefónicas de las intervenciones (media de 4.4 sesiones en el grupo CCM y de 4.0 sesiones en el grupo ACM), fue similar a la media de 4.2 sesiones asistidas registrada en la misma intervención cognitivo-conductual aplicada de forma presencial en el estudio previo de Vázquez et al. (2014, 2016). También va en la línea del alto porcentaje de sesiones que se completan (73%) en los programas para la depresión administradas a través del teléfono (Castro et al., 2020). Estos hallazgos sugieren que el formato telefónico, tanto en la intervención cognitivo-conductual como la de activación

conductual, mantuvieron un nivel de adherencia similar (o incluso superior) al de la intervención presencial, de forma consistente con lo hallado en otros estudios de intervenciones telefónicas dirigidas al tratamiento de la depresión (ej., Fann et al., 2015; Mohr et al., 2012). Además, el número de tareas intersesiones realizadas fue elevado tanto en la intervención cognitivo-conductual multiconferencia (15 en el estudio preliminar y 14.9 en el ensayo controlado aleatorizado, sobre el total de 18) como en la intervención de activación conductual multiconferencia (9.7 sobre un total de 12). Este elevado nivel de cumplimiento pudo deberse al hecho de planificar tareas semanales sencillas que eran fáciles de incorporar en la vida diaria de los cuidadores, y a la correspondiente revisión y feedback que se realizaba al inicio de las sesiones.

Entre los factores que pudieron contribuir a estos resultados tan positivos en el bajo número de rechazos y abandonos y la elevada adherencia a la intervención se hallan un diseño y formato de intervención que permitió la posibilidad de recibir la intervención en el domicilio (reduciendo barreras como la falta de tiempo, no contar con otra persona que se haga cargo del ser querido, dispersión geográfica, dificultades de transporte o temor al estigma), en un programa de breve duración (solo cinco sesiones), que se ajustó al escaso tiempo disponible de los cuidadores y no supuso un estresor añadido a su sobrecarga de tareas diarias. También pudo haber contribuido el haber seguido las recomendaciones de Grady, Cummings y Hulley (2013) para minimizar la pérdida de la muestra (como excluir probables pérdidas, hacer la intervención fácil, realizar las sesiones a una hora conveniente para los participantes, y agilizar los tiempos entre la evaluación e intervención para evitar esperas), así como haber planificado una intervención ajustada a las características y necesidades de los cuidadores de nuestro contexto.

Además, se encontró una elevada satisfacción de los cuidadores con los servicios recibidos. El estudio preliminar de Vázquez et al. (2018) se halló una puntuación de 28.6 sobre 32, que se mantuvo en el ensayo controlado aleatorizado de Vázquez et al. (2020) con una media de 28.4 en la intervención CCM y 29.1 en el grupo ACM, sin diferencias significativas entre ambos grupos. El hecho de que no se encontraran

diferencias entre ambos grupos de intervención sugiere que los sujetos que participaron en el programa de activación conductual se encuentran tan satisfechos con los servicios recibidos como los del programa cognitivo-conductual.

5.2.2 Eficacia de las intervenciones

En la presente investigación se halló una incidencia de episodios depresivos significativamente menor en las dos intervenciones aplicadas mediante multiconferencia telefónica en comparación con el grupo control en la posintervención (1.5% en CCM, 1.4% en ACM, y 8.8% en GC); el RR fue de 0.17 para la intervención CCM y de 0.16 para la intervención ACM (estudio III, Vázquez et al., 2020). En el seguimiento a 36 meses, estas diferencias se mantuvieron para los dos grupos (8.7% en CCM, 8.6% en ACM y 33.7% en GC). Nuestros hallazgos de un RR de 0.26 en el grupo CCM y de 0.25 en el grupo ACM, sugieren que la intervención actuó como un factor de protección ante el desarrollo de depresión; y el análisis del NNT indica que se puede evitar un caso de depresión por cada cuatro pacientes tratados con ambas intervenciones (estudio IV, López, Vázquez et al., 2020). Estos resultados son congruentes a los encontrados en el estudio en que se aplicó el mismo programa de intervención cognitivo-conductual administrado presencialmente, donde se halló un RR de 0.15 y NNT de 5 en un seguimiento más corto a 12 meses (Vázquez et al., 2016). Los resultados hallados también son similares a los encontrados en el metaanálisis de Cuijpers et al. (2020) en el que se encontró un RR de 0.81 en 33 ensayos de prevención indicada de la depresión con muestras de diferentes poblaciones. Además, este trabajo sugiere que los efectos de las intervenciones se pueden mantener en el tiempo, sin una disminución de sus efectos significativa, al menos hasta los 36 meses.

Los efectos encontrados en el grupo que recibió el programa cognitivo-conductual multiconferencia y el de activación conductual, indicaron una reducción acusada de la sintomatología depresiva en comparación con el grupo que recibió atención habitual tras la intervención, sin diferencias entre ambas intervenciones (estudio III, Vázquez et al., 2020). Los tamaños del efecto intergrupos en la posintervención del programa CCM y ACM ($d = 1.16$ y $d = 1.29$, respectivamente) son congruentes al tamaño de efecto ($d = 1.11$)

encontrado en la misma intervención aplicada cara a cara (Vázquez et al., 2014). También se comparan favorablemente con los resultados de los metaanálisis existentes sobre las intervenciones telefónicas dirigidas al tratamiento de la depresión (ej., Castro et al., 2020); no obstante, los tamaños del efecto encontrados en nuestro estudio fueron más grandes. Además, la reducción significativa de los síntomas depresivos se mantuvo hasta los 36 meses en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC, con tamaños del efecto grandes ($d = 1.06$ y $d = 0.93$, respectivamente), y sin diferencias significativas entre los dos programas de intervención aplicados (estudio IV de López, Vázquez et al., 2020). Estos resultados fueron similares al tamaño del efecto ($d = 1.33$) encontrado en el seguimiento a un año de la misma intervención cognitivo-conductual aplicada cara a cara en el estudio de Vázquez et al. (2016). También son consistentes con los estudios actuales que encuentran que los efectos de las intervenciones cognitivo-conductuales telefónicas son comparables a los de las intervenciones administradas cara a cara (ej., Cuijpers, Noma et al., 2019).

El porcentaje de cuidadores que experimentaron un cambio clínicamente significativo en la intervención CCM (82.6%) y ACM (82.9%) fue significativamente mayor que en el GC (38.8%), sin diferencia entre ambas intervenciones (estudio III, Vázquez et al., 2020). Estos resultados fueron superiores al 70.5% de cuidadoras clínicamente recuperadas en la posintervención tras la misma intervención aplicada en formato presencial (Vázquez et al., 2014), al 81.8% encontrado a los 12 meses de esta misma intervención siguiendo criterios más restrictivos (Blanco et al., 2017); y, al 70.8% hallado en el seguimiento a 12 meses de la intervención presencial de prevención basada en la solución de problemas (Otero, Smit, Cuijpers, DeRubeis et al., 2015), también utilizando criterios más restrictivos para considerar la significación clínica. Esto sugiere que la intervención telefónica es más eficaz que la presencial en la consecución de cambios con un impacto real en el estado clínico de los cuidadores. Además, la ausencia de diferencias significativas entre los dos grupos de intervención indica que ambas intervenciones fueron igualmente eficaces en la recuperación clínica de los participantes. Estos resultados son muy útiles a nivel clínico puesto que reflejan el grado en que la intervención

impacta en la vida cotidiana del receptor de la misma, indicando que la mayoría de los cuidadores tratados con cualquiera de las dos intervenciones logró recuperar un nivel de funcionalidad normal.

En definitiva, estos hallazgos indican que los programas de intervención cognitivo-conductual y activación conductual son eficaces en la prevención de la depresión y la reducción de la sintomatología depresiva, y sus efectos se mantienen a largo plazo.

5.2.3 Relevancia de los componentes conductuales en la intervención cognitivo-conductual

Los modelos conductuales de la depresión postulan que el bajo nivel refuerzo positivo es una variable importante en la génesis y mantenimiento de los cuadros depresivos (ej., Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1969). El hallazgo en uno de los trabajos de esta tesis (presentado en estudio II, Vázquez, López et al., 2019) es consistente con que mayores niveles de refuerzo ambiental positivo se asocian con una menor probabilidad de presentar depresión subclínica en los cuidadores, lo que sugiere que potenciar los niveles de refuerzo ambiental puede suponer un factor protector frente a la depresión. De hecho, la mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales para el abordaje de la depresión, incluido el de esta tesis, contienen técnicas conductuales dirigidas a aumentar el contacto con fuentes de refuerzo positivo en su ambiente, por ejemplo, mediante la planificación de actividades agradables, o el autorreforzamiento.

Sin embargo, a pesar de que la evidencia actual sugiere que las técnicas conductuales son un ingrediente activo de los programas de tratamiento para la depresión mayor (ej., Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Jacobson et al., 1996), no se sabía si esto también ocurría en programas dirigidos a prevenir la depresión en cuidadores. El diseño de desmantelamiento de esta investigación permitió comprobar que el componente de activación conductual logró prevenir la aparición de nuevos episodios de depresión y reducir la sintomatología depresiva hasta los 36 meses, sin que hubiera diferencias significativas con la intervención cognitivo-conductual (presentado en los estudios III y IV de Vázquez et al., 2020 y López, Vázquez et al., 2020). Estos resultados son consistentes con la evidencia de que la activación conductual es tan

eficaz como la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008; Jacobson et al., 1996), y con la evidencia existente sobre la eficacia del tratamiento de activación conductual para la depresión en adultos (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007; Ekers et al., 2014; Ekers, Richards y Gilbody, 2008), siendo incluido como un tratamiento basado en la evidencia por el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

5.2.4 Predictores y moderadores de las intervenciones

Una cuestión importante a considerar en la evaluación de los tratamientos es no sólo conocer su eficacia sino también para quién resultan más eficaces (Kazdin, 2016). Para ello, se realizaron análisis para determinar posibles variables (sociodemográficas, de cuidado y clínicas) que fuesen predictoras de los resultados de la intervención cognitivo-conductual tras la intervención en el estudio preliminar (variables predictoras), así como de la reducción de los síntomas depresivos entre la preintervención y el seguimiento a 12 meses al comparar cada intervención con el grupo control (variables moderadoras).

El análisis de predictores del estudio preliminar sobre la intervención cognitivo-conductual administrada mediante multiconferencia (estudio I, Vázquez et al., 2018) encontró que tuvieron mejores resultados tras la intervención los cuidadores que presentaron una menor sintomatología depresiva preintervención y los que realizaron más tareas entre sesiones. Una posible explicación para el primer hallazgo es que el cambio terapéutico resulta más fácil cuando los síntomas son incipientes, lo que resalta la importancia de aplicar intervenciones preventivas. Respecto a la segunda cuestión, una posible explicación es que la realización de tareas intersecciones implica la práctica de habilidades fuera de la terapia para modificar los síntomas, lo que potencia la mejoría. Esto es congruente con el estudio de Otero, Vázquez, Hermida, Díaz y Torres (2015), que encontró que el número de tareas realizadas por los cuidadores estaba asociado con la reducción de la sintomatología depresiva tras la intervención.

Por otra parte, los análisis de moderadores (estudio IV; López, Vázquez et al., 2020) arrojaron dos moderadores significativos en la intervención cognitivo-conductual multiconferencia telefónica (CCM). En concreto, los cuidadores que tenían empleo remunerado y los que cuidaban de su pareja o hijos se beneficiaron más del programa. El hallazgo de que los resultados fueran mejores para los trabajadores en activo coincide con el estudio de Alcántara, Li, Wang, Canino y Alegría (2016) sobre una intervención cognitivo-conductual para la depresión, que encontró que los participantes con un empleo remunerado mostraron las mayores disminuciones en los niveles de preocupación en todas las condiciones experimentales; pero contrasta con un trabajo previo, que encontró que en el seguimiento a los 12 meses de dos intervenciones de prevención indicada en cuidadores, el riesgo de depresión para aquellos con un malestar emocional intermedio era mayor para aquellos cuidadores que trabajaban fuera del hogar (Blanco, Rohde, Vázquez y Torres, 2014). Una posible explicación a nuestro hallazgo es que el aprendizaje de estrategias para manejar los pensamientos negativos no sólo repercute en los aspectos relacionados con el cuidado, sino que se generaliza a otras áreas de la vida de los sujetos, como la laboral, lo que provocaría una disminución del afecto negativo en varias áreas de su vida.

En relación con los mayores beneficios obtenidos por aquellos que cuidaban de su pareja o de sus hijos, estos resultados coinciden parcialmente con los del estudio de Kim, Zarit, Femia y Savla (2012), que encontraron que tanto las parejas como las hijas de las personas que participaron en la intervención obtuvieron mejores resultados en relación con la sintomatología depresiva comparados con los participantes del grupo control; pero contrasta con el trabajo de Sörensen, Pinquart y Duberstein (2002), según el cual los que cuidaban de sus parejas obtenían peores resultados de las intervenciones que los que cuidaban de sus padres. Una explicación tentativa a nuestros hallazgos es que quizás estos cuidadores se benefician de las estrategias de manejo de pensamientos negativos para afrontar las preocupaciones relacionadas con el futuro de sus parejas y sus hijos. Por otro lado, en la intervención de activación conductual multiconferencia telefónica (ACM) no se encontraron variables que modulasen los efectos del

programa, sugiriendo que el programa es igualmente beneficioso para todo tipo de cuidadores con independencia de sus características sociodemográficas, de cuidado y clínicas. Una posible explicación a este hallazgo es que la sencillez de las técnicas entrenadas en el paquete de activación conductual permite ayudar a un perfil más amplio de cuidadores.

5.2.5 Mediadores de los programas de intervención

Para ahondar en la comprensión de las mejoras producidas por los programas psicoterapéuticos es necesario obtener información sobre los procesos que se ponen en marcha y que explican *cómo* se producen esos cambios (Kazdín, 2007). En la presente tesis se encontró que los mediadores significativos tanto para el programa CCM como para el ACM fueron el refuerzo ambiental positivo y los pensamientos negativos (estudio IV, López, Vázquez et al., 2020). Estos hallazgos sugieren que la reducción en la sintomatología depresiva se produjo mediante el aumento de refuerzo ambiental positivo y la disminución de pensamientos automáticos negativos, lo que es consistente con los componentes entrenados en la intervención CCM. No obstante, un hallazgo importante fue encontrar el cambio cognitivo como mediador en el grupo que recibió solo la activación conductual, pues este programa no incluía técnicas cognitivas. Esto va en la línea con lo hallado en estudios previos en el tratamiento de la depresión mayor (Jacobson et al., 1996) y sugiere que las técnicas específicas para cambiar los aspectos cognitivos quizás no sean necesarias para producir un cambio cognitivo, pero al mismo tiempo el cambio cognitivo parece jugar un papel mediador en la reducción del malestar emocional (Driessen y Hollon, 2010). Una posible explicación a este fenómeno es que la activación conductual, al facilitar a la persona experiencias directas con las contingencias naturales que refuerzan el comportamiento, sea más efectiva para cambiar los pensamientos que el trabajo cognitivo que los aborda de forma explícita y directa (Jacobson et al., 1996).

5.3 PUNTOS FUERTES DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo presenta importantes fortalezas. Constituye el primer ensayo controlado aleatorizado en el que se evaluó la eficacia de una intervención breve cognitivo-conductual de prevención indicada de la depresión dirigida a cuidadores aplicada mediante un sistema de multiconferencia telefónico, y en el que se empleó una estrategia de desmantelamiento para analizar la aportación del componente de activación conductual a los resultados derivados de la intervención. Además, esta investigación es una de las pocas que cuenta con un seguimiento a largo plazo que ha evaluado la eficacia de sus programas hasta tres años después de su aplicación.

Ambas intervenciones se basaron en un modelo teórico bien fundamentado, siguieron un protocolo, las intervenciones fueron manualizadas, los profesionales fueron entrenados y se evaluó la adherencia de los profesionales al protocolo establecido, lo que proporciona garantías de calidad metodológica. Esto permite determinar la integridad del tratamiento, incrementa la validez interna del estudio y posibilita la estandarización y la replicación en estudios posteriores (Vázquez y Torres, 2007).

Las características de las intervenciones (breves, administración telefónica, y formato grupal) resultan idóneas para la población de cuidadores no profesionales. Su duración de solo cinco sesiones y su aplicación en el propio domicilio del cuidador a través del teléfono facilita la accesibilidad de la intervención y que ésta no suponga un factor de estrés añadido para el cuidador, ya sobrecargado de tareas y con escasa disponibilidad de tiempo. El formato grupal de las intervenciones posibilita la economización de recursos asistenciales, pues permite aumentar la eficiencia con el reducido número de terapeutas en la práctica clínica, y reducir las listas de espera (Krishna et al., 2011)

Por último, se realizó una evaluación ciega de los resultados mediante la utilización de instrumentos estandarizados, con adecuadas propiedades psicométricas, y ampliamente reconocidos a nivel internacional (Rush, First y Blacker, 2008).

5.4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN

Los hallazgos de esta investigación tienen implicaciones importantes para la práctica clínica y la investigación. Esta tesis supone una contribución valiosa al campo de la prevención de los trastornos mentales. Permite dar respuesta a un frecuente problema de salud mental como la depresión, pues la intervención evaluada puede reducir la sintomatología depresiva y actuar como factor protector frente a la aparición de la depresión mayor, con los elevados costes personales, sociales y económicos que ésta supone. También supone una valiosa herramienta para aliviar el malestar emocional asociado a las tareas de cuidado que asumen millones de personas en todo el mundo. Además, los resultados a 36 meses indican que los efectos de los programas preventivos se pueden mantener de forma prolongada en el tiempo. Acumular evidencia sobre la durabilidad de los efectos de los programas preventivos es esencial para el avance en el campo. Este estudio apoya la posibilidad de que los programas preventivos puedan estar impidiendo la aparición real de la depresión, y no que sólo se esté retrasando su inicio.

Los hallazgos de esta tesis indican, además, que los programas de intervención administrados mediante multiconferencia telefónica tienen el potencial de facilitar el acceso y la disponibilidad de la ayuda psicológica preventiva. La baja tasa de rechazos y la elevada adherencia indican que el teléfono se ajusta a las circunstancias de las personas que suelen dificultar la asistencia a servicios psicológicos ofrecidos cara a cara. Además, como el teléfono es accesible y fácil de manejar, no exige a los usuarios un nivel avanzado de manejo de las nuevas tecnologías, al contrario de lo que puede suceder en los programas administrados a través de internet o de aplicaciones para smartphone.

Por tanto, este formato de administración puede potenciar la accesibilidad de los programas psicológicos. Estos hallazgos sugieren que su introducción en la cartera de servicios rutinarios en el sistema nacional de salud puede ser una medida acertada. La administración telefónica, la brevedad del programa y el formato grupal facilitarían un uso eficiente del tiempo de los pacientes y de los profesionales encargados de implementar las intervenciones psicológicas.

Además, el hallazgo de que una intervención compuesta únicamente por el componente de activación conductual ha demostrado ser igualmente óptima y de eficacia tan duradera como el programa de intervención cognitivo-conductual, supone un importante avance en el refinamiento de los programas de intervención cognitivo-conductuales y contribuye al desarrollo de programas de prevención potentes, fáciles de implementar y coste-efectivos. La sencillez y eficacia de esta intervención puede suponer una medida coste-efectiva para la prevención de la depresión en nuestro sistema público, así como posibilitar su aplicación por profesional no especializado en caso de resultar necesario. En el tratamiento de la depresión, la activación conductual administrada por profesionales no especializados en salud mental ha demostrado ser igualmente eficaz, y supone un ahorro económico del 21% en comparación con la terapia cognitivo-conductual proporcionada por especialistas en salud mental (Richards et al., 2016).

Además, este estudio sugiere que la intervención cognitivo-conductual es particularmente beneficiosa para cuidadores con empleo remunerado y para aquellos que cuidan de sus parejas o hijos, lo que ayuda a los clínicos a tomar decisiones respecto a la prescripción de la intervención más adecuada para cada caso. En cambio, la intervención que contiene solo el componente de activación conductual fue igualmente beneficiosa para todos los perfiles de cuidadores. Tener en cuenta las variables moderadoras durante la toma de decisiones clínicas ayuda a elegir tratamientos más personalizados.

Finalmente, los análisis de mediadores han encontrado que el incremento de las actividades agradables y el cambio en los pensamientos negativos juegan un papel mediador en la reducción de la sintomatología depresiva. El hecho de que el cambio cognitivo jugase un papel mediador en el programa de intervención de activación conductual sugiere que las técnicas cognitivas quizás no sean tan necesarias para lograr el cambio cognitivo, ya que se puede alcanzar con técnicas conductuales. La evidencia proporcionada sobre los mediadores de los programas de intervención ayuda a profundizar en la comprensión de los mecanismos de cambio subyacentes a los

tratamientos psicológicos, y al refinamiento de los modelos etiopatogénicos en los cuales se basan.

5.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN Y SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

En este estudio es necesario señalar también algunas limitaciones. La mayoría de la muestra del presente trabajo estuvo constituida por mujeres, lo que podría dificultar la generalización de sus resultados a los cuidadores varones; sin embargo, esta limitación es mínima teniendo en cuenta que la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres (Colombo et al., 2011). Además, las entrevistas de las evaluaciones fueron llevadas a cabo por teléfono; sin embargo, trabajos previos encontraron que las entrevistas a través de esta vía alcanzan resultados comparables a los de las evaluaciones cara a cara (Aziz y Kenford, 2004).

Puesto que los hallazgos de esta tesis avalan la eficacia del programa cognitivo-conductual administrado mediante multiconferencia telefónica, el siguiente paso sería investigar los efectos del programa cuando se aplica en contextos clínicos y a gran escala. Por ejemplo, aunque la agilidad y facilidad de uso del formato telefónico sugiere su pertinencia para su incorporación en la práctica clínica rutinaria, futuros estudios podrían realizar ensayos pragmáticos que evalúen la efectividad de este tipo de programas cuando son aplicados en los dispositivos de asistencia habituales de nuestro contexto.

Además de considerar su efectividad, futuras investigaciones deben explorar si esta intervención es una opción económicamente viable dentro de los tratamientos rutinarios para la salud mental. Para ello, los responsables de la toma de decisiones deben disponer de evidencia de su coste-efectividad y su asequibilidad (Levin y Chisholm, 2015). El análisis de coste-efectividad permitiría estimar los costes y beneficios en términos de salud que genera el programa en comparación con la atención habitual, así como explorar si el coste del programa se ajustaría a las limitadas asignaciones presupuestarias en el sistema de salud actual.

Por otra parte, la escasez de estudios de prevención indicada de la depresión con seguimientos tan amplios como el aquí presentado impide dilucidar si los efectos de los programas preventivos son duraderos, o si sus efectos siguen una tendencia decreciente con el paso del tiempo. Para seguir acumulando evidencia se recomienda que futuras investigaciones incluyan evaluaciones periódicas a largo plazo (36 meses o más) en la evaluación de las intervenciones preventivas y de los programas psicoterapéuticos dirigidos a cuidadores.

Aunque esta tesis aportó datos interesantes sobre las variables moderadoras de los programas psicológicos aplicados, pueden existir muchas más variables que no se han tenido en cuenta para esta investigación. Por ejemplo, variables clínicas como la personalidad, la resiliencia o la autoeficacia percibida pueden jugar un papel importante a la hora de modular los resultados hallados. En este sentido, se anima a que futuros estudios midan un rango más amplio de variables moderadoras, puesto que mejorará la comprensión de quienes son más proclives a beneficiarse de estos programas psicológicos preventivos y, por tanto, se mejorará el proceso de toma de decisiones sobre el mejor programa a aplicar en cada caso.

Se sugiere también explorar nuevos formatos de aplicación de la intervención, por ejemplo, a través de una App para smartphones, que permitan agilizar y flexibilizar la provisión del servicio, de forma que los cuidadores pudieran tener mayor movilidad y recibir la intervención en cualquier momento y lugar seleccionado por ellos, sin necesidad de fijar citas o atender a las sesiones a una hora programada.

También cabe mencionar que la muestra empleada en este trabajo solo está formada por cuidadores no profesionales de procedencia española, por lo que no sabemos si se pueden generalizar a los cuidadores de otros países. Se recomienda acumular más evidencia sobre la eficacia de estos programas en una diversidad de países, contextos y muestras.

6 CONCLUSIONES

6.1 ESPAÑOL

A partir de los datos obtenidos en los artículos previamente presentados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- A) La administración mediante multiconferencia telefónica del programa de intervención cognitivo-conductual es una alternativa viable para promover la accesibilidad de la ayuda psicológica a los cuidadores no profesionales. Los cuidadores que participaron en el programa administrado telefónicamente del estudio preliminar mostraron un bajo porcentaje de abandonos (1.6%), una elevada asistencia a las sesiones (media de 4.4 sesiones), un alto cumplimiento de tareas intersesiones (media de 15 de las 18 encomendadas) y una elevada satisfacción con la intervención (puntuación media de 28.6 sobre 32). La sintomatología depresiva preintervención y el número de tareas entre sesiones realizadas fueron predictores del resultado de la intervención.
- B) Se cumplió la hipótesis postulada respecto a la asociación entre el refuerzo ambiental positivo y la presencia de depresión subclínica y depresión mayor. Los cuidadores con niveles mayores de refuerzo ambiental positivo mostraron un menor riesgo de desarrollar una depresión subclínica o un episodio de depresión mayor. En consecuencia, el refuerzo se postula como una variable importante a potenciar en los programas dirigidos a la prevención indicada y al tratamiento del trastorno depresivo.

- C) Se confirmaron las hipótesis respecto a las diferencias entre las intervenciones y el grupo control en incidencia de depresión, sintomatología depresiva y cambio clínicamente significativo en la posintervención. Los programas de intervención administrados a través de multiconferencia telefónica mostraron su eficacia a corto plazo. En la posintervención, la incidencia de depresión fue menor en los grupos CCM y ACM en comparación con el grupo control GC (1.5% y 1.4% vs. 8.8%, respectivamente). Los síntomas depresivos fueron significativamente menores en los grupos CCM y ACM en comparación con el GC, con tamaños del efecto grandes ($d = 1.16$ y 1.29 , respectivamente), y sin diferencias significativas entre los dos programas de intervención aplicados. También se encontró un mayor porcentaje de cuidadores que experimentaron un cambio clínicamente significativo en el grupo CCM y ACM frente al GC (82.6% y 82.9% vs. 38.8%, respectivamente), sin diferencias entre ambas intervenciones. Además, tras las intervenciones se halló un bajo porcentaje de abandonos (2.3%), una elevada asistencia a las sesiones (media de 4.4 sesiones en CCM y 4.0 en ACM), un alto cumplimiento de tareas intersesiones (media de 14.9 de las 18 encomendadas en el grupo CCM y 9.7 de las 12 asignadas en el grupo ACM), y una elevada satisfacción con las intervenciones (puntuación media de 28.4 en CCM y 29.1 en ACM).
- D) Las mejoras obtenidas por los programas de intervención aplicados mediante multiconferencia telefónica se mantuvieron a largo plazo (hasta los 36 meses), apoyando las hipótesis respecto a las diferencias entre cada intervención y el grupo control en la incidencia de depresión y la sintomatología depresiva. Se halló una incidencia de episodio depresivo mayor significativamente menor en las dos intervenciones en comparación con el grupo control (8.7% en CCM, 8.6% en ACM, y 33.7% en GC), sin diferencias significativas entre los dos programas de intervención aplicados. La reducción significativa de los síntomas depresivos se mantuvo hasta los 36 meses en los grupos CCM y ACM en comparación con el

GC, con tamaños del efecto grandes ($d = 1.06$ y 0.93 , respectivamente), y sin diferencias significativas entre las dos intervenciones aplicadas.

- E) Se confirmó parcialmente la hipótesis respecto a los moderadores del efecto de las intervenciones. El programa de intervención cognitivo-conductual fue más beneficioso para aquellos cuidadores que tenían empleo remunerado y para aquellos que cuidaban de sus parejas o hijos. El programa de intervención con solamente el componente de activación conductual fue igualmente beneficioso para todos los cuidadores, independientemente de sus características sociodemográficas, situación de cuidado o sus características clínicas, indicando que es aplicable a un amplio rango de cuidadores.
- F) Se cumplió parcialmente la hipótesis relativa a los mediadores de las intervenciones. El análisis de mediadores reveló que el incremento del refuerzo ambiental positivo y la disminución de pensamientos negativos mediaron la disminución de la sintomatología depresiva entre la preintervención y la posintervención en ambos programas de intervención.
- G) Los hallazgos de esta tesis indican que los programas de prevención indicada administrados mediante multiconferencia telefónica son eficaces a largo plazo y tienen el potencial de promover el acceso y la disponibilidad de programas psicológicos. Además, el programa de intervención formado por solamente el componente de activación conductual ha demostrado ser igualmente óptimo y de eficacia tan duradera como el programa completo cognitivo-conductual. Este hallazgo supone un avance en el desarrollo de tratamientos cada vez más potentes y parsimoniosos.
- H) De este estudio se derivan importantes implicaciones para la investigación y práctica clínica, como que los programas de intervención administrados mediante multiconferencia telefónica tienen el potencial de favorecer la accesibilidad de la ayuda psicológica preventiva. La administración telefónica, la

brevedad de las intervenciones y el formato grupal facilitan un uso eficiente del tiempo de los pacientes y de los profesionales. Además, este estudio proporciona evidencia de que los efectos de los programas preventivos se pueden mantener de forma prolongada en el tiempo. Estos hallazgos sugieren que su introducción en la cartera de servicios rutinarios en el sistema nacional de salud puede ser una medida acertada, que permitiría prevenir la depresión y reducir listas de espera. Además, el hallazgo de que una intervención compuesta únicamente por el componente de activación conductual ha demostrado ser igualmente óptima y de eficacia tan duradera como el programa de intervención cognitivo-conductual, supone un importante avance en el refinamiento de los programas de intervención cognitivo-conductuales y contribuye al desarrollo de programas de prevención potentes, fáciles de implementar y coste-efectivos. La identificación de variables moderadoras puede ayudar a la toma de decisiones de los profesionales clínicos en el momento de prescribir la intervención idónea para cada caso; y la identificación de las variables mediadoras permite a investigadores y clínicos profundizar en la comprensión de los mecanismos de cambio subyacentes a las intervenciones psicológicas y al refinamiento de los modelos etiopatogénicos. Se recomienda que futuras investigaciones evalúen la efectividad de este tipo de programas en la práctica clínica rutinaria, y su coste-efectividad para determinar su eficiencia. Además, se recomienda seguir acumulando evidencia sobre la eficacia a largo plazo de estos programas, los componentes críticos y los moderadores y mediadores, así como explorar nuevos formatos de aplicación, como la App para Smartphones.

6.2 ENGLISH

We can draw the following conclusions from the data obtained in the articles previously presented:

- A) Administering the cognitive-behavioral intervention program via telephone conference call is a viable alternative to promote access to psychological care for non-professional caregivers. The caregivers who participated in the program administered via telephone in the preliminary study showed a low rate of dropout (1.6%), high attendance at sessions (mean of 4.4/5 sessions), high completion of intersessional tasks (mean of 15/18 assigned), and high satisfaction with the intervention (mean score of 28.6/32). Pre-intervention depressive symptoms and the number of tasks performed between sessions were predictors of the results of the intervention.
- B) The hypothesis postulating the association between positive environmental reinforcement and the presence of subclinical depression and major depression was supported. Caregivers with higher levels of positive environmental reinforcement had a lower risk of developing subclinical depression or an episode of major depression. Consequently, reinforcement is postulated to be an important variable to maximize in programs aimed at the indicated prevention and treatment of depressive disorder.
- C) The hypotheses regarding the differences between the interventions and the control group in the incidence of depression, depressive symptoms, and clinically significant change at the post-intervention time point were confirmed. The intervention programs administered via telephone conference call were shown to be effective in the short term. At the post-intervention time point, the incidence of depression was lower in the CBCC and BACC groups compared to the control group CG (1.5% and 1.4% vs. 8.8%, respectively). Depressive symptoms were significantly lower in the CBCC and BACC groups compared to the CG, with large effect sizes ($d = 1.16$

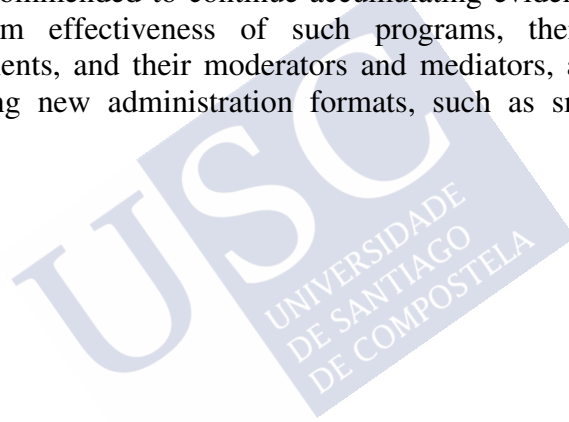
and 1.29, respectively), with no significant differences between the two intervention programs administered. The percentage of caregivers experiencing a clinically significant change was also found to be higher in the CBCC and BACC group compared to the CG (82.6% and 82.9% vs. 38.8%, respectively), with no differences between the two interventions. In addition, after the interventions, the intervention groups demonstrated a low percentage of dropouts (2.3%), high attendance at the sessions (average of 4.4/5 sessions in CBCC and 4.0/5 in BACC), high completion of intersessional tasks (average of 14.9/18 assigned to the CBCC group and 9.7/12 assigned to the BACC group), and high satisfaction with the interventions (mean score of 28.4/32 for CBCC and 29.1/32 for BACC).

- D) The improvements achieved following the intervention programs administered by telephone conference call were maintained over the long term (up to 36 months), supporting the hypotheses regarding the differences between each intervention and the control group in the incidence of depression and depressive symptoms. A significantly lower incidence of major depressive episodes was found in the two interventions compared to the control group (8.7% for CBCC, 8.6% for BACC, and 33.7% for the CG), without significant differences between the two intervention programs administered. The significant reduction in depressive symptoms was maintained for up to 36 months in the CBCC and BACC groups compared to the CG, with large effect sizes ($d = 1.06$ and 0.93 , respectively), with no significant differences between the two interventions administered.
- E) The hypothesis regarding the moderators of the effects of the interventions was partially confirmed. The cognitive-behavioral intervention program was most beneficial for those caregivers who were in paid employment and for those who were caring for partners or children. The intervention program with only the behavioral activation component was equally beneficial for all caregivers, regardless of their sociodemographic characteristics, care situation, or clinical

characteristics, indicating that it is applicable to a wide range of caregivers.

- F) The hypothesis regarding the mediators of the interventions was partially supported. The analysis of mediators revealed that the increase in positive environmental reinforcement and the decrease in negative thoughts mediated the decrease in depressive symptoms between the pre-intervention and post-intervention time points in both intervention programs.
- G) The findings of this thesis indicate that indicated prevention programs administered by telephone conference call are effective in the long term and have the potential to promote access to and availability of psychological programs. Furthermore, the intervention program consisting of only the behavioral activation component was proven to be equally optimal and efficacious over the long term as the complete cognitive-behavioral program. These findings represent an advance in the development of increasingly powerful and parsimonious treatments.
- H) Important implications for research and clinical practice can be derived from this study, including that intervention programs administered by telephone conference call have the potential to encourage better access to preventive psychological support. Administration via telephone, the brevity of the interventions, and the group format facilitate efficient use of both patients' and clinical professionals' time. Furthermore, this study provides evidence that the effects of preventive programs can be sustained over time. These findings suggest that it may be wise to introduce such programs into the portfolio of routine services that the national health system offers as a way to prevent depression and reduce waitlists. Furthermore, the finding that an intervention composed solely of the behavioral activation component was equally optimal and efficacious over the long term as the full cognitive-behavioral intervention program represents an important advance in the refinement of cognitive-behavioral intervention programs and contributes to

the development of powerful, easy-to-implement, and cost-effective prevention programs. Identifying moderating variables can assist with decision-making for clinical professionals when prescribing the ideal intervention for individual cases, and identifying mediating variables allows researchers and clinicians to deepen their understanding of the mechanisms of change that underlie psychological interventions and the refinement of etiopathogenic models. It is recommended that future research evaluate the clinical effectiveness and cost-effectiveness of this type of program in routine clinical practice to determine its efficiency. In addition, it is recommended to continue accumulating evidence on the long-term effectiveness of such programs, their critical components, and their moderators and mediators, as well as exploring new administration formats, such as smartphone apps.



7 REFERENCIAS

- Alcántara, C., Li, X., Wang, Y., Canino, G. y Alegría, M. (2016). Treatment moderators and effectiveness of Engagement and Counseling for Latinos intervention on worry reduction in a low-income primary care sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 1016-1022. doi:10.1037/ccp0000146
- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. y Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine, 23*, 1165–1173. doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. y Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 184*, 526–533. doi:10.1192/bjp.184.6.526
- Armento, M. E. y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy, 38*, 107-119. doi:10.1016/j.beth.2006.05.003
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 2013).
- Au, A., Yip, H. M., Lai, S., Ngai, S., Cheng, S. T., Losada, A., ... Gallagher-Thompson, D. (2019). Telephone-based behavioral activation intervention for dementia family caregivers: Outcomes and mediation effect of a randomized controlled trial. *Patient*

- Education and Counseling*, 102, 2049-2059.
doi:10.1016/j.pec.2019.06.009
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
doi:10.1192/bjp.179.4.308
- Aziz, M. A. y Kenford, S. (2004). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 307-313.
doi:10.1097/00131746-200409000-00004
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi:10.1037//0022-3514.51.6.1173
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16, 95-107.
- Behrndt, E. M., Straubmeier, M., Seidl, H., Vetter, C., Luttenberger, K. y Graessel, E. (2019). Brief telephone counselling is effective for caregivers who do not experience any major life events - caregiver-related outcomes of the German day-care study. *BMC Health Services Research*, 19, 20. doi:10.1186/s12913-018-3853-8
- Blanco, V., Otero, P., López, L., Torres, Á. y Vázquez, F. L (2017). Predictores del cambio clínicamente significativo en una intervención de prevención de la depresión. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8, 9-20.
doi:10.23923/j.rips.2017.08.002
- Blanco, V., Rohde, P., Vázquez, F. L. y Torres, Á. (2014). Identification of caregivers at greatest risk of major depression in two prevention

- studies. *Psychotherapy Research*, 24, 578-293. doi:10.1080/10503307.2013.847989
- Brenes, G. A., Ingram, C. W. y Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 543-549. doi:10.1037/a0026135
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Buntrock, C. (2017). *Web-based prevention of major depression: Research on a web-based guided self-help intervention for adults with subthreshold depression* (Tesis Doctoral). Recuperado de <https://research.vu.nl/en/publications/>
- Calvó-Perxas, L., Garre-Olmo, J. y Vilalta-Franch, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of depressive and bipolar disorders in Catalonia (Spain) using DSM-5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 184, 97-103. doi:10.1016/j.jad.2015.05.048
- Castro, A., Gili, M., Ricci-Cabello, I., Roca, M., Gilbody, S., Pérez-Ara, M., ... McMillan, D. (2020). Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 514-526. doi:10.1016/j.jad.2019.09.023
- Chekroud, A. M., Foster, D., Zheutlin, A. B., Gerhard, D. M., Roy, B., Koutsouleris, N., ... Krystal, J. H. (2018). Predicting barriers to treatment for depression in a U.S. national sample: A cross-sectional, proof-of-concept study. *Psychiatric Services*, 69, 927-934. doi:10.1176/appi.ps.201800094
- Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153-160. doi:10.1002/wps.20128

- Collins, K. A. y Dozois, D. J. A. (2008). What are active ingredients in preventative interventions for depression? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 313-330. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00143.x
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, France: OECD Publishing.
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.001
- Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., ... Stubbs, B. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16, 163-180. doi:10.1002/wps.20420
- Coughtrey, A. E. y Pistrang, N. (2018). The effectiveness of telephone-delivered psychological therapies for depression and anxiety: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 65-74. doi:10.1177/1357633X16686547
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. y Hollon, S. D. (2019). Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 29, 15-29. doi:10.1080/10503307.2017.1395922
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A. y Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 700-707. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0268

- Cuijers, P., Pineda, B. S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S. Y., Figueroa, C. A., ... Muñoz, R. F. (2020). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101955. doi:10.1016/j.cpr.2020.101955
- Cuijpers, P. y Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 325-331. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., ten Have, M. y Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*, 229-236. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00851.x
- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J. y Penninx, B.W. (2013). Differential mortality rates in major and subthreshold depression: A meta-analysis of studies that measured both. *British Journal of Psychiatry*, *202*, 22-27. doi:10.1192/bjp.bp.112.112169
- Davis, L. L., Burgio, L. D., Buckwalter, K. C. y Weaver, M. (2004). A comparison of in-home and telephone-based skill training interventions with caregivers of persons with Dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, *10*, 31-44.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 658-670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658

- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- Domenéch, J. M. y Navarro, J. B. (2006). *Regresión lineal múltiple con predictores cuantitativos y categóricos*. Barcelona, España: Signo.
- Donath, C., Luttenberger, K., Graessel, E., Scheel, J., Pendergrass, A. y Behrndt, E. M. (2019). Can brief telephone interventions reduce caregiver burden and depression in caregivers of people with cognitive impairment?—Long-term results of the German day-care study (RCT). *BMC Geriatrics, 19*, 196. doi:10.1186/s12877-019-1207-y
- Driessen, E. y Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 537–555. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
- Eisenberg, D., Golberstein, E. y Hunt, J. B. (2009). Mental health and academic success in college. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy, 9*. doi:10.2202/1935-1682.2191
- Ekers, D., Richards, D. y Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine, 38*, 611–623. doi:10.1017/S0033291707001614
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D. y Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; An updated meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One, 9*, e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100

- England, M. J. y Sim, L. J. (Eds.) (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Fann, J. R., Bombardier, C. H., Vannoy, S., Dyer, J., Ludman, E., Dikmen, S., Temkin, N. (2015). Telephone and in-person cognitive behavioral therapy for major depression after traumatic brain injury: A randomized controlled trial. *Journal of Neurotrauma*, 32, 45-57. doi:10.1089/neu.2014.3423
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. y Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. y Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 775-787. doi:10.1037/a0015401
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. y Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, 120, 76-85. doi:10.1016/j.jad.2009.04.016
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, 1789-1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- Goldfarb, M. R. y Trudel, G. (2019). Marital quality and depression: A review. *Marriage & Family Review*, 55, 737-763. doi:10.1080/01494929.2019.1610136

- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. y Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384. doi:10.1037//0022-006x.66.2.377
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100. doi:10.1037/0022-006X.63.1.90
- Grady, D., Cummings, S. R. y Hulley, S. B. (2013). Alternative clinical trial designs and implementation issues. En S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. G. Grady y T. B. Newman (Eds.) *Designing clinical research* (4ª ed., pp. 151-170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T. y Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 155-162. doi:10.4088/JCP.14m09298
- Guyatt, G. H., Sackett, D. L. y Cook, D. J. (1994). Users' guides to the medical literature, II. How to use an article about therapy or prevention. What were the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA*, 271, 59-63. doi:10.1001/jama.1994.03510250075039
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W. A. y Beekman, A. T. F. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43, 39-48. doi:10.1017/S0033291712002395
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76, 408-420. doi:10.1080/03637750903310360

- Heckel, L., Fennell, K. M., Reynolds, J., Boltong, A., Botti, M., Osborne R. H., ... Livingston, P. M. (2018). Efficacy of a telephone outcall program to reduce caregiver burden among caregivers of cancer patients [PROTECT]: A randomised controlled trial. *BMC Cancer*, *18*, 59. doi:10.1186/s12885-017-3961-6
- Hoertel, N., Blanco, C., Oquendo, M. A., Wall, M. M., Olfson, M., Falissard, B., ... Limosin, F. (2017). A comprehensive model of predictors of persistence and recurrence in adults with major depression: Results from a national 3-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, *95*, 19-27. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.07.022
- Hollon, S. D. y Dimidjian, S. (2014). Cognitive and behavioral treatment for depression. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (3ª ed., pp. 513-531). New York, NY: The Guildford Press.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 383-395. doi:10.1007/BF01178214
- Howland, R. H., Schettler, P. J., Rapaport, M. H., Mischoulon, D., Schneider, T., Fasiczka, A., ... Nierenberg, A. A. (2008). Clinical features and functioning of patients with minor depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *77*, 384-389. doi:10.1159/000151519
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontier for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Encuesta Nacional de Salud de (ENSE)*. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

- Instituto Nacional de Estadística (2020). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2020*. Recuperado de https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t25/p450/base_2011/a2020/&file=07004.px
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. doi:10.1037//0022-006x.64.2.295
- 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. doi:10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W. J., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F. y van Hout, H. P. J. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with Dementia: Who is at the greatest risk? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 293-303. doi:10.1016/j.jagp.2014.05.005
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P. y Brown, J. L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 18-28.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2016). *Research design in clinical psychology* (5^a ed.). Boston, US: Pearson.
- Kim, K., Zarit, S. H., Femia, E. E. y Savla, J. (2012). Kin relationship of caregivers and people with dementia: Stress and response to

- intervention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 59-66. doi:10.1002/gps.2689
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866. doi:/S0042-96862004001100011
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G. y Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry* 59, 877-883. doi:10.1001/archpsyc.59.10.877
- Kravitz, R. L., Duan, N. y Braslow, J. (2004). Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Quarterly* 82, 661-687. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00327.x
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. y Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 331-340. doi:10.1002/gps.2546
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207. doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6
- Lerner, D. y Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 401-410. doi:10.1097/JOM.0b013e31816bae50
- Levin, C. y Chisholm, D. (2015). Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. En V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan y M. E. Medina-Mora (Series Ed.), *Disease Control Priorities (3rd ed.): Vol. 4*.

- Mental neurological and substance use disorders* (pp. 219-236). Washington, DC: World Bank.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (pp. 157–185). New York, NY: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 313-359). New York, NY: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Shaw, D. (1969). Depression: A clinical research approach. En R. D. Rubin y C. M. Frank (Eds.), *Advances in behavior therapy* (pp. 231-240). New York, NY: Academic Press.
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W. y Ho, R. C. (2017). The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18, 111-116. doi:10.1016/j.jamda.2016.08.014
- López, L., Smit, F., Cuijpers, P., Otero, P., Blanco, V., Torres, Á. y Vázquez, F. L. (2020). Problem-solving intervention to prevent depression in non-professional caregivers: A randomized controlled trial with 8 years of follow-up. *Psychological Medicine*, 50, 1002-1009. doi:10.1017/S0033291719000916
- López, L., Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Long-term effects of a cognitive behavioral conference call intervention on depression in non-professional caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8329. doi:10.3390/ijerph17228329
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. y Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic

- review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592. doi:10.1016/s0272-7358(98)00100-7
- MacNeil, G., Kosberg, J. I., Durkin, D. W., Dooley, W. K., DeCoster, J. y Williamson, G. M. (2010). Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *Gerontologist*, 50, 76-86. doi:10.1093/geront/gnp099
- Mendelson, T. y Eaton, W. W. (2018). Recent advances in the prevention of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 325–339. doi:10.1007/s00127-018-1501-6
- Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J. y Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592-1599. doi:10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C. y Feldman, M. D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 254-258. doi:10.1207/s15324796abm3203_12
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., ... Siddique, J. (2012). Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: A randomized trial. *JAMA*, 307, 2278-2285. doi:10.1001/jama.2012.5588
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T. y Simon, G. (2008). The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 15, 243–253. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00134.x
- Muñoz, R. F., Berardslee, W. R. y Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67, 285-295. doi:10.1037/a0027666

- 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. doi:10.1146/annurev-clinpsy-033109-132040
- Muñoz, R.F. y Ying, Y.W. (1993). *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Depression in adults: Recognition and management*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/full-guideline-pdf-4840934509>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression. Theory, research, and clinical guidelines*. New York: John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=AB723912C9867A8AC437F321DB5AACD?sequence=1>
- Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., DeRubeis R. J., Torres, Á. y Vázquez, F. L. (2015). Differential response to depression prevention among a sample of informal caregivers: Moderator analysis of longer-term follow-up trial data. *Psychiatry Research*, 230, 271-278. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.005
- Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V. y Vázquez, F. L. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 1401-1412. doi:10.1017/S0033291714002505

- Otero, P., Vázquez, F. L., Blanco, V. y Torres, Á. (2017). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de pensamientos automáticos” (ATQ) en cuidadores familiares. *Behavioral Psychology*, 25, 387-403.
- Otero, P., Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O. y Torres, Á. (2015). Relationship of cognitive behavioral therapy effects and homework in an indicated prevention of depression intervention for non-professional caregivers. *Psychological Reports*, 116, 841-854. doi:10.2466/02.PR0.116k22w7
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*, 9, e105471. doi:10.1371/journal.pone.0105471
- Pfeiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M., Berry, J. W., Wengert, J., Hoffrichter, R., ... Elliott, T. R. (2014). Telephone-based problem-solving intervention for family caregivers of stroke survivors: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 628-643. doi:10.1037/a0036987
- Pincus, H. A., Davis, W. W. y McQueen, L. E. (1999). ‘Subthreshold’ mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other ‘brand names’. *British Journal of Psychiatry*, 174, 288-296. doi:10.1192/bjp.174.4.288
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canudas-Romo, V., ... Laursen, T. M. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: A nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, 394, 1827-1835. doi:10.1016/S0140-6736(19)32316-5
- 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
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... Finning, K. (2016). Cost and outcome of

behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomized, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388, 871-880. doi:10.1016/S0140-6736(16)31140-0

Rush, A. J., First, M. B. y Blacker, D. (2008). *Handbook of psychiatric measures* (2ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A. y Ho, R. C. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 1034-1041. doi:10.1016/j.jamda.2015.09.007

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D. y Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27, e1590. doi:10.1002/mpr.1590

Simon, G. E. y Perlis, R. H. (2010). Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? *American Journal of Psychiatry* 167, 1445-1455. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09111680

Smith, G. R., Williamson, G. M., Miller, L. S. y Schulz, R. (2011). Depression and quality of informal care: A longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology & Aging*, 26, 584-591. doi:10.1037/a0022263

Smith, T. L. y Toseland, R. W. (2006). The effectiveness of a telephone support program for caregivers of frail older adults. *Gerontologist*, 46, 620-629. doi:10.1093/geront/46.5.620

Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372. doi:10.1093/geront/42.3.356

- Steffen, A. M. y Gant, J. R. (2016). A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 195-203. doi:10.1002/gps.4312
- ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M. y Penninx, B. W. J. H. (2018). Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 137, 503-515. doi:10.1111/acps.12874
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210, 119-124. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078
- Torres, Á., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, 226, 333-339. doi:10.1016/j.psychres.2014.12.066
- Tremont, G., Davis, J. D., Bishop, D. S. y Fortinsky, R. H. (2008). Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia*, 7, 503-520. doi:10.1177/1471301208096632
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., ... Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized controlled trial. *Alzheimers Dementia*, 11, 541-548. doi:10.1016/j.jalz.2014.05.1752
- Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stierh, K., Carretero, S. Emilsson, T., ... Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*. Athens/Viena: Interlinks.

- Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Ed. Rev., Vol. 2, pp. 233-270). Madrid: McGraw Hill.
- 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. doi:10.1016/j.psychres.2006.03.004
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y Díaz, O. (2014). Eficacia de una intervención preventiva cognitivo conductual en cuidadoras con síntomas depresivos elevados. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22, 79-96.
- Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, Á. J. y Ferraces, M. J. (2019). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity in caregivers. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35, 357-363. doi:10.6018/analesps.35.3.329131
- Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention for the prevention of depression administered via conference call to nonprofessional caregivers: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2067. doi:10.3390/ijerph17062067
- Vázquez, F. L., Otero, P. y Blanco, V. (2019). *Guía de la intervención de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, F. L., Otero, P., López, L., Blanco, V., Torres, Á. y Díaz, O. (2018). La prevención de la depresión en cuidadores a través de multiconferencia telefónica. *Clínica y Salud*, 29, 14-20. doi:10.5093/clysa2018a2

- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, Á., Hermida, E., Blanco, V. y 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
- Vázquez, F. L. y Torres, Á. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18, 221-246.
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O. y Ferraces, M. J. (2016). Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of a brief cognitive-behavioral depression prevention intervention for caregivers with elevated depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 421-432. doi:10.1016/j.jagp.2016.02.050
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 39-52. doi:10.1016/S2171-2069(15)70005-0
- Vázquez, F. L., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y Attkisson, C. C. (2019). Psychometric properties of the Castilian Spanish version of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). *Current Psychology*, 38, 829-835. doi:10.1007/s12144-017-9659-8
- Vázquez, F. L., Torres, A., Otero, P., Hermida, E. y Blanco, V. (2012). La necesidad de la prevención de la depresión en los cuidadores informales. *Psicologia.com. Revista Internacional On-line*, 16, 15.
- Wilson, S. y Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on father's parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180. doi:10.1016/j.cpr.2009.10.007
- Wilz, G., Meichsner, F. y Soellner, R. (2017). Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two-year long-term effects of a telephone-based cognitive

- behavioral intervention. *Aging & Mental Health*, 21, 774-781. doi:10.1080/13607863.2016.1156646
- Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F. y Soellner, R. (2018). The Tele.TAnDem intervention: Telephone-based CBT for family caregivers of people with Dementia. *Gerontologist*, 58, e118–e129. doi:10.1093/geront/gnx183
- Wilz, G., Schinköthe, D. y Soellner, R. (2011). Goal attainment and treatment compliance in a cognitive-behavioral telephone intervention for family caregivers of persons with dementia. *GeroPsych. The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 24, 115-125. doi:10.1024/1662-9647/a000043
- Wilz, G. y Soellner, R. (2016). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39, 25-47. doi:10.1080/07317115.2015.1101631
- Wong, K. O., Rowe, B. H., Douwes, J. y Senthilselvan, A. (2013). Asthma and wheezing are associated with depression and anxiety in adults: An analysis from 54 countries. *Pulmonary Medicine*, 2013, 929028. doi:10.1155/2013/929028
- Zarit, S. H. (2018). Past is prologue: How to advance caregiver interventions. *Aging & Mental Health*, 22, 717–722. doi:10.1080/13607863.2017.1328482



8 ANEXOS



8.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN





8.1.1 ANEXO I. Cuestionario de características del cuidador

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

P1. Sexo:

1. Hombre.
2. Mujer.

P2. ¿Qué edad tiene?: _____

P3. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero/a
2. Casado/a – Vive en pareja.
3. Separado/a –Divorciado/a-Viudo/a

P4. ¿Cuántos hijos tiene? _____

P5. ¿A qué clase social diría que pertenece su familia?

1. Baja
2. Media/baja
3. Media
4. Media/alta
5. Alta

P6. ¿Cuáles son los ingresos mensuales netos que entran en su casa por todos los conceptos y miembros de la familia?

1. Hasta 999 euros
2. De 1.000 a 1.999 euros
3. De 2.000 en adelante (De 332.607pts en adelante)

P7. ¿Cuáles son los estudios más altos que ha completado hasta la actualidad?

1. No sabe leer ni escribir
2. Sin estudios, pero sabe leer y escribir
3. Primarios (EGB, FPI o equivalente)
4. Secundarios (bachillerato, FPII o equivalente)/
5. Universitarios

P8. ¿Cuál es su actividad principal?

1. Trabajador por cuenta propia o ajena
2. Jubilado/a
3. Tareas domésticas
4. Otros (especificar): _____

P9. ¿En qué provincia está su lugar de residencia?

1. A Coruña
2. Lugo
3. Ourense
4. Pontevedra.
5. Otras (especificar): _____

P10. ¿En qué tipo de zona vive?

1. Rural
2. Urbana

P11. ¿Ayuda usted a una sola persona o a más de una?

1. A una sola
2. A más de una. ¿cuántas? _____. En caso de que ayude a más de una persona, a partir de aquí nos referiremos a la que dedica más cuidados por ser más dependiente.

P12. ¿Cuál es el sexo de esa persona?

1. Hombre
2. Mujer

P13. ¿Cuál es la edad de esa persona? _____

P14. ¿Cuál es su parentesco con la persona a la que cuida?

1. Padre/madre
2. Cónyuge/pareja
3. Hija/hijo
4. Otros familiares (especificar): _____
5. Otros no familiares (especificar): _____

P15. ¿Qué tipo de enfermedad o problemas le han diagnosticado a la persona a la que cuida? (Especificar) _____

P16. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a esa persona? (especificar en días, semanas, meses o años)

- P17. ¿Cuántas horas dedica diariamente al cuidado?** _____
- P18. ¿Vive usted con la persona a la que cuida?**
1. Sí
 2. No
- P19. ¿La persona que cuida vive en una residencia de forma permanente?**
1. Sí
 2. No
- P20. ¿Tiene previsto ingresar en una residencia a la persona que cuida en el próximo año?**
1. Sí
 2. No
- P21. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha acudido a urgencias la persona que cuida? _____ ¿cuántas veces ha ingresado en el hospital? _____**
- P22. ¿La salud de la persona que cuida es muy delicada o usted teme por su vida?**
1. Sí
 2. No
- P23. ¿Qué pronóstico le han señalado los médicos a la persona que cuida?: _____**
- P24. ¿En el último año le han diagnosticado a usted algún trastorno o enfermedad psicológica o médica? _____ En caso afirmativo, ¿cuál? _____**
- P25. ¿Usted ha recibido algún tipo de tratamiento médico o psicológico en los últimos 2 meses?**
1. Médica (especificar): _____
 2. Psicológica (especificar): _____
- P26. ¿Ha tenido usted una depresión diagnosticada por un profesional en el pasado?:**
1. Sí
 2. No
- P27. ¿Está usted participando en algún otro programa dirigido a cuidadores informales?**
1. Sí (especificar): _____
 2. No
- P28. ¿Dispone usted de un teléfono?**
1. Sí (especificar): _____
 2. No



8.1.2 ANEXO II. Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos

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

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



8.1.3 ANEXO III. Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno

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

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



8.1.4 ANEXO IV. Cuestionario de Pensamientos Automáticos

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

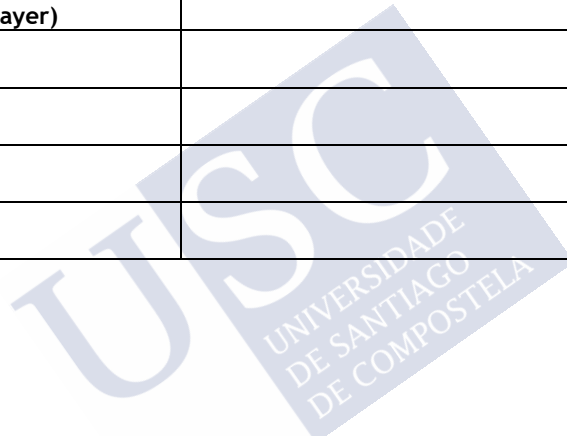
1	2	3	4	5	
Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	
1. Me siento como enfrentado al mundo	1	2	3	4	5
2. No soy bueno	1	2	3	4	5
3. ¿Por qué no puedo tener éxito nunca?	1	2	3	4	5
4. Nadie me entiende	1	2	3	4	5
5. He decepcionado a la gente	1	2	3	4	5
6. Pienso que no puedo seguir	1	2	3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



8.1.5 ANEXO V. Contactos sociales

Por favor, a continuación anote el número de contactos con otras personas que fueron positivos **los ÚLTIMOS 7 DÍAS**, ya fuesen por teléfono o en persona.

	Número de contactos positivos
Día 1 (hoy)	
Día 2 (ayer)	
Día 3 (anteayer)	
Día 4	
Día 5	
Día 6	
Día 7	





8.2 CONTENIDOS DE LAS INTERVENCIONES





8.2.1 ANEXO VI. Contenidos de la intervención cognitivo-conductual multiconferencia (CCM)

Contenidos adaptados del manual de tratamiento:

Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., López, M., y Blanco, V. (2010). *Programa de prevención de la depresión para cuidadores informales de personas en situación de dependencia. Aprendiendo a manejar nuestras acciones y pensamientos*. Santiago de Compostela: Tórculo.

Sesión 1. INTRODUCCIÓN

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Presentación y normas del grupo	Presentación de la terapeuta y los participantes Establecimiento de las normas del grupo
2	La depresión	Diferenciación entre sentimientos de tristeza normales y la depresión clínica Epidemiología y descripción de la sintomatología de la depresión mayor Espacio para la expresión de los participantes
3	Las consecuencias de la labor de cuidado	Factores que pueden poner en riesgo de sufrir depresión a los cuidadores informales Espacio para la expresión personal
4	La intervención de prevención de la depresión	Presentación de la intervención y de la idea de prevención Afrontamiento activo: formas de enfrentarse a la depresión Acciones, pensamientos y sentimientos como producto del aprendizaje Autorrefuerzo
5	Control de la activación	Entrenamiento en la técnica de control de la activación (respiración diafragmática) Dificultades que puedan surgir durante la práctica de la técnica
6	Tareas intsesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: práctica de la técnica de control de la activación, autorrefuerzo y monitorización del estado de ánimo y de la respiración

Sesión 2. INCREMENTAR LAS ACTIVIDADES AGRADABLES

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo	Explicación del círculo vicioso actividades agradables-estado anímico Espacio para la expresión personal Introducción de la idea de que el incremento de las actividades agradables mejora el estado de ánimo
3	Identificar las actividades agradables	Explicación de la naturaleza individual de las actividades percibidas como agradables Elaboración de la lista personal de actividades agradables
4	Planificar la introducción de las actividades agradables	Selección de actividades asequibles y realistas Búsqueda de momentos realistas para la realización
5	Programación de las actividades agradables	Planificación de una actividad agradable diaria a realizar de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
6	Control de la activación	Práctica de un breve ejercicio de control de la activación (respiración diafragmática)
7	Tareas intersesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: puesta en práctica de las actividades agradables programadas; y continuar con la técnica de control de activación, el autorrefuerzo y la monitorización del estado de ánimo

Sesión 3. APRENDIENDO A MODIFICAR NUESTROS PENSAMIENTOS

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Conocer cómo influyen los pensamientos en el estado de ánimo	Explicación de la influencia de los pensamientos en las acciones y sentimientos Los beneficios de ser optimista
3	La técnica de balance de pensamientos	Contrarrestar el efecto de un pensamiento negativo con otro positivo Completar la lista de cosas positivas
4	La técnica de autorrefuerzo	Autorreconocerse las cosas buenas que han hecho y premiarse por ellas
5	Logros y cualidades	Trabajo sobre los logros y cualidades de uno mismo
6	La técnica de exageración	Uso del sentido del humor para paliar los efectos de los pensamientos negativos mediante la exageración
7	Técnica del doble parámetro	Hablarse a sí mismo como lo haría con un amigo que se encontrase en la misma situación cuando surjan pensamientos negativos sobre uno mismo o la propia vida
8	Pensamientos negativos que pueden interferir con la realización de las actividades agradables	Trabajo sobre el manejo de los pensamientos de culpa y de excesiva obligación o desgana
9	Programación de las actividades agradables	Planificación de dos actividades agradables diarias a realizar de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
10	Control de la activación	Práctica de un breve ejercicio de control de la activación (respiración diafragmática)
11	Tareas intersesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: poner en práctica las técnicas de manejo de pensamientos aprendidas (balance de pensamientos, autorrefuerzo, logros y cualidades, exageración, doble parámetro), poner en práctica las actividades agradables programadas, continuar practicando la técnica de control de la activación, el autorrefuerzo y la monitorización del estado de ánimo

Sesión 4.

INCREMENTAR LAS ACTIVIDADES INTERPERSONALES

CONTENIDOS	DESCRIPCIÓN
1	Repaso Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Cómo influyen los contactos sociales en el estado de ánimo Explicación de la influencia de las relaciones con otras personas en el estado de ánimo
3	El modo de estar Preparación de un cambio en el modo de estar
4	La asertividad Conocer los derechos asertivos del cuidador Estilos de comunicación agresivo, pasivo y asertivo Pautas para la comunicación asertiva
5	Relación entre la asertividad y las actividades agradables Plantear una situación en la que poner en práctica la asertividad
6	Incrementando las situaciones sociales Estrategias para incrementar los contactos sociales Planear un contacto social agradable como meta semanal
7	Programación de las actividades agradables Planificación de tres actividades agradables diarias a realizar de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
8	Programación de técnicas de manejo de pensamientos Poner en práctica las técnicas que mejor hayan funcionado
9	Tareas intersesiones y Cierre Tareas intersesiones: propiciar un contacto social agradable; continuar practicando las técnicas de manejo de pensamientos, poner en marcha las actividades agradables programadas, continuar practicando la técnica de control de la activación, el autorrefuerzo y la monitorización del estado de ánimo

Sesión 5.
RESUMIENDO. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Repaso y prevención de recaídas	Repaso de los recursos aprendidos para cuidar de la salud emocional Evolución de cada participante durante la intervención Ventajas de mantener un estado de ánimo positivo y estrategias de prevención de recaídas
3	Aspectos de terminación	Espacio para las opiniones y sugerencias de los cuidadores Despedida y cierre

8.2.2 ANEXO VII. Contenidos de la intervención de activación conductual multiconferencia (ACM)

Contenidos adaptados del manual de tratamiento:

Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, A., Otero, P., y Blanco, V. (2013). *Programa de prevención de la depresión a través del teléfono. Cómo mejorar los síntomas depresivos cambiando nuestro comportamiento*. No publicado (N.º DE PATENTE: 03-2013-1568).

Sesión 1.
LA DEPRESIÓN Y SU PREVENCIÓN

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Presentación y normas del grupo	Presentación de la terapeuta y los participantes Establecimiento de las normas del grupo
2	La depresión	Diferenciación entre sentimientos de tristeza normales y la depresión clínica Descripción de la sintomatología de la depresión mayor Espacio para la expresión de los participantes
3	Las consecuencias de la labor de cuidado	Factores que pueden poner en riesgo de sufrir depresión a los cuidadores informales Espacio para la expresión personal
4	La intervención de prevención de la depresión	Presentación de la intervención y de la idea de prevención Afrontamiento activo: formas de enfrentarse a la depresión Acciones como producto del aprendizaje
5	Contrato terapéutico	Establecimiento de compromiso de asistencia regular a las sesiones y de trabajar activamente
6	Autorrefuerzo	Presentación de la idea de autorrefuerzo Planificación de introducción del autorrefuerzo en la vida diaria
7	Tareas intersesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: práctica de autorrefuerzo y monitorización del estado de ánimo

Sesión 2. LAS ACTIVIDADES AGRADABLES EN CASA

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo	Explicación del círculo vicioso actividades agradables-estado anímico Espacio para la expresión personal Introducción de la idea de que el incremento de las actividades agradables mejora del estado de ánimo
3	Directrices para incrementar actividades agradables	Explicación de la importancia de compatibilizar las obligaciones diarias y las actividades agradables
4	Identificar las actividades agradables	Explicación de la naturaleza individual de las actividades percibidas como agradables Elaboración de la lista personal de actividades agradables dentro de casa
5	Planificación de las actividades agradables en casa	Selección de actividades asequibles y realistas Búsqueda de momentos realistas para la realización
6	Programación de las actividades agradables	Planificación de una actividad agradable diaria dentro de casa a realizar de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
7	Tareas intsesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: puesta en práctica de las actividades agradables programadas, continuar con el autorrefuerzo y la monitoización del estado de ánimo

Sesión 3.
LAS ACTIVIDADES AGRADABLES FUERA DE CASA

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Cómo afectan las actividades en el estado de ánimo	Repaso de la idea de que el incremento de las actividades agradables mejora del estado de ánimo
3	Identificar las actividades agradables	Elaboración de la lista personal de actividades agradables fuera de casa
4	Planificación de las actividades agradables fuera de casa	Selección de actividades asequibles y realistas Búsqueda de momentos realistas para la realización
5	Programación de las actividades agradables	Planificación de dos actividades agradables diarias (una fuera de casa) de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
6	Tareas intsesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: puesta en práctica de las actividades agradables programadas, continuar con el autorrefuerzo y la monitorización del estado de ánimo

Sesión 4.
LAS RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Cómo influyen los contactos sociales en el estado de ánimo	Explicación de la influencia de las relaciones con otras personas en el estado de ánimo
3	Incrementando las situaciones sociales	Estrategias para incrementar los contactos sociales Planear un contacto social agradable como meta semanal
4	Programación de las actividades agradables	Planificación de tres actividades agradables diarias a realizar de acuerdo a la situación personal Contrato conductual
5	Tareas intersesiones y Cierre	Explicación de las tareas intersesiones: propiciar un contacto social agradable, puesta en práctica de las actividades agradables programadas, continuar con el autorrefuerzo y la monitorización del estado de ánimo.

Sesión 5. MIRANDO HACIA EL FUTURO

CONTENIDOS		DESCRIPCIÓN
1	Repaso	Repaso de las ideas clave de la sesión anterior Revisión de las tareas intersesiones
2	Repaso y prevención de recaídas	Repaso de los recursos aprendidos para cuidar de la salud emocional Evolución de cada participante durante la intervención Ventajas de mantener un estado de ánimo positivo y estrategias de prevención de recaídas
3	Aspectos de terminación	Espacio para las opiniones y sugerencias de los cuidadores Despedida y cierre

8.3 TRABAJOS PUBLICADOS





8.3.1 ANEXO VIII. Autorización revista para uso del estudio I en la tesis



8.3.2 ANEXO IX. Publicación original del estudio I (con el formato de la revista)

8.3.3 ANEXO X. Autorización revista para uso del estudio II en la tesis

8.3.4 ANEXO XI. Publicación original del estudio II (con el formato de la revista, inglés y español)

8.3.5 ANEXO XII. Publicación original del estudio III (con el formato de la revista)

8.3.6 ANEXO XIII. Publicación original del estudio IV (con el formato de la revista)

