

ORIGINAL

Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis

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

Universidad de Santiago de Compostela, España

Recibido el 4 de julio de 2012; aceptado el 13 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidador;
Prevención;
Intervención;
Depresión;
Terapia

KEYWORDS

Caregiver;
Prevention;
Intervention;
Depression;
Therapy

Resumen

Está bien establecido que los cuidados no profesionales, un componente fundamental de la atención a personas dependientes, pueden aumentar el riesgo de trastornos mentales en el cuidador, especialmente de depresión. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática y un metanálisis para determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas, para reducir los síntomas depresivos, dirigidas a cuidadores no profesionales. Se realizó una búsqueda exhaustiva de estudios publicados entre los años 1980 y 2013 en las bases de datos Medline y PsycInfo, así como en las referencias de otras revisiones y metanálisis y capítulos de libro relevantes, de los cuales se seleccionaron 13 estudios. Aunque la mayoría de las intervenciones obtuvieron resultados positivos en la reducción de la sintomatología depresiva, en general, sus efectos fueron moderados (*tamaño del efecto* = -0.49, *intervalo de confianza* 95% [-0.62, -0.36]). Se han producido importantes avances en relación con la calidad de los estudios, pero todavía se encontraron algunas limitaciones que restringen el alcance de sus hallazgos. Es necesario realizar más estudios que cumplan con los estándares de excelencia y, más concretamente, de prevención indicada de la depresión.

Copyright © 2012, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Psychological interventions for caregivers with depressive symptoms: systematic review and meta-analysis

Abstract

It has been well determined that nonprofessional caregiving, which is a fundamental component of care to dependent persons, may lead to an increased risk for mental disorders in caregivers, especially depression. This paper sought to conduct a systematic

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandolino.vazquez@usc.es (F.L. Vázquez).

review and meta-analysis to determine the efficacy of psychological interventions to reduce depressive symptoms aimed at nonprofessional caregivers. A comprehensive search of studies published from 1980 to 2013 was conducted in Medline and PsycInfo databases, as well as in the references of other reviews, meta-analysis and relevant book chapters, thereby shortlisting 13 papers. Although most of the interventions reached positive results in decreasing depressive symptomatology, their effects in general were moderate ($ES = -0.49$, 95% CI [-0.62, -0.36]). Important advances have been produced regarding the quality of the studies, but some limitations are still found which restrict the scope of their findings. It is necessary to conduct further studies that meet excellence standards and, more concretely, regarding indicated prevention of depression.

Copyright © 2012, Konrad Lorenz University Foundation. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

En las últimas décadas, el número de personas en situación de dependencia ha crecido de forma notable en muchos países (Harwood, Sayer, & Hirschfeld, 2004). En España, se estima que existen en la actualidad en torno a 3850000 personas mayores de 6 años sin autonomía personal, lo que supone una tasa de 85.5 por mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Para hacer frente al fenómeno de la dependencia y proporcionar los cuidados y ayudas necesarios para esta población, las políticas sociales y sanitarias y los propios usuarios se apoyan en dos sistemas básicos de cobertura: el cuidado profesional y el cuidado no profesional. El primero, es el cuidado que presta un profesional, institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, ya sea en el hogar de la persona en situación de dependencia o en un centro destinado a tal efecto. El segundo, en cambio, hace referencia a una persona que proporciona cuidado a otra que tiene limitaciones en su autonomía para la ejecución de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, de modo no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, sino en virtud de una unión afectiva.

El cuidado no profesional sigue siendo mayoritario y tiene una gran relevancia social, pues sirve de apoyo a las personas en situación de dependencia y constituye uno de los recursos más importantes para la política social y sanitaria al reducir la utilización de recursos asistenciales. Sin embargo, asumir el cuidado de un ser querido puede llegar a afectar el propio bienestar psicológico. Dentro de los problemas de salud mental padecidos por los cuidadores, ocupan un papel predominante las alteraciones del estado de ánimo, y más específicamente, la depresión (Mahoney, Regan, Katona, & Livingston, 2005; Whitlatch, Feinberg, & Sebesta, 1997). Este trastorno puede ser especialmente problemático en los cuidadores, puesto que puede interferir con el desempeño adecuado del cuidado de la persona en situación de dependencia (Williamson, Shafer, & The Family Relationships in Late Life Project, 2001).

El estudio de las repercusiones del cuidado en el estado emocional ha propiciado en las últimas tres décadas el desarrollo de numerosos programas de intervención psicológica para cuidadores, especialmente para aquellos que cuidan enfermos con demencia (e.g., Belle et al., 2006; Mittelman, Brodaty, Wallen, & Burns, 2008). Estos programas adoptan diferentes métodos para ayudar a los cuidadores y comprenden intervenciones psicológicas individuales o en grupo,

programas psicoeducativos, grupos de apoyo, intervenciones familiares, intervenciones basadas en tecnologías, etcétera. Con el objeto de analizar la eficacia de esas intervenciones diseñadas para mejorar el estado emocional de los cuidadores, se han realizado algunas revisiones (e.g., Gallagher-Thompson & Coon, 2007; López & Crespo, 2007; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos, & Livingston, 2007), pero la mayoría de ellas se han centrado en estudios realizados con cuidadores de personas mayores.

Es más, a pesar de que la depresión es la principal afectación para la salud mental de los cuidadores, solo en una revisión se analizaron de forma específica los resultados de las intervenciones en la reducción de la sintomatología depresiva de los cuidadores (Vázquez & Otero, 2009); no obstante, esta se centró solo en estudios realizados con cuidadores de personas con demencia. Asimismo, ninguna de las revisiones existentes se focalizó en la selección de estudios que cumplieren con estándares de excelencia. Los criterios de selección de los estudios empleados en las mismas, aunque en su momento fueron adecuados, se podrían considerar como demasiado amplios en relación con el estado de conocimiento actual sobre las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores.

Por tanto, existe la necesidad de analizar la evidencia científica disponible más rigurosa acerca de la eficacia del tratamiento psicológico en los cuidadores. Según Nathan y Gorman (2007), los estudios más rigurosos, denominados tipo I, son los ensayos clínicos prospectivos, con asignación al azar, ciego de los evaluadores, criterios de inclusión y exclusión presentados claramente, métodos de diagnóstico adecuados, buen tamaño de muestra y potencia estadística adecuada, y con los métodos estadísticos descritos con claridad.

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática y un metanálisis para determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores no profesionales, que pueden clasificarse como estudios tipo I, en los que se evaluó la sintomatología depresiva como una de las variables de resultado principales.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura entre 1980 y 2013 a través de las bases de datos Medline y PsycINFO,

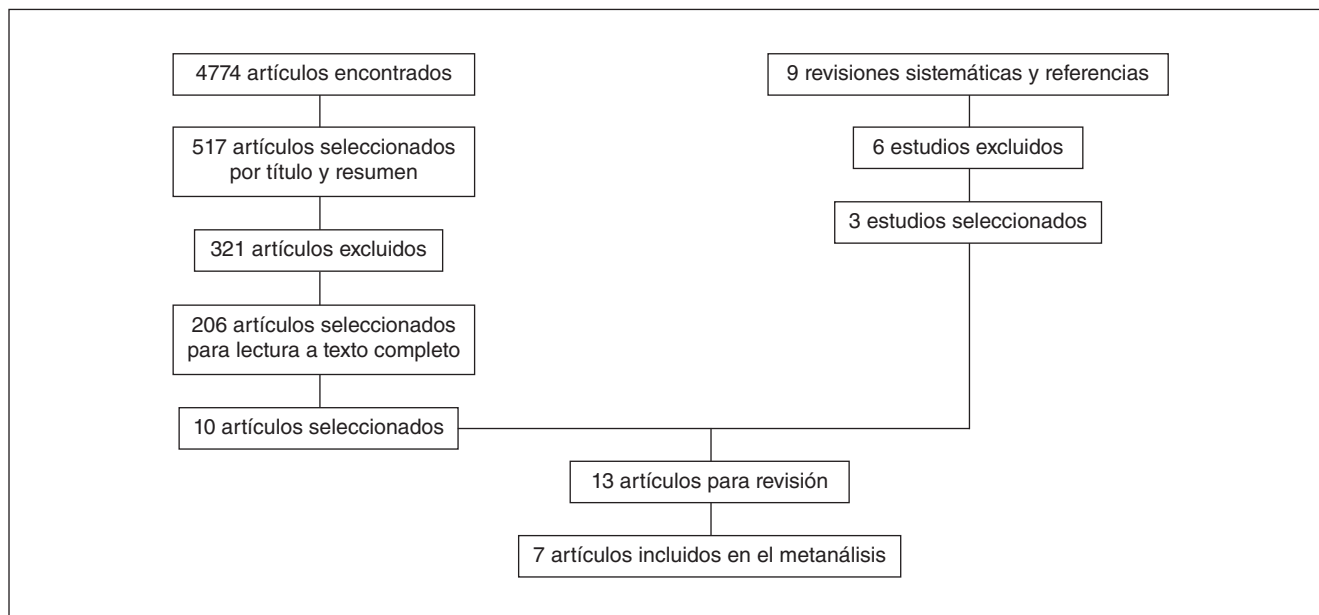


Figura 1. Flujograma de selección de los estudios.

utilizando como palabras clave *cuidador*, *cuidador no profesional*, *cuidador familiar* y *cuidado informal* en combinación con *depresión*, *sintomatología depresiva*, *trastornos afectivos*, *intervención*, *programa*, *psicoeducativo*, *psicoterapia*, *prevención*, y *tratamiento*. Se incluyeron estudios en español e inglés. Además, se revisaron las referencias de los artículos originales identificados, así como las correspondientes a revisiones, metanálisis y capítulos de libros relevantes.

En cuanto a los criterios para la selección de los estudios de esta revisión, se incluyeron aquellos trabajos que: (a) informaron de los resultados de intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas dirigidas a cuidadores no profesionales que vivían en la comunidad; (b) en los que se evaluó, como resultado principal, la sintomatología depresiva en términos cuantitativos con la utilización de medidas estandarizadas de la sintomatología depresiva; (c) tenían al menos dos momentos de medida (pre y postratamiento), y (d) reunían los criterios propuestos por Nathan y Gorman (2007), ya descritos en la introducción, para ser clasificados como estudios tipo I. Se excluyeron aquellos estudios en los que: (a) la sintomatología depresiva se evaluó como medida secundaria, y (b) probaban intervenciones donde algunas sesiones se dirigían al cuidador y otras a la persona en situación de dependencia.

En relación con el proceso de análisis de los estudios y sus resultados, se revisaron los resúmenes de los estudios identificados mediante la estrategia de búsqueda anteriormente mencionada, y se obtuvo el texto completo de los artículos considerados potencialmente relevantes (fig. 1). Se evaluaron los ensayos en consideración para establecer si cumplían con los criterios de elegibilidad, hallándose que 13 de ellos lo hacían (tabla 1), y se extrajeron los datos mediante un formulario de manera independiente a partir de los informes de los ensayos. Cuando surgió alguna controversia, se resolvió mediante el debate con los otros au-

tores de esta revisión hasta alcanzar un consenso claro. Con posterioridad, uno de los autores de esta revisión introdujo los datos en el programa informático y otro los verificó en su totalidad.

Para la realización del metanálisis, se siguió un modelo de efectos fijos para el que se utilizó el método inverso de la varianza de Cohen. Se incluyeron aquellos estudios que proporcionaban datos del tamaño de la muestra y de las medias y desviaciones típicas de los grupos del estudio en la posintervención.

Análisis descriptivo de los estudios

En todos los estudios se evaluó la sintomatología depresiva de los cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia, pero solo cinco plantearon como objetivo principal disminuir los síntomas depresivos (Belle et al., 2006; Bruvik, Allore, Ranhoff, & Engedal, 2013; Farran, Gilly, McCann, Bienias, Lindeman, & Evans, 2004; Mittelman et al., 2008; Moore, Chattillion, Ceglowski, Ho, von Känel, Mills, Ziegler, Patterson, Grant, & Mausbach, 2013), dos estudios tenían como objetivo principal prevenir la depresión (Joling, van Marwijk, Smit, van der Horst, Scheltens, van de Ven, Mittelman, & van Hout, 2012; Vázquez, Otero, Torres, Hermida, Blanco, & Díaz, 2013), mientras en los otros casos (Gallagher-Thompson, Gray, Dupart, Jimenez, & Thompson, 2008; King, Hartke, Houle, Lee, Herring, Alexander-Peterson, & Raad, 2012; Livingston, Barber, Rapaport, Knapp, Griffin, King, Livingston, Mummery, Walker, Hoe, Sampson, & Cooper, 2013; Losada, Márquez, & Romero, 2011; Rivera, Elliot, Berry, & Grant, 2008; Schulz, Czaja, Lustig, Zdaniuk, Martire, & Perdomo, 2009) reducir la sintomatología depresiva pasó a ser uno de los varios objetivos que se debían alcanzar, junto con otros como disminuir la sintomatología ansiosa, el estrés, la sobrecarga o las preocupaciones o aumentar la calidad de vida, la salud percibida o el apoyo social.

Tabla 1 Estudios en los que se evaluó la sintomatología depresiva de los cuidadores informales

Autores	Muestra (N, enfermedad familiar, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones y grupos control o de comparación	Formato, duración, n.º sesiones, momentos medida	Instrumento para la evaluación de la sintomatología depresiva	Resultados Sintomatología depresiva
Belle et al. (2006)	N = 642 Demencia	GE: psicoterapia (n = 323) GC: apoyo mínimo telefónico (n = 319)	Individual presencial, individual telefónico y telefónico grupal 24 semanas	CES-D	GE < GC Prevalencia del trastorno depresivo GE < GC
Bruvik et al. (2013)	83% (15%/8%) N = 230 Demencia	GE: asesoramiento + educación + psicoterapia (n = 115) GC: cuidado habitual (n = 115)	12 sesiones Pre y pos Individual presencial y grupal presencial 12 meses	GDS	Sin diferencias significativas entre la pre y la posintervención ni entre GE y GC
Farran et al. (2004)	(0%/13.5%) N = 295 Demencia	GE1: psicoeducación (manejo conducta paciente) (n = 154) GE2: psicoeducación (información y apoyo) (n = 141)	13 sesiones + 2 de refuerzo Pre y pos Grupal presencial e individual telefónico 12 semanas	CES-D	Menor sintomatología en GE1 y GE2 a través del tiempo Sin diferencias significativas entre GE1 y GE2 ni entre grupos y tiempo
Gallagher-Thompson et al. (2008)	77% (8.2%/7.8%) N = 184 Demencia	GE: psicoterapia (n = 97) GC: apoyo mínimo telefónico (n = 87)	5 sesiones grupales 7 telefónicas + 2 de refuerzo + contactos telefónicos a demanda Pre, pos y seg. 6, 12 y 18 meses después de la línea base GE: grupal presencial	CES-D	GE < GC
Joling et al. (2012)	100% (20%/16%) N = 192 Demencia	GE: psicoeducación familiar (n = 96) GC: cuidado habitual (n = 96)	GC: telefónico individual 4 meses 13 a 16 sesiones GE 7 llamadas GC Pre y pos Individual presencial y grupo familiar presencial 12 meses	MINI	Incremento de la sintomatología en ambos grupos a los 12 meses Sin diferencias significativas en la reducción del riesgo de desarrollar depresión ni en la severidad de los síntomas entre GE y GC
	70.3% (60%/13%)		6 sesiones + asesoramiento telefónico a demanda Pre, pos	CES-D	

Continúa en la página siguiente

Tabla 1 Estudios en los que se evaluó la sintomatología depresiva de los cuidadores informales (continuación)

Autores	Muestra (N, enfermedad familiar, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones y grupos control o de comparación	Formato, duración, n.º sesiones, momentos medida	Instrumento para la evaluación de la sintomatología depresiva	Resultados Sintomatología depresiva
King et al. (2012)	N = 255	GE: psicoterapia (n = 136)	Individual presencial e individual telefónico	CES-D	Posintervención: reducción de la sintomatología depresiva; GE < GC en aquellos cuidadores que completaron las evaluaciones, que no se mantiene a los 6 meses
	ACV	GC: lista de espera (n = 119)	13 semanas		
	78.4% (-/22.4%)		10 sesiones Pre, pos y seg. 6 y 12 meses		
Livingston et al. (2013)	N = 260	GE: psicoterapia (n = 173)	Individual presencial	HADS	Posintervención: sintomatología depresiva GE < GC
	Demencia	GC: cuidado habitual (n = 87)	8-14 semanas		
	68%		8 sesiones		Menor incidencia de depresión en el GE que en el GC
	(42%/11.9%)		Pre, 4 y 8 meses tras aleatorización		
Losada et al. (2011)	N = 167	GE: psicoterapia (n = 88)	Grupal presencial	CES-D	GE < GC
	Demencia	GC: cuidado habitual (n = 79)	12 semanas		
	77.8% (1.8%/29.3%)		12 sesiones Pre, pos		
Mittelman et al. (2008)	N = 158	GE: psicoeducación cuidador + fármaco paciente (n = 79)	Individual presencial, grupo familiar presencial	BDI	GE: disminución
	Demencia	GC: fármaco paciente (n = 79)	12 semanas y tiempo indefinido		GC: incremento
	56.3%		5 sesiones y asesoramiento telefónico a demanda 2 años		GE < GC
	(5.4%/48.1%)		Pre, pos, seg. 6, 9, 12, 18, 24 meses		
Moore et al. (2013)	N = 100	GE: psicoterapia (n = 49)	Individual presencial, individual telefónico	CES-D	Sintomatología depresiva
	Demencia	GC: información (n = 51)	6 semanas		GE < GC en la posintervención, pero no a los 12 meses
	74%		6 sesiones		Tamaño del efecto pequeño (d = 0.42)
	(2.85%/54%)		Pre, pos, seg. 12 meses		Mejora clínicamente significativa GE > GC en la posintervención

Continúa en la página siguiente

Tabla 1 Estudios en los que se evaluó la sintomatología depresiva de los cuidadores informales (continuación)

Autores	Muestra (N, enfermedad familiar, % mujeres, rechazos/abandonos)	Intervenciones y grupos control o de comparación	Formato, duración, n.º sesiones, momentos medida	Instrumento para la evaluación de la sintomatología depresiva	Resultados Sintomatología depresiva
Rivera et al. (2008)	N = 67 Trauma cerebral 94% (48.6%/20.9%)	GE: psicoterapia (n = 33) GC: psicoeducación (n = 34)	Individual presencial, individual telefónico 12 meses 4 sesiones individuales y 8 telefónicas Pre, intra y pos	CES-D	GE: disminución significativa GC: incremento significativo Tamaño del efecto moderado (d = 0.62)
Schulz et al. (2009)	N = 173 Lesión medular 75% (12.2%/15%)	GE: psicoterapia cuidador (n = 57) GE2: psicoterapia cuidador y cuidado (n = 56) GC: tratamiento estándar (n = 60)	Individual presencial, individual telefónico, grupal telefónico 6 meses 12 sesiones Pre, pos, seg. 6 meses	CES-D	Sin cambios pos Seg. a 6 meses: sintomatología depresiva GE2 < GE1 Mejora clínica GE2 > GE1
Vázquez et al. (2013)	N = 173 Varias patologías 100% (1.7%/2.3%)	GE: psicoterapia (n = 89) GC: cuidado habitual (n = 84)	Grupal presencial 5 semanas 5 sesiones Pre, pos	CES-D SCID	Disminución de la sintomatología depresiva y la incidencia de depresión Tamaño del efecto grande (d = 1.54)

— : datos no informados por falta de información; ACV: accidente cerebrovascular; GC: grupo control o de comparación; GE: grupo experimental; Pre: pretratamiento; Pos: postratamiento; Seg: seguimiento.

Asimismo, aunque en todos los estudios se evaluó la sintomatología depresiva como uno de los resultados principales, en la mayoría no se tuvo en cuenta el nivel de sintomatología depresiva a la hora de seleccionar la muestra. Solo un estudio seleccionó cuidadoras con elevada sintomatología depresiva pero que no cumplían con los criterios para un trastorno depresivo mayor (Vázquez et al., 2013), otros seleccionaron a los cuidadores con un determinado nivel de sintomatología depresiva (King et al., 2012), o excluyeron a los cuidadores con diagnóstico clínico de depresión (Joling et al., 2012). En los diez estudios restantes, los criterios de inclusión y exclusión fueron relativos a la situación de cuidado o a la persona en situación de dependencia (Belle et al., 2006; Bruvik et al., 2013; Farran et al., 2004; Gallagher-Thompson et al., 2008; Livingston et al., 2013; Losada et al., 2011; Mittelman et al., 2008; Moore et al., 2013; Rivera et al., 2008; Schulz et al., 2009), de manera que en la mayor parte de los estudios se asoció la situación de cuidado con la depresión.

Por tanto, en la mayoría de los estudios utilizaron muestras mixtas de cuidadores con diferentes niveles de sintomatología

depresiva. Además, la historia previa de depresión no se tuvo en cuenta en la mayor parte de las investigaciones y solo se consideró en el estudio de Vázquez et al. (2013).

El tamaño de la muestra de los estudios osciló desde 67 (Rivera et al., 2008) a 642 participantes (Belle et al., 2006). En 11 estudios la muestra superó los 150 sujetos (Belle et al., 2006; Bruvik et al., 2013; Farran et al., 2004; Gallagher-Thompson et al., 2008; Joling et al., 2012; King et al., 2012; Livingston et al., 2013; Losada et al., 2011; Mittelman et al., 2008; Schulz et al., 2009; Vázquez et al., 2013).

La mayoría de las investigaciones están dirigidas a cuidadores informales de personas que padecen una enfermedad que se manifiesta con mayor probabilidad a edades avanzadas como es la demencia, que es la patología referida en el 69.2% de los estudios (e.g., Joling et al., 2012; Moore et al., 2013). Aunque menos estudiadas, también se encontraron investigaciones dirigidas a cuidadores de personas que habían sufrido un accidente cerebrovascular (King et al., 2012), una lesión medular (Schulz et al., 2009), o una lesión cerebral (Rivera et al., 2008). Caso aparte lo constituye el

estudio de Vázquez et al. (2013), que al seleccionar la muestra con base en la sintomatología del cuidador, incluye a cuidadores de personas en situación de dependencia debido a variedad de patologías.

La mayoría de los cuidadores fueron mujeres con una edad media entre los 50 y los 60 años. Es más, dada la superioridad en número de las mujeres en las tareas de cuidado, dos estudios (Gallagher-Thompson et al., 2008; Vázquez et al., 2013) centraron la investigación en este género y reclutaron muestras solo constituidas por mujeres. Por lo general, los cuidadores eran las parejas o los hijos de las personas a las que prestaban los cuidados. Ante el abundante número de cuidadores que eran pareja de la persona en situación de dependencia, solo Mittelman et al. (2008) incluyeron esta figura en su muestra.

Los rechazos fueron elevados en algunos estudios, llegando a superar porcentajes del 40% (e.g., Joling et al., 2012; Livingston et al., 2013; Rivera et al., 2008). También es considerable la pérdida muestral durante los estudios, de manera que el porcentaje de abandonos fue superior al 20% en cinco estudios (King et al., 2012; Losada et al., 2011; Mittelman et al., 2008; Moore et al., 2013; Rivera et al., 2008). Aunque habitualmente no se especificaron las razones de los rechazos, cuando se hizo, aludieron a la escasa disponibilidad de tiempo, falta de interés, no aceptar la aleatorización de los grupos, dificultades de transporte, el cambio de domicilio a otra ciudad o cambio en su estatus como cuidador. En cuanto a los abandonos, las razones apuntadas por lo general fueron las dificultades de transporte, el traslado a otra ciudad, problemas de salud del cuidador o de la persona cuidada, el fallecimiento del familiar en situación de dependencia o del propio cuidador o la institucionalización de la persona cuidada. En algún estudio se intentó reducir la pérdida de participantes recompensando económicamente a los cuidadores que completaban las evaluaciones (e.g., King et al., 2012; Moore et al., 2013).

En la mayoría de los estudios (69.2%) se utilizaron programas psicoterapéuticos (e.g., King et al., 2012; Vázquez et al., 2013), que fueron en su mayoría programas multicomponentes de orientación cognitivo-conductual en los que se realizó entrenamiento en técnicas de control de la activación, solución de problemas, incremento de actividades agradables, reestructuración cognitiva, etcétera. Le siguen, por orden de frecuencia (15.4%), los estudios que se centraron en programas psicoeducativos en los que se proporcionó información y conocimientos a los cuidadores sobre la enfermedad de su familiar y recursos, combinados con la enseñanza de estrategias de cuidado para el manejo de las dificultades derivadas de la enfermedad como problemas de conducta o alucinaciones (Farran et al., 2004) o con estrategias dirigidas a la mejora del estado del propio cuidador (Joling et al., 2012). En un estudio se combinó una intervención psicoeducativa con la administración de un fármaco para la persona en situación de dependencia (Mittelman et al., 2008), y en otro se combinó el asesoramiento psicológico con educación y psicoterapia (Bruvik et al., 2013).

Muchas de las investigaciones que incluimos en esta revisión realizan una clara cimentación de sus intervenciones en un modelo teórico. El modelo de solución de problemas (D'Zurilla & Nezu, 1999; A.M. Nezu, Nezu, & Perri, 1989) fue empleado por Livingston et al. (2013), Rivera et al. (2008) y

Vázquez et al. (2013); el modelo de estrés-salud aplicado al cuidado (Schulz, 2000) fue utilizado por Schulz et al. (2009); el modelo etiopatogénico multifactorial de la depresión de Lewinsohn (Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger, 1985) sirvió de marco para la intervención de Moore et al. (2013); mientras que la teoría de la autoeficacia de Bandura (Bandura, 1977) fue la elegida como base para la intervención de Farran et al. (2004).

También se han utilizado, para el diseño de algunas intervenciones, combinaciones de modelos. Así, el modelo de solución de problemas se utilizó como marco de referencia en combinación con el modelo cognitivo de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) en el estudio de King et al. (2012); y la terapia cognitiva y la activación conductual (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001) conformaron el marco para el estudio de Losada et al. (2011). En otros estudios, aunque no hayan explicitado el modelo teórico sobre el que construyen sus intervenciones (Belle et al., 2006; Bruvik et al. 2013; Joling et al., 2012; Mittelman et al., 2008) se vislumbran componentes de algún modelo.

Nueve estudios establecieron un plan de aplicación sistemático de los programas de intervención mediante la elaboración de un protocolo, la manualización del tratamiento, el entrenamiento de los profesionales que lo aplicaron y la evaluación de la adherencia de estos al protocolo establecido (Belle et al., 2006; Bruvik et al., 2013; Farran et al., 2004; Joling et al., 2012; King et al., 2012; Livingston et al., 2013; Moore et al., 2013; Schulz et al., 2009; Vázquez et al., 2013).

En cuanto a la medida de la sintomatología depresiva, todos los estudios utilizaron instrumentos validados, aunque hubo variabilidad entre ellos. La escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977) fue el instrumento elegido para evaluar la depresión en el 76.9% de los estudios revisados (e.g., Belle et al., 2006; Losada et al., 2011; Rivera et al., 2008). También se utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1982) en el estudio de Bruvik et al., (2013), el Inventario de la Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) en el estudio de Mittelman et al. (2008), o la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond & Snaith, 1983) que fue utilizada por Livingston et al. (2013). Solo dos estudios incluyeron, además, la evaluación de la depresión con entrevistas clínicas estructuradas (Joling et al., 2012; Vázquez et al., 2013).

Entre los grupos control más comúnmente utilizados se encontró el cuidado habitual (e.g., Losada et al., 2011; Schulz et al., 2009), seguido de la atención o apoyo mínimo (e.g., Belle et al., 2006) y la lista de espera (King et al., 2012).

La mayoría de los estudios (69.2%) aplicaron sus intervenciones con formato individual presencial solo o combinado. Livingston et al. (2013) utilizaron este formato en exclusiva, mientras en otros estudios lo utilizaron en combinación con otros formatos como el individual telefónico (King et al., 2012; Moore et al., 2013; Rivera et al., 2008), el grupal presencial (Bruvik et al., 2013; Joling et al., 2012; Mittelman et al., 2008) o el telefónico individual y grupal (Belle et al., 2006; Schulz et al., 2009). En relación con los cuatro estudios (30.8%) que no utilizaron formato individual presencial, el formato grupal presencial se utilizó en exclusiva en tres estudios (Gallagher-Thompson et al., 2008; Losada et al., 2011; Vázquez et al., 2013) y combinado con sesiones individuales telefónicas en el estudio de Farran et al. (2004).

El número de sesiones osciló entre un mínimo de cinco (Vázquez et al., 2013) y un máximo de 16 sesiones (Gallagher-Thompson et al., 2008). En algunas investigaciones no se estableció un número fijo de sesiones y los cuidadores de la misma condición experimental podían haber recibido un número de sesiones que oscilaba entre trece y dieciséis (Gallagher-Thompson et al., 2008). Otros tenían un componente central con un número fijo de sesiones tras el que los participantes continuaban recibiendo ayuda a demanda (Farran et al., 2004; Joling et al., 2012; Mittelman et al., 2008). Dos estudios programaron sesiones de refuerzo para consolidar las habilidades adquiridas durante la intervención (Bruvik et al., 2013; Farran et al., 2004). En líneas generales, se puede decir que la mayoría de los estudios (53.8%) planificaron sus programas en torno a ocho-doce sesiones (e.g., Farran et al., 2004; Rivera et al., 2008).

Los períodos de seguimiento variaron mucho de unos estudios a otros. La mayoría de las investigaciones, (53.8%), carecían de seguimiento (e.g., Gallagher-Thompson et al., 2008; Rivera et al., 2008), un estudio alcanzó los cuatro meses (Livingston et al., 2013), otro realizó el seguimiento a los seis meses (Schulz et al., 2009) y solo cuatro estudios exploraron el efecto de las intervenciones a largo plazo, siguiendo a los participantes durante 12 meses o más (Farran et al., 2004; King et al., 2012; Mittelman et al., 2008; Moore et al., 2013).

Se realizó un análisis con la intención de tratar en nueve estudios (Belle et al., 2006; Bruvik et al., 2013; Gallagher-Thompson et al., 2008; Joling et al., 2012; King et al., 2012; Livingston et al., 2013; Moore et al., 2013; Schulz et al., 2009; Vázquez et al., 2013).

Resultados de las intervenciones sobre la sintomatología depresiva

Resultados de la revisión sistemática

Cuando los resultados de las intervenciones se evaluaron en la posintervención, en la mayoría de los estudios (76.9%) se halló una reducción de la sintomatología depresiva de los cuidadores tras el tratamiento (e.g., Belle et al., 2006; Gallagher-Thompson et al., 2008; Vázquez et al., 2013), mientras que en tres trabajos no obtuvieron resultados positivos (Bruvik et al., 2013; Joling et al., 2012; Schulz et al., 2009).

En cuanto a los estudios que realizaron evaluaciones de seguimiento, tres mostraron que las intervenciones fueron eficaces tiempo después de haber finalizado las mismas (Farran et al., 2004; Livingston et al., 2013; Mittelman et al., 2008), en dos estudios encontraron que las diferencias significativas de la posintervención no se mantenían en los seguimientos (King et al., 2012; Moore et al., 2013); mientras que en un estudio solo encontraron mejoras en el seguimiento (Schulz et al., 2009).

El impacto de la intervención en la vida diaria de los participantes se analizó en cuatro estudios (30.8%), que incluyeron en sus resultados la evaluación de la significación clínica de los efectos de las intervenciones sobre la sintomatología depresiva (Belle et al., 2006; Moore et al., 2013; Schulz et al., 2009; Vázquez et al., 2013). Encontraron mayores porcentajes de participantes que alcanzaron un cam-

bio clínicamente relevante, en los grupos que recibían las intervenciones frente a los grupos control, con porcentajes de mejoría clínica de los cuidadores que recibían los tratamientos entre el 31.8% (Schulz et al., 2009) y el 80.9% (Vázquez et al., 2013).

Solo tres estudios (23.1%) evaluaron los efectos de sus intervenciones sobre la aparición de nuevos casos de depresión. Joling et al. (2012) no lograron demostrar que su intervención redujese la incidencia de depresión, mientras que Vázquez et al. (2013) y Livingston et al. (2013) encontraron una reducción de nuevos casos de depresión, aunque en este último estudio no excluyeron a los participantes que presentaban depresión clínica en la línea base.

Muy pocos estudios (38.5%) evaluaron la aceptabilidad de las intervenciones por parte de los participantes. La adherencia al tratamiento se informó en solo cinco trabajos (Belle et al., 2006; Farran et al., 2004; Joling et al., 2012; Livingston et al., 2013; Losada et al., 2011). Cuando se cuantificó como porcentaje de sujetos que asistieron a todas o a la mayoría de las sesiones, entre un 45.8% (Joling et al., 2012) y un 75% (Livingston et al., 2013) de los participantes cumplían este requisito. En cuanto a la adherencia como media de sesiones asistidas, en Farran et al. (2004) fue de 13 contactos con los investigadores de los 18 posibles (un 72.2%), mientras que en Losada et al. (2011) la media de asistencia fue de 9.2 de 12 sesiones (un 76.7% de la programación). La información sobre la adherencia aún es escasa, por lo que se desconoce si el hecho de que los participantes no completaran la intervención o no recibieran todos los materiales influyó en los pobres resultados de algunos estudios. La satisfacción de los cuidadores con la intervención se evaluó en solo dos investigaciones. Joling et al. (2012) encontraron que a un 83% de los cuidadores les pareció útil participar en las sesiones de su intervención. Por su parte, Moore et al. (2013) no encontraron diferencias significativas entre los participantes del grupo de intervención y el de control respecto a la satisfacción con su terapeuta, con los materiales ni en cuanto al número de sesiones, variables en las que ambos grupos mostraban una elevada satisfacción. Ambos grupos recomendarían los programas a otros cuidadores. Sin embargo, en ninguno de los dos estudios se utilizó un cuestionario validado para realizar esa medida.

Resultados del metanálisis

En la tabla 2 se informa de los tamaños del efecto del metanálisis. Los trabajos de Belle et al. (2006), Farran et al. (2004), Gallagher-Thompson et al. (2008), Joling et al. (2012), Mittelman et al. (2008) y Schulz et al. (2009) se excluyeron por no informar de los datos necesarios para realizar este análisis. Se señala el tamaño de los grupos, así como las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de la sintomatología depresiva de los grupos del estudio, el tamaño del efecto (TE), el intervalo de confianza, el nivel de significación y el peso en el resultado combinado. En los siete estudios incluidos en este análisis se incluyeron 1037 participantes en total.

En el metanálisis se encontró que era más probable que los sujetos que participaban en los grupos que recibían las intervenciones para la depresión tuviesen sintomatología depresiva reducida ($TE = -0.49$, IC 95% [-0.62, -0.36]), pero

los efectos de las intervenciones difirieron entre los estudios (Q de Cochran = 149.27, $p < .001$, $I^2 = 96\%$) de manera significativa. La evaluación del sesgo de publicación mediante el índice de tolerancia de Rosenthal estima que se requerirían 287 estudios no significativos y no publicados para hacer nula la diferencia significativa obtenida. Los tamaños del efecto oscilaron entre -0.12 del estudio de King et al. (2012) y -3.14 del estudio de Moore et al. (2013).

Al analizar el peso relativo de los estudios, se encontró que el estudio de Livingston et al. (2013) fue el que tuvo la mayor influencia (22.0%), con un TE de -0.20 (IC 95% [-0.48, 0.07]).

Discusión

En esta revisión se identificaron y analizaron los estudios existentes más rigurosos sobre el impacto de las intervenciones psicológicas dirigidas a la reducción de la sintomatología depresiva de los cuidadores no profesionales. Aunque encontramos que estos estudios, tomados en su conjunto, muestran una eficacia moderada en la disminución de los síntomas depresivos ($TE = -0.49$), aún es necesario continuar perfilando algunas cuestiones para mejorar este tipo de intervenciones.

La mayoría de los estudios revisados informaron de resultados positivos en relación con la sintomatología depresiva, y en la mayoría de ellos la reducción fue discretamente satisfactoria (e.g., Losada et al., 2011; Rivera et al., 2008). Si bien, para los estudios que informaron de datos de seguimiento, los resultados son confusos en cuanto al mantenimiento de las mejoras a través del tiempo (e.g., King et al., 2012; Moore et al., 2013). Son escasos los estudios en los que se tuvo en cuenta el análisis de la mejoría clínica pero, cuando lo hicieron, obtuvieron datos de recuperación alentadores. La evaluación del impacto de las intervenciones sobre el diagnóstico del trastorno depresivo se realizó solo en dos estudios (Livingston et al., 2013; Vázquez et al., 2013) y también se hallaron resultados alentadores. Escasea la información sobre si los cuidadores se muestran satisfe-

chos con las intervenciones y presentan una buena adherencia a las mismas. Cuando se informa este dato, el resultado es bueno, pero sería importante continuar explorando esta cuestión para determinar la aceptación de los programas por los cuidadores y si realmente se adecúan a sus necesidades, así como la influencia de ambas variables en los resultados de las intervenciones.

Un hallazgo muy positivo es que la mayoría de las intervenciones se desarrollaron con base en un modelo teórico concreto. Conocer el marco de referencia facilita la identificación de los mecanismos de cambio, lo que resulta crucial para desarrollar programas de intervención eficaces (Vázquez & Torres, 2007) y para posibilitar la valoración de la eficacia de las distintas formas de intervención (López & Crespo, 2007; Montorio, Yanguas, & Díaz, 1999).

Aunque en general los resultados hallados invitan al optimismo, algunos estudios presentan ciertas limitaciones que restringen el alcance de sus resultados. Una de las más importantes está relacionada con la selección de la muestra. Aunque la reducción de la sintomatología depresiva es el objetivo de los estudios, sorprende que en la mayoría de los trabajos no se hayan empleado criterios diagnósticos o relacionados con la sintomatología depresiva como criterios de selección de los participantes, lo cual ya se había encontrado previamente en estudios con cuidadores de personas con demencia (Vázquez & Otero, 2009), ni tampoco se tuvo en cuenta la existencia de historia de depresión mayor. Esto podría deberse a la dificultad que supondría el reclutamiento de cuidadores con criterios más estrictos y homogéneos en su condición clínica (Wiprzycka, Mackenzie, Khatri, & Cheng, 2011) o a la tendencia al uso como marco teórico de las intervenciones de un modelo de estrés.

No tener en cuenta el nivel de sintomatología depresiva para la selección de la muestra supone un error, tanto en el ámbito clínico como metodológico, dado que en muchas ocasiones se llevaron a cabo intervenciones para cuidadores con diferente nivel de sintomatología depresiva y que, por tanto, tenían divergentes necesidades clínicas. Es más, se conoce que tratar a los cuidadores de problemas que no

Tabla 2 Tamaños del efecto de los estudios incluidos en el metanálisis

Estudio	Grupo experimental			Grupo de comparación			TE	IC 95%	Z	p	Peso (%)
	N	M	DT	N	M	DT					
Bruvik et al. (2013)	93	7.30	6.80	102	6.00	5.60	0.21	-0.07, 0.49	1.46	0.145	21.4
King et al. (2012)	81	14.17	9.75	92	15.33	9.41	-0.12	-0.42, 0.18	0.79	0.427	19.0
Livingston et al. (2013)	150	4.90	3.90	75	5.70	4.00	-0.20	-0.48, 0.07	1.43	0.151	22.0
Losada et al. (2011)	68	14.91	9.69	50	16.96	11.97	-0.19	-0.56, 0.17	1.02	0.305	12.7
Moore et al. (2013)	43	8.31	0.58	43	10.13	0.58	-3.14	-3.77, -2.50	9.68	0.001	4.2
Rivera et al. (2008)	33	17.80	2.28	34	20.70	2.10	-1.32	-1.85, -0.79	4.89	0.001	6.0
Vázquez et al. (2013)	89	10.70	6.40	84	21.20	7.20	-1.54	-1.88, -1.20	8.90	0.001	14.7

DT: desviación típica; IC: intervalo de confianza; M: media; TE: tamaño del efecto.

Se ha realizado el metanálisis con aquellos estudios con el número de participantes evaluados al final de la intervención. Los estudios de Farran et al. (2004); Joling et al. (2012); Mittelman et al. (2008) no han sido tenidos en cuenta al no proporcionar los datos necesarios para la realización del análisis. Los estudios de Belle et al. (2006) y Gallagher-Thompson et al. (2008) han sido excluidos de este análisis por no presentar datos del grupo global. El estudio de Schulz et al. (2009) ha sido excluido por no presentar los datos de la posintervención.

tienen puede empeorar su situación (Zarit & Femia, 2008) y puede impedir registrar mejoras al producirse un efecto suelo (López & Crespo, 2007). Esta cuestión, junto con la asunción que subyace a muchos estudios de una asociación, más que un factor de riesgo, entre el cuidado y la depresión y el hecho de que no tienen en cuenta otros factores de vulnerabilidad (e.g., historia previa de depresión), puede generar una brecha entre las necesidades de los cuidadores y el tratamiento recibido, que puede estar relacionada con el escaso éxito de algunas intervenciones, así como con la pérdida elevada de participantes observada en un buen número de estudios.

Asimismo, la mayoría de esas intervenciones fueron de corte cognitivo-conductual. Sin embargo, aunque una de las características de este tipo de intervenciones es su brevedad, emplearon un número de sesiones considerables, lo que limita su utilidad clínica (viabilidad de la intervención, generalización de los resultados a contextos clínicos reales) y su eficiencia (relación costes/beneficios). Además, autores como Gallagher-Thompson et al. (2000) indican que las intervenciones de más de ocho o diez sesiones son inasumibles para esta población, debido a las dificultades relacionadas con el cuidado, principalmente no disponer de una persona que le sustituya en las tareas de cuidado mientras asiste a la intervención.

Otro posible inconveniente que se observa en los distintos estudios revisados es la preferencia de los investigadores por estudios dirigidos a cuidadores de personas que padecen enfermedades de alta prevalencia como pueden ser las demencias, fundamentalmente enfermedad de Alzheimer (e.g., Belle et al., 2006; Bruvik et al., 2013). Esto implica que se estarían dejando al margen a otros cuidadores no profesionales que, no por ser la enfermedad de su familiar menos común, tienen menos necesidades que los cuidadores que aparecen más frecuentemente en los estudios.

Además, por lo general, se trata de patologías ligadas a la edad, cuando la dependencia en otras edades no solo es posible, sino que también se está incrementando. Por ello, existiría un gran número de cuidadores (tantos como diferentes problemáticas que conducen a una situación de dependencia) para los que nunca, o en muy pocas ocasiones, se han diseñado y probado intervenciones de calidad dirigidas a mejorar su situación y para los que se desconoce la utilidad de las intervenciones existentes.

Igualmente, que las investigaciones se dirijan, en la mayoría de las ocasiones, a perfiles muy concretos de cuidadores, unido al hecho de que existe una gran cantidad de intervenciones diferentes, exigiría de los clínicos la tarea inabordable de tener que contar con un entrenamiento especializado en todo tipo de protocolos; por lo que pueden surgir dudas a la hora de trasladar los resultados de las investigaciones a la práctica profesional y decidir qué tipo de intervenciones implementar para optimizar su actuación. Asimismo, se generan dificultades a la hora de plantear políticas sociales y sanitarias eficaces y capaces de mejorar la vida de todo el conjunto de cuidadores no profesionales.

Una cuestión que es importante tener en cuenta respecto a los resultados hallados en el metanálisis es que se deben interpretar con cautela. Solo se incluyeron en el metanálisis los estudios publicados. Por lo tanto, el análisis puede tener un sesgo de publicación en el que los resultados no

significativos tienen menos probabilidades de ser publicados que los hallazgos significativos. No obstante, el índice de tolerancia a resultados nulos indica que tendrían que existir 287 estudios no publicados para hacer nulo el efecto significativo que se ha obtenido en este trabajo.

Finalmente, señalar que a pesar de la elevada prevalencia de depresión en esta población y la gran cantidad de programas psicoterapéuticos y psicoeducativos dirigidos a cuidadores no profesionales existentes en la literatura, el número de estudios que cumplen con los estándares de excelencia y que, por tanto, pueden ser considerados como de tipo I, son aún escasos. Además, se observa una importante laguna en lo referente a estudios de prevención indicada de la depresión con esta población; de hecho, solo existe un estudio (Vázquez et al., 2013). Por tanto, es necesario desarrollar intervenciones que actúen en los cuidadores en el ámbito subclínico antes de que desarrollen una depresión clínica, con el objeto de reducir los elevados costes personales y sociales que genera este trastorno en dicha población.

Financiación

Este estudio ha sido financiado a través del Proyecto PSI2012-37396 por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

Referencias

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Belle, S.H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S.J.,... & Zhang, S; Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II Investigators (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, *145*, 727-738.
- Bruvik, F.K., Allore, H.G., Ranhoff, A.H., & Engedal, K. (2013). The effect of psychosocial support intervention on depression in patients with dementia and their family caregivers: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *3*, 386-397. doi:10.1159/000355912
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy* (2.^a ed.). Nueva York, NY: Springer.
- Farran, C.J., Gilley, D.W., McCann, J.J., Bienias, J.L., Lindeman, D.A., & Evans, D.A. (2004). Psychosocial interventions to reduce depressive symptoms of dementia caregivers: A randomized clinical trial comparing two approaches. *Journal of Mental Health and Aging*, *10*, 337-350.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D.W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, *22*, 37-51. doi:10.1037/0882-7974.22.1.37
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H.L., Dupart, T., Jimenez, D., & Thompson, L.W. (2008). Effectiveness of cognitive/behavioral small group intervention for reduction of depression and stress in non-hispanic white and hispanic/latino women dementia family caregivers: Outcomes and mediators of change. *Journal*

- of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 26, 286-303. doi:10.1007/s10942-008-0087-4
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D.W., Futterman, A., & Thompson, L.W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychiatry*, 6, 91-110. doi:10.1023/A:1009584427018
- Harwood, R.H., Sayer, A.A., & Hirschfeld, M. (2004). Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 251-258. doi:10.1590/S0042-96862004000400006
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia, 2008*. Recuperado de: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
- Jacobson, N.S., Martell, C.R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioural activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology*, 8, 255-270. doi:10.1093/clip-sy.8.3.255
- Joling, K.J., van Marwijk, H.W.J., Smit, F., van der Horst, H.E., Scheltens, P., van de Ven, P.M., Mittelman, M.S., & van Hout, H.P.J. (2012). Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS ONE*, 7(1), e30936. doi:10.1371/journal.pone.0030936
- King, R.B., Hartke, R.J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B.S., & Raad, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One year follow-up. *Rehabilitation Nursing*, 37, 231-243. doi:10.1002/rnj.039
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss, & R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 313-359). Nueva York, NY: Academic Press.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., ... & Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, Strategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 25, 347-361. doi:10.1136/bmj.f6276
- López, J., & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores informales de mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- Losada, A., Márquez, M., & Romero, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119-1127. doi:10.1002/gps.2648
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 795-801. doi:10.1097/00019442-200509000-00008
- Mittelman, M.S., Brodaty, H., Wallen, A.S., & Burns, A. (2008). A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer's disease: Effects on caregiver depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 893-904. doi:10.1097/JPG.0b013e3181898095
- Montorio, I., Yanguas, J., & Díaz, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En M. Izal, & I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 141-180). Madrid, España: Síntesis.
- Moore, R.C., Chattillion, E.A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., ... & Mausbach, B.T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behaviour Research and Therapy*, 51, 623-632. doi:10.1016/j.brat.2013.07.005
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (Eds.) (2007). *A guide to treatments that work* (3.ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression. Theory, research and clinical guidelines*. Nueva York, NY: John Wiley & Sons.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Rivera, P.A., Elliot, T.R., Berry, J.W., & Grant, J.S. (2008). Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injuries: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 931-941. doi:10.1016/j.apmr.2007.12.032
- Schulz, R. (2000). *Handbook on dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers*. Nueva York, NY: Springer.
- Schulz, R., Czaja, S.J., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, L.M., & Perdomo, D. (2009). Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 54, 1-15. doi:10.1037/a0014932
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89. doi:10.1016/j.jad.2006.10.025
- Vázquez, F.L., & Otero, P. (2009). La eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción de síntomas depresivos en cuidadores de personas con demencia: una revisión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 573-593.
- Vázquez, F.L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V., & Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92. doi:10.7334/psicothema2012.89
- Vázquez, F.L., & Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clinica y Salud*, 18, 221-246.
- Whitlatch, C.J., Feinberg, L.F., & Sebesta, D.S. (1997). Depression and health in family caregivers: Adaptation over time. *Journal of Aging and Health*, 9, 222-243. doi:10.1177/089826439700900205
- Williamson, G.M., Shafer, D.R., & The Family Relationships in Late Life Project. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16, 217-226. doi:10.1037/0882-7974.16.2.217
- Wiprzycka, U.J., Mackenzie, C.S., Khatri, N., & Cheng, J.W. (2011). Feasibility of recruiting spouses with DSM-IV diagnoses for caregiver interventions. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 302-306. doi:10.1093/geronb/gbr004
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zarit, S.H., & Femia, E.E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 12, 5-13. doi:10.1080/13607860701616317
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x