

El impacto del refuerzo ambiental reducido en la predicción de la gravedad de la depresión en cuidadores

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

¹ Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela (España)

² Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Santiago de Compostela (España)

³ Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña (España)

⁴ Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina, Universidad de Santiago de Compostela (España)

⁵ Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología, Universidad de Santiago de Compostela (España)

Resumen: Pese a sus dificultades para realizar actividades agradables y la alta prevalencia de depresión, no se ha analizado el refuerzo como predictor de la depresión en la población de cuidadores. El objetivo de este estudio fue analizar el refuerzo como predictor del nivel de depresión (sin depresión, depresión subclínica, episodio depresivo mayor) en cuidadores. Evaluadores independientes evaluaron las variables sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada y la situación de cuidado, el refuerzo y la sintomatología depresiva mediante autoinformes, y clínicos expertos evaluaron el episodio depresivo mayor mediante la SCID-5-CV, en 592 cuidadores (87.2% mujeres; edad media = 55.4 años). La puntuación media en refuerzo fue 28.1. El refuerzo fue menor en cuidadores ≤ 55 años y de clase social baja-media/baja. Y mayor en cuidadores sin depresión que en aquellos con depresión subclínica y episodio depresivo mayor, y en cuidadores con depresión subclínica frente a aquellos con episodio depresivo mayor. Los cuidadores con mayor refuerzo tenían menor probabilidad de depresión subclínica (adjusted OR = 0.78, 95% CI 0.75-0.83) y episodio depresivo mayor (adjusted OR = 0.67, 95% CI 0.62-0.72). El refuerzo fue un factor de protección frente a la depresión subclínica y el episodio depresivo mayor en cuidadores.

Palabras clave: refuerzo ambiental; depresión subclínica; depresión mayor; cuidadores no profesionales.

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

Abstract: Reward has not been examined as a predictor of depression in the caregiver population despite the high prevalence of depression. The aim of this study was to analyze reward as a predictor of the level of depression (no depression, subclinical depression, major depressive episode) in caregivers. Independent evaluators evaluated the socio-demographic variables of the caregiver and the care recipient, the care situation, reward, and depressive symptomatology through self-reports. Expert clinicians evaluated the prevalence of major depressive episodes using the SCID-5-CV in 592 caregivers (87.2% women, average age = 55.4 years). The average reward score was 28.1. Reward was lower in caregivers younger than 55 years old who belonged to the lower/lower-middle classes. Reward was higher in caregivers without depression than in those with subclinical depression or experiencing a major depressive episode. Reward was also higher in caregivers with subclinical depression versus those with a major depressive episode. Caregivers with higher reward had a lower probability of subclinical depression (adjusted OR = 0.78, 95% CI 0.75-0.83) and a major depressive episode (adjusted OR = 0.67, 95% CI 0.62-0.72). Reward was a protective factor against subclinical depression and a major depressive episode in caregivers.

Keywords: environmental reward; subclinical depression; major depression; non-professional caregivers.

Introducción

El cuidado de una persona en situación de dependencia es altamente demandante, lo que a menudo conlleva una importante reducción del tiempo que el cuidador dedica a realizar actividades agradables. Entre un 66.0% y un 80.2% de los cuidadores informan tener problemas relacionados con su tiempo libre; un 61.8% ha visto reducido su ocio, entre un 17.4% y un 55.0% pasan menos tiempo con familiares y amigos, entre un 38.0% y un 49.0% han abandonado sus vacaciones, hobbies y actividades sociales, y un 30.0% ha reducido su actividad física (Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 2004; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005).

La reducción en esas actividades podría resultar relevante para el bienestar psicológico de los cuidadores (Losada et al., 2010). De hecho, la prevalencia de depresión en cuidadores es elevada, habiéndose encontrado que un 8.9% presenta un

episodio depresivo mayor (Torres et al., 2015). Además, entre el 30% y el 80% presentan síntomas depresivos clínicamente significativos (i.e., depresión subclínica) (Schoenmakers, Buntinx y Delepeleire, 2010). Esta depresión subclínica no es una cuestión menor, pues ocasiona malestar y deterioro funcional significativo (Backenstrass et al., 2006), aumentando la probabilidad de desarrollar un episodio depresivo mayor (Cuijpers y Smit, 2004).

Es más, ambos fenómenos, la reducción de actividades agradables y la depresión en cuidadores, podrían estar relacionados. Una baja tasa de refuerzo ambiental positivo contingente a la respuesta (RAPCR), determinada por el número de eventos reforzantes, su disponibilidad en el contexto y la habilidad del individuo para obtener este refuerzo, se considera un predictor crítico de la depresión (Lewinsohn, 1974), originando los dos fenómenos psicopatológicos más importantes de este trastorno: un estado de ánimo deprimido, y una extinción de comportamientos no depresivos (i.e., saludables) que han sido positivamente reforzados por el entorno social. Según este planteamiento (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003; Lewinsohn, 1975) la aparición de una depresión requeriría la presencia de tres condiciones: (a) ausencia de reforzadores en el ambiente, (b) que el sujeto no tenga habilidades sociales para obtener refuerzo, y (c) que el

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Fernando L. Vázquez, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, 15782. Santiago de Compostela (España).

E-mail: fernandolino.vazquez@usc.es

(Artículo recibido: 25-04-2018; revisado: 12-10-2018; aceptado: 28-2-2019)

sujeto no perciba o no pueda disfrutar de los reforzadores, aunque éstos existan en el ambiente, debido a la presencia de niveles elevados de ansiedad social que interferirían en la puesta en práctica de sus habilidades sociales y la obtención de refuerzo social. Asimismo, el modelo de restricción de actividad (Williamson y Shaffer, 2000) propone que la restricción de la actividad normal o agradable tras un suceso vital negativo tiene un importante papel en la aparición de la depresión, actuando como mediador entre el evento vital negativo (e.g., convertirse en cuidador no profesional) y los síntomas depresivos (Mausbach, Patterson y Grant, 2008).

De hecho, investigaciones previas en cuidadores han encontrado evidencia de la relación entre la reducción de la participación en actividades y la depresión en cuidadores (Mausbach, Roepke, Depp, Patterson y Grant, 2009; Mausbach et al., 2011; Nieboer et al., 1998; Romero-Moreno, Losada, Márquez-González y Mausbach, 2014). Pese a esto, hasta la actualidad ningún estudio ha analizado el RAPCR como predictor de distintos niveles de depresión (i.e., sin depresión, depresión subclínica y episodio depresivo mayor) en la población de cuidadores. Además, estos trabajos presentan algunas limitaciones. Estuvieron centrados casi exclusivamente en cuidadores de personas con demencia, en el modelo de restricción de la actividad, y evaluaron el nivel de refuerzo con listas de actividades agradables, que analizan la frecuencia de participación en eventos agradables, o escalas de restricción de la actividad, que evalúan el grado en que se han visto restringidos por las obligaciones del cuidado, pero no necesariamente evaluaron el refuerzo ambiental a nivel funcional. Además, evaluaron los síntomas depresivos mediante puntuaciones cuantitativas en escalas autoinformadas por lo que se desconoce la relación entre el refuerzo y la presencia de depresión subclínica, o un episodio depresivo mayor, de acuerdo a criterios diagnósticos estandarizados como los recogidos en las diversas ediciones del DSM o la Clasificación Internacional de Enfermedades. Por consiguiente, el objetivo principal de este trabajo fue analizar el RAPCR, evaluado a nivel funcional, como predictor del nivel de depresión (sin depresión, depresión subclínica, episodio depresivo mayor) en cuidadores no profesionales.

Método

Participantes

Se realizó un estudio transversal entre enero de 2014 y diciembre de 2015. La muestra se extrajo a través de un muestreo aleatorio simple entre los 18,410 cuidadores reconocidos en el registro oficial de la Consellería de Trabajo y Bienestar de la Comunidad Autónoma de Galicia (España).

Para participar en este estudio, los sujetos tenían que: (a) ser cuidador familiar de una persona cuya dependencia estuviera oficialmente reconocida, (b) convivir con ella y (c) proporcionar consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que: (a) presentaran condiciones que pudiesen interferir con la evaluación (e.g., discapacidad intelectual), (b) cuidaran de

un familiar con pronóstico terminal para los próximos 12 meses, o (c) que hubiesen recibido tratamiento psicológico o farmacológico en los dos últimos meses.

La muestra fue estimada sobre la base de la prevalencia de sintomatología depresiva significativa (Rodríguez et al., 2002) y episodio depresivo mayor (Torres et al., 2015) encontrada en la población de cuidadores de nuestro país. Aceptando un riesgo alfa de .05, para una prevalencia estimada de depresión subclínica y episodio depresivo mayor de $\approx 32\%$, y un error del 4%, se requería un total de 508 participantes. Considerando una pérdida esperada del 20%, el tamaño de muestra se incrementó a 635 cuidadores. La tasa de respuesta fue del 95.0%. De las 603 personas que cumplieron los criterios de elegibilidad y participaron, 11 no cumplimentaron adecuadamente los instrumentos autoadministrados, por lo que fueron eliminadas de los análisis, quedando la muestra conformada por 592 cuidadores (ver Figura 1).

No se encontraron diferencias significativas entre aquellos que cumplimentaron correctamente la evaluación y los que no en las variables sociodemográficas del cuidador, de la persona cuidada, y de la situación de cuidado.

La participación fue voluntaria, sin incentivos económicos o de otro tipo. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado. El estudio respetó los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

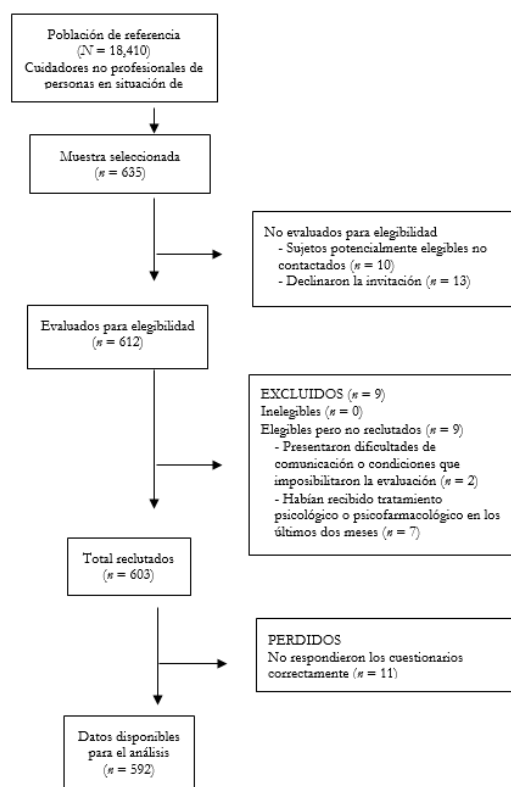


Figura 1. Diagrama de flujo de las fases del estudio.

Instrumentos de evaluación

Variables sociodemográficas del cuidador, de la persona cuidada y de la situación de cuidado. Se recogió información sobre el sexo, la edad, el estado civil, la clase social, el nivel educativo; el parentesco con la persona cuidada, el sexo, la edad y diagnóstico de la persona cuidada; el tiempo cuidando y las horas diarias dedicadas al cuidado; mediante un cuestionario elaborado ad hoc para este estudio.

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, cuyos ítems fueron construidos considerando los tres criterios establecidos por Lewinsohn (1974) para definir este constructo. Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo); corrigiéndose los ítems 2, 5, 6, 7 y 9 de forma inversa. El rango de puntuación varía de 10 a 40, donde mayor puntuación indica mayor grado de refuerzo ambiental positivo. La consistencia interna de la versión española fue de .86, y presenta evidencia de validez criterial, obteniendo correlaciones elevadas con instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva, la activación conductual, la ansiedad y la evitación experiencial.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale ([CES-D], Radloff, 1977; versión española de Vázquez, Blanco y López, 2007). Es una escala autoinformada de 20 ítems que evalúa el nivel de sintomatología depresiva. La persona evalúa cada ítem en función de la frecuencia con que lo ha experimentado en la última semana en una escala de 0 (raramente o nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo); para todos ellos, excepto para cuatro ítems de respuesta inversa (los ítems 4, 8, 12 y 16), mayor puntuación indica mayor deterioro. El rango de la escala va de 0 a 60, donde mayor puntuación corresponde a mayor sintomatología depresiva. Una puntuación ≥ 16 se considera indicativa de riesgo de depresión. La consistencia interna para la versión española fue de .89.

Structured Clinical Interview for DSM-5 — Clinician Version ([SCID-5-CV], First, Williams, Karg y Spitzer, 2015). Es una entrevista semiestructurada que proporciona los diagnósticos más comunes de la práctica clínica según el DSM-5 y debe ser administrada por un clínico. Las preguntas de la entrevista se realizan de acuerdo a cada uno de los correspondientes criterios del DSM-5, que deben ser calificados como presentes o ausentes. En este estudio se utilizaron los ítems relativos al episodio depresivo mayor del Módulo A, *Episodios del estado de Ánimo y Trastorno depresivo persistente*. Las escalas de gravedad de la SCID, incluida la valoración del episodio depresivo, han demostrado una alta consistencia interna (todas las α s de Cronbach $> .80$), fiabilidad test-retest y validez concurrente y predictiva (Shankman et al., 2018).

Procedimiento

Para homogeneizar el procedimiento se desarrolló un protocolo detallando los objetivos del estudio, el diseño y marco, los sujetos (estimación del tamaño muestral, muestreo, criterios de elegibilidad y reclutamiento), las medidas (predictoras y de resultado), sesgos (de no respuesta, de recuerdo, de selección), control de calidad del procedimiento, gestión y análisis de datos y aspectos éticos.

Dos psicólogos independientes fueron entrenados para realizar la evaluación mediante seminarios y role-playing por dos clínicos con más de 20 años de experiencia en evaluación y diagnóstico de trastornos mentales. Se llevó a cabo un estudio piloto con 50 cuidadores seleccionados aleatoriamente para valorar la adecuación de los instrumentos de evaluación, la competencia de los evaluadores y la viabilidad del estudio. Las características sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada y la situación de cuidado, el refuerzo ambiental y la sintomatología depresiva fueron evaluados a través de instrumentos autoadministrados en locales próximos al domicilio de los participantes por evaluadores enmascarados al diagnóstico de episodio depresivo mayor. Además, dos clínicos expertos enmascarados a los resultados de la EROS y la CES-D establecieron el diagnóstico de episodio depresivo mayor para cada cuidador con la SCID-5-CV. La duración de la evaluación fue de aproximadamente 45 minutos.

Los cuidadores seleccionados fueron contactados a través de una carta informándoles del estudio y pidiéndoles que devolviesen una tarjeta postal sellada si no deseaban participar. Los que no lo hicieron fueron contactados, se les informó de la naturaleza de la investigación y se les invitó a participar, siguiendo el procedimiento de recogida de datos detallado anteriormente. Uno de los expertos clínicos supervisó semanalmente a los evaluadores, proporcionándoles feedback.

Para minimizar la pérdida de sujetos, se siguieron las estrategias recomendadas por Hulley, Cummings y Newman (2013), como proporcionar recordatorios de la fecha de entrevista, eliminar procedimientos invasivos para la recogida de datos y presentar el estudio de forma atractiva.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 22.0). Se analizaron las características sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada, la situación de cuidado, el refuerzo ambiental y los niveles de depresión, mediante frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas. Los cuidadores fueron clasificados en tres grupos en función del nivel de depresión: (a) *Sin depresión*, formado por los cuidadores con una puntuación < 16 en la CES-D que no cumplieron los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor; (b) *Depresión subclínica*, constituido por los cuidadores que obtuvieron una puntuación ≥ 16 en la CES-D y no cumplieron los criterios para episodio depresivo mayor; y (c) *Episodio depresivo mayor*, for-

mado por los cuidadores que cumplieron los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor.

Por cuestiones clínicas y estadísticas, las variables sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada y la situación de cuidado quedan codificadas como siguen: las variables sexo del cuidador (hombre y mujer), estado civil (sin pareja y con pareja), clase social (baja/media-baja y media/media-alta), nivel educativo (saber leer y escribir, primaria y secundaria/universitario), parentesco (padre/madre, hijo/a y otros) y sexo de la persona cuidada (hombre y mujer) se han presentado en su formato de respuesta original. Tomando como referencia la distribución estadística (por debajo y por encima de la media), la edad del cuidador quedó recodificada como ≤ 55 y > 55 años; la edad de la persona cuidada como ≤ 63 y > 63 años; y el tiempo cuidando como ≤ 13 años y > 13 años. Por razones estadísticas (siendo el perfil de cuidadores de personas con demencia mayoritario en esta muestra) y clínicas relacionadas con los resultados contradictorios de los trabajos que han evaluado las consecuencias de cuidar de personas con demencia vs otras patologías sobre el estado emocional del cuidador (Vázquez, Otero, Blanco, López y Torres, 2018), el diagnóstico de la persona cuidada fue recodificada como con demencia y sin demencia. Por último, para diferenciar entre aquellos que realizaban tareas de cuidado durante el día, de aquellos que cuidaban durante más horas, la variable horas diarias dedicadas al cuidado fue dicotomizada en ≤ 12 horas y más de 12 horas, al igual que en el trabajo de Torres et al. (2015).

Para analizar las diferencias en refuerzo en función de las características sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada, la situación de cuidado y los niveles de depresión se emplearon pruebas *t* de Student para muestras independientes y ANOVAS. Los análisis post hoc fueron realizados usando la prueba de Bonferroni.

Para analizar la relación entre refuerzo y niveles de depresión se realizó un análisis de regresión logística multinomial (con el nivel de depresión como variable dependiente). Se analizaron las odds ratios (ORs) sin ajustar y ajustadas por las variables sociodemográficas del cuidador (sexo, edad, estado civil, clase social, nivel educativo), la persona cuidada (parentesco, sexo, edad y diagnóstico) y la situación de cuidado (tiempo cuidando y horas diarias de cuidado).

Resultados

Características de la muestra

Como se puede observar en la Tabla 1, el 87.2% de los cuidadores eran mujeres, su edad media fue de 55.4 años ($DT = 11.9$), el 50.7% eran mayores de 55 años, el 72.1% tenían pareja, el 51.5% eran de clase social media-media/alta y el 53.9% tenía estudios primarios. El 37.3% cuidaba de su padre o madre, una mujer en el 62.8% de los casos, con una edad media de 63.3 años ($DT = 31.2$), el 63.9% de los casos mayores de 63 años, con diagnóstico de demencia en el 30.1% de los casos. Habían cuidado durante 13.2 años (DT

$= 9.4$), en el 65% de los casos durante 13 ó menos años, durante 15.7 horas diarias ($DT = 4.1$), el 77.0% durante más de 12 horas diarias. El 42.7% de las cuidadoras no presentaron riesgo de depresión, el 41.4% presentaron riesgo de depresión, y un 15.9% cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores, la persona cuidada, la situación de cuidado, refuerzo y niveles de depresión ($N = 592$).

Características	N (%)
Sexo cuidador	
Mujer	516 (87.2)
Hombre	76 (12.8)
Edad cuidador, <i>M (DT)</i>	55.4 (11.9)
Edad ≤ 55	292 (49.3)
Edad > 55	300 (50.7)
Estado civil	
Sin pareja	165 (27.9)
Con pareja	427 (72.1)
Clase social	
Baja/media-baja	287 (48.5)
Media/media-alta	305 (51.5)
Nivel educativo	
Sabe leer y escribir	86 (14.5)
Primaria	319 (53.9)
Secundaria/Universitario	187 (31.6)
Parentesco con la persona cuidada	
Padre/madre	221 (37.3)
Hijo/a	171 (28.9)
Otros	200 (33.8)
Sexo persona cuidada	
Mujer	372 (62.8)
Hombre	220 (37.2)
Edad persona cuidada, <i>M (DT)</i>	63.3 (31.2)
Edad ≤ 63	214 (36.1)
Edad > 63	378 (63.9)
Diagnóstico de la persona cuidada	
Enfermedades del sistema osteomuscular, tejido conjunto, cardiovascular y respiratorio	154 (26.0)
Otros	93 (15.7)
Trastornos mentales, enfermedades neurológicas, daño cerebral	167 (28.2)
Demencias	178 (30.1)
Tiempo cuidando (años), <i>M (DT)</i>	13.2 (9.4)
≤ 13 años	385 (65.0)
> 13 años	207 (35.0)
Horas diarias cuidando, <i>M (DT)</i>	15.7 (4.1)
≤ 12 horas diarias	136 (23.0)
> 12 horas diarias	456 (77.0)
Niveles de depresión	
Sin depresión	253 (42.7)
Depresión subclínica	245 (41.4)
Episodio depresivo mayor	94 (15.9)

Diferencias en el refuerzo en función de las características del cuidador, la persona cuidada, la situación de cuidado y los niveles de depresión

La puntuación media en refuerzo fue 28.1 ($DT = 5.3$). En la Tabla 2 se muestran las medias (y desviaciones típicas)

de refuerzo en función de las variables sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada, la situación de cuidado, y los distintos niveles de depresión. Se halló una puntuación de refuerzo significativamente menor en los cuidadores con 55 años o menos, $t(590) = -2.85, p = .004$ y los de clase social baja/media-baja, $t(588.469) = -2.60, p = .010$. Asimismo, de acuerdo con los resultados de los análisis post-hoc, los cuidadores sin depresión presentaron mayor refuerzo que aquellos con depresión subclínica ($p < .001$) y con episodio depresivo mayor ($p < .001$), y los cuidadores con depresión subclínica presentaron mayor refuerzo que aquellos con episodio depresivo mayor ($p < .001$). No se encontraron diferencias en el refuerzo en función del resto de variables.

Tabla 2. Puntuación en refuerzo en función de las características del cuidador, la persona cuidada, la situación de cuidado, y los niveles de depresión.

	Refuerzo		<i>t</i> / <i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Sexo				
Mujer	28.0	5.4	0.91	.365
Hombre	28.6	5.1		
Edad				
≤ 55	27.5	5.4	-2.85	.004
> 55	28.7	5.2		
Clase social, <i>n</i> (%)				
Baja/media-baja	27.5	5.0	-2.60	.010
Media/media-alta	28.6	5.6		
Nivel educativo				
Sabe leer y escribir	28.6	5.1	0.869	.420
Primaria	28.1	5.4		
Secundaria/Universitario	27.8	5.3		
Parentesco con la persona cuidada				
Padre/madre	27.7	0.4	3.69	.051
Hijo/a	27.6	0.4		
Otros	28.9	0.4		
Sexo persona cuidada				
Mujer	27.8	5.4	-1.01	.590
Hombre	28.3	5.2		
Edad persona cuidada				
≤63	27.7	5.0	-1.21	.228
>63	28.3	5.5		
Diagnóstico de la persona cuidada				
Demencia	28.1	5.5	0.13	.901
No demencia	28.1	5.3		
Tiempo cuidando (años)				
≤13	27.9	5.2	-0.84	.401
>13	28.3	5.5		
Horas diarias cuidando				
≤12	28.5	5.1	1.13	.260
>12	27.9	5.4		
Niveles de depresión				
Sin depresión	31.3	4.5	125.99	<.001
Depresión subclínica	26.4	4.6		
Episodio depresivo mayor	23.8	4.1		

Relación entre el refuerzo y el nivel de depresión

En la Tabla 3 se pueden observar las odd ratios (OR) para la asociación entre el refuerzo y el nivel de depresión (sin depresión, depresión subclínica, episodio depresivo mayor)

sin ajustar y ajustadas por las características sociodemográficas de los cuidadores, la persona cuidada y la situación de cuidado. Los cuidadores con mayores puntuaciones de refuerzo tenían una probabilidad significativamente menor de desarrollar una depresión subclínica (adjusted OR = 0.78, 95% CI 0.75-0.83) y un episodio depresivo mayor (adjusted OR = 0.67, 95% CI 0.62-0.72).

Tabla 3. Refuerzo como predictor del nivel de depresión en la población de cuidadores.

	Depresión subclínica (<i>n</i> = 245)		Episodio depresivo mayor (<i>n</i> = 94)	
	OR	OR Ajustada	OR	OR Ajustada
	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)
Refuerzo	0.79 (0.76-0.83)*	0.78 (0.75-0.83)*	0.69 (0.64-0.74)*	0.67 (0.62-0.72)*

Note. Grupo de referencia = Sin depresión (*n* = 253). OR = Odds Ratio. OR Ajustada = Odds ratio ajustadas por variables de cuidador (edad, sexo, clase social, nivel educativo), persona cuidada (parentesco, sexo, edad y diagnóstico) y situación de cuidado (tiempo cuidando, horas diarias cuidando). 95% CI = Intervalo de confianza al 95%. * $p < .001$

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar el refuerzo ambiental como predictor de los distintos niveles de depresión (sin depresión, depresión subclínica y episodio depresivo mayor) en cuidadores no profesionales.

La puntuación media de refuerzo obtenida por los cuidadores (28.1) fue ligeramente inferior a la encontrada en población española no clínica (Barraca y Pérez-Álvarez, 2010). Estos resultados están en línea con hallazgos previos que señalan que los cuidadores reducen su participación en actividades agradables (Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 2004; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005) y participan en menos actividades sociales que los no cuidadores igualados en edad y sexo (Clark y Bond, 2000).

Al analizar las diferencias en refuerzo en función de las variables sociodemográficas del cuidador, la persona cuidada y la situación de cuidado, se encontró que el refuerzo fue significativamente menor en los cuidadores de 55 años o menos. Una posible explicación es que los cuidadores más jóvenes podrían disponer de menos tiempo para actividades placenteras, al tener que compaginar las tareas de cuidado con su vida laboral y el cuidado de hijos menores. Este hallazgo coincide con el estudio de Romero-Moreno et al. (2014), donde los cuidadores con alta frecuencia de ocio y elevada satisfacción con el mismo eran más mayores. Asimismo, el refuerzo fue menor en cuidadores de clase social baja-media/baja, frente a los de clase social media-media/alta. Una hipótesis tentativa a este hallazgo es que los cuidadores de clase social más baja dispondrían de menos recursos para enfrentarse a las demandas del cuidado, restringiendo su capacidad para obtener ayuda y por tanto, su disponibilidad de tiempo. No se encontraron diferencias en el refuerzo en función de ninguna otra variable.

Además, la puntuación media en refuerzo fue significativamente mayor en los cuidadores sin depresión frente a los que presentaban depresión subclínica y episodio depresivo mayor, y en los cuidadores con depresión subclínica respecto a aquellos con episodio depresivo mayor. Una posible explicación es que los cuidadores sin depresión son más activos en la búsqueda de reforzadores ambientales y tienen más habilidad para obtenerlos que aquellos con depresión subclínica, y éstos a su vez más que los que tienen una depresión instaurada, en línea con lo postulado por Lewinsohn (1974). Una vez iniciados los síntomas depresivos, la propia sintomatología podría dificultar la búsqueda y consecución de refuerzo ambiental y favorecer la ocurrencia de conductas evitativas ante estímulos potencialmente aversivos (Trew, 2011), constituyendo un factor de riesgo para un episodio depresivo mayor (Joling et al., 2015).

Por último, los cuidadores con mayor refuerzo ambiental positivo mostraron menor probabilidad de presentar depresión subclínica y episodio depresivo mayor (incluso tras controlar por las variables sociodemográficas y de cuidado), lo que sugiere que el refuerzo actuó como factor protector ante ambos niveles de depresión y especialmente ante la depresión mayor. Estos resultados proporcionan apoyo a los modelos conductuales de la depresión (Lewinsohn, 1974; Williamson y Shaffer, 2000), indicando que los cuidadores que consiguen refuerzo positivo en un ambiente poco reforzador (p.ej., sin salir de casa) estarán más protegidos frente al episodio depresivo mayor.

Este estudio presenta importantes implicaciones para la investigación y práctica clínica. Sugiere que el incremento en refuerzo positivo puede ser una estrategia adecuada para la regulación del estado de ánimo e indicaría la aplicación de terapias conductuales centradas en aumentar la recompensa ambiental, como la activación conductual, para cuidadores con distintos niveles de depresión. Esta modalidad de tratamiento para la depresión cuenta con una eficacia bien establecida en otras poblaciones (Cuijpers, van Straten y War-

merdam, 2007) y es reconocida como una intervención basada en la evidencia por la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE], National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Está especialmente recomendada para los cuidadores más jóvenes y aquellos con depresión subclínica. Para estos últimos, ensayos controlados aleatorizados dirigidos a cuidadores con depresión subclínica demostraron prevenir la incidencia de depresión con intervenciones de solución de problemas y cognitivo-conductuales (e.g., Vázquez et al., 2013, 2016), y algunos estudios con intervenciones de activación conductual (Read, Mazzucchelli y Kane, 2016; Vázquez et al., 2017; Vázquez, Otero, López et al., 2018) y cognitivo-conductual (Vázquez et al., 2014) han mostrado resultados prometedores. La parsimonia de la activación conductual en comparación con otras intervenciones psicológicas la hace idónea para entrenar a los profesionales y aplicarla en esta población con escasa disponibilidad de tiempo.

Este estudio presenta también limitaciones. El diseño transversal no permite establecer relaciones causales entre refuerzo y depresión. Además, sólo se ha analizado el papel del refuerzo, pero se desconoce su peso frente a otros potenciales factores de riesgo para la depresión en cuidadores (e.g., déficits en habilidades de solución de problemas, pensamientos irracionales). Futuras investigaciones deberían evaluar la contribución del refuerzo frente a otras potenciales variables implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la patología depresiva de los cuidadores.

A pesar de estas limitaciones, éste es el primer estudio que analizó el papel del refuerzo ambiental como predictor de distintas categorías depresivas en los cuidadores, utilizando diagnósticos de episodio depresivo mayor realizados por clínicos expertos, y en una muestra seleccionada aleatoriamente constituida por cuidadores de personas con todo tipo de patologías, favoreciendo una mayor generalización de los resultados.

Referencias

- Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving (2004). *Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States*. Chicago: Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving.
- 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.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés, 16*, 95-107.
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C. y Kronmüller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 35-41. doi:10.1016/j.comppsy.2005.04.007.
- Clark, M. S. y Bond, M. J. (2000). The effect on lifestyle activities of caring for a person with dementia. *Psychology, Health & Medicine, 5*, 13-27. doi:10.1080/135485000105972.
- 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., 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.
- 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.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. y Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699-717.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R. y Newman T. B. (2013). Designing cross-sectional and cohort studies. En S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Browner, D. G. Grady y T. B. Newman (Eds.), *Designing Clinical Research* (4ª ed., pp. 85-96). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- 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? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*, 293-303. doi:10.1016/j.jagp.2014.05.005.
- 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: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioural study and treatment of depression. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behaviour modification* (Vol. 1, pp. 19-65). New York: Academic Press.
- Losada, A., Pérez-Peñaranda, A., Rodríguez-Sánchez, E., Gómez-Marcos, M. A., Ballesteros-Ríos, C., Ramos-Carrera, I. R., García-Ortiz, L. (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *50*, 347-350. doi:10.1016/j.archger.2009.06.001.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L. y Grant, I. (2008). Is depression in Alzheimer's caregivers really due to activity restriction? A preliminary mediational test of the activity restriction model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*, 459-466. doi:10.1016/j.jbtep.2007.12.001.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Moore, R., Patterson, T. L. y Grant, I. (2011). Integration of the pleasant events and activity restriction models: Development and validation of a "PEAR" model of negative outcomes in Alzheimer's caregivers. *Behavior Therapy*, *42*, 78-88. doi: 10.1016/j.beth.2009.11.006.
- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Patterson, T. L. y Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to positive and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 608-615. doi: 10.1016/j.brat.2009.04.006.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Depression: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Updated Edition*. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- Nieboer, A. P., Schulz, R., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Ormel, J. y Lindenberg, S. M. (1998). Spousal caregivers' activity restriction and depression: A model for changes over time. *Social Science & Medicine*, *47*, 1361-1371. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00214-7.
- 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.
- Read, A., Mazzuchelli, T. G. y Kane, R. T. (2016). A preliminary evaluation of a single session behavioural activation intervention to improve well-being and prevent depression in carers. *Clinical Psychologist*, *20*, 36-45. doi: 10.1111/cp.12084.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry (Ed. Española)*, *16*, 27-38.
- Romero-Moreno, R., Losada, A., Márquez-González, M. y Mausbach, B. T. (2014). Effects of the frequency and satisfaction with leisure profile on dementia caregivers distress. *Anales de Psicología*, *30*, 878-886. doi: 10.6018/analesps.30.3.148381.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. y Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, *66*, 191-200. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.02.009.
- 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.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, *31*, 1156-1168. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.007.
- Torres, Á., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive disorders in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, *226*, 333-339. doi: 10.1016/j.psychres.2014.12.066.
- 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 cuidadores con síntomas depresivos elevados. *Psicología Conductual*, *22*, 79-96.
- Vázquez, F. L., Otero, P., Blanco, V., López, L. y Torres, A. (2018). Psychopathological symptoms in caregivers of demented and nondemented patients. En M. Mollaoglu (Ed.), *Caregiving and home care* (pp. 105-124). Rijeka, Croatia: InTech.
- Vázquez, F.L., Otero, P., López, L., Blanco, V., Torres, A. y Díaz, O. (2018). La prevención de la depresión en cuidadores a través de multi-conferencia telefónica. *Clinica y Salud*, *29*, 14-20. doi: 10.5093/clysa2018a2.
- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., 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., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O. y Ferraces, M. J. (2016). Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of a brief cognitive-behavioral depression prevention intervention for caregivers with elevated depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 421-432. doi:10.1016/j.jagp.2016.02.050.
- Vázquez, F. L., Torres, A., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Estévez, L. E. (2017). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention administered via conference call for preventing depression among non-professional caregivers: A pilot study. *Aging & Mental Health*, *21*, 938-946. doi:10.1080/13607863.2016.1181714.
- Williamson, G. M. y Shaffer, D. R. (2000). The activity restriction model of depressed affect: Antecedents and consequences of restricted normal activities. En G. M. Williamson, D. R. Shaffer y P. A. Parmelee (Eds.), *Physical Illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 173-200). New York: Kluwer Academic/Plenum.