



Revista Iberoamericana de Psicología y Salud

ISSN: 2171-2069

rips@usc.es

Sociedad Universitaria de Investigación en

Psicología y Salud

España

Vázquez, Fernando L.; Torres, Ángela; Blanco, Vanessa; Otero, Patricia; Hermida, Elisabet
Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y
meta-análisis

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 39-52

Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud

A Coruña, España

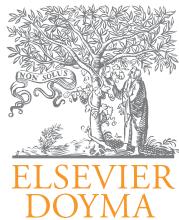
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245132933005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Revista Oficial de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología (FIAP)
[Official Journal of the Latin-American Federation of Psychological Associations]

www.elsevier.es/rips



Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis

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

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Recibido el 24 de febrero de 2014; aceptado el 13 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Revisión;
Psicoterapia;
Telesalud;
Intervenciones psicológicas telefónicas

Resumen El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática y meta-análisis para determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas administradas por teléfono para los trastornos depresivos. Se realizó un rastreo bibliográfico en las bases de datos PsycINFO, Medline y las bases de datos de la Biblioteca Cochrane, entre 1974 y diciembre de 2013; seleccionándose 17 estudios. En los estudios se evaluaron distintos tipos de intervenciones psicológicas, predominando las cognitivo-conductuales, con resultados, al menos, tan positivos como los obtenidos en intervenciones cara a cara, y con un tamaño del efecto significativo combinado entre pequeño y moderado, d de Cohen de $-0,42$ IC 95% $[-0,50, -0,34]$. En suma, este meta-análisis confirma que las intervenciones psicológicas telefónicas son una herramienta útil en el campo de la intervención psicológica de la depresión. No obstante, los resultados también advierten de falta de homogeneidad inter-estudios, $Q = 712,48$, $p < 0,001$, esto es, existen moderadores de los efectos que no pudieron estudiarse por falta de estudios.

© 2014 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. Publicado por ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U. Este es un artículo Open Acces distribuido bajo los términos de la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

KEYWORDS

Depression;
Review;
Psychotherapy;
Telehealth;
Telephone psychological interventions

Telephone-administered psychological interventions for depression: A systematic review and meta-analysis

Abstract The purpose of this study was to conduct a systematic review and meta-analysis to determine the efficacy of telephone-administered psychological interventions for mood disorders. A systematic search was conducted using the databases *PsycINFO*, *Medline*, *the Cochrane Library Database*, from 1974 to December 2013; seventeen studies were selected. In the studies different kinds of psychological interventions were assessed, mostly cognitive-behavioral, with results, at least, as positive as those obtained in face-to-face psychotherapy, with a combined small-medium effect size of -0.42 according to Cohen's d 95% CI $[-0.50, -0.34]$. The data obtained in most of the studies suggest that the telephone constitutes an useful tool in the field of

* Autor para correspondencia: Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Campus Vida, 15782. Santiago de Compostela, España.

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

psychological intervention for depression. However, the results also show the lack of homogeneity among the studies, $Q = 712.48$, $p < .001$, namely, there are moderators of the effects that could not be studied because of lack of studies.

© 2014 Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud. 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/>).

Introducción

En torno a unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren, en algún momento de su vida, un trastorno mental (World Health Organization [WHO], 2001). Según un trabajo sobre prevalencias de trastornos psiquiátricos en población española (Haro et al., 2006), el trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor (3,9% prevalencia-año y 10,5% prevalencia-vida). Los trastornos del estado de ánimo son la causa principal de discapacidad entre los trastornos mentales. Concretamente, el trastorno depresivo mayor es la cuarta causa de discapacidad y se anticipa que en el año 2020 ya constituirá la segunda (WHO, 2001).

Distintas intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia en el tratamiento de estos trastornos, principalmente programas terapéuticos que provienen del modelo cognitivo-conductual. Además, la mayoría de los pacientes manifiestan mayor preferencia por la psicoterapia antes que el tratamiento farmacológico. Pese a ello, el abandono de la psicoterapia es un fenómeno habitual, pudiendo superar el 50% en la práctica clínica, y llegando a proporciones del 30% o superiores en ensayos clínicos controlados (Mohr, Vella, Hart, Heckman y Simon, 2008).

Algunas de las posibles barreras que los pacientes se pueden encontrar a la hora de iniciar o mantener un tratamiento psicológico presencial son las limitaciones de tiempo, la falta de servicios de asistencia disponibles y accesibles geográficamente, problemas de transporte, falta de recursos económicos o el coste en los servicios de atención sanitaria, discapacidad o minusvalías físicas, estar al cuidado de niños pequeños o de personas en situación de dependencia, o tener que confrontar el estigma que supone acudir a una clínica de salud mental. En otras ocasiones son los propios síntomas de los trastornos los que pueden suponer barreras para acceder a la atención necesaria. Por ejemplo, la falta de motivación, astenia e inactividad de la depresión, pueden terminar por confinar al individuo en su propia casa, dificultando el acceso a la atención psicológica, a menos que sea ésta la que se desplace hasta el paciente.

Una posible alternativa asistencial que permitiría reducir esta barrera es el uso de las nuevas tecnologías, que ha experimentado un considerable incremento en los últimos años. Concretamente, dentro de la psicología, las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) han sido aplicadas con éxito en numerosos ámbitos (psicología experimental, clínica, educativa, social, evaluación psicológica, etc.) a través de herramientas como el ordenador personal, la televisión, teléfono, teléfono móvil, agenda PDA, internet, realidad virtual y realidad aumentada^a. Específicamente, dentro de la psicología clínica se han desarrollado TICs

con el objetivo de promocionar, monitorizar y potenciar el estado de salud, y ayudar a los distintos profesionales de la salud a alcanzar este objetivo.

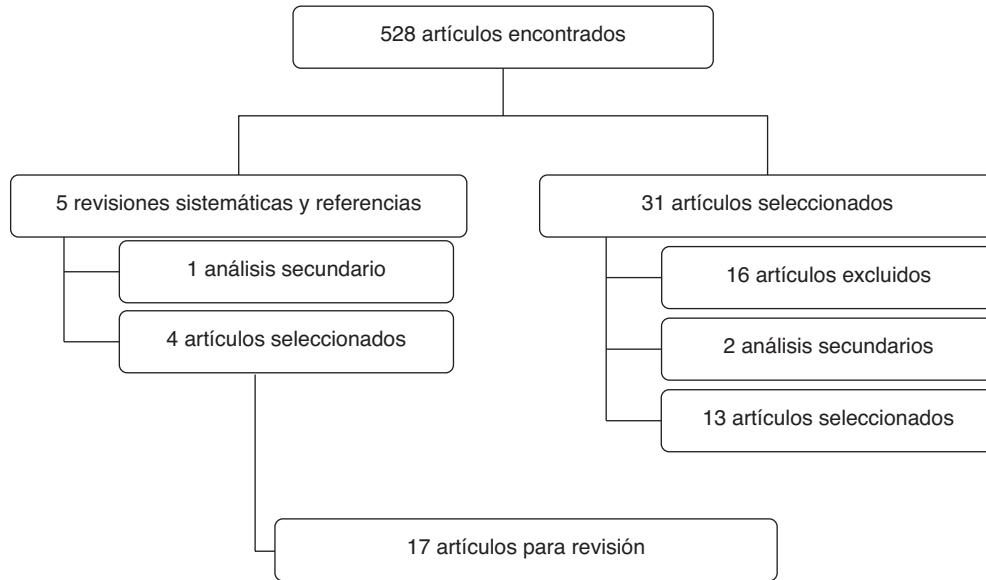
La utilización de las TICs para proporcionar salud y servicios de atención médica a distancia es lo que se denomina *Telesalud* (Botella et al., 2007; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009). La Telesalud engloba numerosas disciplinas como son la *Telepsiquiatría*, *Telemedicina* o *Telepsicología*. En relación a este último término, la Telepsicología, es “el uso de las tecnologías de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, con el propósito de hacer posible un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos médicos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de los cuidados de salud” (Brown, 1998, p. 964). Dentro de esas tecnologías, una de las más interesantes es el teléfono. El primer informe sobre su uso en el campo de la psicoterapia tiene lugar a mediados del siglo pasado (Berger y Glueck, 1949, citado por Mohr et al., 2008), y no ha sido hasta las últimas décadas, cuando se ha ido acumulando un mayor número de estudios con mayor rigor científico.

El propósito de esta revisión fue identificar y analizar ensayos controlados aleatorizados que evalúasen la eficacia de intervenciones psicológicas administradas por teléfono para los trastornos depresivos, combinando sus resultados en un meta-análisis para determinar su eficacia.

Método

Se realizó un rastreo bibliográfico en las bases de datos *PsycINFO*, *Medline*, *The Cochrane Library*, entre 1974 (cuando aparecen los primeros estudios sobre intervenciones telefónicas) y diciembre de 2013. Además, se consultaron los artículos de revisión y meta-análisis publicados y se revisaron sus referencias y las de los artículos originales para localizar nuevas investigaciones. Los términos de la búsqueda fueron los siguientes: [*Telehealth OR Telemedicine OR Tele-psychiatry OR Telephone-based intervention OR Telephone counseling OR Telephone-administered psychotherapy OR Telephone treatment OR Telephone intervention OR Tele-psychology*] combinados con [*Mood disorders OR Depression OR Depressive disorder*].

^a Realidad aumentada: variación de la realidad virtual en la que se integran y superponen objetos virtuales en el mundo real. Se ha empleado en campos como fobias específicas a animales pequeños, insectos, acrofobia, alivio del dolor en niños quemados, etc.

**Figura 1** Diagrama de selección de los estudios.

El objetivo de la búsqueda bibliográfica fueron artículos que informasen sobre (a) ensayos controlados y aleatorizados, (b) que emplearan el teléfono en el campo de la salud mental para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos del estado de ánimo, (c) que utilizaran medidas estandarizadas para evaluar los resultados, (d) que tuviesen al menos dos momentos de medida (pre y postratamiento), y (e) que proporcionaron análisis de resultados. Se excluyeron: (a) aquellos estudios que describían intervenciones sin proporcionar análisis de resultados, (b) ensayos piloto, y (c) que se centraban en población infanto-juvenil. Se encontraron un total de 528 artículos provenientes de las distintas bases de datos consultadas (fig. 1). Por el título y el contenido del resumen inicialmente se seleccionaron 31 artículos, de los cuales, 2 eran análisis secundarios o resultados a largo plazo de ensayos clínicos previos (incluidos en la descripción del estudio primario) y 16 fueron excluidos por no cumplir los criterios descritos anteriormente. También se recuperaron 5 estudios de revisión, a partir de los cuales se obtuvieron 4 estudios más, además de un artículo de análisis secundario de otro estudio. El análisis final se realizó sobre 17 estudios de intervención telefónica sobre los trastornos del estado de ánimo. Se analizaron todas aquellas características sugeridas por la Cochrane (Higgins y Green, 2008).

Resultados

Revisión sistemática

En la tabla 1 se presentan los estudios revisados ordenados por el año de publicación y alfabéticamente, e indicando: la identificación del estudio, participantes, características de la intervención y principales resultados.

Lynch, Tamburro y Nagel (1997) analizaron la eficacia de una terapia cognitivo-conductual consistente en 6 sesiones telefónicas de solución de problemas en pacientes con de-

presión menor a tratamiento con médicos de familia residentes. Veinte y nueve sujetos fueron aleatorizados al grupo de intervención consistente en 6 sesiones telefónicas de solución de problemas, o a un grupo comparación de atención habitual. En el postratamiento, los sujetos del grupo de intervención redujeron significativamente su sintomatología depresiva con respecto al pretratamiento; esto no ocurrió para el grupo de comparación. Con respecto a la comparación entre los dos grupos, en el postratamiento, los sujetos del grupo de tratamiento también tuvieron puntuaciones más bajas en sintomatología depresiva que los del grupo de comparación, además de puntuaciones más positivas en salud social, salud mental, y autoestima.

Hunkeler et al. (2000) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de dos intervenciones de potenciación del tratamiento farmacológico antidepresivo en pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor o distimia. Un total de 302 pacientes fueron asignados de forma aleatoria a tres condiciones: (a) atención médica habitual (AH) que incluyó asesoramiento médico y tratamiento farmacológico con inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; (b) atención médica habitual más atención telefónica proporcionada por una enfermera (AT); (c) atención médica habitual, más atención telefónica proporcionada por una enfermera, más apoyo de pares por un voluntario (AT+AP). La intervención AT consistió en 12 ó 14 llamadas telefónicas, de 10 minutos de duración, durante 16 semanas; y se centraba en trabajar los problemas con la medicación antidepresiva, sugerencias frente a los efectos secundarios, y la importancia de seguir el tratamiento. Además se ofrecía apoyo emocional y se promovía la activación conductual. A los pacientes de la condición AT+AP, además de recibir atención telefónica, se les asignó un voluntario que se hubiese recuperado con éxito de un episodio depresivo para proporcionar apoyo emocional. A las 6 semanas de iniciar el tratamiento entre el 38% y el 50% de los pacientes que recibieron atención telefónica (AT y AT+AP), dependiendo del instrumento utilizado para la evaluación, cumplieron el criterio de reducción del

50% de sus síntomas depresivos (AH: 33 y 37%, respectivamente). A los 6 meses de seguimiento, entre el 48% y el 57% de los pacientes en los grupos AT y AT+AP cumplieron el criterio de reducción (AH: 37% y 38%). No encontraron relación entre la atención telefónica y la adherencia al tratamiento farmacológico, y tampoco efectos aditivos en aquellos pacientes con apoyo de pares.

Mohr et al. (2000) comprobaron la eficacia de una terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono para el tratamiento de la sintomatología depresiva en pacientes con esclerosis múltiple. Treinta y dos pacientes fueron asignados de forma aleatoria a (a) un programa de terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono, o (b) a una condición de control de atención habitual. Las sesiones telefónicas administradas semanalmente, durante un período de 8 semanas, tenían una duración de 50 minutos. A lo largo de estas sesiones se trabajaban los principios de la terapia cognitivo-conductual, el establecimiento de metas, el registro de pensamientos, la identificación de distorsiones cognitivas y cómo desafiarlas. Además se ofrecían dos módulos opcionales; activación conductual e incremento de actividades placenteras y el manejo de la fatiga. Durante la última sesión, se evaluaba el grado en el que las metas del paciente habían sido alcanzadas, se repasaba lo aprendido y se daban recomendaciones para mantener la mejoría lograda. Este tratamiento fue conducido por cuatro psicoterapeutas con entre 2 y 5 años de experiencia, que habían tratado pacientes con esclerosis múltiple cara a cara. Las puntuaciones postratamiento en sintomatología depresiva fueron significativamente menores en el grupo que recibió terapia cognitivo-conductual que en el grupo control.

Dietrich et al. (2004) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de un modelo de manejo de la depresión en atención primaria. Participaron 405 pacientes, los cuales se asignaron al azar a: (a) el grupo control (GC), que recibía atención habitual; o (b) el grupo experimental (GE), que recibía apoyo telefónico. Los pacientes en el GE recibían llamadas de seguimiento, de 20 minutos de duración media, una semana después de la primera visita, y posteriormente de forma mensual. En las llamadas telefónicas se trabajaba en la superación de dificultades en relación a la adherencia al tratamiento, el fomento de hábitos de auto-cuidado como la activación conductual, realización de actividades agradables y las actividades sociales. Se evaluaron los resultados a los 3 y 6 meses de la evaluación en la línea base. Los pacientes en el GE obtuvieron resultados significativamente mejores (tamaño del efecto: 0,23 a 3 meses y 0,29 a 6 meses). El porcentaje de respuesta al tratamiento (criterio de respuesta: reducción del 50% en la puntuación desde la línea base) que obtuvieron en el GE a los 6 meses fue del 59,9%.

Lynch, Tamburino, Nagel y Smith (2004) analizaron los efectos de una terapia de solución de problemas, frente a un grupo control de atención habitual y otro que recibió entrenamiento telefónico en manejo del estrés. En el estudio participaron 54 pacientes de atención primaria con depresión leve. La terapia administrada consistió en un programa telefónico de seis semanas de solución de problemas para el entrenamiento en manejo del estrés. El tratamiento fue administrado por enfermeras de atención primaria con experiencia, que recibieron entrenamiento y supervisión específicos en la implementación de estos pro-

gramas. Hubo una reducción significativa en las puntuaciones de depresión en los tres grupos, aunque no se hallaron diferencias entre ellos.

Simon, Ludman, Tutty, Operksalski y Von Korff (2004) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de un programa de atención telefónica que combinaba manejo del tratamiento farmacológico con psicoterapia cognitivo-conductual breve y estructurada, para mejorar los resultados de la intervención en pacientes de atención primaria. En el estudio participaron 600 sujetos que iban a iniciar tratamiento médico para la depresión, quienes fueron asignados de forma aleatoria a tres condiciones: (a) atención telefónica de manejo del tratamiento (AT), (b) atención telefónica de manejo del tratamiento y terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono (TCC-T), o (c) atención habitual (AH). El grupo TCC-T incluía atención telefónica para el manejo del tratamiento farmacológico, más un programa de terapia cognitivo-conductual de ocho sesiones (30 a 40 minutos), y administrada por psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento de la depresión. Se trabajaba la activación conductual, programación de actividades placenteras, identificación y cuestionamiento de pensamientos negativos y la creación de un plan personal de manejo de la medicación, de monitorización autónoma y habilidades de auto-cuidado. Los sujetos del grupo AT recibían al menos tres llamadas a lo largo de 4 a 12 semanas. Cada contacto incluía una valoración de los síntomas depresivos y del uso de los medicamentos y sus efectos adversos. Además, cada participante también recibía un libro de auto-ayuda adaptado del manual empleado en el grupo TCC-T. La mejoría en los síntomas depresivos fue mayor para el grupo TCC-T, seguido del grupo AT, y por último AH; las diferencias halladas sólo fueron significativas entre TCC-T y AH. A los 6 meses de seguimiento, aquellos pacientes que habían recibido psicoterapia a través del teléfono alcanzaban con mayor frecuencia el criterio de reducción del 50% de la puntuación de depresión (TCC-T: 58%; AT: 51%; AH: 43%). Asimismo, los pacientes de ambos grupos de atención telefónica mostraron una elevada satisfacción con el tratamiento, siendo mayor para TCC-T (59%) que AT (47%).

Mohr et al. (2005) llevaron a cabo un ensayo para comprobar la eficacia de un programa de 16 semanas de terapia cognitivo-conductual para la depresión en pacientes con esclerosis múltiple. Un total de 127 participantes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: (a) terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono (TCC-T) y (b) terapia focalizada en las emociones administrada por teléfono (TFE-T). La TCC-T consistía en una terapia estructurada basada en los estándares de la terapia cognitivo-conductual para la depresión adaptada a la modalidad telefónica, que incluía activación conductual, reestructuración cognitiva y habilidades de solución de problemas. La TFE-T fue adaptada del trabajo de Greenberg, Rice y Elliott (1993). La labor del terapeuta era mantener una escucha activa y empatía, generando una adecuada alianza terapéutica y facilitando la expresión de emociones y necesidades, quedando prohibida cualquier tipo de intervención centrada en conductas o entrenamiento de habilidades. Ambas modalidades de terapia fueron administradas por nueve doctores en psicología con experiencia clínica postdoctoral de entre 1 y 5 años. Los resultados mostraron reducciones significativas durante el tratamiento para to-

das las medidas de depresión, así como en el número de casos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, además de un incremento significativo en el afecto positivo; el efecto del tratamiento fue significativamente mejor en el grupo TCC-T en comparación con el grupo TFE-T. En el postratamiento, la TCC-T también produjo una mayor reducción de la frecuencia del trastorno depresivo mayor. En el seguimiento a 12 meses, no se observó ningún efecto significativo en función del tratamiento. El índice de abandono fue menor que el que se suele encontrar en las terapias administradas cara a cara.

Badger, Segrin, Dorros, Meek y López (2007) pusieron a prueba la eficacia de dos tipos de intervenciones aplicadas por teléfono para la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes de cáncer de mama y sus parejas. Participaron en el estudio 97 parejas asignadas al azar a: (a) terapia interpersonal administrada por teléfono (TIP-T), (b) protocolo de activación conductual administrado por teléfono (AC-T), o (c) grupo control de atención habitual (AH). La TIP-T se centró en las conductas de apoyo social y técnicas de comunicación. Las participantes de este grupo recibían una llamada semanal, de una media de 34 minutos de duración, por una enfermera de psiquiatría. Los compañeros recibían también una llamada semanal para discutir su estado emocional y relación con la mujer. El AC-T consistió en un programa de 6 semanas centrado en el fomento de ejercicio físico regular. El grupo AH recibía información impresa sobre el cáncer de mama y llamadas semanales breves, de unos 7 minutos de duración, durante el período de 6 semanas (los compañeros recibían una llamada breve cada 2 semanas). Los resultados mostraron una mejoría en la sintomatología depresiva con independencia del grupo a lo largo del período de 6 semanas de tratamiento, siendo clínicamente significativa en el caso de TIP-T. En el caso de los compañeros la sintomatología depresiva también disminuyó a lo largo del período de tratamiento, con independencia del grupo al que habían sido asignados. Tanto en el caso de las mujeres como en el de sus parejas, el seguimiento a un mes mostró un mantenimiento de los resultados.

Stein et al. (2007) pusieron a prueba la eficacia de una intervención psicoeducativa administrada por teléfono, para el tratamiento de la sintomatología depresiva en pacientes con VIH. En el estudio participaron 177 pacientes seropositivos que fueron aleatorizados (a) a un grupo experimental o (b) a un grupo control. La intervención telefónica aplicada en el grupo experimental siguió el modelo psicoeducativo Intervención Familiar- Seguimiento Telefónico (*Family Intervention: Telephone Tracking [FITT]*); consistió en 12 sesiones programadas, las seis primeras con una periodicidad semanal y las siguientes con una periodicidad quincenal, a lo largo de 6 meses. Durante las llamadas se administraba material psicoeducativo relevante para las necesidades de los participantes, se proporcionaba apoyo, se monitorizaba el estado de ánimo y el funcionamiento familiar y se asistía en la solución de problemas. La intervención fue llevada a cabo por ocho terapeutas (tres trabajadores sociales, cuatro psicólogos clínicos y una enfermera). La puntuación media en sintomatología depresiva se redujo para toda la muestra de forma significativa, desde línea base hasta la evaluación a 6 meses. Un 29,5% de los pacientes en el grupo experimental alcanzaron una reducción del 50% en depresión en la evaluación a 6 meses. Sin

embargo, ninguno de estos resultados fue significativamente diferente de los alcanzados en el grupo control.

Bilich, Deane, Phipps, Barisic y Gould (2008) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado para poner a prueba la efectividad de un manual de biblioterapia combinado con varios niveles de contacto telefónico en personas deprimidas. Participaron en el estudio 84 pacientes que se asignaron al azar a tres condiciones: (a) contacto mínimo (CM), consistente en proporcionar a los pacientes el libro de autoayuda para la depresión, basado en el modelo cognitivo conductual, *The Good Mood Guide - A Self-Help Manual for Depression* de Phipps et al. (2003), y llamadas telefónicas semanales de 5 minutos de duración en las que se evaluaban y monitorizaban los niveles de depresión, el progreso en el trabajo con el libro y las actividades realizadas; (b) grupo de asistencia telefónica (GAT), recibieron, igualmente, el libro de autoayuda y un programa de 8 sesiones de llamadas semanales de 30 minutos para facilitar el desarrollo de habilidades específicamente relacionadas con habilidades de solución de problemas, diseñadas para proporcionar una asistencia más intensiva en el trabajo con el manual; (c) el grupo control (GC) permanecía en lista de espera por 8 semanas, tras ese período el GC recibía el manual, pasando a ser grupo que sólo recibía el libro de autoayuda sin ningún tipo de asistencia telefónica (SL). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos experimentales y el control en el postratamiento en todas las medidas de resultados, incluida la sintomatología depresiva, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos CM y GAT en postratamiento. La mejoría obtenida se mantenía en el seguimiento a un mes para ambos grupos. En relación al grupo SL, aunque se produjo una reducción de los niveles de depresión, ésta no fue significativa.

Bombardier et al. (2009) analizaron la eficacia de una intervención telefónica programada para disminuir la sintomatología depresiva en el año siguiente a haber sufrido daño cerebral traumático. Un total de 171 personas fueron elegibles, y se aleatorizaron a un grupo de atención ambulatoria estándar o a un grupo de intervención telefónica programada adicional. Los contactos telefónicos fueron planificados para durar entre 30 y 45 minutos, y se semiestructuraron en torno a tres elementos básicos: (a) monitorizar las preocupaciones abordadas durante las llamadas telefónicas anteriores; (b) identificar las preocupaciones actuales en temas como problemas conductuales, físicos, cognitivos, financieros o legales; (c) ayudar al participante a priorizar las preocupaciones al nivel apropiado de intervención. Para cada problema, la intervención incluía: dar información, y contribuir a la solución de problemas; derivar al participante a recursos comunitarios; o derivarle a un centro regional si no había recursos locales disponibles. El grupo tratado manifestó una severidad significativamente menor en la sintomatología depresiva en todas las medidas de resultados. Para aquellos más deprimidos en la preintervención, el grupo tratado mostró una mayor mejoría en los síntomas que el grupo control.

Dennis et al. (2009) analizaron la eficacia del apoyo de pares telefónico en la prevención de la depresión postnatal. Un total de 701 mujeres en la segunda semana del postparto con síntomas depresivos se aleatorizaron a un grupo experimental, consistente en apoyo de pares más atención habitual, o a un grupo control de atención habitual. El grupo de

apoyo de pares consistió en la asignación por parte de un coordinador voluntario de las mujeres identificadas como en riesgo y de un grupo de voluntarias a parejas basadas en residencia y raza si la madre lo deseaba. Se pidió a las voluntarias (que a su vez se habían recuperado de depresión postnatal) que hiciesen un mínimo de cuatro contactos e interacciones lo que considerasen necesario, con una media de ocho contactos tras la intervención. Todas las voluntarias participaron en un entrenamiento de cuatro horas, y se les entregó un manual desarrollado por el investigador principal, así como registros de actividades para cumplimentar para cada madre a la que apoyaban. Las mujeres que recibieron la intervención redujeron a la mitad de riesgo de presentar depresión postnatal 12 semanas después del parto. Sin embargo, estos resultados no se mantuvieron a las 24 semanas.

Rollman et al. (2009) analizaron los resultados de un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con síntomas depresivos tras una cirugía de bypass arterial coronario. Un total de 302 pacientes con síntomas depresivos fueron aleatorizados a un grupo de intervención o a un grupo control de atención habitual. La intervención consistió en atención telefónica por parte de personal de enfermería que llamaba a los pacientes para revisar su historia psiquiátrica, proporcionar psicoeducación sobre la depresión y su relación con la enfermedad cardíaca. Además, comentaba con ellos las opciones de tratamiento, consistentes en un libro de autoayuda y autocuidado en relación con la depresión, el inicio o ajuste de farmacoterapia, la vigilancia y monitorización de los síntomas depresivos, o derivación a un psicólogo o psiquiatra local. Los resultados mostraron mayores mejoras en el grupo de intervención en la calidad de vida relacionada con la salud mental del funcionamiento físico, y sintomatología depresiva; y era más probable que presentasen una reducción del 50% o mayor en la puntuación de sintomatología depresiva con respecto a la línea base, con respecto a los pacientes del grupo de atención habitual. Sin embargo, los resultados de calidad de vida media relacionada con la salud y el funcionamiento físico de los pacientes del grupo de intervención no alcanzaron los del grupo control sin síntomas depresivos.

En un estudio realizado por Piette et al. (2011) comprobaron la eficacia de una terapia cognitivo-conductual administrada a través del teléfono para la depresión en 339 pacientes con diabetes tipo 2 con síntomas depresivos. El grupo experimental (GE) recibió un programa de 12 meses de duración de terapia cognitivo-conductual administrado por teléfono por enfermeras entrenadas en terapia cognitivo-conductual. El programa incluyó una fase intensiva de 12 sesiones con frecuencia semanal centradas en la sintomatología depresiva del paciente, seguidas de nueve sesiones con frecuencia mensual de amplificación. Al grupo control (GC) le entregaron un libro de auto-ayuda *Feeling Good Handbook* de Burns (1989) basado en la terapia cognitivo-conductual para la depresión, material educativo sobre depresión del Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., material educativo sobre diabetes y una lista de recursos locales. Los resultados mostraron en el postratamiento un porcentaje de remisión del 58% en el GE frente al 39% en GC, y significativamente menos pacientes del GE (10% frente al 18% en GC) cumplían los criterios para depresión severa. Además, los pacientes en GE informaron de mejores resultados en habilidades de

afrontamiento, percepción de auto-eficacia y calidad de vida en funcionamiento mental.

Mohr et al. (2012) llevaron a cabo un estudio para analizar las diferencias en cuanto a adherencia a la terapia cognitivo-conductual administrada en persona o por teléfono, con pacientes con trastorno depresivo mayor. Participaron en el estudio 325 sujetos, asignados de forma aleatoria a dos grupos de intervención: (a) terapia cognitivo-conductual en persona (TCC); (b) terapia cognitivo-conductual a través del teléfono (TCC-T). El modelo de tratamiento fue el mismo para ambos grupos. Todos los sujetos recibieron 18 sesiones de 45 minutos: dos sesiones semanales durante las dos primeras semanas, seguidas de doce sesiones con frecuencia semanal, más dos sesiones finales de amplificación una cada dos semanas. Además, todos recibieron un libro de trabajo con ocho capítulos sobre conceptos de la terapia cognitivo-conductual como la activación conductual, reestructuración cognitiva o apoyo social y cinco módulos opcionales sobre problemas que se suelen presentar asociados a la depresión como la ansiedad y preocupación, insomnio, manejo de la ira, etc. El tratamiento en el grupo TCC-T fue administrado por teléfono en su totalidad. Los resultados mostraron un porcentaje significativamente menor de abandono en TCC-T (20,9%) que en TCC (32,7%). En cuanto a la sintomatología depresiva, hubo una mejoría significativa postratamiento para ambos grupos, sin existir una diferencia significativa entre ellos. También fueron similares los porcentajes de personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor al final del tratamiento: 23% en TCC-T frente a 25% en TCC. Los resultados en ambos grupos se mantuvieron en el seguimiento a 6 meses, siendo significativamente mejores para el grupo TCC.

Bombardier et al. (2013) realizaron un estudio para comprobar la eficacia de una intervención telefónica de activación física de 12 semanas de duración con pacientes con esclerosis múltiple, diagnosticados de trastorno depresivo mayor o distimia. Los 92 pacientes elegibles fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental (GE) o a un grupo control de lista de espera (GC). Los pacientes del GE recibieron una entrevista inicial motivacional y de establecimiento de objetivos, seguida de siete llamadas telefónicas en las siguientes 12 semanas (las cuatro primeras sesiones con una periodicidad semanal, y las tres restantes con una periodicidad quincenal). En ellas se promovía el compromiso y motivación al plan de actividad, se monitorizaba el progreso, se reajustaban las metas, y se resolvían las posibles barreras usando los principios de la entrevista motivacional. Los resultados mostraron que no existía una diferencia significativa en relación al criterio de respuesta al tratamiento de disminución de al menos un 50% de la puntuación en sintomatología depresiva entre el GE (34%) y el GC (19%). El GE manifestaba una menor severidad de los síntomas depresivos al final del tratamiento en todas las distintas medidas utilizadas. Los participantes del GE también reportaban mayor afecto positivo y menor afecto negativo. El 59% de los pacientes del GE ya no cumplían los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor o distimia (GC: 27%). Al seguimiento a las 24 semanas de la evaluación pretratamiento, se mantenían los efectos sobre la sintomatología depresiva.

Heckman et al. (2013) analizaron la eficacia de un ensayo controlado aleatorizado dirigido a adultos mayores infectados de VIH con síntomas depresivos. Trescientos sesenta y

un participantes con sintomatología depresiva leve o mayor fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental de entrenamiento grupal en estrategias de afrontamiento telefónico más atención habitual; a un grupo experimental de terapia telefónica de grupos de apoyo-expresivos más atención habitual; o a un grupo control de atención habitual. El grupo de entrenamiento en efectividad de afrontamiento telefónico consistió en una intervención de 12 sesiones, de 90 minutos de duración, facilitadas por dos coterapeutas con grado de máster o doctor, a grupos de 6-8 personas. La terapia estuvo basada en el modelo de La-

zarus y Folkman (1984) y empleó los principios de la terapia cognitivo conductual de evaluar la severidad del estresor; desarrollar habilidades de afrontamiento centradas en el problema y la emoción; determinar el emparejamiento entre estrategias de afrontamiento y controlabilidad del estresor; y optimizar el afrontamiento mediante el uso de apoyos sociales. La terapia telefónica de grupos de apoyo expresivos consistió en una intervención de 12 sesiones, de 90 minutos, con un tamaño grupal similar, y también dirigido por dos coterapeutas con la misma cualificación; empleaba principios derivados de la psicología humanística, que in-

Tabla 1 Sumario de estudios revisados

Autores/año	Participantes	Características intervención	Resultados
Lynch et al (1997)	39 pacientes de atención primaria con depresión subumbral o menor	1. Terapia cognitivo conductual (GE) ($n = 15$): 6 sesiones telefónicas de solución de problemas 2. Grupo control atención habitual (AH) ($n = 14$): grupo de comparación de atención habitual	- Reducción de la sintomatología depresiva del pre al postratamiento en GE - No reducción del pre al postest en el GC - Puntuaciones más bajas para la sintomatología depresiva y mejoras en otras medidas en el GE frente al GC en la postintervención - La atención telefónica (AT/AT+AP) se mostró superior en la reducción de síntomas depresivos, incremento del funcionamiento y mayor satisfacción
Hunkeler et al. (2000)	302 pacientes que iniciaban el tratamiento farmacológico diagnosticados de trastorno depresivo mayor o distimia	1. Atención habitual (AH) ($n = 123$) 2. Atención habitual + atención telefónica (AT) ($n = 117$): 12-14 llamadas telefónicas de 10 min durante 4 meses de una enfermera 3. Atención habitual + atención telefónica + apoyo de pares (AT + AP) ($n = 62$). AP: voluntarios que ofrecen apoyo a través contacto telefónico o en persona	- A las 6 semanas, AT y AT + AP entre el 38% y el 50% redujeron el 50% de los síntomas depresivos. A los 6 meses, entre el 48% y el 57% - No hay diferencias significativas en la adherencia al tratamiento farmacológico - No hay efectos aditivos en la condición AT+AP - Reducción significativa de la sintomatología depresiva en el GE en comparación con el GC
Mohr et al. (2000)	32 pacientes con esclerosis múltiple con síntomas depresivos	1. Grupo experimental ($n = 16$): Manual de trabajo + 8 semanas terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono 2. Grupo control ($n = 16$): atención habitual	- 59% del GE no cumplió los criterios para trastorno depresivo mayor o distimia - Los pacientes del grupo experimental obtuvieron mejores resultados para todas las medidas: puntuación de depresión, criterio de respuesta y criterio de remisión
Dietrich et al. (2004)	405 pacientes adultos de atención primaria, diagnosticados de trastorno depresivo mayor o distimia	1. Grupo experimental ($n = 224$): llamadas de apoyo, asesoramiento y seguimiento a la semana de iniciar el tratamiento y luego con periodicidad mensual 2. Grupo control ($n = 181$): Atención habitual	

Tabla 1 (Continuación)

Autores/año	Participantes	Características intervención	Resultados
Lynch et al. (2004)	54 pacientes de atención primaria con depresión leve	1. Solución de problemas ($n = 18$): adaptación de la intervención de terapia de solución de problemas de Nezu para ser usada por teléfono durante 6 semanas 2. Grupo control de atención: manejo del estrés ($n = 18$): identificar fuentes de estrés en nuestras vidas, debatir la importancia de la dieta y el ejercicio en el manejo del estrés 3. Atención habitual ($n = 18$): grupo de comparación de atención habitual	- Los participantes de los tres grupos mejoraron su sintomatología depresiva - Sin embargo, ni el efecto del grupo, ni el de la interacción de grupo \times tiempo, fueron significativos
Simon et al. (2004)	600 pacientes que iniciaban tratamiento antidepresivo diagnosticados de trastorno depresivo mayor (TDM)	1. Atención telefónica (AT) ($n = 207$): 3 contactos telefónicos a lo largo de 3 meses + libro de auto-ayuda 2. Atención telefónica + Terapia Cognitivo-Conductual telefónica (TCC-T) ($n = 198$): 8 sesiones telefónicas 30-40 min de terapia cognitivo-conductual (máximo 18 semanas) + libro de actividades 3. Atención habitual (AH) ($n = 195$)	- Mejores en el grupo TCC-T, resultados intermedios en el grupo AT y peores en el grupo AH - Diferencia significativa entre psicoterapia telefónica (TCC-T) y grupo AH
Mohr et al. (2005)	127 pacientes con esclerosis múltiples diagnosticados de trastorno depresivo mayor o distimia	1. Terapia cognitivo-conductual por teléfono (TCC-T) ($n = 62$): 16 sesiones de 50 minutos de terapia cognitivo-conductual administrada por teléfono + libro guía para el paciente 2. Terapia focalizada en las emociones por teléfono (TFE-T) ($n = 65$): 16 sesiones de 50 minutos de terapia focalizada en las emociones administrada por teléfono	- Sujetos en TCC-T mostraron mayor percepción de mejoría y mayor satisfacción con el tratamiento - Mejora significativa para todas las medidas de depresión así como una reducción en el diagnóstico de trastorno depresivo mayor e incremento en el afecto positivo para ambos tratamientos - Los resultados fueron significativamente mejores en el grupo TCC-T - En el seguimiento se mantienen los resultados positivos, pero sin efecto significativo del tipo de tratamiento para ninguna de las medidas - Porcentaje de abandono de 5,5%
Badger et al. (2007)	97 pacientes con cáncer de pecho con síntomas depresivos y ansiosos y sus parejas	1. Terapia interpersonal administrada por teléfono (TIP-T) ($n = 38$): 6 semanas de terapia interpersonal administrada por teléfono 2. Programa de activación conductual administrado por teléfono (AC-T) ($n = 23$): Programa de activación conductual de 6 semanas administrado por teléfono 3. Atención habitual (AH) ($n = 36$): material impreso + llamadas breves durante 6 semanas	- Mejoría en todas las medidas a lo largo del período de evaluación - Resultados significativamente mejores en el grupo TIP-T - Reducción significativa de la ansiedad en TIP-T y AC-T - Mantenimiento de los resultados positivos en el seguimiento a un mes

Tabla 1 (Continuación)

Autores/año	Participantes	Características intervención	Resultados
Stein et al. (2007)	177 pacientes con VIH con síntomas depresivos	<p>1. Grupo experimental ($n = 89$): 12 sesiones psicoeducativas por teléfono durante 6 meses</p> <p>2. Grupo control ($n = 88$): grupo control sólo evaluación</p>	- La intervención no mostró una eficacia significativamente mayor que la condición de no tratamiento para ninguna de las medidas de depresión
Bilich et al. (2008)	84 adultos con depresión leve-moderada	<p>1. Contacto Mínimo (CM) ($n = 23$): biblioterapia + contacto telefónico mínimo 5 min por semana</p> <p>2. Grupo de Asistencia Telefónica (GAT) ($n = 21$) biblioterapia + 8 sesiones telefónicas de 30 min</p> <p>3. Sólo biblioterapia (SL) ($n = 40$): biblioterapia</p> <p>4. Grupo Control (GC) ($n = 40$): lista de espera 8 semanas. Después pasan a SL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La combinación de la biblioterapia con algún tipo de asistencia (tanto CM como GAT) produjo una reducción de los niveles de depresión - Tanto CM como GAT mantienen las mejorías postratamiento en el seguimiento a 1 mes - La mayoría de los participantes que mostraron cambio clínicamente significativo pertenecían a los grupos CM o GAT
Bombardier et al. (2009)	171 pacientes con daño cerebral traumático con sintomatología depresiva	<p>1. Grupo experimental (GE) ($n = 85$): Intervención telefónica programada, 7 sesiones a lo largo de 9 meses dirigidas a elicitar las preocupaciones actuales, proporcionar información, y facilitar la resolución de problemas en temas relevantes para la recuperación del daño cerebral</p> <p>2. Grupo control (GC) ($n = 86$): Atención habitual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes del grupo control desarrollaron más severidad de la sintomatología depresiva desde la línea base al seguimiento a un año que el grupo de intervención
Dennis et al. (2009)	701 mujeres en las dos primeras semanas del postparto con síntomas depresivos, en riesgo de depresión postnatal	<p>1. Grupo experimental (GE) ($n = 349$): Atención habitual + Apoyo de pares</p> <p>2. Grupo control (GC) ($n = 352$): Atención habitual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El grupo tratado mostró una severidad significativamente menor en todos los resultados - Hubo una tendencia positiva en favor del grupo de intervención para la ansiedad maternal pero no para la soledad o el uso de servicios de salud
Rollman et al. (2009)	302 pacientes post-cirugía de injerto de bypass arterial coronario con síntomas depresivos	<p>1. Grupo experimental ($n = 150$): personal de enfermería llamaba a los pacientes para revisar su historia psiquiátrica, proporcionar psicoeducación sobre la depresión y sus efectos en la enfermedad cardíaca, y describir las opciones de tratamiento: un libro para incrementar la comprensión y capacidad de autocuidado de los pacientes en relación con la depresión; inicio o ajuste de la farmacoterapia bajo la dirección de su médico; vigilancia de sus síntomas depresivos ligeramente elevados; o derivación a un profesional local de la salud mental (psicólogo o psiquiatra)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hubo diferencias en depresión clínica en la entrevista a las 24 semanas - Los pacientes del grupo de intervención informaron de mayores mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, funcionamiento físico y síntomas del estado de ánimo, y era más probable que presentasen una reducción del 50% o más en la puntuación de sintomatología depresiva con respecto a la línea base que los pacientes del grupo de atención habitual

Tabla 1 (Continuación)

Autores/año	Participantes	Características intervención	Resultados
Piette et al. (2011)	339 pacientes con diabetes tipo 2 con síntomas depresivos	<p>2. Grupo control (<i>n</i> = 152): Atención habitual</p> <p>1. Grupo experimental (GE) (<i>n</i> = 172): 21 sesiones de terapia cognitivo-conductual telefónica: 12 sesiones semanales + 9 sesiones mensuales de amplificación + manual + activación física (podómetro)</p> <p>2. Grupo control (GC) (<i>n</i> = 167): Atención habitual incrementada (atención habitual + biblioterapia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sin embargo, la calidad de vida media relacionada con la salud y el funcionamiento físico de los pacientes de la intervención no alcanzaron la del grupo de comparación no deprimido - Al final del tratamiento mejores resultados en depresión en el GE, presentando mayor tasa de remisión y menor tasa de pacientes con depresión severa
Mohr et al. (2012)	325 pacientes de atención primaria con trastorno depresivo mayor	<p>1. Terapia cognitivo conductual en persona (TCC) (<i>n</i> = 162): 18 sesiones de 45 min de terapia cognitivo-conductual + libro de actividades</p> <p>2. Terapia cognitivo conductual a través del teléfono (TCC-T) (<i>n</i> = 163): la misma intervención, en modalidad telefónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en GE informaron de un incremento en sus habilidades de afrontamiento y percepción de auto-eficacia y calidad de vida - Mejoras significativas en ambos grupos, en términos de cambios desde línea base, no existiendo diferencias significativas postratamiento entre TCC y TCC-T - En el seguimiento a 6 meses se mantuvieron los cambios significativos en ambos grupos, siendo inferiores los beneficios en TCC-T
Bombardier et al. (2013)	92 pacientes con esclerosis múltiple con trastorno depresivo mayor o distimia	<p>1. Grupo experimental (GE) (<i>n</i> = 44): sesión inicial en persona + 7 sesiones telefónicas de 30 min + una sesión final en persona de promoción de la actividad física basada en los principios de la entrevista motivacional</p> <p>2. Grupo control (GC) (<i>n</i> = 48): lista de espera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hubo diferencias significativas en el porcentaje de remisión entre el GE (30%) y el GC (23%)
Heckman et al. (2013)	361 adultos mayores infectados de VIH con síntomas depresivos	<p>1. GE1: Entrenamiento grupal en efectividad de afrontamiento telefónico + EDC (<i>n</i> = 118)</p> <p>2. GE2: Terapia telefónica de grupos de apoyo-expresivos + EDC (<i>n</i> = 122)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - GE mostró una menor severidad de los síntomas depresivos - GE informó significativamente mayor afecto negativo y menor afecto positivo - 59% del GE no cumplió los criterios para trastorno depresivo mayor o distimia (GC: 27%) - En el seguimiento a las 24 semanas se mantenían los efectos sobre la sintomatología depresiva - Los participantes de la terapia telefónica de grupos de apoyo expresivos (GE2) informaron de menos síntomas depresivos que los del GC en la postintervención y el seguimiento a los 4 y 8 meses; y menos síntomas depresivos que los de entrenamiento grupal en efectividad de afrontamiento telefónico (GE1) en la postintervención y el seguimiento a los 8 meses - Los participantes del entrenamiento grupal en efectividad de afrontamiento telefónico no informaron de diferencias estadísticamente significativas con los participantes del grupo control en la sintomatología depresiva en ningún momento de evaluación

Tabla 1 (Continuación)

Autores/año	Participantes	Características intervención	Resultados
		3. GC: Estándar de cuidado o atención habitual (EDC) (n = 121)	- La terapia telefónica de grupos de apoyo-expresivos constituye un entrenamiento eficaz para reducir los síntomas depresivos en adultos mayores infectados por VIH

clúian fomentar la empatía y el reconocimiento positivo, la transparencia del terapeuta, y mantener el foco en el momento presente; esta terapia pedía que los participantes explorasen sus sentimientos sobre las dificultades asociadas al envejecimiento normal, ser VIH-positivo y vivir con VIH/SIDA como adulto mayor. Se hallaron resultados superiores de la terapia telefónica de grupos de apoyo expresivos, frente al grupo control de atención habitual, en la evaluación final y los seguimientos; y de la terapia telefónica de grupos de apoyo expresivos, frente a la terapia telefónica de grupos de entrenamiento en enfrentamiento, en el post-tratamiento y el seguimiento a los 8 meses. No hubo diferencias de la terapia telefónica de grupos de entrenamiento en afrontamiento con el grupo control en ningún momento de evaluación.

Meta-análisis

En la tabla 2 se presentan los tamaños del efecto para este meta-análisis para un modelo de efectos fijos empleando el método de inverso de la varianza (DEM) de Cohen, indicando el tamaño del grupo, las puntuaciones medias y desviaciones típicas para los grupos del estudio, el estimador del tamaño del efecto, el intervalo de confianza al 95%, el nivel de significación y su peso en el resultado combinado. Además, se analiza la existencia de heterogeneidad (Q de Cochran), y se investiga el sesgo de publicación por el método de Rosenthal. Sólo se incluyeron los trabajos para los que se informó de datos completos sobre el tamaño muestral, medias y desviaciones típicas de los grupos de intervención y control, excluyendo aquellos para los que estos datos no estaban disponibles. Los trabajos de Lynch et al (1997), Hunkeler et al. (2000), Simon et al. (2004) y Mohr et al. (2012) no presentaban los datos básicos para el cálculo del tamaño del efecto y fueron excluidos en el meta-análisis. Para aquellos trabajos que incluyeron varios grupos experimentales, se desdoblaron los estudios, y se comparó cada grupo experimental por separado con el grupo control. Se incluyeron un total de 2756 participantes en los 17 estudios representados en este análisis.

Los resultados del meta-análisis mostraron un tamaño del efecto significativo, $d = -0,42$, IC 95% [-0,50, -0,34], evidenciando que los participantes que recibían intervenciones telefónicas para la depresión tuvieron sintomatología depresiva reducida, pero los efectos de las intervenciones difirieron significativamente entre los estudios (Q de Cochran = 712,48, $p < 0,001$, $I^2 = 98\%$), es decir, se requiere la búsqueda de moderadores que expliquen esas diferencias entre estudios que no pudo llevarse a cabo por falta de estudios. No obstante, el índice de tolerancia de Rosenthal para eval-

luar el sesgo de publicación, estima que se requerirían 1941 estudios no significativos para hacer nula la diferencia significativa obtenida. Los tamaños del efecto oscilaron entre 3,06 para el estudio de Badger et al. (2007) y -5,11 para el estudio de Heckman et al. (2013). En un análisis del peso relativo de los estudios, se encontró que el trabajo de Dennis et al. (2009) tuvo la mayor influencia (24,9%), con un tamaño del efecto de -0,19 (IC 95% [-0,35, -0,03]).

Discusión

La práctica totalidad de los estudios revisados en este trabajo aportan evidencias acerca de la eficacia de las intervenciones psicológicas administradas por teléfono para el tratamiento de los trastornos depresivos (depresión, distimia y formas subclínicas). Sin embargo, la heterogeneidad en los diseños, tamaños de muestras, objetivos y modelos de intervención presente en el grueso de estudios analizados dificulta poder llegar a conclusiones firmes acerca de este tipo de intervenciones.

La mayor parte de los estudios compararon el efecto de la intervención telefónica con un grupo control en lista de espera o de atención habitual (Badger et al., 2007; Bilich et al., 2008; Bombardier et al., 2009, 2013; Dietrich et al., 2004; Hunkeler et al., 2000; Lynch et al., 1997; Mohr et al., 2000; Simon et al., 2004; Stein et al., 2007), otros la compararon con psicoterapia administrada en persona, o con varios modelos de intervención telefónica (Lynch et al., 2004; Mohr et al., 2005, 2012; Piette et al., 2011). Estas diferencias en los diseños de las investigaciones tienen diversas implicaciones a la hora de interpretar sus respectivos resultados. Así, por ejemplo, la ausencia de diferencias significativas entre dos modalidades de tratamiento, puede estar reflejando una eficacia mayor que otro modelo terapéutico que muestra diferencias significativas respecto a un grupo control.

Los diseños de los programas de intervención terapéutica también son muy heterogéneos. El modelo cognitivo-conductual es el que más se ha empleado y que mejores resultados ha demostrado (Bilich et al., 2008; Bombardier et al., 2009; Lynch et al., 1997, 2004; Mohr et al., 2000, 2005, 2012; Piette et al., 2011; Simon et al., 2004), mostrando una eficacia, al menos, similar a la terapia cognitivo-conductual administrada en persona.

También, gran parte de los estudios emplean algún tipo de material complementario, ya sea información impresa, grabaciones, material de trabajo, manuales de trabajo, guías o libros de autoayuda (Bilich et al., 2008; Mohr et al., 2000, 2012; Simon et al., 2004), aspecto que dificulta poder aislar el efecto particular de la intervención telefónica.

Tabla 2 Tamaños del efecto de los estudios incluidos en el meta-análisis

Estudio	N_{GE}	M_{GE}	DT_{GE}	N_{GC}	M_{GC}	DT_{GC}	DEM	IC95%	Z	Peso (%)
Mohr et al. (2000)	16	18,70	13,80	16	26,70	13,70	-0,58	-1,29, 0,13	1,61	1,3
Dietrich et al. (2004)	224	1,16	0,80	181	1,29	0,76	-0,17	-0,36, 0,03	1,66	16,3
Lynch et al. (2004) a ¹	9	9,00	5,40	13	9,70	7,80	-0,10	-0,95, 0,75	0,23	0,9
Lynch et al. (2004) b ²	9	12,60	9,70	13	9,70	7,80	0,34	-0,52, 1,19	0,77	0,9
Mohr et al. (2005) ³	60	11,98	5,86	62	14,81	6,66	-0,45	-0,81, -0,09	2,46*	4,9
Badger et al. (2007) a ⁴	38	14,08	1,52	36	9,35	1,57	3,06	2,39, 3,74	8,87***	1,4
Badger et al. (2007) b ⁵	23	11,32	2,10	36	9,35	1,57	1,10	0,54, 1,66	3,84***	2,0
Stein et al. (2007) ⁶	79	17,20	10,80	81	17,10	10,70	0,01	-0,30, 0,32	0,06	6,5
Bilich et al. (2008) a ⁷	16	12,35	8,63	25	18,21	7,39	-0,74	-1,39, -0,09	2,24*	1,5
Bilich et al. (2008) b ⁸	17	12,76	6,51	25	18,21	7,39	-0,77	-1,41, -0,13	2,37*	1,5
Bombardier et al. (2009) ⁹	82	53,20	11,50	86	60,40	13,00	-0,59	-0,89, -0,28	3,72***	6,6
Dennis et al. (2009)	297	7,93	4,68	316	8,89	5,24	-0,19	-0,35, -0,03	2,38*	24,9
Rollman et al. (2009)	126	9,00	0,70	126	11,40	0,70	-3,43	-3,82, -3,04	17,28***	4,1
Piette et al. (2011) ¹⁰	145	14,20	10,30	146	18,60	10,70	-0,42	-0,65, -0,19	3,53***	11,6
Bombardier et al. (2013)	44	11,20	6,20	48	14,20	6,60	-0,47	-0,88, -0,05	2,21*	3,6
Heckman et al. (2013) a ¹¹	122	11,94	0,47	121	14,34	0,47	-5,11	-5,63, -4,59	19,22***	2,3
Heckman et al. (2013) b ¹²	118	14,36	0,47	121	14,34	0,47	0,04	-0,21, 0,30	0,33	9,8

Nota: N_{GE} = tamaño de la muestra del Grupo Experimental; M_{GE} = puntuación media de sintomatología depresiva del Grupo Experimental; DT_{GE} = desviación típica de la sintomatología depresiva del Grupo Experimental; N_{GC} = tamaño de la muestra del Grupo Control; M_{GC} = puntuación media de sintomatología depresiva del Grupo Control; DT_{GC} = desviación típica de la sintomatología depresiva del Grupo Control; DEM = diferencia estandarizada de medias (método de Cohen); IC95% = Intervalo del Confianza al 95% = DEM ± error estándar de la DEM (eeDEM); Z = estadístico Z = DEM / eeDEM; Peso (%) = peso relativo de cada estudio en el meta-análisis; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$;

¹ Lynch et al. (2004) a: datos de un grupo telefónico de solución de problemas (grupo experimental) frente a atención habitual (grupo control); ² Lynch et al. (2004) b: datos de un grupo telefónico de manejo del estrés (grupo experimental) frente a atención habitual (grupo control); ³ Mohr et al. (2005): datos comparativos de dos grupos experimentales; ⁴ Badger et al. (2007) a: datos de un grupo de consejo interpersonal por teléfono (TIC-P) frente a un grupo control. Los dos grupos presentaban diferencias en los niveles de sintomatología depresiva en la línea base; ⁵ Badger et al. (2007) b: datos de un grupo de ejercicio autodirigido frente a un grupo control

Los dos grupos presentaban diferencias en los niveles de sintomatología depresiva en la línea base; ⁶ Stein et al. (2007): datos para el seguimiento a los 6 meses; ⁷ Bilich et al. (2008): datos para un grupo de autoayuda de contacto mínimo vs grupo control; ⁸ Bilich et al. (2008): datos para un grupo de autoayuda de asistencia telefónica vs grupo control; ⁹ Bombardier et al. (2009): datos de seguimiento a 12 meses; ¹⁰ Piette et al. (2011): datos de seguimiento a 12 meses; ¹¹ Heckman et al. (2013) a: datos de Tele-SEGT (grupo de apoyo expresivo) vs. SOC (cuidado habitual); ¹² Heckman et al. (2013) b: datos de Tele-CET (entrenamiento en afrontamiento de efectividad) vs SOC (cuidado habitual).

Otros aspectos, como la estructura y duración de la intervención, la duración de cada sesión telefónica o el tipo de profesional que proporciona el servicio terapéutico, varían enormemente de un estudio a otro. Sólo cuatro estudios explicitan que la intervención es llevada a cabo por psicoterapeutas (Mohr et al., 2000, 2005; Simon et al., 2004; Stein et al., 2007), en otros participaron enfermeras, trabajadores sociales, asesores o voluntarios (ej., Hunkeler et al., 2000; Lynch et al., 2004; Piette et al., 2011).

Dos estudios (Mohr et al., 2005, 2012) encontraron que el porcentaje de abandono de la terapia fue reducido; en concreto, fueron de 5,5% y 20,9% respectivamente, mientras que en la terapia cara a cara es en torno al 50% (Wierzbicki y Pekarik, 1993). Es más, los porcentajes de abandono de ambos estudios van en la línea de lo hallado por Mohr et al. (2008); estos autores realizaron un meta-análisis en el que encontraron que en ensayos clínicos sobre psicoterapia administrada por teléfono el porcentaje de abandono medio se situaba en torno al 7,6%. Sin embargo, otros trabajos, como el de Lynch et al. (2004) encontraron porcentajes de

abandono muy elevados, en torno a un 42,6%, cifras próximas a lo señalado anteriormente para las modalidades presenciales.

En cuanto a los tamaños del efecto, se obtuvo un tamaño del efecto combinado entre pequeño y moderado, de $d = -0,42$. Es interesante señalar que los tamaños del efecto oscilaron de entre 3,06 para el estudio de Badger et al. (2007), y -5,11 para el estudio de Heckman et al. (2013). En el trabajo de Badger et al. (2007) no se compararon grupos iguales en los niveles de sintomatología depresiva inicial, siendo la sintomatología depresiva muy superior a la de los grupos experimentales en la línea base. Sin embargo, dado el escaso peso de este estudio en el tamaño del efecto final, posiblemente su exclusión no modificaría los datos de manera significativa. A pesar de obtenerse este tamaño del efecto pequeño, los datos hallados son de gran consistencia, como indica el índice de tolerancia de Rosenthal que establece que serían necesarios 1941 estudios no significativos para hacer nula la diferencia significativa obtenida. Habida cuenta de la reducción de los costes que representan estas tera-

pias, y la comodidad para los usuarios, será importante en el futuro obtener datos sobre su coste-efectividad.

Una limitación inherente a los trabajos analizados en esta revisión meta-analítica es la falta de homogeneidad entre los estudios, $Q = 712,48, p < 0,001$, indicando que existen moderadores de los efectos de las intervenciones evaluadas. Sin embargo, la escasez de trabajos impidió analizar estas variables. Pese a la heterogeneidad de las intervenciones aquí revisadas, los resultados tienden a ser positivos. Este tipo de intervenciones han demostrado ser una buena forma de acercar a paciente y terapeuta cuando existen barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria, y ha mostrado una eficacia equivalente a la atención cara a cara, con una amplia aceptación y satisfacción informada por los participantes (ej., Hunkeler et al., 2000; Simon et al., 2004). Sin embargo, la intervención psicológica a través del teléfono, probablemente de forma progresiva verá limitado su espacio en la investigación en los próximos años, en detrimento de nuevas tecnologías de la información y comunicación, como las videoconferencias, capaces de salvar de una forma más eficaz la distancia física entre paciente y profesional, resolviendo algunos dilemas acerca de la relación terapéutica, y la importancia de la comunicación no verbal en el contexto de la terapia. No obstante, el teléfono constituye una herramienta extremadamente útil en el campo de la intervención psicológica, especialmente en aquellas circunstancias de mayor aislamiento como es el caso de personas mayores que no manejan las nuevas tecnologías, o que viven en entornos en los que no existe una cobertura adecuada de proveedores de red, como zonas rurales.

Estas circunstancias deberían llevar a un mayor afianzamiento de las poblaciones, condiciones y problemáticas sobre las que se desea intervenir utilizando esta herramienta, para guiar la investigación futura hacia objetivos más concretos en los que se prevea que el teléfono supone el medio más útil, para llegar a conclusiones más certeras acerca de su efectividad y su factibilidad en esos contextos concretos.

En conclusión, los estudios revisados evidencian que es plausible realizar intervenciones psicológicas administradas por teléfono para los trastornos depresivos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado a través del Proyecto 2012/PN162 por el Ministerio de Economía y Competitividad de España.

Referencias

- Badger, T., Segrin, C., Dorros, S. M., Meek, P., y López, A.M. (2007). Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nursing Research*, 56, 44-53.
- Bilich, L. L., Deane, F. P., Phipps, A. B., Barisic, M., y Gould, G. (2008). Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 61-74.
- Bombardier, C. H., Bell, K. R., Temkin, N. R., Fann, J. R., Hoffman, J., y Dikmen, S. (2009). The efficacy of scheduled telephone intervention for ameliorating depressive symptoms during the first year after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24, 230-238.
- Bombardier, C. H., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Wadhwani, R., Sullivan, M. D., Rosenberg, D. E., ... Kraft, G. H. (2013). Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 89-99.
- Botella, C., Baños, R. M., García-Palacios, A., Quero, S., Guillén, V., y José, H. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Vocpapers*, 4, 32-41.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40, 155-170.
- Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York, NY: Plume Book.
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E., Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338, a3064.
- Dietrich, A. J., Oxman, T. E., Williams, J. W., Schulberg, H., Bruce, M. L., Lee, P. W., ... Nutting, P. A. (2004). Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329, 602.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luquel, I., ... Codony, M. (2006). Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica*, 126, 442-451.
- Heckman, T.G., Heckman, B. D., Anderson, T., Lovejoy, T.I., Mohr, D., Sutton, M., ... Gau, J.T. (2013). Supportive-expressive and coping group teletherapies for HIV-infected older adults: A randomized clinical trial. *AIDS Behavior*, 17, 3034-3044.
- Higgins, J., y Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hunkeler, E. M., Meresman, J. F., Hargreaves, W. A., Fireman, B., Berman, W. H., Kirsch, A. J., ... Salzer, M. (2000). Efficacy of nurse telehealthcare and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lynch, D. J., Tamburrino, M. B., y Nagel, R. (1997). Telephone counseling for patients with minor depression: Preliminary findings in a family practice setting. *The Journal of Family Practice*, 44, 293-298.
- Lynch, D. J., Tamburrino, M. B., Nagel, R., y Smith, M. K. (2004). Telephone-based treatment for family practice patients with mild depression. *Psychological Reports*, 94, 785-792.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., ... Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1007-1014.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Reifler, D., Sokol, L., Burns, M. N., ... Siddique, J. (2012). Effect of telephone-administered vs. face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients. *Journal of the American Medical Association*, 307, 2278-2285.
- Mohr, D. C., Likosky, W., Bertagnoli, A., Goodkin, D. E., Van Der Wende, J., Dwyer, P., ... Dick, L. P. (2000). Telephone-adminis-

- tered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 356-361.
- Mohr, D. C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., y Simon, G. (2008). The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 243-253.
- Phipps, A., Edelman, S., Perkins, D., Barisic, M., Deane, F., y Gould, G. (2003). *The good mood guide: A self-help manual for depression*. Wollongong, Australia: Lifeline South Coast (NSW).
- Piette, J. D., Richardson, C., Himle, J., Duffy, S., Torres, T., Vogel, M., ... Valestein, M. (2011). A randomized trial of telephone counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Medical Care*, 49, 641-648.
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., LeMenager, M. S., Mazumdar, S., Houck, P., Counihan, P. J., ... Reynolds, C. F. (2009). Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 302, 2095-2103.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operksalski, B., y Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 935-942.
- Stein, M. D., Herman, D. S., Bishop, D., Anderson, B. J., Trisvan, E., Lopez, R., ... Miller, I. (2007). A telephone-based intervention for depression in HIV patients: Negative results from a randomized clinical trial. *AIDS and Behavior*, 11, 15-23.
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Ginebra, Suiza: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1