
Memoria de actuación

Actividades realizadas ao abeiro do CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE A CONSELLERÍA DE PROMOCIÓN DO EMPREGO E IGUALDADE E A UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA PARA O DESENVOLVEMENTO DAS ACTUACIÓNS NECESARIAS PARA LEVAR A CABO UN ESTUDO SOBRE CORRESPONSABILIDADE EN GALICIA, REPARTICIÓN DO TRABALLO DOMÉSTICO E DE COIDADOS EN EXECUCIÓN DO PLAN CORRESPONSABLES. 2023



MEMORIA DE ACTIVIDADES.

CORRESPONSABILIDADE EN GALICIA, REPARTIÇÃO DO TRABALLO DOMÉSTICO E DE COIDADOS EN EXECUCIÓN DO PLAN CORRESPONSABLES. 2023		Páx
ACTIVIDADES		
Actividade 1	Elaboración dunha diagnose sobre as necesidades que o programa presenta no ámbito da saúde mental de coidadoras e coidadores/as.	
	<i>Resiliencia como factor protector da depresión en persoas coidadoras</i>	3
Actividade 2	Realización de xornada de traballo entre expertas e expertos para a apertura do campo de estudo desde unha perspectiva multidisciplinar e realización dun encontro científico con investigación experta no tema.	
	<i>I Xornada de Ecofeminismo do CIFEX: 'Resistencia feminista ao colapso'</i>	X
Actividade 3	Realización do traballo de campo para a investigación sobre saúde mental e coidados.	
	<i>Congreso Internacional. As culturas dúas coidados e os feminismos</i>	X

DATOS IDENTIFICATIVOS

Denominación da actividade: Resiliencia como Factor Protector da Depresión en Persoas Coidadoras

Colectivo ao que foi dirixido: persoas coidadoras de persoas en situación de dependencia

Datas de desenvolvemento: xullo-novembro de 2023

Organiza: Grupo de Investigación en Saúde Mental e Psicopatoloxía da Universidade de Santiago de Compostela (USC; GI-2146)

Acción do convenio á que está vinculada: [Actividade 1. Realización do traballo de campo para a investigación sobre saúde mental e coidados](#)

RESUMO

A pesar de que a resiliencia podería ser un elemento central para manter o benestar e un nivel adecuado de funcionamento en persoas coidadoras non profesionais, hai moi poucos traballos que analizaron esta variable e, en especial, a relación entre resiliencia e depresión, ademais de presentar serias limitacións metodolóxicas. É máis, no noso coñecemento, ningún deles analizou os moderadores da relación entre esas variables. O obxectivo principal deste traballo foi estudar a resiliencia; o seu papel como factor protector da depresión nunha mostra de persoas coidadoras; así como as variables sociodemográficas, da situación de coidado, e clínicas que poden actuar como moderadoras desa relación. Empregouse un deseño transversal nunha mostra aleatoria de 554 persoas coidadoras da Comunidade Autónoma de Galicia (86.8% mulleres, idade media = 55.3 anos). Avaliáronse o episodio depresivo maior, a sintomatoloxía depresiva, o reforzamento ambiental positivo, os pensamentos negativos, a autoeficacia e os rasgos de personalidade (neuroticismo, extraversión e psicoticismo). Do total das persoas coidadoras da mostra, o 16.1% estaba a sufrir unha depresión, o 57.4% estaban en risco de depresión e o 34.7% amosaron un baixo nivel de resiliencia. A resiliencia foi un factor protector da depresión, e o sexo da persoa coidadora e a autoeficacia actuaron como variables moderadoras desa relación. O impacto de ter una menor resiliencia sobre a sintomatoloxía depresiva foi maior para as coidadoras mulleres, e maior canto maior foi a autoeficacia. En base a estes achados, os programas dirixidos a previr a depresión en persoas coidadoras deberían centrarse en promover a resiliencia, especialmente nas mulleres, e introducir estratexias para potenciar a autoeficacia coa fin de incrementar o seu impacto.

OBXECTIVOS

- Establecer o perfil sociodemográfico da persoa coidadora, a persoa en situación de dependencia e da situación de coidado nunha mostra representativa de persoas coidadoras da Comunidade Autónoma de Galicia.
- Precisar o perfil clínico desta poboación.
- Coñecer a prevalencia de depresión e a sintomatoloxía depresiva.
- Determinar o nivel de resiliencia e o papel da mesma como factor protector da depresión.
- Identificar que variables da persoa coidadora, da persoa en situación de dependencia, da situación de coidado, e clínicas poden actuar como moderadoras da relación entre resiliencia e depresión.

CONTIDO: proxecto de investigación sobre a resiliencia como factor protector da depresión en persoas coidadoras.

ORGANIZA: Grupo de Investigación en Saúde Mental e Psicopatoloxía da USC (GI-2146).

COLECTIVO AO QUE VAI DIRIXIDO

Persoas coidadoras de persoas en situación de dependencia.

DESENVOLVEMENTO DÁ ACTIVIDADE

Datas: xullo-novembro de 2023

Lugar: Comunidade Autónoma de Galicia

Participantes: persoas coidadoras de persoas en situación de dependencia

PARTICIPACIÓN

Un total de 554 persoas coidadoras de persoas en situación de dependencia (86.8% mulleres).

1. Introducción

1.1. O envellecemento da poboación

As tendencias demográficas actuais caracterízanse por un notable incremento na proporción de persoas maiores na poboación global. A medida que envellecemos, aumenta a prevalencia de distintas condicións de saúde discapacitantes, o que require dunha atención médica máis especializada e continua. Ademais, faise necesario un enfoque integral que abarque non só o tratamento médico, senón tamén o apoio psicosocial e a asistencia en actividades da vida diaria. Isto implica un maior requerimento de recursos no sector da saúde e os sistemas de apoio comunitario e familiar, que xogan un papel crucial.

1.1.1. O envellecemento da poboación en cifras

O envellecemento da poboación está a converterse na tendencia demográfica global máis xeneralizada e dominante, debido a unha redución da fertilidade, un incremento da lonxevidade, e a progresión de grandes cohortes de persoas cara a idades avanzadas (Bloom e Zucker, 2023). De acordo con Nacións Unidas (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2022) prevese que a porcentaxe de poboación maior de 65 anos incrementarase do 10% en 2022 ao 16% en 2050. Este crecemento será especialmente acusado en Europa e América do Norte, onde se espera que pase do 18.7% actual ao 26.9% en 2050. No noso país, as proxeccións indican unha tendencia similar. De acordo con datos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), a porcentaxe de poboación española de 65 anos e máis, que actualmente se sitúa no 20.1% do total, alcanzaría un máximo do 30.4% ao redor de 2050 (ver Figura 1).

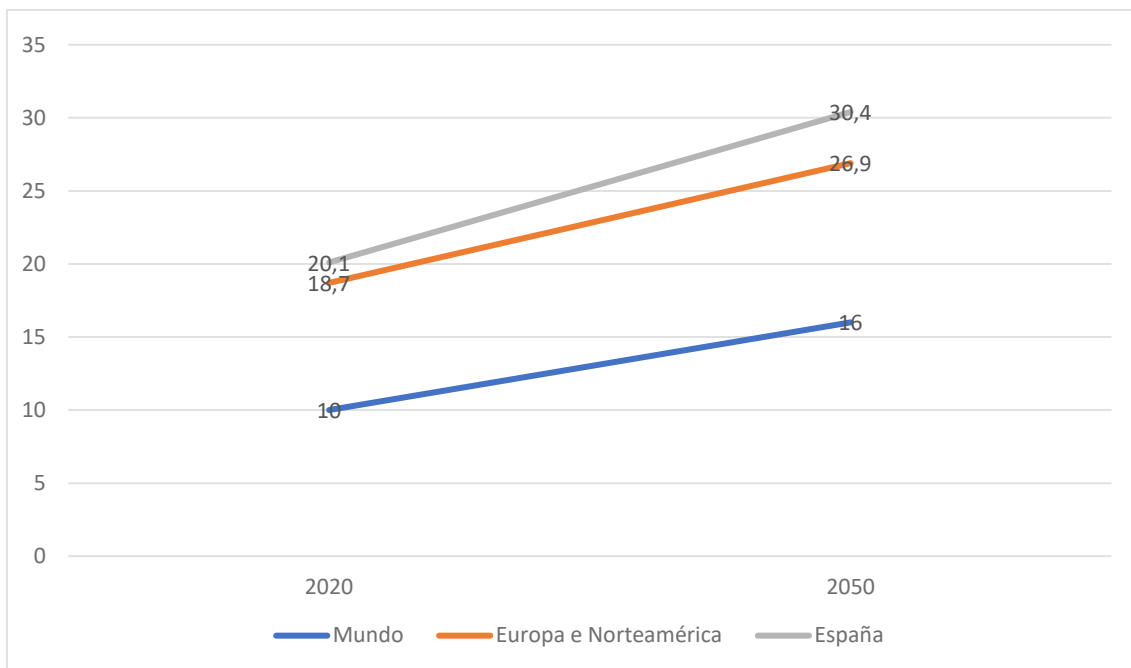


Figura 1. Evolución da poboación maior de 65 anos (en %): a nivel global, en Europa e América do Norte e en España

Na nosa comunidade autónoma estas cifras son aínda máis elevadas (ver Figura 2); na actualidade, o 26.2% da poboación galega son maiores de 65 anos, e espérase que esta cifra se incremente en máis do dobre ata 2037, cando se proxecta que alcanzará o 59.3%; nese momento, a idade media dos e das habitantes de Galicia alcanzará os 51.7 anos (Instituto Galego de Estatística [IGE], 2023).

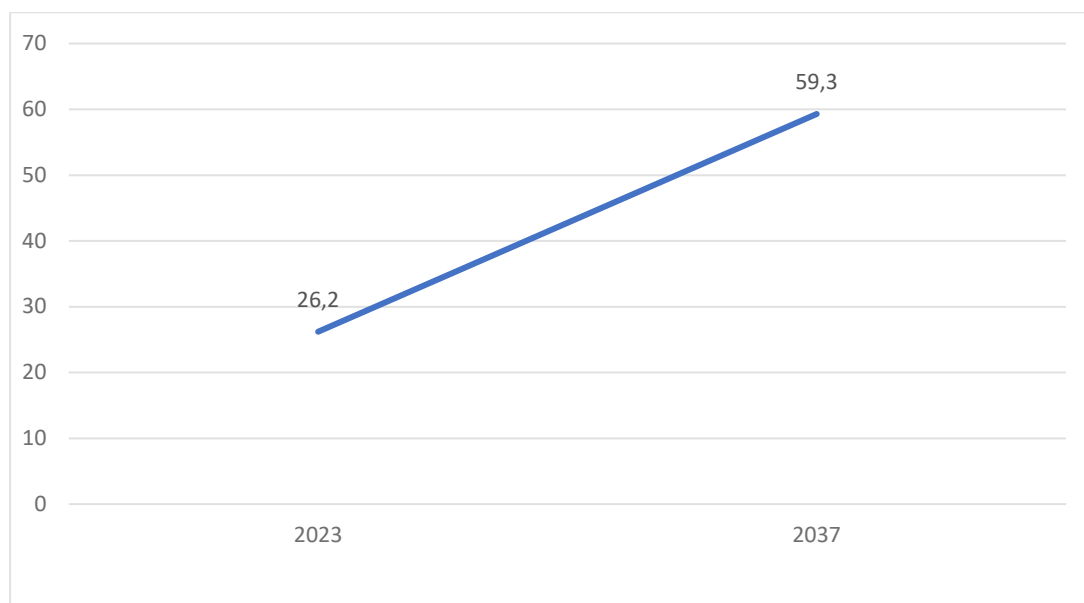


Figura 2. Evolución da poboación maior de 65 anos (en %) en Galicia

1.1.2. Consecuencias do envellecemento da poboación

Este envellecemento poboacional foi considerado como “o reto demográfico máis formidable que o mundo debe afrontar” (p. 59; Bloom e Zucker, 2023). Entre as súas consecuencias máis importantes atópanse as súas implicacións para a sustentabilidade dos sistemas de benestar en relación coa asistencia á saúde e os coidados a longo prazo (Leist, 2018).

A nivel sanitario, unha maior esperanza de vida podería asociarse a maiores ratios de discapacidade. Aínda que a evidencia científica indica que existen diferenzas importantes entre países na porcentaxe de persoas maiores con mala saúde e limitacións en actividades da vida diaria (Chatterji et al., 2015; Jeune et al., 2015), os datos globais mostran que a esperanza de vida saudable mellorou menos que a esperanza de vida en sí mesma, suxerindo que polo menos unha parte dos anos vividos polos maiores vívense en malas condicións de saúde, e con posibles restricións na capacidade de autocoidado (Leist, 2018). A isto únese o incremento asociado á idade na prevalencia das demencias, que de acordo coas proxeccións, aumentará de maneira importante nos próximos anos (Hebert et al., 2013; Prince et al., 2015); estas enfermidades representan unha notable contribución ás cifras de discapacidade.

No relativo ás necesidades de coidados de longa duración, a Comisión Europea (European Commission, 2015) defíneos como unha serie de servizos requiridos por persoas cunha funcionalidade reducida (a nivel físico ou cognitivo) e que son dependentes para desenvolver as súas actividades básicas ou instrumentais da vida diaria durante un período de tempo prolongado. De acordo coa Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económico (OECD, 2021), en 2019 o 10.7% dos maiores de 65 anos recibiron coidado de longa duración, en casa ou en instalacións específicas; esta cifra foi do 11.5% en España. Aínda que estes servizos tamén son empregados por persoas novas con discapacidade, a maioría dos seus usuarios son adultos maiores.

1.2. O coidado informal

1.2.1. As cifras do coidado informal

Moitas persoas que necesitan coidados de longa duración preferirían permanecer nos seus fogares o maior tempo posible. De feito, un 68% das persoas que recibían coidados de longa duración nos países da OECD, o 81% en España, facíanos nos seus propios domicilios en 2019 (OECD, 2021). Estas elevadas cifras poñen de relevo o importante papel dos coidadores/as informais ou non profesionais.

Os coidadores/as non profesionais son persoas próximas ao paciente (p.ex., familiares, amizades), que proporcionan coidado non remunerado realizando unha ampla variedade de tarefas, que inclúen apoio emocional e asistencia (Triantafillou et al., 2010). O 34.3% da poboación europea e o 29.2% da española asume esta función; considerando especificamente os coidadores/as intensivos/as (aqueles/as que coidan durante 11 horas á semana ou máis), as cifras serían do 7.6% e o 10.9%, respectivamente (Verbakel et al., 2017; ver Figura 3).

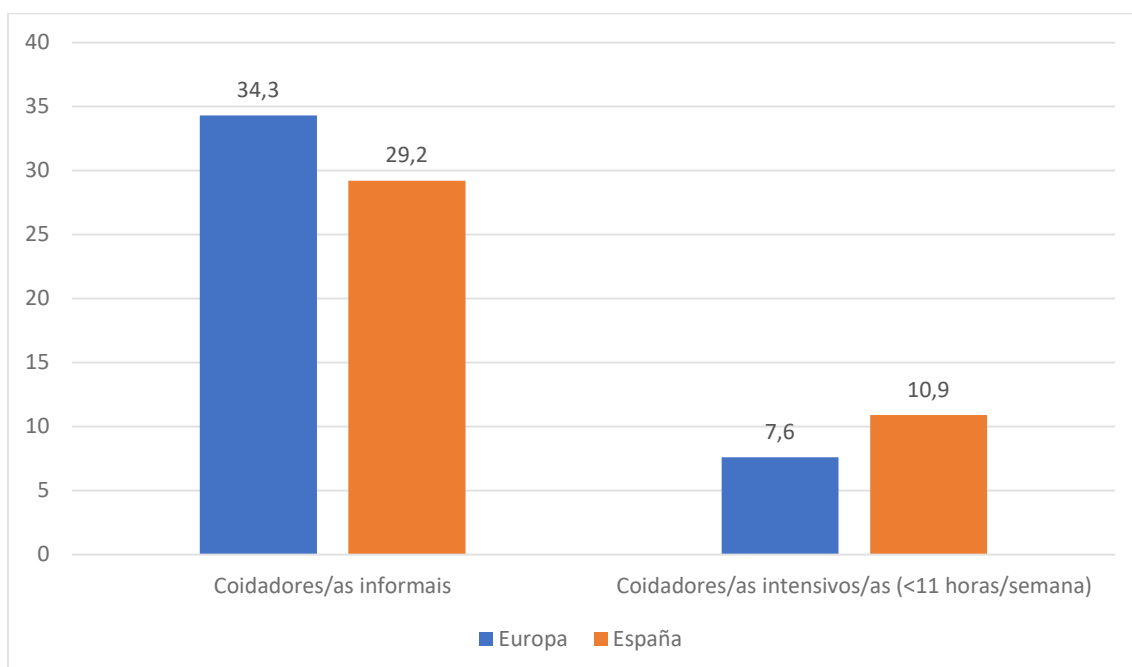


Figura 3. Poboación de Europa e España (en %) coidador/a informal e coidador/a intensivo.

Na comunidade autónoma galega, de acordo con datos da Enquisa Estrutural a Fogares (IGE, 2017), o 5.4% da poboación asume tarefas de coidado informal, o que equivalería a un total de 144.539 persoas. Daqueles que coidan a persoas dentro do fogar, un 80.0% teñen unha dedicación intensiva, superior ás 15 horas semanais.

1.2.2. Perfís da persoa coidadora, coidada e da situación de coidado

En relación co perfil da persoa coidadora non profesional, da persoa coidada e da situación de coidado, os principais achados dos estudos revisados recóllense na Táboa 1. En canto á persoa que asume o rol de coidadora, distintos traballos atoparon unha maioría de mulleres tanto a nivel internacional (p.ex., Colombo et al., 2011; OECD, 2021; Triantafillou et al., 2010; Verbakel et al., 2017), como de maneira particular en España, con cifras de ao redor do 70% (OECD, 2021), e en Galicia (IGE, 2017), onde a porcentaxe de persoas coidadoras mulleres é do 62.8%. En Europa, a maioría das coidadoras sitúanse no rango de idades de 50 a 54 anos, seguidas polas de 55 a 59; unha ampla maioría, do 63.6%, están casadas; e o nivel educativo predominante é de educación secundaria (Verbakel et al., 2017). Este rango de idades coincide co atopado na nosa comunidade autónoma (IGE, 2017), onde máis da metade (50.9%) das persoas coidadoras se sitúa entre os 45 e os 64 anos

No que respecta á actividade principal, é menos probable que as persoas coidadoras estean empregadas, fronte aos non coidadores/as. Isto é especialmente acusado no caso dos coidadores/as intensivos, atopándose que as persoas que se dedican ás tarefas domésticas é tres veces máis probable que pertencen ao grupo de coidadores/as intensivos que ao grupo de non coidadores/as (Verbakel et al., 2017); e en países como España, onde máis do 50% das persoas coidadoras se dedican ás tarefas domésticas (Colombo et al., 2011). Aínda que os diferentes salarios medios dificultan a comparabilidade do nivel de ingresos mensuais entre países, as persoas coidadoras en idade laboral presentan un maior risco de pobreza en todas as rexións, excepto no sur de Europa (Colombo et al., 2011).

En relación coas características dos receptores do coidado, datos previos (OECD, 2021) indican que o 57% das mulleres maiores de 65 anos informaron de sufrir de mala saúde, fronte ao 53% dos homes; esto, unido á maior esperanza de vida das mulleres, resultaría en cifras máis elevadas de mulleres que necesitan coidados. En canto á idade, a nivel da OECD (2021) o 49% dos receptores de coidados de longa duración en 2019 foron persoas de 80 anos ou máis. En Galicia, un 4.4% da poboación atópase en situación de dependencia (IGE, 2017), un 5.1% das mulleres fronte ao 3.6% dos homes; a franxa de idade na que se concentran as maiores porcentaxes de poboación en situación de dependencia é a de maiores de 75 anos, onde un 22.9% necesitan axuda para desempeñar as súas actividades diarias. Nun traballo previo con coidadores/as do Estado español (Otero et al., 2019), atopouse que unha ampla maioría (dun 70.7%) das persoas en situación de dependencia eran mulleres, cunha idade media de 74.7 anos.

No relativo ao parentesco coa persoa coidada, ao redor de dous terzos dos coidadores/as prestan atención a un/ha proxenitor/a ou cónxuxe, pero existen diferenzas por idades; de acordo con estas, é máis probable que as persoas máis novas (de entre 50 e 65 anos) coiden dun pai/nai, e os/as maiores de 65 da súa parella (OECD, 2021).

En relación coa duración do coidado, traballos previos en Europa (Otero et al., 2019; Triantafillou et al., 2010; Vázquez et al., 2020), atoparon que se estendeu durante unha media de entre 5 (Triantafillou et al., 2010) e 13.3 (Vázquez et al., 2020) anos.

Con respecto ás horas diarias dedicadas ao coidado, existen grandes diferenzas entre países. En liñas xerais, ao redor do 50% teñen unha dedicación inferior a 10 horas semanais, especialmente nos países do norte de Europa e Suíza, onde menos do 20% prestan atención durante máis de 20 horas á semana. Fronte a isto, nos países do sur de Europa, República Checa e Polonia máis do 30% coidan durante máis de 20 horas semanais, máis do 50% en España (Colombo et al., 2011). En Galicia (IGE, 2017), a dedicación semanal ás tarefas de coidado distribúese como segue: das persoas coidadoras que proporcionan atención a un membro do seu fogar, un 20.0% dedican

menos de 15 horas semanais, un 20.6% de 15 a 29; un 29.3% de 30 a 69, e un 30.1% (a maioría) 70 horas semanais ou máis ao coidado.

Táboa 1. Perfís da persoa coidadora, coidada e da situación de coidado

Perfil da persoa coidadora	Muller De 50 a 59 anos Casada Con estudos secundarios Dedícase ás tarefas domésticas Maior risco de pobreza (excepto no sur de Europa)
Perfil da persoa coidada	Muller De idade avanzada (de por encima de 65 e especialmente de 80 anos)
Características da situación de coidado	Coida do seu pai/nai ou cónxuxe Coidou durante un período de entre 5 e 13.3 anos Coida durante menos de 10 horas á semana (excepto no sur de Europa, República Checa e Polonia)

1.2.3. As consecuencias do coidado

Asumir o rol de coidador/a informal non está exento de consecuencias. Entre elas, cabe destacar as que afectan á saúde, á integración social, e á actividade laboral (Triantafillou et al., 2010)

1.2.3.1. Impacto do coidado sobre a saúde

Diversos estudos atoparon que o coidado ten consecuencias negativas para a saúde mental e física. Os resultados negativos de coidar sobre a saúde mental adoitan manifestarse como altos niveis de tensión e fatiga mental ou *burnout*, un incremento na sintomatoloxía de ansiedade e depresión, e menor satisfacción coa vida (Revenson et al., 2016). Unha revisión sistemática recente (Janson et al., 2022) atopou maiores incidencias de tensión severa, trastornos de adaptación, e depresión, en persoas coidadoras non profesionais, fronte ás non coidadoras; ademais, atopou que en

avaliacións transversais o coidado informal relacionábase cunha maior ocorrencia de depresión e ansiedade, e unha redución da calidade de vida.

Pola súa banda, un estudo que analizou datos transversais da Enquisa Mundial de Saúde, incluíndo datos de 258.793 adultos (Koyanagi et al., 2018), atopou que ser coidador/a se relacionaba con maiores índices de depresión, problemas de sono e tensión percibida. Kaschowitz e Brandt (2017) atoparon que os efectos negativos do coidado sobre a saúde mental (en concreto, a saúde percibida e os síntomas depresivos) ocorrían especificamente naqueles/as que prestaban coidados dentro do domicilio. Ademais, o malestar emocional era bastante variable en función do momento na traxectoria de saúde da persoa coidada, reducíndose en momentos nos que se esperaba unha recuperación ou melloría, e empeorando durante crises agudas e a medida que as enfermidades dos/as receptores/as de coidado ían progresando (Revenson et al., 2016).

No relativo á saúde física, a combinación do coidado prolongado e as demandas que conleva, xunto coa limitación das oportunidades para implicarse en hábitos de vida saudables, pode incrementar o risco de problemas físicos neste sector da poboación (Revenson et al., 2016). En concreto, Janson et al. (2022) atoparon unha maior prevalencia de enfermidades de costas e dor en persoas coidadoras non profesionais, fronte ás non coidadoras; ademais, o coidado informal relacionábase cunha maior ocorrencia de dor, hipertensión, e diabetes; así como maiores limitacións na vida diaria (Estrada et al., 2019). Ademais, algúns traballos (Roth et al., 2019) atoparon pequenas diferenzas relacionadas cunha peor resposta inmune e unha maior inflamación nas persoas coidadoras informais, fronte ás non coidadoras

1.2.3.2. Impacto do coidado sobre a integración social

Un segundo grupo de consecuencias de asumir o rol de coidador/a informal son as que teñen que ver coa integración social. Distintos traballos de revisión nesta poboación puxeron de manifesto a importancia do apoio social de amigos, familiares e

outros coidadores/as (Afram et al., 2015; McCabe et al., 2016; Waligora et al., 2019). E que o apoio emocional, o recoñecemento e o aprecio do labor que realizan por parte de familiares, amigos e profesionais, e ter persoas próximas coas que compartir ideas, é importante para a súa saúde mental, resúltalles reconfortante e constitúe un alivio para eles (Atoyebi et al., 2022).

Con todo, a ausencia de tempo para eles/as mesmos/as que a miúdo sofren os/as coidadores/as asóciase frecuentemente con illamento social (Labrum e Newhill, 2021). En concreto, en Galicia, (IGE, 2017), un 72.5% das persoas coidadoras (un 69.4% dos homes e un 74.3% das mulleres) tiveron que reducir a súa actividade social e de lecer debido ás responsabilidades derivadas do coidado. Ademais, debido ás circunstancias do coidado, as relacións sociais das persoas coidadoras poden ser distintas das que non exercen este rol. Estas dificultades na integración e participación social teñen tamén á súa vez un impacto negativo sobre a saúde da propia persoa coidadora (Pohl et al., 2022).

1.2.3.3. Impacto do coidado sobre a actividade laboral

Un bo número de traballos analizaron a relación entre asumir o rol de coidado e o desempeño dunha actividade laboral (Martsof et al., 2020). Como se sinalou en seccións anteriores, ao falar do perfil da persoa coidadora, é menos probable que os/as coidadores/as teñan un emprego remunerado, especialmente aqueles cunha elevada dedicación ás tarefas de coidado (Verbakel et al., 2017). En España, máis da metade das persoas coidadoras están desempregadas (Colombo et al., 2011), mentres en Galicia, un 25.8% das persoas coidadoras (un 29.3% das mulleres e un 19.9% dos homes) se viron obrigadas a reducir ou suprimir a súa actividade laboral ou os seus estudos polas dificultades para conciliála coas obrigacións relacionadas con coidar. Para aqueles/as que desempeñan unha actividade laboral remunerada, de acordo cos resultados dun estudo de revisión (Clancy et al., 2020), as responsabilidades derivadas do coidado poden resultar en que os/as traballadores/as perdan os seus traballos ou

sufran discriminación nas contratacións, promocións ou ascensos; cheguen tarde, ou interrompan máis a miúdo o funcionamento do traballo diario, con consecuencias negativas na súa produtividade e rendemento laboral; se sintan tensos; sufran de absentismo ou presentismo laboral (traballando fóra do horario laboral para recuperar parte do tempo perdido); abandonen o mercado laboral; ou reduzan xornada ou cambien de traballo.

1.2.4. A depresión nas persoas cuidadoras

As persoas cuidadoras non profesionais enfrontan unha carga emocional e física considerable, que pode conducir a un aumento do risco de depresión. As consecuencias desta problemática de saúde mental, cuxa prevalencia é particularmente elevada nesta poboación, non se limitan á saúde da propia persoa cuidadora, senón tamén á calidade do cuidado que proporciona, xerando un ciclo prexudicial para ambos, provedor/a e receptor/a de cuidados.

1.2.4.1. Epidemioloxía da depresión nesta poboación

Como se sinalou anteriormente, entre as principais consecuencias de asumir responsabilidades de cuidado sobre a saúde mental se atopa a depresión. Distintos traballos de metanálise (p.ex., Bedaso et al., 2022; Collins e Kishita, 2020; Geng et al., 2018; Loh et al., 2017; Pan e Lin, 2022) indican que a prevalencia de depresión na poboación de cuidadores/as/as informais é elevada, con cifras que oscilan entre o 25.1% (Pan e Lin, 2022) e o 42.3% (Geng et al., 2018), en ambos os casos en cuidadores/as/as de pacientes con cancro (ver Figura 4).

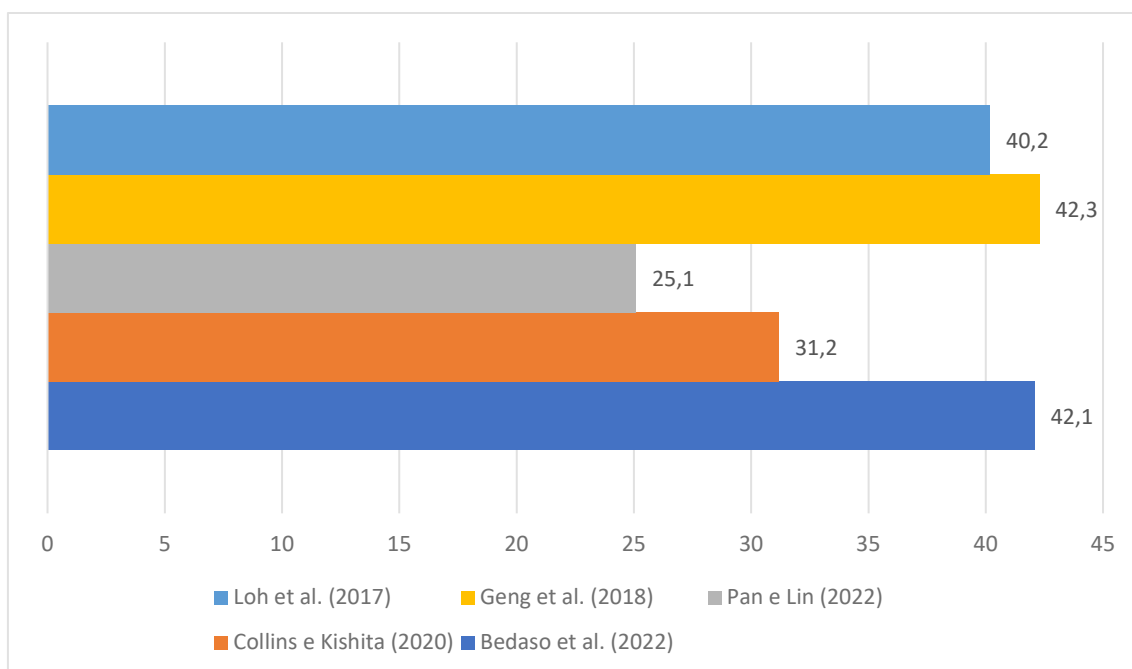


Figura 4. Prevalencia de depresión (%) en persoas coidadoras

Con todo, estes estudos avaliaron a presenza de depresión empregando distintos instrumentos de avaliación, en moitos casos de autoinforme, non proporcionando información sobre diagnósticos de trastornos depresivos concretos. Nun traballo no noso país (Torres et al., 2015) que empregou unha entrevista diagnóstica para avaliar a presenza de trastorno depresivo maior¹ nunha mostra de 504 persoas

¹ O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais, na súa quinta edición revisada (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) diferencia entre episodio e trastorno de depresión maior. O *episodio de depresión maior* refírese á sintomatoloxía actual do suxeito. A principal característica para o seu diagnóstico é a presenza durante polo menos dúas semanas consecutivas, case a diario e a maior parte do día, dun estado de ánimo deprimido, ou unha perda notable do interese ou do pracer en todas ou case todas as actividades coas que antes se adoitaba gozar. A iso hai que sumarlle a concorrencia de polo menos catro síntomas adicionais, entre os seguintes: (a) perda ou aumento de peso ou apetito substanciais sen que haxa un motivo evidente; (b) insomnio ou hipersomnia; (c) axitación ou enlentecimento psicómotores; (d) fatiga ou perda de enerxía; (e) sentimentos de inutilidade ou culpa excesivos ou inapropiados; (f) diminución da capacidade para pensar ou concentrarse, ou indecisión; ou (g) pensamentos recorrentes de morte, ideación suicida recorrente sen un plan específico, planificación específica para suicidarse ou unha tentativa de suicidio. Ademais, estes deben provocar malestar clinicamente significativo ou deterioración social, laboral ou doutras áreas importantes da actividade da persoa, e non ser unha consecuencia dos efectos dunha substancia (p.ex., alcol ou outras drogas, medicamentos como corticoides, ansiolíticos ou neurolépticos) ou unha enfermidade médica (p.ex., hipotiroidismo, tumor cerebral).

Para o diagnóstico de trastorno *de depresión maior*, ademais da presenza dun episodio depresivo, é necesario ter en conta a evolución do paciente. Concretamente, na súa historia clínica non debe constatar a presenza de episodios maníacos ou hipomaníacos, nin os

coidadoras non profesionais da comunidade autónoma de Galicia (88.9% mulleres), atopouse unha prevalencia do 8.9%. Nunha investigación posterior (Torres et al., 2020) que empregou unha mostra de 448 coidadoras, todas mulleres, a prevalencia de depresión maior foi de 9.8%.

Así mesmo, outras investigacións na nosa contorna informaron da presenza de sintomatoloxía depresiva subumbral ou subclínica, depresión menor ou subsindrómica. Nunha investigación de Vázquez, López, et al. (2019) que empregou unha mostra de 592 coidadores/as informais da comunidade autónoma de Galicia (57.2% mulleres) atopouse que un 41.4% presentaban sintomatoloxía depresiva subsindrómica.

Un elemento común aos traballos que informaron da distribución da depresión por sexos (Bedaso et al., 2022; Collins e Kishita, 2020; Geng et al., 2018; Loh et al., 2017), son prevalencias de depresión máis elevadas nas mulleres, que alcanzaron o 57.6% (Bedaso et al., 2022). Só na metanálise de Pan e Lin (2022) non se atoparon diferenzas en depresión en función da porcentaxe de homes e mulleres das mostras dos estudos incluídos.

1.2.4.2. Consecuencias da depresión nas persoas coidadoras

Ademais do malestar e a deterioración en áreas de funcionamento importantes, a depresión pode ter asociadas consecuencias adicionais en coidadores/as informais. Entre elas atópanse as consecuencias deste trastorno sobre a propia saúde do coidador/a. Por unha banda, debido a cambios fisiolóxicos co potencial de empeorar a súa saúde, incluíndo cambios nas hormonas do estrés, os anticorpos e o uso de medicación (Vitaliano et al., 2003). Doutra banda, debido ao descoido da súa actividade física e malos hábitos alimentarios, incrementando o risco de enfermidades crónicas (Schulz e Eden, 2016). Ademais, a depresión nesta poboación reduce a calidade de vida

síntomas explicarse mellor por outras perturbacións como un trastorno esquizoafectivo ou unha esquizofrenia.

dos coidadores/as (Montgomery et al., 2018), e incrementa o risco de suicidio (Solimando et al., 2022).

En canto ás consecuencias da depresión sobre o coidado, os síntomas depresivos comprometen a capacidade do coidador para desempeñar o seu rol de maneira adecuada, con repercusións negativas sobre a calidade do coidado que prestan (Williamson et al., 2001), e un incremento na probabilidade de que abandonen o rol de coidador/a e institucionalicen ao ser querido (Schoenmakers et al., 2010). Así mesmo, a depresión no coidador/a tamén pode afectar ao estatus cognitivo da persoa con demencia, relacionándose cunha deterioración cognitiva máis rápida dos receptores do coidado (Norton et al., 2013).

En canto ás relacións interpersoais, as persoas coidadoras con depresión a miúdo retíranse das súas redes sociais e familiares. Este illamento pode reducir o apoio dispoñible (Wang et al., 2016), creando á súa vez un círculo vicioso que intensifica os síntomas depresivos.

Por último, para as persoas coidadoras que desempeñan unha actividade laboral remunerada, a depresión pode conlevar dificultades de conciliación, perda de produtividade laboral e absentismo (Beauchamp et al., 2023; Fujihara et al., 2019).

1.3. Resiliencia e depresión en persoas coidadoras

Aínda que coidar dun ser querido é moi absorbente e pode deteriorar a saúde física, mental e emocional das persoas coidadoras, non todas se ven afectadas negativamente pola situación de coidado. O coidado ten efectos positivos para algunhas delas, entre os que se atopan infundirles confianza en si mesmas, proporcionar significado e propósito ás súas vidas, incrementar as súas habilidades, e achegalas á persoa que coidan (Schulz e Eden, 2016). Un elemento que podería ser central para manter niveis adecuados de benestar e funcionamento é a resiliencia (Fernández-Lansac e Crespo, 2011).

A *resiliencia* pode conceptualizarse como a capacidade para adaptarse positivamente en situacións de estrés, trauma ou adversidade, sen desenvolver discapacidades físicas, psicolóxicas ou sociais (Luthar et al., 2000; Tempiski et al., 2015). Este constructo foi definido de maneira inconsistente e, hoxe en día, aínda se debate se é un trazo, un conxunto de características persoais ou un sistema (Fernández-Lansac e Crespo, 2011; Mukherjee e Kumar, 2017). Especificamente, neste traballo, a resiliencia considérase como un conxunto de características persoais. Este enfoque da resiliencia refírese ao feito de que existen unha serie de cualidades asociadas á mesma, que inclúen, entre outras, a autoconfianza, a disciplina, a perseveranza, a flexibilidade, a resistencia emocional, a resolución de problemas, o optimismo, a empatía, a autoestima, a orientación a obxectivos e unha ansiedade baixa (Giordano, 1997; Kumpfer e Hopkins, 1993; Martin e Marsh, 2006). Todas estas características modificables permitirían ás persoas afrontar situacións estresantes ou adversas dunha maneira máis positiva.

Nos últimos anos o estudo da resiliencia na poboación de coidadores/as informais suscitou un interese crecente, o que resultou en distintas investigacións que foron recollidas en varios traballos de revisión e metanálises (p.ex., Iacob et al., 2020; McKenna et al., 2021; Palacio et al., 2020). Con todo, son máis escasas as investigacións que analizaron a relación entre resiliencia e depresión en persoas coidadoras. Os principais traballos que estudaron a asociación entre ambas variables nesta poboación recóllense na Táboa 2.

Táboa 2. Estudos sobre resiliencia e depresión en poboación de coidadores/as

Estudo	Mostra	Instrumentos de avaliación	Resultados	Limitacións
Bermejo-Toro et al. (2020)	78 coidadores/as familiares voluntarios (75.6% mulleres) de pacientes con dano cerebral adquirido	Resiliencia: Cuestionario Sobre Resiliencia en coidadores/as de Dano Cerebral Adquirido (QRC-ABI) Depresión: Subescala de Depresión da Escala Hospitalaria de Ansiedade e Depresión (HADS)	Mayor resiliencia prediciu menor depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Pequeno tamaño mostral, limitando a representatividade da mostra. Mostra de coidadores/as de pacientes con dano cerebral adquirido. Non incluíu outras variables importantes para explicar os resultados negativos, como apoio social, estratexias de afrontamento, autoeficacia ou personalidade.
Bitsika et al. (2013)	108 pais e nais (67.6% mulleres) de nenos/as con trastornos do espectro autista	Resiliencia: Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) Depresión: Escala de Depresión Autoinformada de Zung (SDS)	Os proxenitores con niveis baixos de resiliencia mostraron maior sintomatoloxía de depresión.. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra voluntaria. Mostra de pais e nais de nenos/as con Trastornos do Espectro Autista.
Dias et al. (2016)	58 coidadores/as de persoas con demencia	Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS) Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Mayor resiliencia prediciu menor depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra pequena e de conveniencia. Mostra de coidadores/as de persoas con demencia.
Dias et al. (2020)	106 persoas con Enfermidade de Alzheimer e os seus coidadores/as primarios/as (72.1% mulleres)	Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS) Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Mostra pequena e de conveniencia. Mostra de coidadores/as de persoas con Enfermidade de Alzheimer.
Fernández-Lansac et al. (2012)	53 coidadores/as (66.0% mulleres) de persoas con demencia	Resiliencia: Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión.	Ausencia de modelo teórico. Escaso tamaño mostral.

Estudo	Mostra	Instrumentos de avaliación	Resultados	Limitacións
		Depresión: Inventario de depresión de Beck, segunda edición (BDI-II)	Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Mostra de coidadores/as de persoas con demencia.
Halstead et al. (2018)	312 nais de nenos/as con trastornos do desenvolvemento de entre 4 e 15 anos	Resiliencia: Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS) Depresión: Escala Hospitalaria de Ansiedade e Depresión (HADS)	Mayor resiliencia prediciu menores niveis de depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Mostra de nais de nenos/as con trastornos do desenvolvemento.
Hwang et al. (2018)	273 coidadores/as familiares (76.2%) de persoas con cancro terminal	Resiliencia: Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) Depresión: Subescala de Depresión da Escala Hospitalaria de Ansiedade e Depresión (HADS)	Os coidadores/as con resiliencia alta mostraron menor sintomatoloxía depresiva que os coidadores/as con resiliencia baixa. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra de coidadores/as de pacientes con cancro.
Jones et al. (2019)	110 coidadores/as de persoas con demencia (66.0% mulleres)	Resiliencia: Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS) Depresión: Escala de Depresión, Ansiedade e Estrés (DASS-21)	Os coidadores/as con resiliencia alta mostraron menor sintomatoloxía depresiva que os coidadores/as con resiliencia baixa. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra de conveniencia. Mostra de coidadores/as de persoas con demencia.
Kimura et al. (2019)	43 dúas de pacientes con Enfermidade de Alzheimer de inicio temperá e os seus coidadores/as (97.1% mulleres)	Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS) Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión.	Ausencia de modelo teórico. Tamaño mostral pequeno. Mostra de conveniencia

Estudo	Mostra	Instrumentos de avaliación	Resultados	Limitacións
			Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Mostra de coidadores/as de persoas con Enfermidade de Alzheimer de inicio temperá.
O'Rourke et al. (2010)	105 esposas/os convivintes de persoas diagnosticadas con probable ou posible Enfermidade de Alzheimer	Resiliencia: Escala de Resiliencia Disposicional (DRS) Depresión: Escala de Depresión do Centro para Estudos Epidemiolóxicos (CES-D)	A resiliencia precedeu os cambios na sintomatoloxía depresiva un ano despois Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Mostra non representativa. Mostra de esposas/os de persoas con Enfermidade de Alzheimer
Pastor-Cerezuela et al. (2016)	42 familiares (90.5% mulleres) de nenos/as con trastorno do espectro autista e 42 (68.6% mulleres) de nenos/as sen TEA	Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS) Depresión: Subescala de depresión do dominio de pais do Índice de Estrés Parental (PSI)	Mayor resiliencia precedeu menor depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra constituída por nais/pais de nenos/as con TEA e por nais/pais non coidadores/as.
Pessotti et al. (2018)	50 coidadores/as familiares (88.0% mulleres) de persoas maiores con demencia	Resiliencia: Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS) Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra relativamente pequena procedente dunha única institución. Mostra de coidadores/as de persoas con demencia.
Sutter et al. (2016)	127 coidadores/as primarios (77.2% mulleres) de persoas con demencia	Resiliencia: Escala Breve de Resiliencia (BRS); Escala de Resiliencia para Adultos (RSA) Depresión: Cuestionario de Saúde do Paciente (PHQ-9)	Mayor resiliencia xeral precedeu menor depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra de coidadores/as de persoas con demencia.

Estudo	Mostra	Instrumentos de avaliación	Resultados	Limitacións
Timmons et al. (2016)	70 nais de nenos/as con trastornos do espectro autista	Resiliencia: Escala de Resiliencia Do Eu (ER 89) Depresión: Escala de Depresión do Centro para Estudos Epidemiolóxicos (CES-D)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra relativamente pequena e de conveniencia, que podería non ser representativa. Mostra de nais de nenos/as con trastornos do espectro autista.
Tyler et al. (2020)	253 cuidadores/as (73.1% mulleres) de persoas con enfermidade de Parkinson	Resiliencia: Escala Breve de Resiliencia (BRS) Depresión: Módulo de depresión do Cuestionario de Saúde do Paciente (PHQ-9)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra de cuidadores/as de persoas con Enfermidade de Parkinson.
Vatter et al. (2020)	136 parellas cuidadoras (85.3% mulleres) de persoas con demencia por Enfermidade de Parkinson ou demencia con corpos de Levy	Resiliencia: Escala Breve de Resiliencia (BRS) Depresión: Escala Hospitalaria de Ansiedade e Depresión (HADS)	Houbo unha correlación inversa significativa entre resiliencia e depresión. Non se informou de moderadores entre ambas variables.	Ausencia de modelo teórico. Mostra de cuidadores/as de persoas con demencia.

Nos traballos analizados, os tamaños das mostras oscilaron entre 42 (Pastor-Cerezuela et al., 2016) e 312 persoas coidadoras (Halstead et al., 2018). En todos os que informaron da distribución por sexos as mostras estiveron constituídas maioritariamente por mulleres, en porcentaxes que oscilaron entre o 66.0% (Fernández-Lansac et al., 2012; Jones et al., 2019) e o 100% (Timmons et al., 2016). A maioría das investigacións centráronse na relación entre resiliencia e depresión en coidadores/as de persoas con demencia (Dias et al., 2016, 2020; Fernández-Lansac et al., 2012; Jones et al., 2019; Kimura et al., 2019; O'Rourke et al., 2010; Pessotti et al., 2018; Sutter et al., 2016; Vatter et al., 2020); seguidos por aqueles que analizaron mostras de coidadores/as de nenos/as con trastornos do desenvolvemento ou trastornos do espectro autista (Bitsika et al., 2013; Halstead et al., 2018; Pastor-Cerezuela et al., 2016; Timmons et al., 2016). Só tres estudos abordaron mostras de coidadores/as de persoas con outras condicións de saúde; en concreto, dano cerebral adquirido (Bermejo-Toro et al., 2020); cancro terminal (Hwang et al., 2018) e enfermidade de Parkinson (Tyler et al., 2020).

En canto aos instrumentos utilizados para medir a resiliencia, os máis empregados foron a Escala de Resiliencia de Wagnild e Young (RS; en Dias et al., 2016, 2020; Kimura et al., 2019; Pastor-Cerezuela et al., 2016; Pessotti et al., 2018); a Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; en Bitsika et al., 2013; Fernández-Lansac et al., 2012; Hwang et al., 2018); a Escala Breve de Resiliencia (BRS; en Sutter et al., 2016; Tyler et al., 2020; Vatter et al., 2020), a Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS; en Halstead et al., 2018; Jones et al., 2019); a Escala de Resiliencia Disposicional (DRS; en O'Rourke et al., 2010); a Escala de Resiliencia para Adultos (RSA; en Sutter et al., 2016); o Cuestionario Sobre Resiliencia en coidadores/as de Dano Cerebral Adquirido (QRC-ABI; en Bermejo-Toro et al., 2020), e a Escala de Resiliencia Do Eu (ER 89; en Timmons et al., 2016). Pola súa banda, os inventarios máis utilizados para medir a depresión foron o Inventario de Depresión de Beck (BDI; en Dias et al., 2016, 2020; Fernández-Lansac et al., 2012; Kimura et al., 2019; Pessotti et al.,

2018); a Escala Hospitalaria de Ansiedade e Depresión (HADS; en Bermejo-Toro et al., 2020; Halstead et al., 2018; Hwang et al., 2018; Vatter et al., 2020); o Cuestionario de Saúde do Paciente (PHQ-9; en Sutter et al., 2016; Tyler et al., 2020); a Escala de Depresión do Centro para Estudos Epidemiolóxicos (CES-D; en O'Rourke et al., 2010; Timmons et al., 2016); a Escala de Depresión, Ansiedade e Estrés (DASS-21; en Jones et al., 2019); a Escala de Depresión Autoinformada de Zung (SDS; en Bitsika et al., 2013); a Subescala de depresión do dominio de pais do Índice de Estrés Parental (PSI; Pastor-Cerezuela et al., 2016).

En canto aos resultados, a maioría dos traballos atoparon unha correlación inversa significativa entre resiliencia e sintomatoloxía depresiva (Dias et al., 2020; Fernández-Lansac et al., 2012; Kimura et al., 2019; Pessotti et al., 2018; Timmons et al., 2016; Tyler et al., 2020; Vatter et al., 2020); mentres outros atoparon que a resiliencia actuaba como un factor protector ou compensatorio, reducindo os resultados negativos directamente, polo que maiores niveis de resiliencia predicían menores niveis de depresión (Bermejo-Toro et al., 2020; Dias et al., 2016; Halstead et al., 2018; Pastor-Cerezuela et al., 2016; Sutter et al., 2016); tres traballos (Bitsika et al., 2013; Hwang et al., 2018; Jones et al., 2019) atoparon que os coidadores/as con menores niveis de resiliencia presentaban maiores niveis de depresión, ou viceversa; e un traballo (O'Rourke et al., 2010) que a resiliencia predicía os cambios na sintomatoloxía depresiva un ano despois.

Con todo, ningún dos traballos analizados informou da existencia de variables moderadoras entre resiliencia e depresión. Os moderadores son variables intervinientes que afectan á dirección e/ou a forza da relación entre unha variable independente (neste caso, a resiliencia) e unha variable dependente (a depresión), reducíndoa, incrementándoa, anulándoa ou invertíndoa (Baron e Kenny, 1986). O seu estudo pode ser de gran interese, permitindo dividir á variable resiliencia en subgrupos que establecen os seus dominios de máxima efectividade con respecto á depresión, indicando cando, como e para quen o efecto da variable independente sobre a

dependente será maior ou menor. Así, por exemplo, a resiliencia podería influír na depresión nas persoas solteiras máis significativamente que para as casadas; ou niveis baixos de reforzamento ambiental poderían facer que a resiliencia teña menos impacto sobre a sintomatoloxía depresiva.

Así mesmo, as investigacións existentes sobre a relación entre resiliencia e depresión presentan numerosas limitacións conceptuais e metodolóxicas. Entre elas, son moi escasas as investigacións que partiron dun modelo teórico claro (Dias et al., 2020; Halstead et al., 2018; O'Rourke et al., 2010); ademais, a maioría delas empregaron mostras pequenos (Bermejo-Toro et al., 2020; Dias et al., 2016, 2020; Fernández-Lansac et al., 2012; Kimura et al., 2019; Pessotti et al., 2018; Timmons et al., 2016), mostras de conveniencia (Bitsika et al., 2013; Dias et al., 2016, 2020; Jones et al., 2019; Kimura et al., 2019; Timmons et al., 2016); e en todos os casos utilizáronse mostras consistentes en coidadores/as de persoas con condicións de saúde concretas, especialmente demencias. Todas estas cuestións limitan a xeneralizabilidade dos achados.

2. Obxectivos

Os obxectivos específicos deste traballo foron:

- Establecer o perfil sociodemográfico da persoa cuidadora, a persoa en situación de dependencia e da situación de cuidado nunha mostra representativa de cuidadores/as da Comunidade Autónoma de Galicia.
- Precisar o perfil clínico desta poboación.
- Coñecer a prevalencia de depresión e a sintomatoloxía depresiva.
- Determinar o nivel de resiliencia e o papel da mesma como factor protector da depresión.
- Identificar que variables da persoa cuidadora, da persoa en situación de dependencia, da situación do cuidado, e clínicas poden actuar como moderadoras da relación entre resiliencia e depresión.

3. Método

3.1. Deseño e mostra

Empregouse un deseño transversal. A recollida de información entre os participantes do estudo realizouse entre o 19 de setembro e o 31 de outubro de 2023. A mostra extraeuse mediante mostraxe aleatoria simple de entre os coidadores/as rexistrados en institucións públicas e asociacións de persoas con enfermidades crónicas de Galicia.

Os criterios de inclusión foron: (a) ser maior de 18 anos; (b) ser coidador/a principal dun familiar en situación de dependencia recoñecida pola administración pública competente; e (c) levar exercendo o coidado durante polo menos 6 meses. Como criterios de exclusión establecéronse: (a) non residir permanentemente coa persoa á que asistía; (b) sufrir algunha condición que puidese dificultar a realización das tarefas de avaliación; ou (c) estar a participar nalgunha intervención psicolóxica ou recibindo tratamento psicofarmacolóxico.

Seleccionouse unha mostra representativa de 571 coidadores/as, calculada en base a unha prevalencia estimada de depresión do 6% (estimación conservadora en base á literatura científica), un risco alfa de .05, unha precisión $\pm 2\%$, un erro alfa = 5%, e unha proporción esperada de perda muestral do 6%. A taxa de resposta foi do 97.0%. Un total de 17 persoas coidadoras rexeitaron participar, quedando unha mostra final de 554 participantes (86.8% mulleres) cunha idade media de 55.3 anos.

O estudo realizouse de acordo cos principios da Declaración de Helsinki e garantiuse o cumprimento da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais. Así mesmo, solicitouse a aprobación do Comité de Bioética da Universidade de Santiago de Compostela (USC 49/2023). A participación foi completamente voluntaria, sen incentivos económicos ou doutro tipo, e todos os participantes deron o seu consentimento informado por escrito.

3.2. Variables e instrumentos de avaliación.

3.2.1. Variables relacionadas co cuidado

En relación ás variables de cuidado, empregouse un cuestionario elaborado *ad hoc* para recoller información sobre as seguintes variables:

- (a) Variables sociodemográficas da persoa cuidadora: sexo, idade, estado civil, nivel de estudos, actividade principal e ingresos mensuais familiares.
- (b) Variables sociodemográficas da persoa en situación de dependencia: sexo, idade.
- (c) Variables da situación de cuidado: parentesco do cuidador coa persoa cuidada, anos de duración da situación de cuidado e horas diarias dedicadas ao cuidado.

3.2.2. Diagnóstico de episodio depresivo

O diagnóstico de episodio de episodio depresivo maior realizouse coa axuda da Entrevista Clínica Estructurada para os trastornos do DSM-5-Versión para Clínicos (Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version [SCID-5-CV], First et al., 2015). Esta entrevista proporciona os criterios diagnósticos máis comúns da práctica clínica segundo o DSM-5 e debe ser administrada por un clínico. As súas preguntas realizáronse de acordo con cada un dos correspondentes criterios do DSM-5, que deben cualificarse como presentes ou ausentes. As escalas de gravidade da SCID para episodio depresivo maior actual mostraron unha elevada consistencia interna (α de Cronbach = .91), fiabilidade test-retest e validez concorrente e predictiva (Shankman et al., 2018).

3.2.3. Sintomatoloxía depresiva

A sintomatoloxía depresiva avalíase coa Escala para a Depresión do Centro para Estudos Epidemiolóxicos (CES-D; Radloff, 1977; versión española de Vázquez et al., 2007). É unha escala autoinformada de 20 ítems que proporciona unha puntuación continua que reflicte o nivel de sintomatoloxía depresiva durante a última semana. Cada un dos 20 ítems é avaliado nunha escala tipo Likert de catro opcións de resposta que van nun rango de 0 (*raramente ou ningunha vez*) a 3 (*a maior parte do tempo*). Por tanto, o rango da escala é de 0 a 60, onde unha puntuación maior corresponde a unha maior sintomatoloxía depresiva. Considérase que unha puntuación igual ou superior a 16 é indicativa de risco de depresión clínica (Lewinsohn et al., 1997). A consistencia interna da versión española (α de Cronbach) foi de .89.

3.2.4. Resiliencia

A resiliencia foi avaliada mediante a Escala de Resiliencia de Connor-Davidson- versión de 10 ítems (CD-RISC-10; Campbell-Sills e Stein, 2007; versión española de Blanco, Guisande, et al., 2019). É unha escala de 10 ítems, que avalía a capacidade do suxeito para enfrontarse á adversidade. Cada ítem é avaliado cunha escala de tipo Likert con cinco alternativas de resposta que oscilan entre 0 (*non é certo en absoluto*) a 4 (*é certo a maior parte das veces*). O rango de puntuacións oscila entre 10 e 40, indicando unha maior puntuación maior resiliencia. Un punto de corte de ≤ 23 foi adecuado para discriminar a coidadores/as sen e con depresión. Para a versión española atopouse unha consistencia interna de .86.

3.2.5. Reforzamento ambiental positivo

O reforzamento ambiental positivo avalíase coa Escala de Observación de Recompensa desde a Contorna (EROS; Armento e Hopko, 2007; versión española de Barraca e Pérez-Álvarez, 2010). É unha ferramenta de 10 ítems que mide o grao de recompensa que achega a contorna. As persoas avaliadas deben responder a cada ítem nunha escala tipo Likert con catro alternativas de resposta, de 1 (*totalmente en*

desacordo) a 4 (*totalmente de acordo*), en función da medida en que cada ítem é aplicable a el. O rango oscila entre 10 e 40, e puntuacións máis elevadas indican un maior grao de reforzo ambiental positivo continxente á resposta. A consistencia interna da versión española foi de .86.

3.2.6. Pensamentos negativos

Para a avaliación dos pensamentos negativos dos participantes utilizouse o Cuestionario de Pensamentos Automáticos Negativos (ATQ-N; Hollon e Kendall, 1980; versión española de Otero et al., 2017). Trátase dun cuestionario de 30 ítems que avalía os pensamentos negativos asociados á depresión. O suxeito debe indicar a frecuencia con que unha serie de pensamentos xurdiron subitamente na súa cabeza durante a última semana, nunha escala de cinco puntos, desde 1 (*nunca*) a 5 (*sempre*). O rango de puntuacións oscila entre 30 e 150, existindo unha relación directa entre a puntuación e a frecuencia de pensamentos negativos experimentados polo suxeito. A consistencia interna para a versión española foi de .96, atopándose correlacións significativas coa sintomatoloxía depresiva ($r = .684; p < .001$).

3.2.7. Autoeficacia

A autoeficacia avalíouse coa Escala de Autoeficacia Xeneralizada (GSES; Schwarzer e Jerusalem, 1995; versión española de Blanco, Vázquez, et al., 2019). Esta escala consta de 10 ítems que avalían autoeficacia nunha escala tipo Likert de 1 (*incorrecto*) a 4 (*certo*), entendida esta como a percepción ou crenza persoal das propias capacidades nunha situación determinada. O rango de puntuacións oscila de 10 a 40, onde unha maior puntuación indica un maior sentimento de autoeficacia. A consistencia interna da versión orixinal española foi de .90.

3.2.8. Personalidade

O neuroticismo, a extraversión e o psicoticismo avaliáronse co Cuestionario de Personalidade de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis et al., 1992; versión española de Vázquez, Otero, et al., 2019), un cuestionario autoadministrado de 24 ítems e 4 subescalas de 6 ítems con dúas opcións de resposta (si ou non). Tres subescalas miden os trazos de personalidade: Neuroticismo (o trazo de disposición a experimentar afectos negativos, incluíndo ira, ansiedade, timidez, irritabilidade, inestabilidade emocional e depresión); Extraversión (a tendencia xeral a experimentar emocións positivas, así como trazos como sociable, vivaz e activo) e Psicoticismo (propensión á impulsividade, á agresividade, ao comportamento antisocial, ao desapego e a unha ausencia de preocupación por outras persoas); e unha cuarta a tendencia para responder de maneira socialmente desexable (Sinceridade). As puntuacións en cada subescala oscilan entre 0 e 6, e unha maior puntuación indica maior presenza do trazo. Para a versión española, a consistencia interna para cada subescala é: Neuroticismo = .77, Extraversión = .75, Psicoticismo = .24, e Sinceridade = .47 (Vázquez, Otero, et al., 2019).

3.3. Procedemento

Antes da recollida dos datos, elaborouse un protocolo detallando os obxectivos do estudo, o deseño e marco, os participantes (poboación diana, poboación accesible, criterios de inclusión/exclusión e recrutamento), as medidas, os rumbos (de non resposta, de recordo e de selección), a estratexia de análise de datos, o control de calidade, a xestión dos datos, a programación e os aspectos éticos.

Adestrouse a cinco psicólogos/as para realizar as avaliacións dos suxeitos que participaron no estudo. Recibiron 20 horas de adestramento que consistiron en seminarios teóricos e prácticos que incluíron unha aproximación á avaliación da poboación de coidadores/as, a administración da entrevista e cuestionarios, así como role-playing.

Previo ao estudo, realizouse un estudo piloto con aproximadamente 15 coidadores/as seleccionados ao azar para avaliar a viabilidade do mesmo e a competencia dos/as entrevistadores/as. Todas estas avaliacións rexistráronse para avaliar o desempeño dos/as avaliadores/as e proporcionarlles retroalimentación.

Posteriormente, os coidadores/as seleccionados foron contactados por correo postal, electrónico ou por teléfono, informándolles das características do estudo e convidándoos/as a participar. Seguíronse as estratexias para minimizar a perda de suxeitos recomendadas por Newman et al. (2023), que incluíron, entre outras: enviar recordatorios da data de avaliación, non empregar procedementos de recollida de información invasivos e presentar o estudo aos coidadores/as de maneira interesante. Os participantes foron avaliados por teléfono.

En primeiro lugar, recolleuse a información sobre as características sociodemográficas dos participantes e a situación de coidado e, posteriormente, sobre a sintomatoloxía depresiva e a depresión, a resiliencia, o reforzamento ambiental positivo, os pensamentos negativos, a autoeficacia e a personalidade. A duración da avaliación foi de aproximadamente 40 minutos. Os/as avaliadores/as foron supervisados semanalmente por un dos expertos encargados do adestramento quen, ademais, analizou unha mostra aleatoria do 10% das avaliacións realizadas durante o estudo.

3.4. Análise de datos

Todas as análises estatísticas leváronse a cabo con SPSS para Windows (versión 28.0) e R (R Core Team, 2023). Para a elección das probas estatísticas para determinar a significación estatística tivéronse en conta: (a) o obxectivo da análise, (b) as características das variables implicadas, (c) as condicións de aplicación de cada proba, (d) o deseño do estudo, e (e) o número de grupos a utilizar.

Acháronse as distribucións de frecuencias e estatísticos descritivos para as características da mostra, da situación de dependencia e as variables clínicas. Empregáronse probas t para mostras independentes, correlacións de Pearson, e ANOVAs dun factor, para analizar a relación entre as variables sociodemográficas da persoa coidadora e a receptora do coidado, da situación de dependencia e clínicas; coa resiliencia. Cando nos ANOVAs se atoparon diferenzas entre grupos empregouse o contraste post hoc de Bonferroni para determinar entre que grupos concretos ocorrían esas diferenzas.

Para examinar a relación entre a resiliencia e a depresión realizáronse análises de regresión lineal múltiple, de acordo coas estratexias propostas por Domenéch e Navarro (2006a, 2006b). O impacto de potenciais moderadores que poderían influír na relación entre a resiliencia e a sintomatoloxía depresiva determinouse con análises de regresión lineal. Para avaliar o efecto do potencial moderador aplicouse o modelo proposto por Baron e Kenny (1986), $O = \alpha + \beta_1T + \beta_2M + \beta_3TM$, onde O representa a sintomatoloxía depresiva, T a resiliencia, M o potencial moderador e TM a interacción entre o a resiliencia e o potencial moderador. Os potenciais moderadores foron as características do/a coidador/a, da situación de coidado e da persoa en situación de dependencia, o reforzamento ambiental positivo, os pensamentos negativos, a autoeficacia e a personalidade. Por cuestións conceptuais e estatísticas, para estas análises tres variables foron recodificadas nas seguintes categorías: estado civil, con parella e sen parella; actividade principal, traballador/a por conta propia ou allea e outros; e parentesco, pai/nai e outras.

4. Resultados

4.1. Características non clínicas da mostra

As principais características sociodemográficas do/a coidador/a, a persoa en situación de dependencia e a situación de coidado da mostra final ($n = 554$) recóllense na Táboa 3.

O 86.8% ($n = 481$) foron mulleres, cunha idade media de 55.3 anos ($DT = 11.8$), e un rango de entre 25 e 86. O 71.8% ($n = 398$) estaban casados/as ou vivían en parella, o 54.5% ($n = 302$) tiñan estudos primarios, para o 57.2% ($n = 317$) a actividade principal eran as tarefas domésticas, e o 58.1% ($n = 322$) tiñan ingresos mensuais familiares de entre 1000 e 1999 €.

En relación coa persoa en situación de dependencia, o 62.8% ($n = 348$) foron mulleres, cunha idade media de 61.3 anos ($DT = 31.2$) e un rango de 2 a 101.

Por último, no relativo ás variables relacionadas coa situación de coidado, o 37.7% ($n = 209$) coidaba ao seu pai ou a súa nai, e facíao durante unha media de 12.9 anos ($DT = 8.8$), e 15.8 ($DT = 3.9$) horas diarias.

Táboa 3. Perfís das persoas coidadoras e en situación de dependencia e da situación de coidado ($n = 554$)

Variables	$n = 554$	%
Variables do coidador/a		
Sexo		
Home	73	13.2
Muller	481	86.8
Idade (anos)		
<i>M (DT)</i>	55.3 (11.8)	
Rango	25-86	

Estado civil		
Solteiro/a	74	13.4
Casado/a-Vive en parella	398	71.8
Separado/a-Divorciado/a-Viúvo/a	82	14.8
Nivel educativo		
Non sabe ler nin escribir	2	0.4
Sen estudos, pero sabe ler e escribir	73	13.2
Estudos primarios	302	54.5
Estudos secundarios	104	18.8
Estudos universitarios	73	13.2
Actividade principal		
Traballador por conta propia ou allea	110	19.9
Xubilado/a	95	17.1
Tarefas domésticas	317	57.2
Desempregado/a	32	5.8
Ingresos mensuais familiares		
<1000 €	137	24.7
1000-1999 €	322	58.1
≥2000 €	95	17.1
Variables da persoa en situación de dependencia		
Sexo		
Home	206	37.2
Muller	348	62.8
Idade (anos)		
<i>M (DT)</i>	63.1 (31.2)	
Rango	2-101	
Variables da situación de coidado		
Parentesco coa persoa coidada. Coida a:		
Pai/nai	209	37.7
Cónxuxe/parella	64	11.6
Fillo/a	162	29.2
Outros familiares	108	19.5
Outros non familiares	11	2.0
Duración do coidado (anos)		
<i>M (DT)</i>	12.9 (8.8)	
Rango	0.9-51	
Horas diarias dedicadas ao coidado		
<i>M (DT)</i>	15.8 (3.9)	
Rango	3-24	

4.2. Características clínicas da mostra

As principais características clínicas da mostra final ($n = 554$) recóllense na Táboa 4. As puntuacións medias foron de 28.0 ($DT = 5.3$) para reforzamento ambiental positivo, 50.0 ($DT = 21.2$) para pensamentos negativos, 29.5 ($DT = 6.3$) para

autoeficacia, 3.0 (*DT* = 2.0) para neuroticismo, 3.7 (*DT* = 1.9) para extraversión, e 1.3 (*DT* = 1.0) para psicoticismo.

Táboa 4. Características clínicas da mostra (*n* = 554)

Variables	<i>n</i> = 554
Reforzamento ambiental positivo	
<i>M (DT)</i>	28.0 (5.3)
Rango	15-40
Pensamentos negativos	
<i>M (DT)</i>	50.0 (21.2)
Rango	30-132
Autoeficacia	
<i>M (DT)</i>	29.5 (6.3)
Rango	10-40
Neuroticismo	
<i>M (DT)</i>	3.0 (2.0)
Rango	0-6
Extraversión	
<i>M (DT)</i>	3.7 (1.9)
Rango	0-6
Psicoticismo	
<i>M (DT)</i>	1.3 (1.0)
Rango	0-4

4.3. Prevalencia de depresión e sintomatoloxía depresiva

4.3.1. Prevalencia de depresión maior

A prevalencia de depresión no momento do estudo móstrase na Figura 5. O 16.1% (*n* = 89) dos 554 participantes presentaban un episodio de depresión maior.

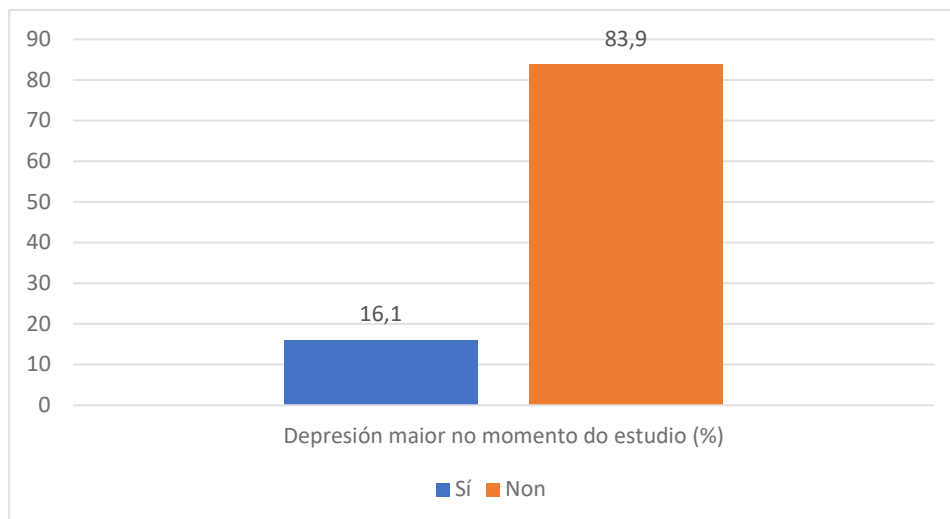


Figura 5. Prevalencia da depresión ($n = 554$)

Os síntomas máis frecuentemente informados polas persoas coidadoras que presentaban un episodio depresivo maior foron (ver Táboa 5): estado de ánimo depresivo, nun 92.1%; insomnio, nun 87.6%; e fatiga ou perda de enerxía, e pensamentos sobre a morte, nun 84.3%.

Táboa 5. Síntomas máis frecuentes nas persoas coidadoras deprimidas ($n = 89$)

Síntomas	Si		Non	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Estado de ánimo depresivo	82	92.1	7	7.9

2. Diminución acusada do interese ou da capacidade para o pracer	71	79.8	18	20.2
3a. Apetito reducido/aumentado	47	52.8	42	47.2
3b. Perda de peso	19	21.3	70	78.7
3c. Aumento de peso	52	58.4	37	41.6
4a. Insomnio	78	87.6	11	12.4
4b. Hipersomnia	12	13.5	77	86.5
5a. Enlentecimento psicomotor	41	46.1	48	53.9
5b. Axitación psicomotora	40	44.9	49	55.1
6. Fatiga ou perda de enerxía	75	84.3	14	15.7
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excesivos ou inapropiados	28	31.5	61	68.5
8a. Dificultade para concentrarse ou tomar decisións	68	76.4	21	23.6
8b. Pensamentos lentos ou confusos	57	64.0	32	36.0
9a. Pensamentos sobre a morte	75	84.3	14	15.7
9b. Desexo de morrer	29	32.6	60	67.4
9c. Pensamentos de suicidio	16	18.0	73	82.0
10d. Intento de suicidio	3	3.4	86	96.6

4.3.2. Sintomatoloxía depresiva

A puntuación media de sintomatoloxía depresiva foi de 18.3 ($DT = 11.4$), nun rango de 0 a 53. Considerando o punto de corte de 16 na escala CES-D como definitorio de risco, un 57.4% ($n = 318$) das persoas coidadoras da mostra atopábanse en risco de depresión (ver Figura 6).

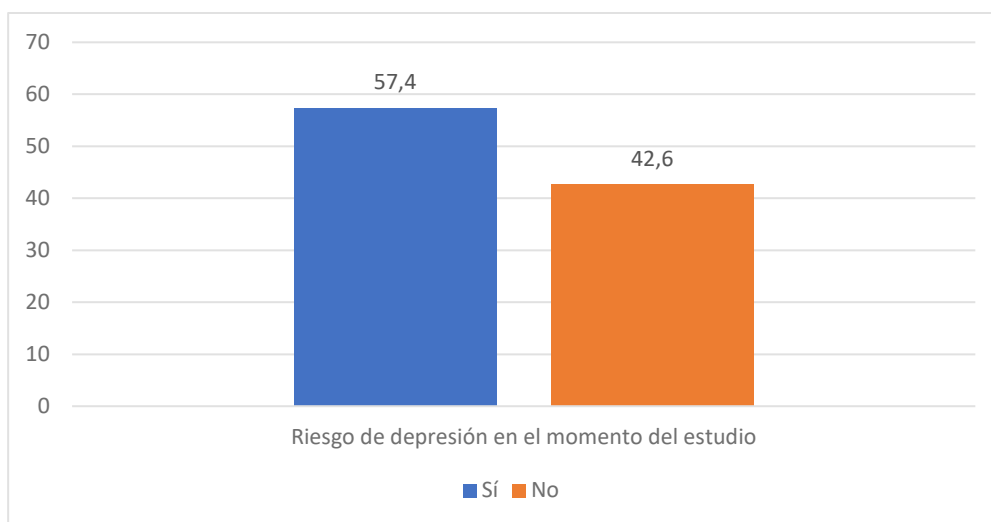


Figura 6. Persoas coidadoras en risco de depresión (%)

4.4. Resiliencia

4.4.1. Niveis de resiliencia

A puntuación media de resiliencia das persoas coidadoras foi de 26.3 ($DT = 7.6$), nun rango de 0 a 40. Empregando un punto de corte de ≤ 23 para diferenciar entre baixa e alta resiliencia, atopouse que o 34.6% mostraban unha baixa resiliencia. (ver Figura 7).

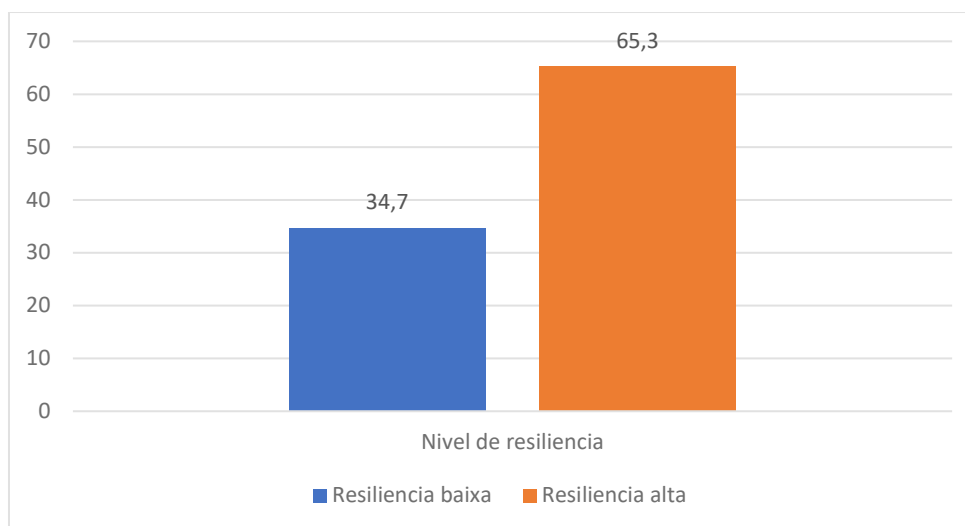


Figura 7. Niveis de resiliencia das persoas coidadoras (%)

A distribución de frecuencias das respostas das persoas coidadoras aos ítems da Escala CD-RISC-10 recóllense na Táboa 6. Os ítems para os que as persoas coidadoras manifestaron que *É certo a maior parte das veces* con máis frecuencia foron: Tento recuperarame despois dunha enfermidade ou dificultade (59.7%), Son capaz de adaptarme aos cambios (50.9%), e Véxome a min mesmo como unha persoa forte (41.2%).

Táboa 6. Respostas das persoas coidadoras á CD-RISC-10 (n = 554)

Ítem	Non é certo en absoluto		De cando en cando é certo		Ás veces é certo		A miúdo é certo		É certo a maior parte das veces	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Son capaz de adaptarme aos cambios	9	1.6	15	2.7	113	20.4	135	24.4	282	50.9
Podo manexar calquera cousa que veña	23	4.2	43	7.8	204	36.7	176	31.8	108	19.5
Tento ver o lado cómico dos problemas	59	10.6	84	15.2	166	30.0	119	21.5	126	22.7
Afrontar o estrés pode facerme máis forte	51	9.2	62	11.2	135	24.4	158	28.5	148	26.7
Tento recuperarame despois dunha enfermidade ou dificultade	5	0.9	13	2.4	53	9.6	152	27.4	331	59.7
Podo alcanzar os meus obxectivos a pesar dos obstáculos	12	2.2	45	8.1	191	34.5	174	31.4	132	23.8
Podo permanecer centrado	99	17.9	106	19.1	175	31.6	97	17.5	77	13.9

baixo presión										
Non me desencoraxo facilmente polos fracasos	51	9.2	71	12.8	161	29.0	120	21.7	151	27.3
Véxome a min mesmo como unha persoa forte	41	7.4	42	7.6	122	22.0	121	21.8	228	41.2
Podo manexar as emocións desagradables	46	8.3	59	10.6	175	31.6	126	24.5	138	24.9

4.4.2. Variables asociadas á resiliencia da persoa cuidadora

As puntuacións medias de resiliencia en función das variables do cuidador/a, a persoa cuidada, a situación de coidado e clínicas, así como os estatísticos para analizar as diferenzas entre grupos e a p asociada, recóllense na Táboa 7. En relación coas variables da persoa cuidadora, atopáronse diferenzas significativas na resiliencia en función do sexo ($t(552) = 3.084, p = .002$); unha correlación directa significativa entre idade do cuidador/a e resiliencia ($r = .098, p = .021$); e diferenzas significativas na resiliencia en función do estado civil ($F(2, 551) = 3.618, p = .027$), en concreto, de acordo cos contrastes post hoc, entre solteiros/as e separados/as-divorciados/as-viúvos/as ($p = .024$). Con respecto ás variables da situación de coidado, atopouse unha correlación directa significativa entre tempo cuidando e resiliencia ($r = .094, p = .027$). En canto ás variables clínicas, atopáronse correlacións directas significativas da resiliencia con reforzamento ambiental positivo ($r = .499, p < .001$), autoeficacia ($r = .664, p < .001$) e extraversión ($r = .359, p < .001$), e correlacións inversas significativas da resiliencia con pensamentos negativos ($r = -.380, p < .001$) e neuroticismo ($r = -.508, p < .001$). Non se atopou relación entre ningunha das restantes variables do cuidador/a, a persoa cuidada, a situación de coidado ou clínicas e a resiliencia.

Táboa 7. Variables asociadas á resiliencia (n = 554)

Variables	M (DT)	F/t/r	p
Variables do coidador/a			
Sexo			
Home	28.9 (7.1)	3.084	.002
Muller	25.9 (7.7)		
Idade (anos)		.098	.021
Estado civil			
Solteiro/a	24.4 (7.7)	3.618	.027
Casado/a-Vive en parella	26.4 (7.6)		
Separado/a-Divorciado/a-Viúvo/a	27.7 (7.8)		
Nivel educativo			
Non sabe ler nin escribir	22.5 (3.5)	1.411	.229
Sen estudos, pero sabe ler e escribir	26.9 (8.4)		
Estudos primarios	26.1 (7.6)		
Estudos secundarios	25.5 (7.6)		
Estudos universitarios	27.9 (6.8)		
Actividade principal			
Traballador por conta propia ou allea	26.3 (7.8)	2.486	.060
Xubilado/a	28.2 (7.7)		
Tarefas domésticas	25.8 (7.6)		
Desempregado/a	26.0 (7.3)		
Ingresos mensuais familiares			
<1000 €	26.0 (7.8)	1.267	.283
1000-1999 €	26.1 (7.8)		
≥2000 €	27.4 (6.9)		
Variables da persoa en situación de dependencia			
Sexo			
Home	26.3 (7.2)	.063	.950
Muller	26.3 (7.9)		
Variables da situación de coidado			
Parentesco coa persoa coidada.			
Coida a:			
Pai/nai	25.5 (7.7)	1.211	.305
Cónxuxe/parella	27.6 (6.6)		
Fillo/a	26.9 (7.9)		
Outros familiares	26.2 (7.7)		
Outros non familiares	27.4 (8.7)		
Duración do coidado (anos)		.094	.027
Horas diarias dedicadas ao coidado		-.063	.139
Variables clínicas			
Reforzamento ambiental positivo		.499	<.001
Pensamentos negativos		-.380	<.001
Autoeficacia		.664	<.001

Neuroticismo	-0.508	<.001
Extraversión	.359	<.001
Psicoticismo	-.026	.540

4.4.3. Resiliencia como factor protector da depresión

A resiliencia foi predictora do nivel de sintomatoloxía depresiva, de forma que un maior nivel de resiliencia predecía unha menor sintomatoloxía depresiva ($B = -0.66$, IC 95% [-0.77, -0.55], $\beta = -0.44$, $p < .001$). Este modelo de regresión sitúase na primeira sección da Táboa 8.

No relativo ás análises de moderación, atopáronse dúas variables moderadoras do efecto da resiliencia sobre os síntomas depresivos (ver Táboa 8): sexo da persoa coidadora, e autoeficacia.

Táboa 8. Modelos de regresión da sintomatoloxía depresiva sobre a resiliencia e as variables moderadoras

Efectos da(s) variable(s) predictor(a)s	Coeficiente	ET	T	p	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Resiliencia $R^2 = .196$ $F(1, 552) = 134.403$, $p < .001$						
Intercepto	iY 35.688	1.566	22.790	<.001	32.612	38.764
Resiliencia (T)	b_1 -.663	.057	-11.593	<.001	-.775	-.550
Resiliencia * Sexo da persoa coidadora $R^2 = .205$ $F(3, 550) = 47.256$, $p < .001$						
Intercepto	iY 24.538	5.019	4.889	<.001	14.679	34.397
Resiliencia (T)	b_1 -.335	.169	-1.985	.048	-.667	-.003
Sexo do coidador (M)	b_2 12.182	5.284	2.306	.022	1.803	22.560
Interacción T x M (TM)	b_3 -.357	.180	-1.990	.047	-.710	-.005

Resiliencia * Autoeficacia							
$R^2 = .204$							
$F(3, 550) = 47.014, p < .001$							
Intercepto	iY	26.427	5.916	4.467	<	14.807	38.047
.001							
Resiliencia (T)	b_1	-.121	.249	-.486	.627	-.610	.368
Autoeficacia (M)	b_2	.277	.219	1.264	.207	-.154	.708
Interacción T x M (TM)	b_3	-.016	.008	-2.005	.045	-.032	.000
Nota. ET = Erro típico; IC = Intervalo de confianza.							

O coeficiente para a interacción TM entre o variable sexo da persoa coidadora e a resiliencia, $b_3 = -.357$, foi significativamente distinto de cero: $t(550) = -1.99, p = .047$. Deste xeito, o feito de ser home ou muller pode condicionar o efecto da variable resiliencia sobre a sintomatoloxía depresiva. A Figura 8 contén a representación gráfica da interacción.

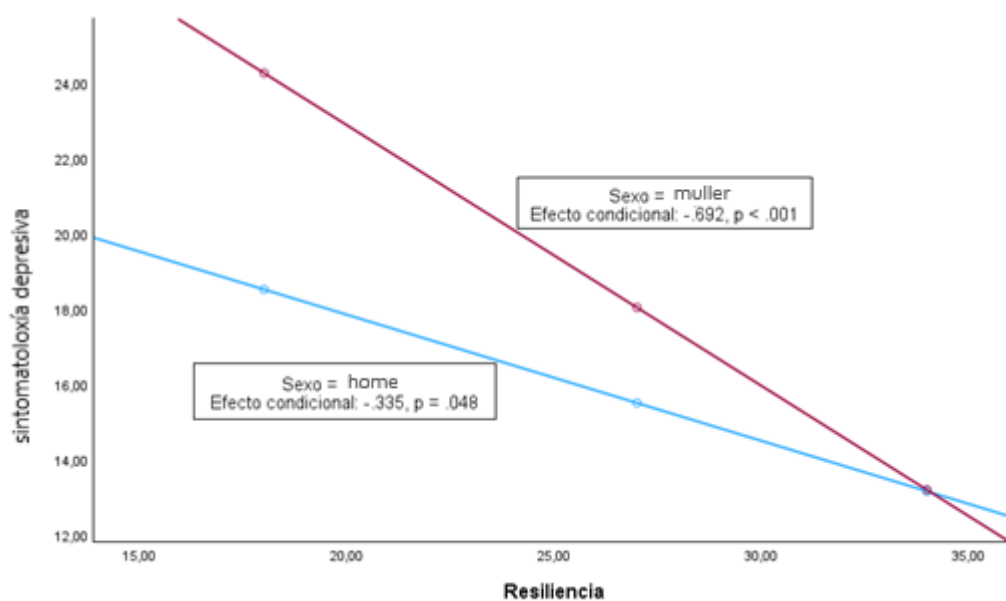


Figura 8. Efectos condicionais da variable resiliencia nos niveis da variable moderadora sexo do coidador

A pendente que asociou a variable resiliencia á sintomatoloxía depresiva foi negativa en ambos os grupos de sexo, de modo que un maior grao de resiliencia do/a coidador/a está asociado a menor sintomatoloxía depresiva en calquera das categorías da variable moderadora. Con todo, foi máis pronunciada no caso de que a persoa

coidadora fose unha muller. Polo efecto condicional, estímase que o aumento dunha unidade do grao de resiliencia conleva unha redución maior da sintomatoloxía depresiva cando a coidadora é unha muller.

Así mesmo, a autoeficacia moderou a relación entre a resiliencia e a sintomatoloxía depresiva. O coeficiente correspondente á interacción, $b_3 = -.016$, foi significativamente distinto de cero: $t(550) = -2.01$, $p = .045$. A Figura 9 representa as rexións demarcadas polos límites superior e inferior do efecto, estimados mediante a técnica de Johnson-Neyman (Hayes, 2018, 2022). O efecto esténdese a practicamente todo o rango de valores de autoeficacia, pois se estima que sucede a partir de 11.86, unha medida superada polo 99.46% da mostra.

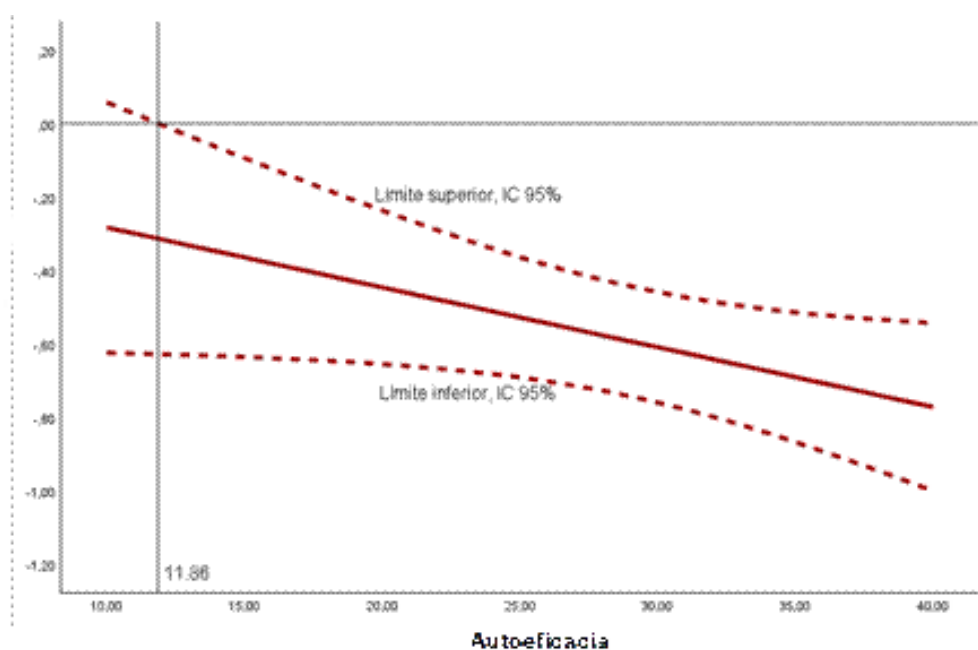


Figura 9. Efecto condicional da variable resiliencia na sintomatoloxía depresiva en función da variable moderadora autoeficacia

O resto das variables sociodemográficas do/a coidador/a (idade, estado civil, nivel de estudos, actividade principal, e ingresos mensuais da familia), a persoa en situación de dependencia (sexo e idade) e a situación de coidado (parentesco do coidador coa persoa coidada, anos de duración da situación de coidado e horas diarias

dedicadas ao coidado), e clínicas (reforzamento ambiental positivo, pensamentos negativos e variables de personalidade [neuroticismo, extraversión, psicoticismo]) non moderaron a relación entre resiliencia e sintomatoloxía depresiva.

5. Conclusións

Perfil sociodemográfico da persoa cuidadora, a persoa en situación de dependencia e da situación de coidado

- A mostra estivo constituída por 554 cuidadores/as de persoas en situación de dependencia. O perfil sociodemográfico da persoa cuidadora foi nunha altísima porcentaxe (86.6%) o dunha muller; na idade adulta (idade media = 55.3 anos); casada ou que vivía en parella; con estudos primarios; que se dedicaba ás tarefas domésticas e non desempeñaba unha actividade remunerada fóra do fogar; e con ingresos mensuais familiares de entre 1000 e 1999 €. É destacable que a porcentaxe de mulleres foi superior ao atopado nun bo número de traballos previos (Colombo et al., 2011; OECD, 2021; Triantafyllou et al., 2010; Verbakel et al., 2017), algúns deles na nosa contorna (p.ex., IGE, 2017). A pesar dos cambios no modelo e os roles da familia e a incorporación da muller ao mercado laboral, o coidado das persoas dependentes no noso país segue sendo desafortunadamente asumido maioritariamente polas mulleres.

- O perfil da persoa receptora do coidado foi tamén o dunha muller, cunha idade media de 61.3 anos, o cal é congruente cos achados doutros estudos nos que atoparon que todos os tipos de discapacidade afectaron máis as mulleres que aos homes.
- En relación coa situación de coidado, a maioría das persoas coidadoras coidaban a un dos seus proxenitores, e o fixera durante case 13 anos, cunha intensidade moi elevada, dedicando ao coidado unha media de case 16 horas diarias.

Perfil clínico das persoas coidadoras

- A puntuación media de reforzamento ambiental positivo (a percepción que ten a persoa do reforzamento positivo proveniente da contorna) foi similar ao atopado en Vázquez, López, et al. (2019) nunha mostra de coidadores/as non profesionais de características similares, e lixeiramente inferior á atopada en poboación española non clínica (Barraca e Pérez-Álvarez, 2010). Estes resultados son consistentes con achados previos de acordo cos cales as persoas coidadoras reducen a súa participación en actividades agradables e sociais (Instituto Galego de Estatística [IGE], 2017; Labrum e Newhill, 2021).
- A puntuación media de pensamentos negativos foi similar á atopada por Otero et al. (2017) nunha mostra de 592 coidadores/as informais de persoas con distintas condicións de saúde. Equivalente á atopada na mostra normativa orixinal de estudantes universitarios (Hollon e Kendall, 1980), e similar ou lixeiramente inferior ás atopadas noutros estudos de validación do instrumento en mostras de traballadores/as (Deardorff et al., 1984), e mostras clínicas de pacientes deprimidos/as e non deprimidos/as con problemas mentais ou médicos (Harrell e Ryon, 1983).
- A puntuación media de autoeficacia (a crenza que as persoas teñen sobre a súa capacidade para regular as súas propias accións e conseguir os seus obxectivos) foi similar á atopada por Blanco, Vázquez, et al. (2019) nunha mostra de 592 coidadores/as informais de persoas en situación de dependencia. Así mesmo, está dentro do rango obtido para 25 países por Scholz et al. (2002), que oscilou entre 20.2 para os xaponeses

e 33.2 para os costarrriqueños (constituíndo esta última a media para a versión española de Baessler e Schwarzer, 1996). Así mesmo, esta puntuación foi superior á atopada en pacientes ambulatorios españois (De las Cuevas e Peñate, 2015), persoas de baixa laboral en Suecia (Löve et al., 2012), mulleres de Alemaña e Polonia e mulleres traballadoras de Costa Rica (Luszczynska et al., 2005). Similar á achada para adultos/as noruegueses/as (Leganger et al., 2000). E inferior á atopada no estudo de Luszczynska et al. (2005) para os homes, as mulleres de Turquía e USA (independentemente da súa ocupación) e as mulleres estudantes de Costa Rica (Luszczynska et al., 2005)

- As puntuacións medias en neuroticismo (o trazo de disposición a experimentar afectos negativos, incluíndo ira, ansiedade, timidez, irritabilidade, inestabilidade emocional e depresión), extraversión (a tendencia xeral a experimentar emocións positivas, así como trazos como sociable, vivaz e activo) e psicoticismo (propensión á impulsividade, á agresividade, ao comportamento antisocial, ao desapego e a unha ausencia de preocupación por outras persoas) foron similares ás atopadas na investigación de Otero et al. (2017) en persoas coidadoras; e nos traballos de Francis et al. (1992) e Sandín et al. (2002) con estudantes universitarios de distintos países.

Prevalencia de depresión e sintomatoloxía depresiva

- A prevalencia de depresión foi do 16.1%, superior ao atopado en investigacións previas en poboacións de persoas coidadoras (Torres et al., 2015, 2020), e case o cuádruplo do atopado nun traballo de revisión sistemática e metanálise en poboación xeral (Ferrari et al., 2013), que atopou unha prevalencia puntual ponderada do 4.7% a nivel mundial. Os síntomas máis frecuentemente informados foron estado de ánimo depresivo, insomnio, fatiga ou perda de enerxía, e pensamentos sobre a morte.

- O 57.4% das persoas coidadoras estaban en risco de depresión. Este dato tamén foi superior ao atopado nunha investigación previa nesta poboación (Vázquez,

López, et al., 2019), e máis do triplo das cifras máximas de depresión subsindrómica atopadas no traballo de revisión de Rodríguez et al. (2012), do 17.2% en mostras de poboación xeral. Ademais, a presenza de síntomas depresivos é un factor de alto risco para desenvolver un episodio depresivo maior.

- Non esquezamos que a depresión ten un profundo impacto sobre a saúde, o benestar e a calidade de vida de quen a padece, afectando á súa funcionalidade e actividades diarias; e, neste caso, ademais tamén inflúe na calidade dos coidados que poida proporcionar a persoa coidadora ao seu ser querido.

- É máis, estas elevadas taxas de prevalencia de depresión, se cabe son aínda máis preocupantes, dado o predominio de mulleres exercendo o rol de coidado de persoas en situación de dependencia, xa que a probabilidade de que sufran este trastorno é dúas veces maior que nos homes.

Resiliencia, niveis de resiliencia, e variables asociadas á resiliencia

- Un porcentaxe significativo de persoas coidadoras participantes na investigación informaron dun baixo nivel de resiliencia (o proceso e o resultado de adaptarse con éxito a experiencias de vida difíciles ou desafiantes). En concreto, un 34.6% presentaban baixa resiliencia de acordo co punto de corte establecido. Os ítems da Escala CD-RISC-10 máis frecuentemente informados foron: *Tento recuperarme despois dunha enfermidade ou dificultade*, *Son capaz de adaptarme aos cambios*, e *Véxome a min mesmo como unha persoa forte*.

- As puntuacións medias de resiliencia foron maiores para os homes; canto maior era a idade da persoa coidadora; para as persoas separadas, divorciadas ou viúvas; e canto máis tempo levaban coidando. Así mesmo, maior reforzamento ambiental positivo, autoeficacia e extraversión asociáronse a maior resiliencia. Pola contra, cantos máis pensamentos negativos e puntuacións máis elevadas en neuroticismo, menor resiliencia.

Resiliencia como factor protector fronte á depresión e moderador da relación entre resiliencia e depresión

- Maior resiliencia predecía menor sintomatoloxía depresiva, actuando como factor protector fronte á depresión. As variables moderadoras da relación entre ambas variables foron o sexo e a autoeficacia; atopándose que, aínda que existía relación entre resiliencia e depresión para todas as persoas coidadoras, a resiliencia conlevaba unha maior redución da sintomatoloxía depresiva para as coidadoras mulleres; e que, canto maior era a autoeficacia, maior era o impacto da resiliencia sobre a sintomatoloxía depresiva.

Limitacións da investigación

- Entre as limitacións do presente traballo atópase que se empregou un deseño transversal, polo que as relacións atopadas non poden demostrar causalidade. Son necesarios estudos lonxitudinais, que realicen avaliacións repetidas das mesmas persoas, para analizar as fluctuacións da sintomatoloxía das persoas coidadoras no tempo, e poder achegar explicacións causais da relación entre resiliencia e depresión en persoas coidadoras.

- Ademais, esta investigación foi realizada cunha mostra de persoas coidadoras da Comunidade Autónoma de Galicia, o que podería limitar a extrapolación destes achados a outras mostras de coidadores/as; con todo, o perfil da mostra foi similar ao atopado en traballos previos a nivel nacional e internacional (p.ex., Colombo et al., 2011; OECD, 2021; Triantafyllou et al., 2010; Verbakel et al., 2017), suxerindo que estes resultados poderían ser xeneralizables.

Implicacións dos resultados e propostas de futuro

En base aos achados do presente traballo, recoméndanse as seguintes accións:

- Promover medidas para potenciar a corresponsabilidade entre mulleres e homes nas tarefas de coidado.
- Potenciar medidas para promover a conciliación da vida persoal, familiar e laboral, facilitando a incorporación das mulleres coidadoras á actividade laboral remunerada. Así como promover medidas para potenciar a participación das persoas coidadoras en actividades agradables e sociais (p.ex., programas de respiro familiar, programas de axuda a domicilio, centros de día).
- Desenvolver protocolos para a detección da sintomatoloxía depresiva e a depresión na poboación de persoas coidadoras, como poboación en risco.
- Establecer un servizo de atención psicolóxica e psiquiátrica para as persoas coidadoras, dirixido a mellorar o seu benestar emocional e previr a aparición de problemas de saúde mental.
- Tamén é necesario desenvolver programas para previr a depresión dirixidos a a promover e mellorar o estilo de afrontamento resiliente nas persoas coidadoras. Deben centrarse na identificación de estratexias activas de afrontamento que melloren a adaptación a coidar do seu ser querido e aumentar a conciencia sobre os aspectos positivos de dar esa axuda, fomentando ao mesmo tempo a procura de significado persoal dentro da experiencia de coidado. Dado que as tarefas de coidado normalmente resultan no aprazamento ou renuncia de proxectos persoais e a confrontación de cambios nos roles sociais e múltiples perdas, fortalecer os recursos persoais dos/as coidadores/as podería reducir significativamente a angustia e carga emocional resultante. Ademais, estes programas deberían promover tamén a autoeficacia para potenciar os resultados da resiliencia sobre a sintomatoloxía depresiva, e estar dirixidos de maneira preferente ás mulleres coidadoras por mor da súa maior vulnerabilidade a depresión.
- Por último, é necesario poñer en marcha urxentemente intervencións psicolóxicas e psiquiátricas para tratar a depresión dirixidas a ese elevado

número de persoas coidadoras que xa están a sufrila actualmente, comprometendo seriamente a súa saúde mental e o coidado do seu ser querido.

5. Referencias bibliográficas

- Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. C., e Hamers, J. P. H. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: A systematic review of qualitative studies. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 891-902. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002154>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). Autor.
- Armento, M. E. A. e Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.003>
- Atoyebi, Ou., Eng, J. J., Routhier, F., Bird, M., e Mortenson, W. B. (2022). A systematic review of systematic reviews of needs of family caregivers of older adults with dementia. *European Journal of Ageing*, 19(3), 381-396. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00680-0>
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C. e Kronmuller, 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. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.007>
- Baessler, J., e Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baron, R. M. e Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barraca, J. e Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16, 95-107.

- Beauchamp, M. È., Chênevert, D., Maisonneuve, F., e Mansour, S. (2023). How do Informal Caregivers of Seniors' Tasks Lead to Presenteeism and Absenteeism Behaviors? A Canadian Quantitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5392. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075392>
- Bedaso, A., Dejenú, G., e Dukó, B. (2022). Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, <https://doi.org/10.1002/pon.6045>
- Bermejo-Toro, L., Sánchez-Izquierdo, M., Calvete, E., e Roldán, M. A. (2020). Quality of life, psychological well-being, and resilience in caregivers of people with acquired brain injury (ABI). *Brain injury*, 34(4), 480–488. <https://doi.org/10.1080/02699052.2020.1725127>
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., e Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(5), 533-543. <https://doi.org/10.1007/s10882-013-9333-5>
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., e Vázquez, F. L. (2019). Spanish validation of the 10-item Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC 10) with non-professional caregivers. *Aging & Mental Health*, 23, 183-188. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399340>
- Blanco, V., Vázquez, F. L., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., e Otero, P. (2019). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia generalizada en cuidadores no profesionales. [Psychometric properties of the Generalized Self-Efficacy Scale in non- professional caregivers]. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico e Avaliación Psicológica*, 52(3), 115-127. <https://doi.org/10.21865/ridep52.3.09>
- Bloom, D. E. e Zucker, L. M. (2023). Aging is the real population bomb. *Finance & Development*, 60 (2).

- Campbell-Sills, L. e Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T. e Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications. *The Lancet, 385* (9967). 563-575. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61462-8)
- Clancy, R. L., Fisher, G. G., Daigle, K. L., Henle, C. A., McCarthy, J., e Fruhauf, C. A. (2020). Eldercare and work among informal caregivers: A multidisciplinary review and recommendations for future research. *Journal of Business and Psychology, 35*(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-9612-3>
- Collins, R. N., e Kishita, N. (2020). Prevalence of depression and burden among informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis. *Ageing & Society, 40*(11), 2355-2392. <https://doi.org/10.1017/s0144686x19000527>
- Colombo, F., Chea-Nozal, A., Mercier, J., e Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD.
- Cuijpers, P. e 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00301.x>
- Cuijpers, P., Smit, F. e Willemse, G. (2005). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 133–138. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00416.x>
- De las Cuevas, C., e Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema, 27*(4), 410-415. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.56>

- Deardorff, P. A., Hopkins, L. R. e Finch, A. J. (1984). Automatic Thoughts Questionnaire: a reliability and validity study. *Psychological Reports*, 55, 708-710
- Dias, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Sousa, M. F., Baptista, M. A., Lacerda, I. B., Kimura, N. R., e Dourado, M. C. (2016). Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 74(12), 967–973. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20160162>
- Dias, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Torres, B., Baptista, M. A. T., Kimura, N. R. S., e Dourado, M. C. N. (2020). Caregivers' resilience in mild and moderate Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 24(2), 250-258. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1533520>
- Domenéch, J. M. e Navarro, J. B. (2006a). *Regresión lineal múltiple con predictores cuantitativos y categóricos*. Signo.
- Domenéch, J. M. e Navarro, J. B. (2006b). *Regresión logística binaria, multinomial, de Poisson y binomial negativa*. Signo.
- Dozois, D. J. A. e Westra, H. A. (2004). The nature of anxiety and depression: Implications for prevention. En D. J. A. Dozois e K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research and practice* (pp. 9-42). American Psychological Association.
- Estrada, M. E., Gil, A. I., Gil, M. e Viñas, A. (2019). Informal care. European situation and approximation of a reality. *Health Policy (Ámsterdam, Netherlands)*, 123(12), 1163–1172. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.007>
- European Commission. (2015). *The 2015 ageing report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. Publications Office of the European Union.
- Fernández-Lansac, V., e Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión [Resilience, resistant personality and growth in caregivers of people with dementia in the family environment: A review]. *Clínica y Salud*, 22, 21-40.

- Fernández-Lansac, V., López, M. C., Cáceres, R., e Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. [Resilience in caregivers of patients with dementia: A preliminary study]. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(3), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.004>
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., e Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471-481. <https://doi.org/10.1017/s0033291712001511>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. e Spitzer, R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association.
- Francis, L. J., Brown, L. B. e Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90073-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90073-X)
- Fujihara, S., Inoue, A., Kubota, K., Kim Fong, R. E., e Kondo, K. (2019). Caregiver Burden and Work Productivity Among Japanese Working Family Caregivers of People with Dementia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 125-135. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9753-9>
- Geng, H.-M., Chuang, D.-M., Yang, F., Yang, E., Liu, W.-M., Liu, L.-H., e Tian, H.-M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Giordano, B. (1997). Resilience: A survival tool for the nineties. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 65(6), 1032-1036

- Halstead, E., Ekas, N., Hastings, R. P., e Griffith, G. M. (2018). Associations Between Resilience and the Well-Being of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1108-1121. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3447-z>
- Harrel, T. H. e Ryon, N. B. (1983). Cognitive-behavioral assessment of depression: clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 721-725.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2.^a ed.). The Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3.^a ed.). The Guilford Press.
- Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A., e Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80 (19), 1778-1783. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e31828726f5>
- Hollon, S. D., e Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thought Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395. <https://doi.org/10.1007/bf01178214>.
- Hwang, I. C., Kim, E. S., Le, E. J., Choi, E. S., Hwang, S. W., Kim, H. M., e Koh, S. (2018). Factors associated with caregivers' resilience in a terminal cancer care setting. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(4), 677-683. <https://doi.org/10.1177/1049909117741110>
- Iacob, C. I., Eugen, A., Cojocaru, D., e Podina, I. R. (2020). Resilience in Familial Caregivers of Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11), 4053-4068. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04473-9>
- Instituto Galego de Estatística [IGE]. (2017). *Enquisa estrutural a fogares. Dependencia*. Autor.

Instituto Galego de Estatística [IGE]. (2023). *Cifras poboacionais de referencia*. Autor.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). *Proyecciones de población 2022-2072*.
Autor.

Janson, P., Willeke, K., Zaibert, L., Budnick, A., Berghöfer, A., Kittel-Schneider, S., Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C., e Keil, T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph19105864>

Jeune, B., Eriksen, M. I., Andersen-Ranberg, K., e Brønnum-Hansen, H. (2015). Improvement in health expectancy at ages 50 and 65 in Denmark during the period 2004-2011. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43 (3), 254-259. <https://doi.org/10.1177/1403494815569104>

Jones, S. M., Killeth, A., e Mioshi, E. (2019). The role of resilient coping in dementia carers' wellbeing. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 15, 6-12. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2019.15.1.6>

Kaschowitz, J. e Brandt, M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine* (1982), 173, 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.036>

Kimura, N. R. S., Neto, J. P. S., Santos, R. L., Baptista, M. A. T., Portugal, G., Johannessen, A., Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J., Rodrigues, V. M., e Dourado, M. C. N. (2019). Resilience in Carers of People With Young-Onset Alzheimer Disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 32(2), 59-67. <https://doi.org/10.1177/0891988718824039>

Koyanagi, A., DeVlyder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., e Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>

- Kumpfer, K. L., e Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 11-20
- Labrum, T., e Newhill, C. E. (2021). Perceived isolation among family caregivers of people with mental illness. *Social Work*, 66 (3), 245-253. <https://doi.org/10.1093/sw/swab019>
- Leganger, A., Kraft, P., e Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15(1), 51- 69. <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
- Leist, A. K. (2018). Population aging, demographic trends, and consequences for long-term care. En T. Boll, D. Ferring e J. Valsiner (Eds.), *Cultures of care in aging; Cultures of care in aging* (pp. 3-19). IAP Information Age Publishing.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E., e Allen, N.B. (1997). Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12, 277- 287.
- Lei Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais. (2018, 5 de decembro). *Boletín Oficial do Estado [BOE]*, 294, 6 de decembro, 2018. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., e Ho, R. C. (2017). The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Löve, J., Moore, C. D., e Hensing, G. (2012). Validation of the Swedish translation of the Xeneral Self-Efficacy Scale. *Quality of Life Research*, 21(7), 1249-1253. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0030-5>
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., e Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International*

Journal of Psychology, 40(2), 80-89.

<https://doi.org/10.1080/00207590444000041>

Luthar, S. S., Cicchetti, D. e Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.

<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Martin, A. J., e Marsh, H. W. (2006). Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43(3), 267-281.

Martsof, G. R., Kandrack, R., Rodakowski, J., Friedman, E. M., Beach, S., Folb, B., e James, A. E. (2020). Work performance among informal caregivers: A review of the literature. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 1017-1028.

<https://doi.org/10.1177/0898264319895374>

McCabe, M., You, E., e Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70-e88.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>

McKenna, Ou., Fakolade, A., Cardwell, K., Langlois, N., Jiang, K., Ou Pilutti, L. A. (2021). Towards conceptual convergence: A systematic review of psychological resilience in family caregivers of persons living with chronic neurological conditions. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, <https://doi.org/10.1111/hex.13374>

Montgomery, W., Goren, A., Kahle-Wroblewski, K., Nakamura, T., e Ueda, K. (2018). Alzheimer's disease severity and its association with patient and caregiver quality of life in Japan: results of a community-based survey. *BMC Geriatrics*, 18(1), 141.

<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0831-2>

Mukherjee, S., e Kumar, U. (2017). Psychological resilience. A conceptual review of theory and research. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience* (pp.3–12). Taylor and Francis.

- Newman, T. B., Browner, W. S. e Cummings, S. R. (2023). Designing cross-sectional and cohort studies. En W. S. Browner, T. B. Newman, S. R. Cummings, D. G. Grady, A. J. Huang, A. M. Kanaya e M. J. Pletcher. (Eds)., *Designing clinical research* (5.ª ed., pp. 116-137). Lippincott Williams & Wilkins.
- Norton, M. C., Clark, C., Fauth, E. B., Piercy, K. W., Pfister, R., Green, R. C., Corcoran, C. D., Rabins, P. V., Lyketsos, C. C., e Tschanz, J. T. (2013). Caregiver personality predicts rate of cognitive decline in a community sample of persons with Alzheimer's disease. The Cache County Dementia Progression Study. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1629-1637. <https://doi.org/10.1017/s1041610213001105>
- O'Rourke, N., Kupferschmidt, A. L., Claxton, A., Smith, J. Z., Chappell, N., e Beattie, B. L. (2010). Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over estafe. *Aging & Mental Health*, 14(8), 984-993. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.501063>
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD] (2021). *Health at a Glance 2021*. OECD.
- Otero, P., Torres, Á. J., Vázquez, F. L., Blanco, V., Ferraces, M. J. e Díaz, O. (2019). Does the disease of the person receiving care affect the emotional state of non-professional caregivers? *Frontiers in Psychology*, 10, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01144>
- Otero, P., Vázquez, F. L., Blanco, V. e Torres, Á. (2017). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de pensamientos automáticos" (ATQ) en cuidadores familiares. *Behavioral Psychology*, 25 (2), 387-403.
- Palacio G., C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., e Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: A systematic review. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(8), 648-658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>

- Pan, E.-C., e Lin, E.-S. (2022). Systematic review and meta-analysis of prevalence of depression among caregivers of cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817936>
- Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M. I., Tárraga-Mínguez, R., e Navarro-Pena, J. M. (2016). Parental Stress and ASD: Relationship With Autism Symptom Severity, IQ, and Resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31(4), 300-311. <https://doi.org/10.1177/1088357615583471>
- Pessotti, C. F. C., Fonseca, L. C., Tedrus, G. M. de A. S., e Laloni, D. T. (2018). Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(4), 408-414. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011>
- Pohl, J. S., Bell, J. F., Tancredi, D. J., e Woods, N. F. (2022). Social isolation and health among family caregivers of older adults: Less community participation may indicate poor self-reported health. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e6175-e6184. <https://doi.org/10.1111/hsc.14054>
- Prince. M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, E.-T., Prina, M., e Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia, an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International.
- R Core Team (2023). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Recuperado de: <https://www.r-project.org/>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the xeneral population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Revenson, T. A., Griva, K., Luszczynska, A., Val Morrison, E., Vilchinsky, N., e Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. Palgrave Macmillan.

- Rodríguez, M. R., Novo, R., Chatterji, S., e Ayuso-Mateos, J. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-181>
- Roth, D. L., Sheehan, O. C., Haley, W. E., Jenny, N. S., Cushman, M., E Walston, J. D. (2019). Is Family Caregiving Associated With Inflammation or Compromised Immunity? A Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 59(5), e521–e534.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo, M., e Santed, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): análisis exploratorio de la estructura factorial [Spanish version of the Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQR-A) (I): Exploratory factor analysis]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 195-205. doi:10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3933 <https://doi.org/10.1093/geront/gnz015>
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., e Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.009>
- Scholz, U., Dona, B., Sud, S., e Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schulz, R. e Eden, J. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies Press.
- Schwarzer, R. e Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. En J. Weinman, S. Wright e M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Nfer-Nelson.
- Shankman, S. a., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D. e 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. <https://doi.org/10.1002/mpr.1590>
- Solimando, L., Fasulo, M., Cavallero, S., Veronese, N., Smith, L., Vernuccio, L., Bolzetta, F., Dominguez, L. J., e Barbagallo, M. (2022). Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 34(10), 2255–2260. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02160-6>
- Sutter, M., Perrin, P. B., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Pena Obeso, L. A., e Arango-Lasprilla, J. (2016). Beyond strain: Personal strengths and mental health of Mexican and Argentinean dementia caregivers. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(4), 376-384. <https://doi.org/10.1177/1043659615573081>
- Tempiski, P., Santos, I. S., Mayer, F. B., Enns, S. C., Perotta, B., Paro, H. B. M. S., Gannam, S., Peleias, M., Garcia, V. L., Baldassin, S., Guimaraes, K. B., Silva, N. R., dá Cruz, E. M. T. N., Tofoli, L. F., Silveira, P. S. P., e Martins, M. A. (2015). Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. *PloS One*, 10(6), e0131535. <https://doi.org/10.1371/journal.pon.0131535>
- Timmons, L., Willis, K. D., Pruitt, M. M., e Ekas, N. V. (2016). Predictors of Daily Relationship Quality in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(8), 2573-2586. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2799-0>
- Torres, A., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P. e Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, 226, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.066>
- Torres, A., Vázquez, F., Blanco, V., Otero, P., López, L. e Vázquez, F. L. (2020). Depression and Its Correlates in Non-Professional Female Caregivers Caring for

- Dependent Persons. En S. Eleuteri, *Caregiving: Perspectives, Experiences and Challenges* (pp. 23-65). Nova Science Publishers.
- Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T. e Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system. European Overview paper*. Interlinks.
- Tyler, C. M., Henry, R. S., Perrin, P. B., Watson, J., Villaseñor, T., Lageman, S. K., Smith, E. R., Curiel, G. R., Avila, J., Jimenez Maldonado, M. E., e Soto-Escageda, J. A. (2020). Structural Equation Modeling of Parkinson's Caregiver Social Support, Resilience, and Mental Health: A Strength-Based Perspective. *Neurology research international*, 2020, 7906547. <https://doi.org/10.1155/2020/7906547>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Recuperado de: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- Vatter, S., Stanmore, E., Clare, L., McDonald, K. R., McCormick, S. a., e Leroi, I. (2020). Care burden and mental ill health in spouses of people with Parkinson disease dementia and Lewy body dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/0891988719853043>
- Vázquez, F. L., Blanco, V. e López, M. (2007). An adaptation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for use in non-psychiatric Spanish populations. *Psychiatric Research*, 149, 247-252. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.03.004>.
- Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P. e Torres, A. (2020). Costs Derived from the Consumption of Health Resources and Loss of Productivity in Non-Professional Caregivers. En S. Eleuteri, *Caregiving: Perspectives, Experiences and Challenges* (pp. 67-103). Nova Science Publishers.
- Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, Á. J. e Ferraces, M. J. (2019). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity

in caregivers. *Anales de Psicología*, 35(3), 357-363.

<https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.329131>

Vázquez, F. L., Otero, P., López, L., Blanco, V., Ferraces, M. J. e Torres, Á. (2019).

Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated for informal caregivers.

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 10 (2), 90-106.

<https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.028>

Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E. L., e Eikemo, T. A. (2017).

Informal care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014)

special module on the social determinants of health. *European Journal of Public*

Health, 27, 90-95. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>

Vitaliano, P. P., Zhang, J., e Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous for one's

physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972.

Waligora, K. J., Bahouth, M. N., e Han, H. (2019). The self-care needs and behaviors of

dementia informal caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5),

e565-e583. <https://doi.org/10.1093/geront/gny076>

Wang, L., Zhong, W., Ji, X., e Chen, J. (2016). Depression, caregiver burden and social

support among caregivers of retinoblastoma patients in China. *International*

Journal of Nursing Practice, 22(5), 478-485. <https://doi.org/10.1111/ijn.12458>

Williamson, G. M., Shafer, D. R. e The Family Relationships in Late Life Project (2001).

Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers:

How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16, 217-226.

<https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.217>