



Diana Ribeiro dos Santos

**Estudo de variáveis que influenciam o Luto Antecipado em
Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer:
Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Mestrado em Psicologia Clínica

2014



Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, CESPU

Departamento de Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

**ESTUDO DE VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM
CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER:
PERSONALIDADE DO CUIDADOR E VARIÁVEIS CLÍNICAS DO DOENTE**

Diana Ribeiro dos Santos

Candidatura ao Grau de Mestre em Psicologia Clínica sob:

Orientação: Prof. Dr.^a Maria Manuela da Silva Leite

Coorientação: Prof. Dr.^a Maria Prazeres Gonçalves

Gandra, 2014

Agradecimentos

À orientadora da tese, Prof. Dr.^a Manuela Leite, Coordenadora do Mestrado de Psicogerontologia, do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, pela orientação e mais-valia das suas sugestões, pela confiança demonstrada ajuda constante e disponibilidade sempre presente, e por ter acreditado neste projeto.

À Prof. Dr.^a Maria Prazeres Gonçalves, coorientadora desta tese, pelo apoio e atenção demonstrado.

À Associação Sorrisos do Coração de Lousada, e ao Lar de Idosos da Obra da Assistência Social de Sobrosa pela colaboração, simpatia, amabilidade e interesse que demonstraram pelo projeto desenvolvido.

A todos os Cuidadores, pois sem eles nada disto seria possível, o meu profundo agradecimento pela partilha de informação, abertura, imensa disponibilidade e toda a generosidade demonstrada.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e porque a eles devo aquilo que sou.

Ao meu irmão Filipe, pela amizade, carinho e companheirismo sempre presente.

À Manuela, ao Filinto e à Carla, pela ajuda e incentivo, e por perceberem a importância deste projeto para mim.

A todos aqueles que estiveram presentes nesta caminhada e que colaboraram de forma direta ou indireta na realização deste projeto de investigação.

Prefácio

Este trabalho é a compilação de um conjunto de atividades que se desenvolveram ao longo do 2º Ano Curricular do Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, com vista à candidatura de Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Foi realizado sob a orientação da Prof. Dr.^a Manuela Leite, e coorientação da Prof. Dr.^a Maria Prazeres Gonçalves.

A especificidade deste trabalho centra-se no estudo das características da personalidade do cuidador e das variáveis clínicas do doente possíveis de influenciar o constructo *Luto Antecipado*, que se expande e atemoriza o cuidador ao longo da prestação de cuidados a doentes com Demência de Alzheimer.

Com a elaboração deste trabalho perspetivou-se instituir material válido para o alargamento de mais trabalhos na área da investigação, possibilitar o desenvolvimento de um projeto de intervenção em grupos de cuidadores tendo como base a temática do Luto Antecipado, e contribuir para o desenvolvimento futuro de trabalhos pessoais.

“Cuidar é dar espaço ao outro em si mesmo”

(Winnicott)

LISTA DE CONTEÚDOS

Prefácio

Parte I: Artigo a submeter a uma revista científica

1. Estudo de variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente

1.1. Anexo da submissão do artigo

Parte II: Encontro Científico

Variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente, Diana Santos, Manuela Leite, Prazeres Gonçalves

ANEXOS

Anexo I – Identificação da Revista

Anexo II – Regras de Publicação



PARTE I:

Artigo a submeter a uma revista científica

1. Estudo de variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente

1.1. Anexo da submissão do artigo

Estudo de variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente

Diana Santos ^I, Manuela Leite ^{II}, Prazeres Gonçalves ^{III}

^I Masters Program in Clinical Psychology, Institute of Health Science/CESPU, Gandra, Portugal

^{II} PhD, Psychology Department, Investigation Unit of Psychology and Health (UniPSA), Investigation Center of Health Science (CICS), Institute of Health Science/CESPU, Gandra, Portugal

^{III} PhD, Psychology Department, Investigation Unit of Psychology and Health (UniPSA), Investigation Center of Health Science (CICS), Institute of Health Science/CESPU, Gandra, Portugal

Correspondence:

Diana Santos

Rua do Gajão nº10, Cristelo

4580-350 Paredes, Porto, Portugal

E-mail: di21_santos@hotmail.com

Telephone number: 00351 918635527

Conflict of interest:

There is no conflict of interest to report by any of the authors.

Estudo de variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar se as características da personalidade do cuidador, e as variáveis clínicas do doente influenciam o Luto Antecipado.

A amostra é constituída por 53 cuidadores informais e 53 respetivos doentes com DA. Foram administrados um Questionário Sociodemográfico, o BDI, o MM-CGI-SF, o NEO-FFI, o Índice de Barthel, o INP, e o MoCA. Os cuidadores são maioritariamente do género feminino (94.3%), com média de idade de 48.53 anos (DP=13.60), filhos (58.5%), seguidos os cônjuges (17%).

Os resultados revelam níveis elevados de Luto Antecipado (M=61.42 e DP=14.99), assim como níveis médios de Depressão (M=12.45 e DP=9.20). Identificou-se correlações estatisticamente significativas entre o Neuroticismo e o Luto Antecipado ($r=.437$; $p=.001$), assim como, com a Depressão ($r=.348$; $p=.011$). Os valores obtidos nas escalas “clínicas” comprovam estarmos perante uma amostra muito dependente, conduzindo a uma associação entre a fase da doença e os níveis de Luto Antecipado ($\chi^2=7.74$; $p=0.025$), e as subescalas Sacrifício Pessoal e Sobrecarga ($\chi^2=7.36$; $p=0.025$) e Tristeza e Saudade ($\chi^2=7.37$; $p=0.025$). Conclui-se que os cuidadores apresentam níveis elevados de Luto Antecipado, e verifica-se a influência dos traços de personalidade do cuidador, e da fase da doença.

Palavras-chave: Luto antecipado; Personalidade; Demência de Alzheimer; Cuidadores; Prestação de cuidados; Depressão.

Study of variables that influence Anticipatory Grief in Caregivers of Patients with Alzheimer's Dementia: Caregiver's Personality and Clinical Variables of the Sick

ABSTRACT

The aim of this study was to determine whether the characteristics of the personality of the caregiver and the patient's clinical variables influence the Anticipatory Grief.

The sample consists of 53 informal caregivers and respective 53 patients with AD. A Sociodemographic Questionnaire, the BDI, the MM-CGI-SF, the NEO-FFI, the Barthel Index, the INP, and MoCA were administered . The majority of caregivers are female (94.3%) with mean age of 48.53 years old (DP=13.60), children (58,5%), followed by spouses (17%).

The results show high levels of Anticipatory Grief (M=61.42 e DP=14.99), and average levels of depression (M=12.45 e DP=9.20). We identified statistically significant correlations between Neuroticism and Anticipatory Grief ($r=.437$; $p=.001$), as well as with depression ($r=.348$; $p=.011$). The values obtained in the " clinical " scales prove that we are facing a very sample dependent , leading to an association between the stage of disease and levels of Anticipatory Grief ($\chi^2=7.74$; $p=0.025$), and the Personal Sacrifice and Surcharge ($\chi^2=7.36$; $p=0.025$) and Sadness and Longing ($\chi^2=7.37$; $p=0.025$) subscales. It is concluded that caregivers have higher levels of Anticipatory Grief, and there is the influence of personality traits of the caregiver, and the stage of disease.

Keywords: Anticipatory Grief, Personality, Dementia Alzheimer's, Caregivers, Care Delivery; Depression.

INTRODUÇÃO

O termo “demência” refere-se a um conjunto de sintomas que cursam com a destruição e perda de células cerebrais, uma deterioração gradual e lenta da capacidade da pessoa funcionar, sendo a demência do Tipo Alzheimer (DA) a forma mais comum (Oliveira, Ribeiro, Borges & Luginger, 2005). A DA é caracterizada como uma doença crónica, progressiva e incapacitante que afeta em termos cognitivos, o pensamento, percepção e personalidade dos doentes (Yektatalab, Kaveh, Sharif, Khoshknab & Petramfar, 2012), implicando declínios funcionais associados a sintomas psicológicos e comportamentais graves (Gómez-Gallego, Gómez-Amor, Gómez-Garcia, 2012). Os cuidadores destes doentes desempenham um papel basilar e significativo (Yektatalab et al., 2012), tendo em consideração a perda progressiva de autonomia e capacidade de auto subsistência destes doentes. Este processo de cuidado/cuidador, dependência/proficiência, potencia mudanças profundas no cuidador, decorrentes dos conhecimentos adquiridos ao longo do processo de prestação de cuidados e de reiteradas vivências de experiências de doença e de dor, experiências essas que não se constituem mais como conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns (Bidarra, 2010).

Neste contexto, são vários os estudos que patenteiam o impacto negativo da prestação de cuidados a doentes com demência (e.g. Ablitt, Jones, & Muers, 2009; Mossello, Caleri, Razzi, Di Bari, Cantini et al., 2008; Aminzadeh, Byszewski, Molnar & Eisner (2007); Crespo López, & Zarit, 2005 *cit in* Almeida, Leite & Gonçalves, 2013), com evidentes repercussões a nível pessoal, familiar, laboral e social (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003 *cit in* Almeida et al., 2013).

No que concerne aos fatores predisponentes, a literatura fortemente alicerçada no Modelo de Stress de Perlin (1994), referem desde os stressores mais objetivos e relacionados com a doença *per se*, aos subjetivos e que reportam as consequências da prestação de cuidados nas várias esferas da vida do cuidador. Independentemente dos stressores enfatizados, parece-nos claro que transversalmente todos assentam nas “perdas”: perdas de autonomia de competências cognitivas, funcionais e relacionais do doente; do relacionamento, do ente querido, de liberdade do cuidador, entre outros.

Neste contexto, é com naturalidade que assistimos a uma enfatização do constructo “Luto Antecipado”, no âmbito da prestação de cuidados a estes doentes (e.g. Meuser, Marwit & Sanders, 2004; Walker & Pomery, 1997; Ross, 2008). De acordo com Chan,

Livingston, Jones e Sampson (2013), o Luto Antecipado designa um processo de vivência de perdas sucessivas antes da perda efetiva da pessoa. Abrange o luto, enfrentamento, planeamento e reorganização psicossocial, podendo estender-se ao longo de vários anos à medida que a pessoa vai testemunhando a deterioração cognitiva, física e social do ente querido (Garand, et al., 2012). Pode influenciar a perceção do cuidador face às exigências da prestação de cuidados, bem como o significado subjetivo ligado às tarefas de cuidado prestadas (e.g. sentimentos de raiva e culpa poderão influenciar negativamente o significado associado à prestação de cuidados; sentimentos de aceitação poderão influenciar de modo positivo a perceção das tarefas de prestação de cuidados, e os limites das suas próprias habilidades poderão ser mais realistas) (Walker & Pomeroy, 1997).

Apesar do crescente interesse por esta temática, o papel desempenhado pelo Luto Antecipado na prestação de cuidados permanece questionável. Constituirá o Luto Antecipado um “sintoma” da prestação de cuidados, ou encerra em si mesmo o enquadramento explicativo da vasta sintomatologia apresentada pelos cuidadores (e.g. depressão, ansiedade, stress)? Esta parece-nos indubitavelmente o cerne da questão.

De acordo com Meuser, Marwit e Sanders (2004), e Sanders, Marwit, Meuser e Harrington, (2007), a dor resultante das perdas sucessivas com que se vai deparando o cuidador ao longo da prestação de cuidados, poderá constituir um fator causal contribuindo para o *stress*, depressão e sobrecarga vivenciada pelo cuidador.

Não obstante, um recente estudo nacional (Almeida, et al., 2013), que objetivou verificar se a sintomatologia depressiva comumente associada à prestação de cuidados a doentes com demência deriva ou não de um processo de Luto Antecipado, obteve resultados promissores. Estes comprovam claramente a existência e a sobre saliência de um processo de Luto Antecipado inerente à prestação de cuidados a doentes com demência, comparativamente à depressão, consubstanciando a perspectiva de que o Luto Antecipado se apresenta como o componente mais adequado na explicação desta problemática da prestação de cuidados, inclusivamente da sintomatologia depressiva evidenciada.

Evidenciada a sobre saliência de um processo de Luto Antecipado, aliado ao facto de este constituir um processo importante na adaptação á morte do doente, quando devidamente identificado e trabalhado (Sanders et al., 2007) importa agora compreender os fatores passíveis de o influenciar, positiva e negativamente.

Tendo por base o trabalho desenvolvido por Almeida, et al. (2013) e a estrutura de base do Modelo de Stress de Perlin (1994), considera-se pertinente equacionar o papel desempenhado pelas características da personalidade do cuidador, e objetivamente as limitações físicas, cognitivas e comportamentais do doente, na medida em que constituem duas variáveis importantes e que não foram estudadas na investigação anterior.

No que concerne à personalidade esta pode ser definida como um conjunto de atitudes e funções específicas que formam uma predisposição para agir ou reagir de um modo característico (Matin, 1997 *cit in* Prosser-Dodds, 2013). Assim, a personalidade refere-se a um conjunto de características dinâmicas e organizadas que influenciam as cognições, motivações e comportamentos da pessoa (Myres & McCaulley, 1985 *cit in* Prosser-Dodds, 2013). Por conseguinte, é natural que a mesma exerça influência nas várias esferas da vida de um cuidador, sendo vários os estudos que demonstram a sua influência ao nível da sobrecarga (e.g. Zanetti, Frisoni, Bianchetti, Tamanza, Cigoli, Trabucchi, 1998; Cousins, Davies, Turnbull, Playfer, 2002; Pot, Deeg, Van Dyck, & Jonker, 1998; Cumming, 2011), na resposta à dor, assim como, nos sintomas depressivos (e.g. Jang, Clay, Roth, Haley & Mittelma, 2004; Melo, Maroco & Mendonca, 2011; Norton et al., 2013). O neuroticismo emerge como o traço de personalidade associado a uma elevação dos riscos de depressão (Jang et al., 2004; Norton et al., 2013), e de sobrecarga objetiva e subjetiva (Melo et al., 2011; Norton et al., 2013).

Relativamente ao estado clínico do doente, também são inúmeros os autores que referem o impacto negativo dos sintomas comportamentais (Beier, 2004; Lindner, 2005; Skovdahl et al., 2003), psiquiátricos - e.g. psicose, depressão, ansiedade, euforia, alterações no padrão de sono, alterações alimentares, agitação, agressividade, excesso de atividade, apatia, vocalizações desadequadas e desinibição (Finker et al., 1996 *cit in* Skovdahl et al., 2003), e perda de autonomia (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck & Cuijpers, 2013) no cuidador e na prestação de cuidados.

MÉTODOS

O objetivo principal é analisar a influência das características da personalidade do cuidador, e as variáveis clínicas do doente, no Luto Antecipado.

Tendo em conta o objetivo geral proposto e com o suporte teórico e empírico, estabeleceram-se um conjunto de objetivos específicos, a partir dos quais se orientou o presente estudo: analisar os níveis de Luto Antecipado e Depressão nos cuidadores de doentes com demência; verificar de que forma se correlacionam o Luto Antecipado e a Depressão; identificar variáveis sociodemográficas relacionadas com a prestação de cuidados, determinantes na manifestação de Luto Antecipado e Depressão no cuidador; verificar a influência das características da personalidade do cuidador ao nível do Luto Antecipado e Depressão no cuidador; verificar a influência das variáveis clínicas do doente ao nível do Luto Antecipado e Depressão no cuidador.

Participantes

A **amostra** é constituída por 53 cuidadores e 53 doentes com demência do Tipo Alzheimer, num total de 106 sujeitos. Definiu-se como critérios de inclusão para os cuidadores, indivíduos com idade superior a 18 anos, que prestem cuidados informais a um doente com demência de Alzheimer, há pelo menos 6 meses. No que concerne aos doentes, tratam-se dos doentes cuidados pela amostra de cuidadores (emparelhados), tendo como critério único de inclusão, o diagnóstico de demência de Alzheimer efetuado por um especialista.

Relativamente aos cuidadores, verifica-se um predomínio do género feminino (94.3%), com uma média de idades de 48.53 anos (DP=13.60). A grande maioria são casados (77.4%), possuem escolaridade igual ou inferior a 4 anos (50.9%), e não são profissionalmente ativos (52.8%).

Os doentes possuem uma média de idades de 77.38 anos (DP=8.04), oscilando entre os 59 e os 91 anos de idade. A maior parte, encontram-se na fase 3 (CDR3 = 56.6%) da demência, seguida da fase 2 (CDR2 = 34.0%). A maioria dos doentes (52.8%) já não reconhece o seu familiar. Apesar disso, 67.9% dos cuidadores mantêm o vínculo afetivo inicial (filiação ou conjugalidade), havendo somente 9 cuidadores que referem alteração de papéis no sentido de parentalidade, e 8 cuidadores que não conseguiram dar resposta a esta questão.

No que respeita à prestação de cuidados, a maior parte dos cuidadores são filhos (58,5%), seguidos dos cônjuges dos doentes (17%), e são classificados como cuidadores primários (69,8%). 56.6% não possuem apoio institucional, e os que o recebem, é através do apoio domiciliário (N=23). O tempo de diagnóstico da demência centra-se,

na sua maioria, entre os 3 e os 4 anos (22,6%), e a maior parte dos cuidadores prestam cuidados ao doente há cerca de 2 anos (22,6%), dedicando 24 horas por dia (40,1%) à prestação de cuidados.

Questionados os cuidadores sobre o seu historial depressivo, verifica-se que 47.2% admitiram sofrerem/sofrido uma depressão, apesar de a maioria (67.9%), não terem procurado apoio psiquiátrico, e os que o fizeram, teve a duração de 1 ano. Quanto à causalidade, 20.8% referem depressão subjacente à prestação de cuidados e 18.9%, relativa a outros acontecimentos de vida. Verifica-se ainda que atualmente 62.3% da amostra não consome antidepressivos.

Procedimento/ Instrumentos

A recolha dos dados ocorreu na sua maioria através da Associação Sorrisos do Coração, e na Obra da Assistência Social de Sobrosa. Para o efeito, elaborou-se um protocolo de investigação, constituído pelo: **(a)** Consentimento Informado; **(b)** Questionário Sócio Demográfico (Santos & Leite, 2013), **(c)** Escala de Depressão de Beck – BDI (Aaron Beck, 1996; McIntyre & Araújo, 1999), **(d)** Questionário de avaliação do Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência – MM-CGI-SF (Marwit & Meuser, 2005 validado e adaptado por Almeida, Leite, Gonçalves, Sobral & Rodrigues, 2013), **(e)** Inventário de Personalidade – NEO-FFI (versão reduzida, de Costa & McCrae, 1992 traduzido por Lima & Simões, 2000), **(f)** Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965, versão portuguesa de Sequeira, 2007), **(g)** Inventário Neuropsiquiátrico (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, & Gornbein, 1994; versão portuguesa de Ginó, Mendes, Ribeiro, Mendonça, Guerreiro & Garcia, 2004), **(h)** Montreal Cognitive Assessment – MOCA (Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings & Chertkow, 2005; versão portuguesa de Freitas, Simões, Martins & Santana, 2010).

O **Questionário sócio demográfico** foi elaborado pelos investigadores com o objetivo de obter dados, de extrema relevância para compreensão do estudo em questão, acerca do cuidador, doente, doença e prestação de cuidados.

O **Inventário de Depressão Beck – BDI-I** (Aaron Beck, 1996; McIntyre & Araújo, 1999), foi utilizado no sentido de averiguar os níveis de depressão. Trata-se de uma escala de autopreenchimento, composta por 21 grupos de sintomas, cada um com quatro

afirmações possíveis, que progressivamente remetem para uma sintomatologia mais grave (cotação 0, 1, 2, 3, respetivamente). O resultado final da cotação do BDI para cada indivíduo corresponde ao somatório total das respostas afirmativas, para concluir se o indivíduo apresenta: ausência de depressão (0-9), depressão média (10-15), depressão moderada (16-19), depressão moderada a grave (20-29) e depressão grave (>29) (McIntyre & Araújo, 1999).

O **Inventário de MM-CGI-SF** (Marwit & Meuser, 2002, versão portuguesa de Almeida et al., 2013) serviu para medir a experiência de luto/dor em cuidadores de pessoas com demência (e.g. Alzheimer). Este, é composta por 18 itens, distribuídos por 4 subescalas, assumindo a seguinte organização: Subescala 1 - *Sobrecarga e Sacrifício pessoal* (Itens A: 1, 2, 16, 17 e 18); Subescala 2 – *Profunda tristeza e Saudade* (Itens B: 4, 6, 8, 9, 11, 12 e 15); Subescala 3 – *Preocupação* (Itens C: 3, 7 e 14); e Subescala 4 – *Isolamento* (Itens D: 5, 10 e 13). A pontuação de cada fator obtém-se através do somatório do resultado de cada item (Subescala 1 – Total: Σ 5 itens A; Subescala 2 – Total: Σ 7 itens B; Subescala 3 – Total: Σ 3 itens C; e Subescala 4 – Total: Σ 3 itens D) e o nível total de Luto/Dor resulta do somatório total dos quatro fatores (Σ Itens (A+B+C+D); 18 itens) (Almeida et al., 2013).

O **Inventário de Personalidade – NEO-FFI** (versão portuguesa de Lima & Simões, 2000) é a versão reduzida do Inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992), composto por 60 itens, que se propõe avaliar o mesmo constructo abarcando as cinco dimensões da personalidade - neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade, conscienciosidade. Pressupõe uma avaliação rápida, cerca de 10 a 15 minutos, dos cinco domínios da personalidade adulta, sendo útil quando o tempo é limitado e em que a informação global sobre a personalidade é considerada suficiente. Os valores de consistência interna variam de 0.75 (escala Amabilidade) a 0.93 (escala Neuroticismo). As correlações das cinco dimensões do NEO-FFI e as correspondentes do NEO-PI-R são elevadas e significativas, variando entre $r=0.80$ (Amabilidade) e 0.91 (Conscienciosidade) (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2002).

O **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965, versão portuguesa de Sequeira, 2007) é uma escala amplamente utilizada na avaliação da autonomia/dependência de doentes e idosos. No presente estudo, a utilização deste índice, objetivou avaliar a capacidade funcional dos doentes, progressivamente afetada à medida que a doença se desenvolve. Assim, pretende-se avaliar a capacidade funcional dos doentes, através da capacidade de

realização autónoma – “independente”, com “ajuda” ou “dependente” de uma série de tarefas quotidianas (IADLs). Em todos os itens existe uma atribuição de 10, 5, ou 0 valores de acordo com a sua autonomia (10 corresponde à preservação da capacidade funcional), exceto nos correspondentes à mudança de cadeira e deambulação, em que o item ajuda é subdividido em ajuda mínima ou grande ajuda. Sendo assim, atribui-se 15 pontos à realização independente destas atividades; 10 com uma ajuda mínima; 5 com uma grande ajuda; e 0 aos dependentes. O grau de autonomia vs. dependência é obtido através da soma total dos valores obtidos em cada uma das tarefas, oscilando entre 0 e 100. De acordo com os valores obtidos, podem ser classificados em: (1) Grau I – Independentes (100); (2) Grau II – Pouco Dependentes (50-100); e (3) Grau III – Muito Dependentes (0-50) (Apóstolo, 2012).

O **Inventário Neuropsiquiátrico** (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi, & Gornbein, 1994; versão portuguesa de Ginó, Mendes, Ribeiro, Mendonça, Guerreiro & Garcia, 2004) consiste numa entrevista estruturada, aplicada ao cuidador, de avaliação psicopatológica em doentes com alterações cerebrais. Abrange 10 secções do comportamento e 2 sessões neurovegetativas (12 no total): a) delírios; b) alucinações; c) agitação/agressão; d) depressão; e) ansiedade; f) euforia; g) apatia; h) desinibição; i) irritabilidade/labilidade; j) comportamento motor aberrante; k) comportamentos nocturnos; l) apetite e alterações alimentares. Os autores obtiveram bons valores de fidelidade entre avaliadores e de teste-reteste. O alfa de Cronbach obtido foi de .88 (Kaufer e colaboradores, 1998). Cada secção é pontuada segundo (1) a frequência e (2) a gravidade do comportamento e (3) o desgaste do cuidador. A frequência é pontuada com: (1) ocasionalmente – menos de uma vez por semana; (2) algumas vezes – uma vez por semana; (3) frequentemente – várias vezes por semana; (4) muito frequentemente – todos os dias ou continuamente presente. A gravidade é pontuada como: (1) ligeira – produz pouca aflição no doente; (2) moderada - mais preocupante para a paciente mas pode ser redireccionado pelo cuidador; (3) severa – muito perturbadora para o paciente e difícil de redireccionar. O desgaste do cuidador é pontuado de 0 (sem desgaste) a 5 (desgaste extremo). Para cada secção a pontuação é obtida através do produto da frequência com a gravidade. A pontuação total do INP é calculada pela soma dos pontos nas primeiras 10 secções, sendo o desgaste pontuado à parte. O tempo de aplicação é de cerca de 10 minutos. A pontuação tem uma amplitude de 1 a 144 (Gonçalves, 2010).

O **Montreal Cognitive Assessment – MOCA** (Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings & Chertkow, 2005; versão portuguesa de Freitas, Simões, Martins & Santana, 2010) é um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuo-espacial; memória, atenção; concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial (Mário & Simões, 2012)

Os **dados foram recolhidos**, na sua totalidade, através de uma entrevista individual com cada um dos participantes, e o tratamento dos dados, realizado através do software informático SPSS, versão 22, recorrendo à estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência), inferencial, não paramétrica (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e Correlacional (do tipo Pearson).

RESULTADOS

Resultados obtidos nos diferentes instrumentos

Objetivando analisar os níveis de Luto Antecipado (Tabela 1), verificamos que estes apresentam níveis bastante elevados ($M=61.42$ e $DP=14.99$), tendo em consideração os valores máximos (90) e mínimos (23) possíveis de obter na escala.

A subescala “Tristeza e Saudade” é a que apresenta níveis médios mais elevados ($M=26.25$ e $DP=5.66$), comparativamente com as restantes subescalas: “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” ($M=18.02$; $DP=5.45$), “Preocupação” ($M=11.15$; $DP=3.44$) e “Isolamento” ($M=6.00$; $DP=3.41$). Contudo, se tivermos em consideração a relação entre as médias e os valores mínimos e máximos possíveis de obter em cada uma das subescalas, verificamos que, por ordem decrescente, a “Tristeza e Saudade”, “Sacrifício Pessoal” e “Preocupação”, apresentam valores semelhantes e bastante elevados.

No que respeita aos valores globais obtidos na BDI (Tabela 1) os resultados indicam estarmos perante uma amostra com valores médios de depressão ($M=12.45$ e $DP=9.20$).

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores, relativamente ao MM-CGI-SF e à BDI

	N	MIN	MAX	M	DP
Luto Antecipado (Total)	53	23	90	61,42	14,99
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	53	5	25	18,02	5,45
Tristeza e Saudade	53	7	35	26,25	5,66
Preocupação	53	3	15	11,15	3,44
Isolamento	53	3	15	6,00	3,41
Depressão	53	0	40	12,45	9,20

Contudo, analisando os dados de acordo com os vários pontos de corte (Tabela 2), clarifica-se que 49.1% não apresenta depressão, 11.3% manifestam níveis médios, 17% apresenta depressão moderada e depressão moderada a grave (17%), e 5.7% depressão severa.

Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores, relativamente aos níveis de depressão

	N	%
Ausência de depressão (0-9)	26	49.1
Depressão Média (10-15)	6	11.3
Depressão Moderada (16-19)	9	17.0
Depressão Moderada a Severa (20-29)	9	17.0
Depressão Severa (>29)	3	5.7

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados obtidos no NEO-FFI. Verifica-se que a subescala “Extroversão” é a que apresenta níveis mais elevados (M=43.66 e DP=3.42), seguida da subescala “Responsabilidade” (M=43.47 e DP=2.52), comparativamente às restantes subescalas: “Abertura à Experiência” (M=37.08; DP=4.11), “Neuroticismo” (M=33.94; DP=3.89), e “Amabilidade” (M=33.74; DP=4.73).

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores, relativamente ao NEO-FFI

	N	MIN	MAX	M	DP
Neuroticismo	53	26	45	33.94	3.89
Extroversão	53	38	48	43.66	3.42
Abertura à Experiência	53	30	48	37.08	4.11
Amabilidade	53	27	44	33.74	4.73
Responsabilidade	53	38	50	43.47	2.42

Os resultados obtidos no Índice de Barthel (Tabela 4) indicam estarmos perante uma amostra muito dependente (M=29.15 e DP=32.07).

Relativamente ao MoCA (Tabela 4), verificam-se que a amostra apresenta valores extremamente baixos nos diferentes domínios cognitivos (M=2.94 e DP=5.26), tendo em consideração o valor máximo (17) e mínimo (0).

Os valores obtidos no Inventário Neuropsiquiátrico (INP) (Tabela 4) comprovam a existência de alterações comportamentais nos doentes (M=24.92 e DP=23.95). Contudo, se tivermos em consideração os valores máximos (83) e mínimos (0), estes resultados não são muito elevados. Note-se que 16 cuidadores não responderam às questões devido à inexistência de alterações de comportamento, tendo já ultrapassado essa fase. O desgaste emocional ou psicológico sentido por 37 cuidadores, face às alterações de comportamento do doente, apresenta-se em valores médios de 20.22 (DP=12.62), tendo em consideração o valor máximo (51) e mínimo (3).

Tabela 4 – Distribuição dos doentes, relativamente ao Índice de Barthel, MoCA, e INP

	N	MIN	MAX	M	DP
Índice de Barthel	53	0	100	29.15	32.07
MoCA	53	0	17	2.94	5.26
Inventário Neuropsiquiátrico	53	0	83	24.92	23.95
Nível de desgaste emocional do cuidador	37	3	51	20.22	12.62

Estudos Correlacionais

Na Tabela 5 apresentam-se os dados obtidos no estudo Correlacional, entre Luto Antecipado (MM-CGI-SF) e a Depressão (BDI).

Através da análise do coeficiente de correlação de Pearson, constata-se que as escalas do Luto Antecipado e Depressão se correlacionam de modo positivo, moderado e estatisticamente significativo ($r=.660$, $p=.000$), ou seja, quanto maior os níveis de luto mais deprimido se encontra o cuidador. O mesmo se verifica relativamente às diferentes subescalas do luto: “Sobrecarga e Sacrifício pessoal” ($r=.579$; $p=.000$), “Tristeza e Saudade” ($r=.525$; $p=.000$), “Isolamento” ($r=.532$; $p=.000$) e “Preocupação” ($r=.570$; $p=.000$).

Tabela 5 – Estudo Correlacional (do tipo Pearson) entre a Escala de Luto Antecipado (MM-CGI-SF) e respectivas subescalas, e a Escala de Depressão (BDI)

		Depressão
Luto Total		.660**
Subescalas	Sobrecarga e Sacrifício Pessoal	.579**
	Tristeza e Saudade	.525**
	Preocupação	.532**
	Isolamento	.570**

** $p < 0.01$

Na Tabela 6 apresentam-se os resultados obtidos no estudo Correlacional entre a Personalidade do cuidador (NEO-FFI), o Luto Antecipado (MM-CGI-SF), e a Depressão (BDI).

Através da análise do coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se uma correlação positiva fraca (próxima de moderada), mas estatisticamente significativa, entre o “Neuroticismo”, o Luto Antecipado ($r = .437$; $p = .001$), e as diferentes subescalas: “Sobrecarga e Sacrifício Pessoal” ($r = .353$; $p = .010$), “Tristeza e Saudade” ($r = .430$; $p = .001$), “Isolamento” ($r = .363$; $p = .008$) e “Preocupação” ($r = .281$; $p = .042$). O mesmo se verifica relativamente à Depressão ($r = .348$; $p = .011$). No que concerne aos restantes fatores da personalidade, constata-se a existência de correlações estatisticamente significativas, apenas entre a “Extroversão” e subescala “Preocupação” do Luto Antecipado ($r = .303$; $p = 0.28$), sendo a mesma, positiva e fraca; e uma relação fraca, mas negativa, entre a “Responsabilidade” e a Depressão ($r = -.337$; $p = .013$). É de salientar que, apesar da ausência de significância estatística, a “Amabilidade” e a “Responsabilidade” correlacionam-se negativamente com o Luto Antecipado e com a Depressão, excetuando-se a “Amabilidade” com a subescala “Isolamento” (relação positiva).

Tabela 6 – Estudo Correlacional (do tipo Pearson) entre a Escala de Luto Antecipado (MM-CGI-SF) e respectivas subescalas, a Escala de Depressão (BDI), e a Escala de Personalidade (NEO-FFI)

	Luto antecipado	Sobrecarga e sacrifício pessoal	Tristeza e saudade	Isolamento	Preocupação	Depressão
Neuroticismo	.437**	.353**	.430**	.363**	.281*	.348*
Extroversão	.126	.085	.076	-.013	.303*	.010
Abertura à Experiência	.178	.212	.065	.081	.250	-.005
Amabilidade	-.037	-.021	-.026	.024	-.109	-.104
Responsabilidade	-.173	-.139	-.160	-.215	-.057	-.337*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Na Tabela 7 apresentam-se os dados obtidos através do estudo correlacional entre o Luto Antecipado (MM-CGI-SF), a Depressão (BDI), e os resultados obtidos no Índice de Barthel, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), e Inventário Neuropsiquiátrico (INP).

No que concerne ao Índice de Barthel, não existem correlações estatisticamente significativas com a escala do Luto Antecipado (MM-CGI-SF), nem com a escala da Depressão (BDI).

Curiosamente, o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), apresenta unicamente uma correlação positiva, estatisticamente significativa, mas fraca com a subescala “Preocupação” do Luto Antecipado ($r=.302$; $p=0.28$).

Relativamente ao Inventário Neuropsiquiátrico (INP), observamos uma correlação positiva, fraca e estatisticamente significativa com a escala Luto Antecipado ($r=.385$; $p=.004$), e com três das subescalas: “Tristeza e Saudade” ($r=.372$; $p=.006$), “Isolamento” ($r=.312$; $p=.023$) e “Preocupação” ($r=.338$; $p=.013$). O mesmo se verifica com a Depressão ($r=.279$; $p=.043$).

Tabela 7 – Estudo Correlacional (do tipo Pearson) entre a Escala de Luto Antecipado (MM-CGI-SF) e respetivas subescalas, a Escala de Depressão (BDI), e o Índice de Barthel, MoCA, e INP

	Luto antecipado	Sobrecarga e sacrifício pessoal	Tristeza e Saudade	Isolamento	Preocupação	Depressão
Índice de Barthel	.047	-.073	-.006	.144	.187	.038
MoCA	.059	-.085	-.041	.159	.302*	.069
INP	.385**	.263	.372**	.312*	.338**	.279*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Variáveis que influenciam o Luto Antecipado e a Depressão

Foi analisado a influência da escolaridade e profissão do cuidador, fase da doença em que se encontra o doente, apoio institucional, e o reconhecimento do cuidador por parte do doente.

O Teste Mann-Witney (Tabela 8) entre a **escolaridade do cuidador**, e o MM-CGI-SF, permitiu-nos constatar que os indivíduos com menor escolaridade (Mdn= 32.46), apresentam níveis mais elevados de Luto Antecipado, comparativamente aos com maior escolaridade (Mdn= 21.33), sendo esta diferença, estatisticamente significativa ($U=203.5$, $p=.009$). O mesmo se verifica nas subescalas: “Sacrifício Pessoal e

Sobrecarga” (Mdn \leq 4anos= 32; Mdn<4anos= 21.81; U=216, $p=.016$), “ “Preocupação” (Mdn \leq 4 anos= 32.63; Mdn<4anos= 21.15; U=199, $p=.006$), e “Isolamento” (Mdn \leq 4 anos= 32.13; Mdn<4anos= 21.67; U=212.5, $p=.012$). No que concerne ao BDI, também se verifica que quanto menor é a escolaridade (Mdn \leq 4 anos= 31.30; Mdn<4anos= 22.54), maior os níveis de Depressão (U=235, $p=.039$): Salienta-se a ausência de significância estatística entre a subescala “Tristeza e Saudade” do Luto Antecipado (U=255, $n.s$), e os níveis de escolaridade (Mdn \leq 4 anos= 30.56; Mdn<4anos= 23.31).

Tabela 8 – Teste Mann-Whitney para as escalas de Luto antecipado e Depressão em função da escolaridade do cuidador

	Mean Rank		U	p
	\leq 4anos escolaridade (N=27)	> 4anos escolaridade (N=26)		
Luto antecipado	32.46	21.33	203.5	*
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	32.00	21.81	216.0	*
Tristeza e Saudade	30.56	23.31	255.0	<i>n.s</i>
Preocupação	32.63	21.15	199.0	*
Isolamento	32.13	21.67	212.5	*
Depressão	31.30	22.54	235.0	*

n.s= $p>0.05$, * $p<0.05$

A variável **profissão** do cuidador, foi recodificada em “ativo” e “não ativo”, no qual, a primeira agrega todas as atividades profissionais, e a segunda, reformados, domésticos e desempregados. Como se pode constatar através da Tabela 9, os indivíduos ativos apresentam valores inferiores e estatisticamente significativos de Luto Antecipado (MdnAT= 19.86; MdnNAT= 33.38; U=171.5, $p=.001$); de “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” (MdnAT= 19.54; MdnNAT= 33.66; U=163.5, $p=.001$); “Tristeza e Saudade” (MdnAT= 21.96; MdnNAT= 31.50; U=224, $p=.024$); “Preocupação” (MdnAT= 21.26; MdnNAT= 32.13; U=206.5, $p=.010$); e “Isolamento” (MdnAT= 21.58; MdnNAT= 31.84; U=214.5, $p=.014$). O Mesmo se verifica relativamente à Depressão (MdnAT= 18.38; MdnNAT= 34.70; U=134.5, $p=<.001$).

Tabela 9 – Teste Mann-Whitney para as escalas de Depressão e Luto antecipado em função da profissão do cuidador

	Mean Rank	Mean Rank	U	P
	Ativo (N=25)	Não Ativo (N=28)		
Luto antecipado	19.86	33.38	171.5	*
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	19.54	33.66	163.5	*
Tristeza e Saudade	21.96	31.50	224.0	*
Preocupação	21.26	32.13	206.5	*
Isolamento	21.58	31.84	214.5	*
Depressão	18.38	34.70	134.5	**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Quanto às **fases da doença (CDR)**, verifica-se que existe uma associação entre as diferentes fases da doença com o Luto antecipado ($\chi^2(2)=7.74$, $p=.021$), e as subescalas “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” ($\chi^2(2)=7.36$, $p=.025$), e “Tristeza e Saudade” ($\chi^2(2)=7.37$, $p=.025$) (Tabela 10). Objetivando compreender estes resultados, realizaram-se testes *Post hoc* (três Mann-Whitney’s), cujo nível de significância é de .0167, tendo em consideração a correção de Bonferroni. (0.05/3).

Tabela 10 – Teste Kruskal-Wallis para as escalas de Depressão e Luto antecipado em função das fases da doença

	<i>Mean Rank</i> CDRI (N=5)	<i>Mean Rank</i> CDRII (N=18)	<i>Mean Rank</i> CDRIII (N=30)	$\chi^2(2)$	<i>P</i>
Luto antecipado	11.00	32.53	26.35	7.74	*
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	9.60	30.36	27.88	7.36	*
Tristeza e Saudade	10.30	31.39	27.15	7.37	*
Preocupação	19.20	33.28	24.53	5.11	<i>n.s</i>
Isolamento	25.20	33.06	23.67	4.38	<i>n.s</i>
Depressão	18.00	31.67	25.70	3.57	<i>n.s</i>

n.s= $p>0.05$; * $p<0.05$

A Tabela 11 permite-nos a comparação entre o CDRI e II, tendo-se verificado apenas diferenças estatisticamente significativas ao nível da “Tristeza e Saudade” ($U=12$; $p=.14$), entre a Fase I ($Mdn=5.40$) e a III ($Mdn=13.83$). O mesmo se verifica entre a Fase I ($Mdn=7.90$) e a III ($Mdn= 19.68$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($U=24.5$; $p=.16$).

Tabela 11 - Teste Mann- Whitney para o CDRI e CDRII

	<i>Mean Rank</i> CDRI (N=5)	<i>Mean Rank</i> CDRII (N=18)	<i>U</i>	<i>P</i>
Luto antecipado	5.90	13.69	14.5	<i>n.s</i>
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	5.80	13.72	14.0	<i>n.s</i>
Tristeza e Saudade	5.40	13.83	12.0	*
Preocupação	7.20	13.33	21.0	<i>n.s</i>
Isolamento	8.60	12.94	28.0	<i>n.s</i>
Depressão	7.50	13.25	22.5	<i>n.s</i>

* $p<0.0167$

Para além da “Tristeza e Saudade”, também a subescala “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga”, demonstra diferenças estatisticamente significativas ($U=19$; $p=.008$), entre a Fase I ($Mdn=6.80$) e a Fase III ($Mdn= 19.87$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Teste Mann- Whitney para o CDRI e CDRIII

	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	U	P
	CDRI (N=5)	CDRIII (N=30)		
Luto antecipado	8.10	19.65	25.5	*
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	6.80	19.87	19.0	*
Tristeza e Saudade	7.90	19.68	24.5	*
Preocupação	15.00	18.50	60.0	<i>n.s</i>
Isolamento	19.60	17.73	67.0	<i>n.s</i>
Depressão	13.50	18.75	52.5	<i>n.s</i>

* $p < 0.0167$

Quando comparada a Fase II com a III (Tabela 13), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, quer ao nível do Luto Antecipado, quer nas diferentes subescalas.

Tabela 13 - Teste Mann- Whitney para o CDRII e CDRIII

	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	U	P
	CDRII (N=18)	CDRIII (N=30)		
Luto antecipado	28.33	22.20	201.0	<i>n.s</i>
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	26.14	23.52	240.5	<i>n.s</i>
Tristeza e Saudade	27.06	22.97	224.0	<i>n.s</i>
Preocupação	29.44	21.53	181.0	<i>n.s</i>
Isolamento	29.61	21.43	178.0	<i>n.s</i>
Depressão	27.92	22.45	208.5	<i>n.s</i>

n.s= $p > 0.05$

Quando comparados os cuidadores em função do **apoio institucional**, verificamos que, os cuidadores que possuem apoio, apresentam níveis inferiores de Luto Antecipado (Mdn=29.89), comparativamente aos que não possuem (Mdn=31.34), sendo esta diferença estatisticamente significativa (U=206.5; $p=.015$). O mesmo se verifica nas subescalas “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” (MdnAP=19.23; MdnSAP=32.52; U=170, $p=.002$), e “Tristeza e Saudade” (MdnAP=21.11; MdnSAP=31.18; U=211.5, $p=.019$), e ainda na escala de Depressão (MdnAP=20.91; MdnSAP=31.32; U=207, $p=.015$). No que concerne às subescalas “Preocupação” e “Isolamento”, apesar de os cuidadores que não tem apoio institucional apresentarem valores superiores, esta diferença não é estatisticamente significativa (Tabela 14).

Tabela 14 – Teste Mann- Whitney para as escalas de Depressão e Luto antecipado em função do apoio institucional

	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	U	P
	<i>Sim (N=22)</i>	<i>Não (N=31)</i>		
Luto antecipado	20.89	31.34	206.5	*
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	19.23	32.52	170.0	*
Tristeza e Saudade	21.11	31.18	211.5	*
Preocupação	23.80	29.27	270.5	<i>n.s</i>
Isolamento	24.82	28.55	293.0	<i>n.s</i>
Depressão	20.91	31.32	207.0	*

n.s= $p>0.05$, * $p<0.05$

No que concerne ao **reconhecimento do cuidador** por parte do doente (Tabela 15), verifica-se que, os cuidadores cujos doentes ainda os reconhecem, apresentarem valores superiores de Luto Antecipado (MdnR=27.50; MdnSR=26.55), “Preocupação” (MdnR=30.16; MdnSR=24.18), “Isolamento” (MdnR=29.66; MdnSR=24.63) e “Depressão” (MdnR=29.64; MdnSR=24.64); níveis e inferiores de “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” (MdnR=26.94; MdnSR=27.05), e “Tristeza e Saudade” (MdnR=25.80; MdnSR=28.07). Contudo, tais diferenças, não são estatisticamente significativas.

Tabela 15 – Teste Mann- Whitney para as escalas de Depressão e Luto antecipado em função do reconhecimento do cuidador por parte do doente

	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	U	P
	<i>Sim (N=25)</i>	<i>Não (N=28)</i>		
Luto antecipado	27.50	26.55	337.5	<i>n.s</i>
Sacrifício Pessoal e Sobrecarga	26.94	27.05	743.5	<i>n.s</i>
Tristeza e Saudade	25.80	28.07	320.0	<i>n.s</i>
Preocupação	30.16	24.18	271.0	<i>n.s</i>
Isolamento	29.66	24.63	283.5	<i>n.s</i>
Depressão	29.64	24.64	284.0	<i>n.s</i>

n.s= $p>0.05$

Discussão dos Resultados

Estudar a influência das características da personalidade dos cuidadores e as variáveis clínicas dos doentes com demência de Alzheimer sobre o processo de Luto Antecipado, foi o objetivo primordial deste estudo. A avaliação em simultâneo dos níveis de Depressão nos cuidadores permitiu-nos consolidar os resultados obtidos em estudos anteriores, que tiveram como objetivo compreender a relação entre o Luto Antecipado nos cuidadores de doentes com demência, e a Depressão.

No que concerne ao Luto Antecipado, consideramos que os valores obtidos pelos cuidadores espelham níveis moderados de Luto Antecipado à semelhança de outros estudos nacionais e internacionais (e.g. Almeida, et al., 2013; Marwit & Meuser, 2005; Sanders & Corley, 2003; Sanders et al., 2007).

A análise dos resultados obtidos nas diferentes subescalas do Luto Antecipado demonstra-nos que os cuidadores apresentam níveis superiores de “Tristeza e Saudade”, procedida do “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” e “Preocupação”, à semelhança dos resultados obtidos por Almeida, et al., (2013). Apresentam ainda níveis médios de “Isolamento”.

A proeminência da “Tristeza e Saudade” é compreensível pois trata-se evidentemente da emoção de luto mais reportada na prestação de cuidados a doentes com DA (Jones & Martin, 1992; Ott, Sanders & Kelber, 2007). A debilitação progressiva do doente, o aumento da dependência, a perda do companheirismo (Walker & Pomeroy, 1997), a perda do reconhecimento do cuidador (Rudd, Viney & Preston, 1999), mudanças ao nível da liberdade pessoal (Garand et al., 2012), entre outros, poderão estar na base dos sentimentos de tristeza e saudade. É de realçar que trata-se de uma amostra de doentes que se encontram maioritariamente na penúltima e última fase da doença (CDRII e III), o que justifica, os elevados níveis de dependência, capacidades cognitivas e alterações de comportamento reduzidas. A fase II (CDRII), da doença é caracterizada pelo exacerbar da sintomatologia amnésica e desorientação, com surgimento de apraxias, agnosias, afasias, despersonalização, perturbações do comportamento, deambulação, maior risco de fuga e perda do reconhecimento do seu cuidador (Gallucci, Tanelini & Fortaleza, 2005). Estas alterações, implicam por parte dos cuidadores níveis superiores de “Sacrifício pessoal e Sobrecarga”, *stress*, e burnout, devido às consequentes modificações na vida social, familiar e profissional, e abandono de interesses pessoais (Robinson-Whelen et al., 2001). Na fase III (CDRIII) o doente está totalmente dependente, muitos deles acamados e em mutismo, sendo que já nem reconhecem os cuidadores. Nesta fase final verifica-se progressivamente, desaparecimento quase completo das funções cognitivas e motoras – perda da capacidade de utilizar ou entender a linguagem, perda da capacidade de andar, sentar, sorrir e engolir, perde os reflexos a estímulos, tornam-se mais rígidos e podem também ficar mais agitados e irritáveis (Monteiro, 2009).

No que concerne ao “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga”, para além do supracitado, também a dor da perda, poderá constituir um fator causal contribuindo para o *stress* e

sobrecarga vivenciada pelo cuidador (Sanders et al., 2007). Note-se que os cuidadores de doentes com demência apresentam uma sobrecarga generalizada (física, emocional, social e económica) (Engelhart, Dourado & Laks, 2005) o que justifica os níveis consideráveis obtidos nesta subescala na nossa amostra. Para além disso, sabe-se que o Luto Antecipado é maior em fases moderadas e graves da doença (Chan et al., 2013), e é de salientar que a maioria dos doentes já não mantém o reconhecimento do cuidador o que constitui também um elemento desconfortável da prestação de cuidados.

Por conseguinte, o facto de ser na fase II (CDRII) que se verificam valores mais elevados de Luto Antecipado e nas subescalas “Tristeza e Saudade” e “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” dever-se-á à progressão e deterioração do doente, e a interiorização das múltiplas perdas do foro neuropsicológico sofridas pelo doente (Walker & Pomeroy, 1997; Meuser & Marwit 2001).

A análise comparativa do impacto da fase da doença sobre os Luto Antecipado e a Depressão leva-nos a concluir que a fase da doença em que se encontra o doente parece desempenhar um papel preponderante nos níveis de Luto Antecipado, sendo que o mesmo não se verifica ao nível da Depressão. No que concerne ao Luto, Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do Luto Antecipado e das subescalas “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” e “Tristeza e Saudade”, entre a Fase I, comparativamente à II e III. Não obstante da ausência de significância estatística em algumas subescalas podemos identificar na nossa amostra um padrão global de evolução do Luto Antecipado, com níveis inferiores na Fase I (CDRI), que atingem o seu pico mais elevado na Fase II (CDRII), descendo sensivelmente na Fase III (CDRIII). Portanto, verifica-se uma intensificação do luto à medida que a prestação de cuidados avança, podendo diminuir à medida que a morte da pessoa se aproxima, e o que o doente sofre um processo de “despersonalização”, consubstanciando os resultados apresentados noutros estudos como os de Walker e Pomeroy (1996), e Almeida et al. (2013).

Os resultados obtidos na subescala “Preocupação” são prevalentes na fase moderada da doença (CDRII), encontrando-se vinculada à exacerbação da sintomatologia amnésica e desorientação, acrescentando o risco de fuga (Gallucci, Tamelini & Fortaleza, 2005) e perigosidade para o doente. Poderá ainda estar relacionado com questões futuras que atemorizam os cuidadores como a aproximação da morte do ente querido (a perda “real”), traduzindo o processo de Luto Antecipado como um *“funeral that never ends”* (Walker & Pomeroy, 1996, p.249).

O “Isolamento” surge na literatura como uma consequência quase inevitável da prestação de cuidados, motivada por vários fatores, que vão desde a intolerância social perante alguns comportamentos do doente (Robinson-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire & Klecolt-Glaser, 2001), à falta de tempo efetivo para os cuidadores manterem atividades sociais. Aliás, Sanders, Carol, Kelber e Noonan (2008), advertem-nos para o facto de as reações de luto não se restringirem a temas como saudades do passado, remorso ou culpa, podendo expressar-se através de situações de isolamento e restrição de liberdade, que quando não devidamente valorizadas pela sociedade (sentimentos de dor na ausência da morte) poderão conduzir a situações de luto complexas.

No que concerne à Depressão, os resultados obtidos revelam níveis médios de sintomatologia depressiva. Contudo, a estratificação de acordo com os vários pontos de coorte evidencia uma percentagem significativa de indivíduos sem critérios de diagnóstico de depressão, resultados que vão de encontro em termos percentuais quando questionados os cuidadores acerca do seu historial depressivo. Não descurando os indivíduos que apresentam níveis elevados de sintomatologia depressiva, constatamos a presença de sintomas depressivos subjacentes à prestação de cuidados. Esta, poder-se-á relacionar com a centralização excessiva no ato de cuidar (Pinto, Barbosa, Ferreti, Souza, Farm et al., 2009), à diminuição das atividades sociais, dificuldades laborais (Quinn, Clare & Woods, 2009), ou até devido à despersonalização do doente (Ross, 2008). Todas estas situações se coadunam, com a perspectiva das múltiplas perdas a que o cuidadores estão sujeitos, perdas estas conducentes a um processo de Luto Antecipado. Tal é evidente através da correlação positiva entre o Luto Antecipado e a Depressão, sendo que Chan, et al. (2013) nos sugerem que a depressão no cuidador aumenta com o Luto Antecipado.

O estudo correlacional entre o Luto Antecipado e a Depressão demonstrou-nos a existência de correlações positivas moderadas entre estas duas dimensões, assim como, na subescala “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” seguida do “Isolamento”. Esta correlação é perfeitamente expectável, tendo em consideração as semelhanças entre a sintomatologia depressiva e um processo de luto (Spar & La Rue, 1997), representativa não de uma perturbação psiquiátrica, mas de um processo transitório de adaptação (Leite, 2006). A evolução da doença intensifica as perdas, pelo qual Meuser, Marwit e Sanders (2004) consideram que a dor pode ser um fator causal que contribui para o *stress* e sobrecarga evidenciada pelo cuidador. Por outro lado, níveis elevados de

“Isolamento” predizem baixos níveis de suporte social potenciando os níveis de depressão, dado que o suporte social se relaciona negativamente com a depressão (Albarracín & Muchnik, 1996). A necessidade de atenção às questões de luto em cuidadores é clara principalmente quando o doente atinge as fases finais da doença (Sanders et al., 2007).

Quanto aos fatores que poderão influenciar os níveis de Luto Antecipado, verificou-se que a existência de uma atividade profissional poderá revelar-se protetora da saúde mental, pois permitirá aos cuidadores uma maior descentralização na problemática da prestação de cuidados (Holley & Mast, 2009). Os resultados obtidos notificam isso mesmo, pois verificou-se que os cuidadores profissionalmente não ativos apresentam valores superiores de Luto Antecipado e todas as subescalas, assim como níveis superiores de Depressão. Tal como nos refere a literatura (e.g. Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004), na comunidade europeia, não se verifica uma predominância da conjugação da prestação de cuidados com uma atividade laboral, acabando por dedicar mais horas à prestação de cuidados.

Brody e Donkin (2009) consideram que o género, a idade e a escolaridade do cuidador podem influenciar a forma como estes encaram o seu papel na prestação de cuidados. Quanto à idade e género, não nos foi possível obter resultados conclusivos devido ao desproporcionalidade da amostra nestas variáveis. No entanto, no que concerne à escolaridade, os resultados obtidos, indicam-nos claramente que cuidadores com menos escolaridade apresentam valores superiores de Luto Antecipado e todas as subescalas, excetuando a “Tristeza e Saudade”, bem como valores superiores de Depressão. Em nosso entender, esta diferença entre grupos relaciona-se com o facto de os indivíduos com menor formação, apresentarem menos recursos cognitivos, sociais e materiais para enfrentarem eficazmente as vicissitudes da prestação de cuidados, conduzindo a níveis superiores de preocupação, sobrecarga e isolamento. Estes por sua vez, refletem-se nos níveis depressivos. No entanto, representando a tristeza uma emoção básica frequentemente combinada com outras emoções básicas (Oatley & Duncan, 1992, cit in Power, 2000), e por conseguinte com a saudade, é compreensível que as mesmas não sejam influenciáveis pelo nível de escolaridade. Trata-se de sentimentos transversais à maioria dos cuidadores, assentes na avaliação da perda ou fracasso (Power, 2000), e por conseguinte num processo de Luto Antecipado.

No que concerne ao apoio institucional, verificou-se que os cuidadores que possuem apoio, apresentam níveis inferiores e estatisticamente significativos de Luto Antecipado,

“Sacrifício Pessoal e Sobrecarga” e “Tristeza e Saudade”, assim como de Depressão. Os resultados vão de encontro à literatura, que sugere que o suporte social e o apoio institucional oferecem uma maior proteção contra a sobrecarga e *stress* dos prestadores de cuidados (e.g. Brodaty & Donkin, 2009; Ott, Sanders & Kelber, 2007).

Por fim, resta-nos analisar os resultados obtidos no Inventário de Personalidade. A análise dos mesmos demonstra-nos que os cuidadores apresentam níveis elevados de “Extroversão”, procedido de “Responsabilidade”. Apresentam ainda níveis médios de “Abertura à Experiência”, “Neuroticismo” e “Amabilidade”.

A sobre saliência da “Extroversão” clarifica-se como algo positivo, pois a literatura demonstra-nos que características como extroversão e socialização encontram-se associadas a uma diminuição da sobrecarga do cuidador e a menores níveis de sintomatologia depressiva (e.g. Koener et al., 2009; Melo et al., 2011; Norton et al., 2013). Segundo Norton et al. (2013), os cuidadores mais extrovertidos, evidenciam uma maior propensão na valorização da prestação de cuidados, sentindo-se mais confortáveis no seu papel de cuidador.

A “Responsabilidade” foi o segundo traço de personalidade mais proeminente na nossa amostra e que se relacionará com o desempenho do próprio papel de cuidador. Recorde-se que o carácter progressivo e degenerativo da doença, assim como o aumento do nível de dependência do doente, leva o cuidador a confrontar-se com novos desafios, e com responsabilidades e cuidados cada vez mais exigentes (Ory, Tennstedt & Schulz, 2000). Por conseguinte, tal tarefa só poderá ser bem sucedida, se o cuidador possuir “Responsabilidade”. Caso contrário, o risco de abandono da prestação de cuidados será bastante elevado. O grau de responsabilização também se relacionará com a tipologia de cuidadores, pois trata-se de cuidadores informais, na maioria filhos precedidos dos cônjuges, assente numa base de recompensa pelos cuidados prestados pelos progenitores aquando da sua infância (inversão de papeis).

Kitwood (1993) sugere que a demência requer que os cuidadores estejam emocionalmente disponíveis para o doente, revelem empatia, pensamento flexível, imaginação e criatividade. Neste contexto, características da personalidade como a “Abertura à Experiência” e a “Amabilidade” promovem uma melhor aceitação das experiências do doente, e estimulam a identificação consciente das necessidades do mesmo que é algo crucial para o desenvolvimento de um ambiente de cuidados positivo (Norton et al., 2013).

Em contrapartida, o “Neuroticismo”, é definido como a propensão de um indivíduo para experimentar emoções negativas, constituindo um fator de risco para o aumento da angústia no cuidador ao longo do tempo (Jang et al., 2004). O cuidador neurótico parece ser mais vulnerável ao *stress*, devido á utilização de estratégias de coping menos eficazes, o que poderá prejudicar a sobrevivência do doente: respondem à prestação de cuidados mais negativamente e com maior frustração (BookWala & Schulz, 1998), apoiam menos o doente (Shurgot & Knight, 2005), e tem menos apoio instrumental de familiares e amigos (Reis et al., 1994). Estas situações propiciam o aumento da sobrecarga e acentuam a tendência para o isolamento do cuidador.

Não obstante aos resultados obtidos nas diferentes subescalas (sobre saliência da Extroversão), o estudo correlacional entre a Personalidade do cuidador, o Luto Antecipado e a Depressão, demonstrou-nos claramente, que o “Neuroticismo” é o único traço da personalidade que apresenta correlações estatisticamente significativas com todas as dimensões do Luto Antecipado, assim como a Depressão. Apesar de se tratarem de correlações positivas de fracas a moderadas, consideramo-las relevantes e expectáveis, tendo em consideração que os cuidadores com mais características neuróticas são mais nervosos, mais inseguros, estão mais susceptíveis a avaliar as situações de um modo mais *stressante* e ameaçador (Jang et al., 2004), e são mais retraídos e focados nos medos e preocupações (Bookwala & Schulz, 1998). A correlação entre o “Neuroticismo” e a subescala “Tristeza e Saudade” do Luto Antecipado também era evidente pois o “Neuroticismo” é por si só um fator de risco para o aumento da angústia e tristeza dos cuidadores ao longo do tempo (Jang et al., 2004). Prosser-Doods (2013), ao desenvolver um estudo tendo como objetivo compreender a relação existente entre a personalidade e a resposta ao luto, verificou que as pessoas enlutadas respondem à dor de modo diferente de acordo com a sua forma de decidir ou julgar as informações sobre a perda, acreditando que a diferença existirá sobretudo na resposta de tristeza do cuidador. Logicamente maiores níveis de “Neuroticismo” influenciam também o “Sacrifício Pessoal e Sobrecarga”, a “Preocupação” e o “Isolamento” dos cuidadores como nos revelam vários estudos (e.g. Melo et al., 2011; Cumming, 2011; Norton et al., 2013). Um cuidador que não é resiliente, esperançoso e socialmente apoiado de alguma forma, provavelmente sente mais peso no ato de cuidar (Cumming, 2011). A correlação entre o “Neuroticismo” e a Depressão vem confirmar resultados encontrados na literatura (e.g. Bookwala & Sculz, 1998; Hooker, Monahan, Bowman, Fraizer & Shifren, 1998; Jang et al., 2004), que nos

referem que níveis elevados de neuroticismo produzem efeitos diretos na saúde do prestador de cuidados, nomeadamente sobre os níveis de Depressão (Leite, 2006).

No que concerne às restantes dimensões da personalidade, evidenciou-se uma correlação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre a “Extroversão e a “Preocupação”, assim como, negativa e fraca entre a “Responsabilidade” e a Depressão. No que concerne à relação entre a “Extroversão” e a “Preocupação”, no nosso entender, poderá relacionar-se com as restrições impostas ao cuidador pela prestação de cuidados, nomeadamente ao nível da socialização, uma das características deste tipo de traço de personalidade. A tendência depressiva dos indivíduos mais “responsáveis”, é compreensível, pois quanto mais responsável é o cuidador, mais implicado estará na persecução criteriosa e cuidadosa da prestação de cuidados, abdicando das suas próprias vidas em prol da garantia da qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, assistir ao sofrimento da pessoa amada aumento o risco de perturbações de humor (Monin & Schulz, 2009).

Para terminar, há ainda a considerar o impacto da deterioração cognitiva e física do doente ao nível do Luto Antecipado e Depressão. Como se pode constatar nos resultados obtidos nos diferentes instrumentos de avaliação “clínica” do doente (Índice de Barthel, MoCA e INP), trata-se de uma amostra bastante incapacitada, que se traduz numa distribuição assimétrica nas diferentes fases da doença, com maior incidência na última fase. Apesar disso, o estudo correlacional dos diferentes instrumentos com o de avaliação do Luto Antecipado e Depressão, revela-nos apenas a existência de correlações positivas e fracas do MoCA e a subescala “Preocupação” do Luto Antecipado, e correlações positivas e fracas do INP com a escala do Luto Antecipado, e as subescalas “Tristeza e Saudade”, “Isolamento” e “Preocupação”, e ainda com a Depressão. Ora como nos refere Skovdahl et al., (2003), o processo de demência evolui como uma interação dialética entre o comprometimento neurológico e a vida psicossocial do doente, influenciando e contribuindo para um acréscimo das preocupações do prestador de cuidados, o que vem justificar os resultados obtidos entre Montreal Cognitive Assessment e subescala “Preocupação” do Luto Antecipado.

Nos estádios finais da doença o luto é um componente predominante, aumentando as emoções de “Tristeza e Saudade”, e a experiência do cuidador é muitas vezes agravada por questões não resolvidas relativamente às perdas que ocorreram nas fases anteriores da doença (Sanders et al., 2007), contribuindo para o “Isolamento” social e aumento da

“Preocupação” devido aos problemas comportamentais do doente (Pinquart & Sörensen, 2003).

A correlação entre o Inventário Neuropsiquiátrico e a Depressão vem confirmar resultados obtidos noutros estudos que nos sugerem que a depressão aumenta à medida que a pessoa com demência piora (e.g. Grunfeld et al., 2004; Cumming, 2011).

Conclusões

Os resultados obtidos comprovam a existência de um processo de Luto Antecipado inerente à prestação de cuidados a doentes com Demência de Alzheimer. A dor, sofrimento e o Luto Antecipado manifestam-se intensamente à medida que o doente progride, culminando com múltiplas perdas: perda da relação, de afeto, de interação social, de suporte e intimidade (Sanders & Adams, 2005; Rudd et al., 1999; Loss & Bowd, 1997; Sanders & Corley, 2003; Williams & Moretta, 1997).

Demonstra ainda que a perspetiva de Luto Antecipado apresenta-se mais adequada na explicação da problemática da prestação de cuidados e dos níveis de Depressão verificados. A personalidade do cuidador surge como determinante nas reações de Luto Antecipado, ressaltando-se os traços de “Extroversão” da amostra que poderá justificar a resiliência dos cuidadores. No entanto, não podemos descurar o facto de o “Neuroticismo” constituir o único traço de personalidade que se correlaciona com todas as dimensões do Luto Antecipado, podendo constituir um fator de risco. Portanto, a personalidade é considerada um fator proeminente na resposta à dor, e um fator determinante ou que levar a uma resposta de dor mais intensa ou acentuada (Prosser-Dodds, 2013).

As características da doença, nomeadamente as questões neuropsiquiátricas e problemas comportamentais do doente influenciam significativamente e gravemente o prestador de cuidados e conseqüentemente o processo de luto vivenciado (Lindner, 2005; Cummings, 2005; Beier, 2004). O nível de dependência da nossa amostra é evidente, no entanto, não se verificaram grandes implicações ao nível do Luto Antecipado, provavelmente por a maioria dos doentes já ter ultrapassado a fase problemática em termos de alterações de comportamento.

Posto isto, identifica-se a necessidade de reconhecer e avaliar os sentimentos de luto (Sanders & Corley, 2003), e alertar os técnicos de saúde no desenvolvimento de intervenções em tempo hábil para coibir os cuidadores de desenvolverem reações de luto complicado (Walker & Pomeroy, 1996).

Referências

- Albarracín, D., & Muchnik, E., G. (1996). Redes de apoyo social y envejecimiento humano. In J., Buendía (Comp.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.373-398). Barcelona: Siglo Vintiuno.
- Almeida, F., Leite, M., & Gonçalves, M. (2013). Luto Antecipado em cuidadores de doentes com Demência. Departamento de Psicologia. Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte.
- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *ESENFs*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Beier, M. (2004). Alzheimer's Disease Assessment Scales. Geriatric Consultant Resources, LLC. And JanssenPharmaceutica, Inc.[Online].Available:<http://www.Gerweb.com/alzheimersDSS/assess/subpages/assessbackground.html,func.html,beh.html,global.html,cog.html> [2014, Jan.].
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2002). NEO-FFI: Estudo Psicométrico. FPCE. Universidade do Porto.
- Bidarra, A. (2010). Vivendo com a Dor: O Cuidador e o Doente com dor crónica oncológica. Dissertação de Mestrado em Ciências da Dor. Universidade de Lisboa.
- Bookwala, J., & Schulz, R. (1998). The role of neuroticism and mastery in spouse caregivers' assessment of and response to a contextual stressor. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53, P155–P164.
- Brody, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Clinical research*.
- Chan, D., Livingston, G., Jones, L., & Sampson, E. (2013). Grief reactions in dementia caregivers: a systematic review international. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 28: 1-17.
- Coleman, E., Smith, J., Frank, J., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. (2004). Preparing Patients and Caregivers to Participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *American Geriatrics Society*. 52: 1817-1825.

- Cousins, R., Davies, A., Turnbull, C., & Playfer, J. (2002). Assessing caregiving distress: A conceptual analysis and a brief scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 387-403.
- Cumming, J. (2011). *The Neuropsychiatry of Alzheimer's Disease and Related Dementias*. United Kingdom: Martin Dunitz Ltd.
- Engelhart, E., Dourado, M., & Laks, J. (2005). A Doença de Alzheimer e o impacto nos Cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia, 14*(2), 5-11.
- Gallucci, N. J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). The Differential Diagnosis of Dementia. *Revista Psiquiatria Clínica, 32*(3), 119-130.
- Garand, L., Lingler, J., Deardorf, K., DeKosky, S., Schulz, R., Reynolds, C., & Dew, M. (2012). Anticipatory Grief in New Family Caregivers of Person with Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Alzheimer's Disease Association Disorder, April, 26*(2): 159-165.
- Gómez-Gallego, M., Gómez-Amor, J., & Gómez-García, J. (2012). Determinants of quality of life in Alzheimer's disease: perspective of patients, informal caregivers and professional caregivers. *International Psychogeriatrics, 24*: 11, 1805-1815.
- Gonçalves, J. G. (2010). *Alterações Psicológicas em pacientes com DCL*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C., & Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal, 170*(12), 1795-1801.
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact to Anticipatory grief on Caregiver: Burden in Dementia Caregivers. *Oxford Journals Medicine & Social Sciences*.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Bowman, S. R., Fraizer, L. D., & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 53B*, P73-P85.
- Jang, Y., Clay, O., Roth, D., Haley, W., & Mittelman, M. (2004). Neuroticism and Longitudinal Change in Caregiver Depression: Impact of a Spouse-Caregiver Intervention Program. *The Gerontologist, Vol. 44, No. 3*, 311-317.
- Jones, P. S., & Martin, I. M. (1992). The experience of bereavement in caregivers of family members with Alzheimer's disease. *Image: Journal of Nursing Scholar-Ship, 24*, 172.176.

- Kitwood, T. (1993). Toward a theory of dementia care: the interpersonal process. *Ageing and Society*, 13, 51–67.
- Koerner, S. S., Kenyon, D. B., & Shirai, Y. (2009). Caregiving for elder relatives: which caregivers experience personal benefits/gains? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 238–245.
- Leite, M. (2006). Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge prestador de cuidados. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, sob a orientação da Prof. Doutora Marina Prista Guerra.
- Lindner, H. (2005). Caregiver Interventions for Behavioral Symptoms in Alzheimer's and Dementia Patients. *Senior Honors Theses*. pp.52.
- Loos, C., & Bowd, A. (1997). Caregivers of persons with Alzheimer's disease: Some neglected implications of the experience of personal loss and grief. *Death Studies*, 21, 501–514.
- Mário, R., Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP*. no.34, vol.1.
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2002). Development and initial validation of na inventory to Assess Grief in Caregivers of Person with Alzheimer's Disease. *The Gerontologist*. Vol. 42, No. 6, 751-765.
- Marwit, S., & Meuser, T. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29, 191-205.
- McIntyre, T., & Araújo-Soares (1999). Inventário de Depressão de Beck: Estudo de Validade numa amostra de doentes com dor crónica. In P. A. Soares, S. Araújo, & S. Caires. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Melo, G., Maroco, J., & Mendonca, A. (2011). Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1275–1282.
- Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (2001). A Comprehensive Stage-Sensitive Model of Grief In Dementia Caregiving. *The Gerontological Society of Dementia*. Vol. 41, No. 5, 658-670.
- Meuser, T.M., Marwit, S.J., & Sanders, S. (2004). Assessing grief in family caregivers. In K. Doka, (Ed). *Living with grief: Alzheimer's disease*. Washington, DC: Hospice Foundation of America.

- Monin, J. K., & Schulz, R. (2009). Interpersonal Effects of Suffering in Older Adult Caregiving Relationships. *Psychology and Aging*, 24(3), 681-695.
- Monteiro, S. (2009). A exaustão do cuidador informal do doente com Alzheimer. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa.
- Norton, M., Clark, C., Fauth, E., Piercy, K., Pfister, R., Green, R., Corcoran, C., Rabins, P., Lyketsos, C., & Tschanz, J. (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 Psychogeriatric Association*. doi:10.1017/S1041610213001105.
- Oliveira, M., Ribeiro, M., Borges, R., & Luginger, S. (2005). A Doença de Alzheimer: Perfil Neuropsicológico e Tratamento. Departamento de Psicologia. Universidade Lusíada do Porto.
- Ory, M., Yee, J., Tennstedt, S., & Schulz, R. (2000). The extent and impact of dementia care: unique challenges experienced by family caregivers. In R., Schulz (Ed.). *Handbook of dementia caregiving: Evidence-Based Interventions for family caregivers* (pp.1-31). New York: Springer Publishing Company.
- Ott, C. H., Sanders, S., & Kelber, S. T. (2007). Grief and Personal Growth Experience of Spouses and Adult Child Caregivers of individuals with Alzheimer's Disease and Related Dementias. *The Gerontologist*. Vol. 47, No. 6, 798-809.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of caregivers stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging & Mental Health*, 8(5), 438-449.
- Pinto, M. P., Barbosa, D. A., Ferreti, C. E., Souza, L. F., Fram, D. S., Gonçalves, A., & Belasco, S. (2009). Quality of life among caregivers of elders with Alzheimer's disease. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 652-657.
- Pot, A., Deeg, D., Van Dyck, R., & Jonker, C. (1998). Psychological distress of caregivers: The mediator effect of caregiving appraisal. *Patient Education and Counselling*, 34, 43-51.
- Power, M. J. (2000). Sadness and its disorders, In, T. Dalgleih & M. Power. *Handbook of cognition and emotion* ((497-520). Wiley: England
- Prosser-Doods, L. (2013). The relationship between grief and personality: a quantitative study. Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Capella University.

- Quinn, C., Clare, L., & Woods, B. (2009). The impact of the quality of relationship on the experiences and wellbeing of caregivers of people with dementias. A systematic review. *Aging & Mental Health*, 13(2), 143-154.
- Reis, M. F., Gold, D. P., Andres, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. (1994). Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 257-271.
- Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R., McGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. (2001). Long-term caregiving: what happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 573-584.
- Ross, A. C. (2008). An Assessment of Anticipatory Grief as Experienced by Family Caregivers of Individuals with Dementia. (Doctor of Philosophy), Alabama: Faculty of Auburn University, Auburn.
- Rudd, M. G., Viney, L. L., & Preston, C. A. (1999). The grief experienced by spousal caregivers of dementia patients: The role of place of care of patient and gender of caregiver. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 217-240.
- Sanders, S., Ott, C., Kelber, S., & Noonan, P. (2008). The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Studies*, 32: 495-523.
- Sanders, S., & Adams, K. B. (2005). Grief Reactions and Depression in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease: Results from a Pilot Study in an Urban Setting. *National Association of Social Workers*. 0360-7283/05.
- Sanders, S., & Corley, S. (2003). Are They Grieving? A Qualitative Analysis Examining Grief in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Social Work in Health Care*, 37(3) 35-53.
- Sanders, S., Marwit, S., Meuser, T., & Harrington, P. (2007). Caregiver Grief in End-Stage Dementia: using the Marwit and Meuser Caregiver Grief Inventory for assessment and intervention in Social Work. *Social Work in Health Care*, 46(1), 47-65.
- Shurgot, G. R., & Knight, B. G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: pilot test of the transactional stress and social support model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60, S331-S334.
- Skovdahl, K., Kiblgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, July. 7:4, 277-286.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: AMBAR.
- Spar, J., & LaRue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Vliet, D., Vugt, M. E., Aalten, P., Bakker, C., Pijnenburg, Y. A. L., Dassem, M., Koopmans, R., & Verhey, F. (2012). Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Young – Onset Compared to Late-Onset Alzheimer’s Disease – Part 1: Findings of the Two-Year longitudinal NeedYD-Study. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 34: 319-327.
- Walker, R. J., & Pomeroy, E. C. (1996). Depression or grief? The experience of caregivers of people with dementia. *Health & Social Work*, 21(4), 247-254.
- Walker, R. J., & Pomeroy, E. C. (1997). The impact of Anticipatory Grief on Caregivers of Persons with Alzheimer disease. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1/2): 55-76.
- Williams, C., & Moretta, B. (1997). Systemic understandings of loss and grief related to Alzheimer’s disease. In J. Doka & J. Davidson (Eds.), *Living with grief: When illness is prolonged* (pp. 119–132). Washington, DC: Hospice Foundation of America.
- Yektatalab, Sh., Kaveh, MH., Sharif, F., Khoshknab, M. F. & Petramfar, P. (2012). Characteristics of Care and Caregivers of Alzheimer’s Patients in Elderly Care Homes: A qualitative research. *Irian Red Crescent Medical Journal*. 14(5): 294-299.
- Zanetti, O., Frisoni, G., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V., & Trabucchi, M. (1998). Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 358 136-367.
- Zegwaard, M., Aartsen, M., Grypdonck, M., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13: 103.



PARTE I:

Artigo a submeter a uma revista científica

1. Estudo de variáveis que influenciam o luto antecipado em cuidadores de Doentes com Demência de Alzheimer: personalidade do cuidador e variáveis clínicas do doente

1.1. Anexo da submissão do artigo

Declaration of authors' consent for publication

The authors signed below with exclusiveness all the publication rights, in any form or means, of the article ESTUDO DAS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA and guarantee that the article is original and unpublished.

Diana Santos

Manuela Leite

Prazeres Gonçalves

Date: _____

Declaration of conflicts of interest

No conflict of interest is reported by any of the authors of the article ESTUDO DAS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA, signed below:

Diana Santos

Manuela Leite

Prazeres Gonçalves

Date: _____

Suggestions for specialist reviewers

The authors of the article ESTUDO DAS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA suggest as reviewers the following specialists:

1. (a definir)
2. (a definir)
3. (a definir)

Diana Santos

Manuela Leite

Prazeres Gonçalves

Date: _____



Parte II:

Resumo a submeter ao Encontro Científico

IX Congresso Ibero-Americano de Psicologia:

*“Variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com
Demência de Alzheimer: Personalidade do Cuidador
e Variáveis Clínicas do Doente”*

**Variáveis que influenciam o Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com
Demência de Alzheimer:
Personalidade do Cuidador e Variáveis Clínicas do Doente**

Diana Santos^{*}, Manuela Leite^{**} e Maria Prazeres Gonçalves^{**}

Objetivo: verificar se as características da personalidade do cuidador, e as variáveis clínicas do doente influenciam o Luto Antecipado.

Método: Foi administrado um questionário sociodemográfico, o BDI, o MM-CGI-SF, o NEO-FFI, o Índice de Barthel, o Inventário Neuropsiquiátrico a 53 cuidadores, e o MoCA a 53 doentes. Amostra é essencialmente constituída por cuidadores primários de doentes com demência de Alzheimer (69,8%), do género feminino (94,3%), com idade média de 48.53 anos (DP=13.60). Predominam os filhos cuidadores (58,5%), seguidos os cônjuges (17%). 20.8% dos cuidadores apresentam historial depressivo subjacente à prestação de cuidados

Resultados: Os resultados revelam níveis elevados de Luto Total (M=61.42 e DP=14.99), destacando-se a subescala Tristeza e Saudade (M=26.25 e DP=5.66). Revelaram ainda níveis médios de Depressão (M=12.45 e DP=9.20). Identificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as características da personalidade do cuidador (nomeadamente o Neuroticismo) e o Luto Total ($r=.437$; $p=.001$), e com as respetivas subescalas, bem como também entre o Neuroticismo e a Depressão ($r=.348$; $p=.011$). Os valores obtidos nas escalas do doente comprovam estarmos perante uma amostra muito dependente (Índice de Barthel: M=29.15 e DP=32.07; MoCA: M=2.94 e DP=5.26; INP: M=24.92 e DP=23.95). Identificou-se uma associação entre a fase da doença e os níveis de Luto Total ($\chi^2=7.74$; $p=0.025$), e as subescalas Sacrifício Pessoal e Sobrecarga ($\chi^2=7.36$; $p=0.025$) e Tristeza e Saudade ($\chi^2=7.37$; $p=0.025$).

Conclusões: Os cuidadores apresentam níveis elevados de Luto Antecipado, e verifica-se a influência de variáveis como as características da personalidade do doente, e a fase da doença em que o doente se encontra.

^{*}Mestranda em Psicologia Clínica

^{**}Professor Auxiliar Instituto Superior Ciências Saúde-Norte

ANEXOS

Anexo I – Identificação da Revista e do Encontro Científico

Anexo II – Regras de Publicação

Anexo I

Identificação da Revista e do Encontro Científico

Estado de Submissão

Revista Científica com peer-review

Artigos originais de investigação:

Artigo: ESTUDO DE VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER: PERSONALIDADE DO CUIDADOR E VARÁVEIS CLÍNICAS DO DOENTE

Revista: Anales de Psicología, Revista de Investigación en Psicología, Ediciones de la Universidad de Murcia

Estado: A SUBMETER

Congresso Ibero-Americano de Psicologia

Comunicação: VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM O LUTO ANTECIPADO EM CUIDADORES DE DOENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER: PERSONALIDADE DO CUIDADOR E VARIÁVEIS CLÍNICAS DO DOENTE

Encontro científico: IX Congresso Ibero-Americano de Psicologia, Ordem dos Psicólogos Portugueses – 9 a 13 de Setembro, Lisboa, Portugal.

Formato de apresentação: Comunicação Oral (apresentação Power Point)

Estado: A SUMBMETER

Anexo II

Regras de Publicação e Submissão do Artigo



anales

DE

psicología

Revista de psicología en formato impreso y electrónico

(web) Editada por

A journal of Psychology both in print and web format, edited by:

[Servicio de Publicaciones](#) de la [Universidad de](#)

[Murcia](#) (Murcia, España)



ISSN: 0212-9728 (edición impresa / print edition)

ISSN: 1695-2294 (edición web / web edition)

Edición web en el sistema OJS de la Universidad de Murcia:

<http://revistas.um.es/analesps/>

[English version](#)

FACTOR DE IMPACTO EN JCR (*Journal of Citation Reports* de ISI Thomson Reuters):

Factor de impacto 2011 en JCR (*Journal of Citation Reports*, de Thomson-Reuters, publicado 29-6-2012): 0.568
(en 2010: 1.338; en 2009: 0.244).

Febrero 2011: **Anales de Psicología supera la II Edición de Evaluación de revistas científicas 2009-2010 de la FECYT**, quizás la evaluación más exigente que se realiza en España. Dicha evaluación la han superado sólo 40 revistas de todas las áreas científicas (de psicología, además de la nuestra la han superado Ansiedad y Estrés y Behavioral Psychology. [Más información](#)

Desde 2011: Tres números al año (en enero, mayo y octubre)

Desde septiembre 2008, la revista [ha sido incluida](#) en el Science Citation Index Expanded y en el Social Sciences Citation Index de ISI Thomson Reuters

Indización en bases de datos externas en las que está incluida la revista

(la mayoría accesibles desde la web y con sistemas de búsqueda)

Internacionales	Con acceso web restringido mediante suscripción
	<ul style="list-style-type: none"> - Social Science Citation Index (lista de revistas incluidas) - Science Citation Index Expanded (lista de revistas incluidas) <p>De Thomson Reuters Scientific. Desde Septiembre 2008. En Web of knowledge (acceso restringido por suscripción universidades) desde 2007</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - SCOPUS (Elsevier). considerada la mayor base de datos de resúmenes y citas de literatura revisada por expertos y fuentes web de calidad, con herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar trabajos de investigación. (¿qué es Scopus?). Desde julio 2009
	<ul style="list-style-type: none"> - Psycinfo database: PSYCLIT / PSYCINFO / PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS (American Psychological Association, Washington, U.S.A.). Incluida desde 1997
	<ul style="list-style-type: none"> - ERIH, European Reference Index for the Humanities (de la European Science Foundation). List 2011
	<ul style="list-style-type: none"> - PIO (Periodical Index Online) (PERIODICAL INDEX ONLINE) (Antes PCI-Full Text) (Chadwick-Healey, ProQuest (UK))
	<ul style="list-style-type: none"> - J-Gate. The e-journal Portal for 12250+ scholarly Research and Professional Journals. 3160+ Open-access Journals Online. Editada por Informatics India Ltd.
	<ul style="list-style-type: none"> - Ulrich's International Periodicals Directory
	<h3>Con acceso libre desde la web</h3>
	<ul style="list-style-type: none"> - Open Science Directory. Directorio de e-revistas internacional. Patrocinado por EBSCO. Incluida desde 2009
	<ul style="list-style-type: none"> - Scirus. (the most comprehensive science-specific search engine on the Internet. Driven by the latest search engine technology, Scirus searches over 167 million science-specific Web pages). Incluida desde 2007.
	<ul style="list-style-type: none"> - DOAJ. Directory of Open Access Journals. This service covers free, full text, quality controlled scientific and scholarly journals. Incluida desde mayo de 2005.



- [PsychSpyder](#) - **Psychologie Information - ZPID** (Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation / Institute for Psychology Information) de la Universidad de Trier (Alemania)



- [Psycline](#). Buscador de Armin Günther, con más de 2043 revistas en su base de datos



- [Google Scholar](#) (Google Académico). Desde 2009 para la web de la revista en <http://revistas.um.es/analesps/>

Españolas

Con acceso web restringido mediante suscripción

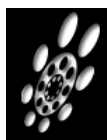


- [PSICODOC](#) (Base de datos bibliográfica de Psicología. Colegio Oficial de Psicólogos, España). Acceso completo mediante suscripción. Se incluyen los trabajos publicados en revistas, congresos y libros cuya temática sea la Psicología y otras disciplinas afines, editadas en España y América Latina, desde 1975 hasta la actualidad. La primera edición se realizó en 1997, en soporte CD-ROM. Desde el año 2002 se edita en Internet y en CD-ROM. Incluida desde 1999



- [ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades](#) (Base de Datos del Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología (IEDCYT) -antiguo CINDOC-, CSIC, Madrid). Incluida desde 2000.

Con acceso libre desde la web



- [DIALNET](#), base de datos web de artículos de revistas (Universidad de La Rioja, España). Incluida desde 2004



- [BVS-España](#) (Biblioteca Virtual de la Salud de España). Utiliza la base de datos [IBECS](#) (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Sólo índices y sumarios. Incluida desde 2000



- [e-revistas](#), plataforma Open Access de Revistas Científicas Electrónicas Españolas y Latinoamericanas ([Instituto de Estudios Documentales sobre Ciencia y Tecnología \(IEDCYT-CSIC\)](#)). Incluida desde 2004



- [RECOLECTA](#), Recolector de Ciencia Abierta. Grupo de trabajo de FECYT (Fundación Española de Ciencia y Tecnología) y REBIUN (Red Española de Bibliotecas Universitarias). Para artículos en OJS. Desde 2008



- [PSICODOC](#) (Base de datos bibliográfica de Psicología. Colegio Oficial de Psicólogos, España). Sólo búsqueda de índice y sumarios, en acceso libre admite sólo tres registros por búsqueda.

Iberoamericanas:

Con acceso libre desde la web



- [SciELO](#). Biblioteca virtual de revistas de ciencias de la salud. Indexada por SciELO España por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid (incluida desde 2013)



- [LATINDEX](#). Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (incluida desde 2000).



- [Red ALyC](#): Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. Ciencias Sociales y Humanidades (UAEMEX (Universidad Autónoma del Estado de México)). Incluida desde Marzo de 2003

Con acceso web restringido mediante suscripción



- [Pserinfo](#). Servicio Electrónico de Información Psicológica - PSERINFO. ISSN 1794-2497. Desde 2007

Directrices para autores

1) Antes de enviar el trabajo (tipos de trabajos y copyright de la revista)

- **TIPOS DE TRABAJO O CONTRIBUCIONES:** Los autores podrán enviar a esta revista: (a) Trabajos originales para su publicación, y (b) Propuestas de números o temas monográficos.

1. **Trabajos originales:** Independientemente de la temática, los trabajos podrán ser de tres tipos: (1) Empíricos o experimentales, (2) de revisión teórica, y (3) reseñas bibliográficas. Debe tenerse en cuenta que según los criterios de calidad de revistas asumidos por nuestra revista, el porcentaje de artículos de revisión sobre el total publicado por número no podrá ser superior al 25%. Según estos tipos, el contenido de los trabajos deberá estar organizado del siguiente modo:

- a. **Trabajos de investigación:** Introducción, Método, Resultados, Discusión/Conclusiones, Notas y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas); la extensión máxima recomendada será de 30 páginas, excluidas notas y figuras, en torno a 8000 palabras.
- b. **Trabajos de revisión teórica:** Planteamiento del problema (normalmente es el apartado "Introducción"), Desarrollo del tema (con los apartados específicos que correspondan según los contenidos desarrollados), Discusión y/o Conclusiones y Referencias (recopilación por orden alfabético de las referencias bibliográficas);

extensión máxima recomendada de 30 páginas, excluidas notas y figuras, en torno a 8000 palabras.

c. **Recensiones o reseñas bibliográficas:** Extensión máxima recomendada de 3 páginas con formato libre.

2. **Propuestas de números o temas monográficos:** La propuesta incluirá el título, un resumen de sus principales objetivos y contenidos, nombre (y centro de trabajo) del coordinador o coordinadores del monográfico, un índice de artículos que lo compondrán, con indicación de autores (y centro de trabajo de los mismos) y títulos. El Consejo de Redacción estudiará la propuesta y enviará al proponente la aceptación o no de dicho monográfico. En caso de ser aceptado, los artículos que lo integren deberán seguir las normas para trabajos originales que aquí se mencionan.

- INFORMACIÓN DEL COPYRIGHT:

- El *copyright* de esta revista pertenece al *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*.
- Para uso impreso o reproducción del material publicado en esta revista se deberá solicitar autorización al *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Apto. 4021, 30080, Murcia (España)*. Fax nº: 868 884111. Web: <http://www.um.es/publicaciones>
- Una vez aceptado un artículo para su publicación, ello implica que el autor o autores transfieren los derechos de *copyright* al editor de la revista.
- En cualquier caso, el Equipo de Redacción entiende que las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

- COMPROMISO DE AUTORES:

El envío de un artículo a esta revista implica para los autores aceptar los siguientes compromisos:

- El que envía el manuscrito es autor/a o representante de todos los autores.
- El manuscrito ni ninguna versión o traducción del mismo ha sido publicado en ningún otro medio ni revista.
- El manuscrito no ha sido enviado a ninguna otra publicación ni revista, y que no será enviado mientras dure el proceso de evaluación en *Anales de Psicología*.

El autor debe tener en cuenta que el incumplimiento de cualquiera de los anteriores compromisos implicará la retirada del artículo de esta revista.

2) Elaboración y envío de los trabajos originales

- FORMATO DE PRESENTACIÓN:

- **Idioma:** Los trabajos podrán estar escritos en español o inglés.
- **Soporte del original:** Se elaborará en formato digital mediante el programa Microsoft Word para Windows. Se puede descargar [aquí](#) un archivo word con las especificaciones de formato y estilo que debe tener un trabajo que se envíe a Anales de Psicología.

- ENVÍO DE LOS TRABAJOS ORIGINALES

- Antes de enviar los trabajos, los autores deberán prepararlos con arreglo a las siguientes normas:
 - Para formato y estilo de texto, tablas, figuras, estadísticas y referencias este [Resumen de normas APA 6ª ed, 2010 y normas propias](#).
 - En caso de estudios de validación de tests, [esta Guía](#) (disponible aquí desde 10-5-2013; téngase en cuenta que es sólo una guía, es decir, recomendaciones para mejorar la presentación y adecuación técnica del estudio psicométrico realizado).
- Para subir los trabajos originales a la web de la revista, seguir las instrucciones disponibles en <http://www.um.es/analesps/informes/OJSproceso-Autores.pdf>.
- Cualquier otra correspondencia, duda o sugerencia (no el envío de originales) debe **enviarse por correo electrónico** (e-mail), a la dirección: analesps@um.es. Ante cualquier problema del correo electrónico, la dirección postal es: Director de anales de psicología Universidad de Murcia. Facultad de Psicología. Campus de Espinardo Apto. de correos 4021, 30080 Murcia (España). Fax: 868884111

3) Proceso de evaluación y seguimiento de originales

- **Acuse de recibo y envío a evaluadores:** El propio sistema web de la revista activa el acuse de recibo. Desde ese momento el Equipo de Redacción procederá a la revisión de formato, estilo y política editorial, pudiendo ser devuelto para rectificaciones o rechazado. Superada esta fase (de hasta uno o dos meses), en caso de artículos empíricos se procederá a revisión metodológica, pudiendo ser devuelto para rectificaciones o rechazado. Superada esta fase, el trabajo será enviado a dos evaluadores (*referees*) expertos en la temática del trabajo original. En caso de trabajos de revisión teórica, obviamente no habrá revisión metodológica intermedia.
- **Método de revisión:** Los evaluadores son externos a la revista e independientes, seleccionados por el Equipo de Redacción para proponerle a éste sobre la conveniencia de su publicación y, en su caso, sugerirán las rectificaciones oportunas

(una vez concluida su labor recibirán certificado acreditativo, si así lo piden). El método de revisión empleado es de doble ciego (anonimato de autor y evaluadores), siendo un miembro del Equipo de Redacción el encargado de establecer contacto entre ambos.

- **Resultados de la revisión:** El resultado del proceso de evaluación podrá ser: (a) Aceptación del artículo, (b) aceptación condicionada a la realización de rectificaciones, (c) exigencia de rectificaciones y nueva revisión, y (d) rechazo. Cualquiera de estos informes, con la justificación razonada necesaria, se enviará al autor por correo electrónico. En caso de rectificaciones, el autor dispone de hasta tres meses para realizarlas; pasado dicho plazo sin obtener respuesta, se procederá a rechazar y archivar el envío. En caso de aceptación se remitirá certificado de aceptación a los autores.
- Cuando la revista se encuentre en un periodo de exceso de trabajos en proceso de revisión, con el consiguiente peligro de demora excesiva incluso desde la fecha de aceptación a la de publicación, se podrá hacer un **proceso selectivo inicial** (en uno o dos meses desde la recepción del trabajo) atendiendo a criterios tales como: adecuación a la política editorial, temas centrales de la psicología, aportación novedosa u original, no tener el autor algún artículo previo en proceso de revisión en la revista o cumplimiento riguroso de normas de formato y estilo.
- **Seguimiento del proceso:** El autor puede seguir el proceso de evaluación de su artículo en la web de la revista (sistema OJS con usuario y contraseña en <http://revistas.um.es/analesps>).

Publicación y separatas del artículo: Antes de enviar el artículo aceptado a imprenta, el autor recibirá las pruebas de imprenta (galeradas) para la última corrección de erratas. Una vez publicado, del artículo el autor podrá obtener una separata en la edición web de la revista, en **formato pdf** (que mantiene la forma y paginación de la publicación en papel). El número completo en formato papel lo podrá comprar en la editorial de la revista, siguiendo el enlace visible en la página principal.

Este es el título del trabajo

Aquí va el nombre del autor o autores.

Aquí va el centro de trabajo

Dirección para correspondencia: Nombre del autor de contacto. Resto de dirección.
Correo electrónico.

Título del trabajo

Resumen (con una extensión no superior a las 200 palabras)

Palabras clave: Con un número de palabras-clave comprendido entre 4 y 8, separadas por punto y coma.

Título del trabajo en inglés (title)

Resumen en inglés (abstract)

Key words

De todo ello, se presentará en el idioma original del trabajo y en inglés -title, abstract, key words- (cuando el idioma original sea el inglés, se presentará versión en castellano de título, resumen y palabras clave).

[En ningún caso en esta hoja aparecerán los autores y sus direcciones]

Introducción

Se trata de un trabajo sobre

De esto se deduce que...

Por último, hay que decir que...

Método

Participantes

Participaron un total de xxxx sujetos

Instrumentos

....

Resultados

Figuras y Tablas dentro del texto. Expresiones numéricas con arreglo a formato APA

Discusión

Conclusiones

Notas y/o Agradecimientos (opcional)

Referencias

[ejemplos de formato APA]

[artículo]:

Westall, R., Perkey, M. N. y Chute, D. L. (1986). Accurate millisecond timing on the Apple Macintosh using Drexler's Millitimer. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 18, 307-311.

[libro]:

Rayner, K. y Pollatsek, A. (1989). *The psychology of reading*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

[capítulo de libro]:

Holland, J. C (1989). Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. En J.C. Holland y J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 13-21). New York: Oxford University Press.

En textos obtenidos en la web, se debe añadir la dirección web y la fecha de obtención por parte del autor.

Procedimiento para elaborar y subir el archivo word del artículo a la web de anales de psicología y seguimiento del proceso de revisión

Se deben seguir detalladamente las instrucciones que figuran a continuación, tanto para la preparación previa del archivo como para todo el procedimiento para subirlo a la plataforma web de la revista (sistema OJS, *Open Journal System*).

Fase A.- CAMBIOS PREVIOS EN EL ARCHIVO DEL MANUSCRITO, ANTES DE SUBIRLO A OJS

1) Adaptar el manuscrito al formato y estilo específicos de la revista.

En la **primera página** deberá aparecer, justificado a la izquierda:

- El título del trabajo (en minúsculas excepto la letra inicial, sin cursiva ni negrita),
- No deben aparecer autores ni datos de filiación (véase Fase B, apartado 2) pues esa versión será la que lean los revisores.
- Un resumen en español (con una extensión no superior a las 200 palabras) y su equivalente (abstract) en inglés.
- Un número de palabras-clave comprendido entre 4 y 8, separadas por ; (punto y coma). También en inglés (key words)
- Las recensiones o reseñas no requieren resumen ni palabras clave.

En el **texto**:

- Los **títulos** o epígrafes no llevan numeración. Los de primer nivel (Introducción, Conclusiones, etc.) van a la izquierda y en negrita. Los de segundo nivel (Participantes, Procedimiento, etc.) van sangrados 1 cm, en negrita. Los de tercer nivel van sangrados 1 cm., en cursiva.
- El **texto** va preferentemente en tamaño 12 y tipo Times New Roman, interlineado 1.5 sin espaciado anterior y posterior. Antes y después de cada título va un espacio.
- Las **notas** deberán incluirse preferentemente a pie de página. Sólo en casos justificados se pondrán al final del texto, previamente a la lista de referencias.
- La extensión máxima recomendada, excluidas notas y figuras, será de 8000 palabras

Tablas y figuras:

- Tablas y figuras, con sus correspondientes títulos y leyendas, se podrán incluir en el texto en el lugar del mismo que corresponda. Irán numeradas en orden correlativo de 1 en adelante y siempre se deberán citar en el texto inmediatamente anterior, siendo la t y la f mayúsculas (Tabla 1, Figura 1, etc.).
- Además, una hoja final del archivo deberá incluir los títulos y leyendas, correlativamente numeradas, a las que se refieren las tablas/figuras correspondientes. En caso de incluir figuras y tablas al final, en el texto se debe marcar el lugar o lugares donde se deben insertar.
- Para Figuras, el título debe ir en la parte inferior (**Figura 1. Xxxx....**) y para tablas en la parte superior (**Tabla 1. Xxxx...**). Las tablas deberán seguir el estilo APA (sin líneas visibles verticales).
- El tamaño de tablas y figuras deberá ser lo más ajustado posible (siempre que sea legible con comodidad).

2) **Adaptar el manuscrito al formato y estilo** de las normas APA (6ª ed.). Para el estilo de redacción, citas de autores, citas textuales, inserción de resultados estadísticos en texto y tablas y lista de referencias se seguirán las normas de la *American Psychological Association* (APA) en su *Publication Manual* (6ª ed., Washington, 2010; un buen resumen adaptado para la revista está en <http://www.um.es/analesps/informes/APAresumenNormas6ed3.pdf>).

En caso de normas de estilo específicos de la revista que se contradigan con normas APA, prevalecerán las normas específicas de la revista.

3) **En caso de que el manuscrito presente un estudio de validación de test**, se deben seguir las normas contenidas en la Guía disponible en: <http://www.um.es/analesps/informes/GuiaValidacionTestsAnalesps2013.pdf>

4) **En caso de que el manuscrito presente un estudio empírico o experimental**, se recomienda seguir las sugerencias y recomendaciones de diseño disponibles en <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.178511>

5) **Adaptar el manuscrito y el archivo word para la revisión por pares:**

Dejar el manuscrito sin los datos de identificación de los autores (nombres, dirección, email, agradecimientos, etc.) pues se introducirán a parte, después y dentro de OJS. También se debe eliminar en el texto del artículo cualquier alusión a los autores o a sus centros de trabajo que pueda permitir al revisor identificar al autor (en caso de aceptación, se reintegrarán de nuevo en el texto definitivo para publicación). En citas textuales de trabajos del mismo autor del manuscrito, los apellidos se sustituirán por la palabra Autor. En las Referencias, de cada publicación del autor se pondrá Autor y año de publicación entre paréntesis: Autor (año).

En el archivo word limpiar datos de identificación en Propiedades del archivo. Para comprobar que no hay datos en “autor” y “asunto” (que no los debe ver el revisor, para preservar el anonimato), localizar el archivo con el Explorador de Windows, situarse con el ratón encima del nombre del archivo y cuando aparezca recuadro informativo, asegurarse que no está el nombre del autor. Si estuviera, entonces, con el cursor sobre el archivo, pulsar el botón derecho del ratón, ir a Propiedades y luego a Resumen, y ahí quitar esos datos (si los hubiere).

6) **Completar Referencias.** Entrar en <http://revistas.um.es/analesps/> y en la zona de “búsqueda” revisar números anteriores de la revista por si hay algún artículo que tenga que ver directamente con el tema de tu artículo y merezca la pena o sea pertinente para citarlo. Si hay alguno se debe citar en el texto y en las referencias. En ningún caso forzar la cita si no es completamente pertinente.

Fase B.- CREAR OTROS DOS ARCHIVOS ADICIONALES

1) **Archivo adicional de Lista de Revisores expertos.** Elaborar un archivo word aparte que se denomine “ListaRevisores.doc”, con una **lista de posibles revisores expertos** en el tema (entre 2 y 5 revisores, que no sean del mismo centro o institución del autor, mencionando nombre, apellidos, centro de trabajo y e-mail). El Equipo Editorial puede o no utilizar esta lista para la revisión del trabajo. En caso de conflicto de intereses con posibles revisores, se puede mencionar algún nombre de posible revisor que no se desea que el Equipo Editorial utilice para revisar el trabajo. Más adelante se explica cómo subirlo a la web. 3

2) **Archivo adicional con los datos de identificación:** Un archivo Word Identificacion.doc con el título, autores (nombre completo y apellidos), centro de trabajo, dirección postal, agradecimientos, en su caso). Más adelante se explica cómo subirlo a la web.

Fase C.- REGISTRARSE EN EL SITIO WEB DE LA REVISTA

En <http://revistas.um.es/analeps/> lo primero es registrarse:

- Si ya se está registrado hay que usar el usuario y contraseña que se tenga.
- Si todavía no se está registrado, entonces se pincha en el menú ACCEDER, y después en “*Crear una cuenta nueva*”. Ahí se debe cumplimentar todo lo que proceda. Muy importante cumplimentar “*Registrarse como*”, no sólo como lector (que viene marcado por defecto) sino también como *Autor* (sólo si se marca esa casilla se podrán subir artículos a la revista). Finalmente pinchar en el botón rojo “Registrar”

Fase D.- SUBIR POR PRIMERA VEZ EL ARCHIVO DEL MANUSCRITO Y LOS FICHEROS ADICIONALES A LA WEB DE LA REVISTA

Después, ya con el archivo del artículo en regla, en la web antes mencionada, donde antes ponía ACCEDER ahora pone MI CUENTA, se pincha ahí y en el menú desplegable se pincha en “*Area personal*”. Aparece una página con un enlace “*Autor*” y a la derecha “*Nuevo Envío*”. Se pincha ahí y ya el proceso sigue cinco pasos:

Paso 1) COMIENZO:

- En “Sección de la revista” hay que poner “Artículos”
- En “Idioma Presentación”, escoger Español o Inglés según el idioma del artículo.
- En “Derechos de copyright” marcar el recuadro.
- Pulsar en el botón rojo GUARDAR Y CONTINUAR

Paso 2) SUBIR EL ENVÍO O ARTÍCULO ORIGINAL

- En *examinar*, buscar (en el propio ordenador) el archivo que se quiere subir. Pulsar en SUBIR. Vemos que el sistema le asigna un propio nombre al archivo, además del nombre original, también aparece la fecha y la hora de subida del archivo
- Pulsar en botón rojo “Guardar y continuar”

En caso de olvido en este momento o por rectificaciones posteriores pedidas por el Editor, se puede después subir dicho archivo. Para ello, tras entrar con usuario y contraseña, pinchar en “**1 activos**”, luego en el nombre del artículo. Luego en la pestaña *Revisión*, en zona *Decisión editorial*, pinchar en el botón “*Seleccionar archivo*” y subir el archivo.

Paso 3) INTRODUCIR LOS METADATOS EN EL IDIOMA ORIGINAL DEL MANUSCRITO

Los metadatos son los datos de identificación de los autores y del trabajo (título, resumen, palabras clave), tanto en español como en inglés. Es imprescindible cumplimentar detalladamente este apartado.

Por defecto se comienza en el idioma elegido en COMIENZO:

- **Autores:**

Aclaración previa sobre apellidos: La revista *Anales de Psicología* está indexada en bases de datos anglosajonas (tales como SSCI, JCR, PsycLit, etc.). Estas bases de datos suelen 4

transformar el nombre de autor español Nombre Apellido1 Apellido2 en Apellido2, inicial de Nombre e inicial de Apellido1 (por ejemplo, Juan Pérez García lo convierten en García, J.P.).

Para evitar este problema, al introducir nombre y apellidos hay que elegir para cada autor, en la zona de formulario “Apellidos”, una de las dos opciones posibles:

- a) Poner sólo el primer apellido
- b) Unir con un guión los dos apellidos

En cualquiera de los dos casos, en caso de nombre compuesto (por ejemplo Juan Luis), poner el primero completo y el segundo con inicial (Juan L., en el ejemplo anterior).

Cumplimentar y rellenar todos los datos del formulario, los del primer autor (especialmente nombre y apellidos, filiación o centro de trabajo, e-mail) y, si hay más autores, haciendo click en “*Añadir autor/a*”, cumplimentando sus datos y así sucesivamente. Poner en mayúsculas sólo primera letra de nombre y de apellidos (no poner JUAN PÉREZ GARCÍA, sino Juan Pérez García).

- En **Filiación del autor de contacto** poner además la dirección postal completa.
- **Título** (sólo en mayúsculas primera letra),
- **Resumen** y palabras clave (separadas por ;).
- En **Idioma**, si el artículo está en español poner “es” y si está en inglés “en”
- Si el trabajo ha sido financiado, en “**Agencias de patrocinio**” hay que poner los datos correspondientes.

Pulsar en el botón *Guardar y continuar*

Paso 4) INTRODUCIR LOS METADATOS EN EL IDIOMA ALTERNATIVO DEL MANUSCRITO

Volver a METADATOS para introducir los datos en el idioma alternativo al del artículo (inglés si está escrito en español y viceversa). Una vez en metadatos, al principio cambiamos el “Idioma del formulario”. Por ejemplo, para un artículo en español, ponemos “English” y entonces cumplimentamos en inglés el formulario sólo para filiación de autores, título, resumen, palabras clave y agencias de patrocinio.

Guardar y continuar

Paso 5) SUBIR FICHEROS COMPLEMENTARIOS O ADICIONALES

Las tablas y figuras deben ir en el archivo principal. Los dos ficheros adicionales **obligatorios** son:

- la lista de posibles revisores, mencionado anteriormente (Fase B, paso 1) “ListaRevisores.doc”.

Guardar y continuar

- los datos de identificación del manuscrito, mencionado anteriormente (Fase B, paso 2) “Identificacion.doc”.

Guardar y continuar

En caso de olvido en este momento, se pueden subir después dichos archivos. Tras entrar con usuario y contraseña, pinchar en “1 activos”, luego en el nombre del artículo. Luego en la pestaña *Resumen*, en zona *Propuesta*, pinchar en el enlace AÑADIR FICHERO ADICIONAL y subir el o los archivos.

Paso 6) CONFIRMAR EL ENVIO 5

Si todo está correcto pinchar en el botón FINALIZAR ENVÍO

Fase E.- RECTIFICACIONES A DEMANDA DEL EDITOR

1) Hay hasta tres filtros sucesivos de revisión:

R1.- De formato, estilo y política editorial, realizada por el mismo Equipo de Redacción.

R2.- Metodológica, realizada por expertos en esta materia (sólo en manuscritos con estudios empíricos o experimentales).

R3.- De contenidos, realizada por expertos en el área de contenidos del artículo.

En cualquiera de las tres fases se puede rechazar el trabajo, o seguir con o sin rectificaciones.

2) Petición de rectificaciones de formato y estilo (R1).- El autor tiene hasta un mes para las rectificaciones (pasado ese plazo será rechazado y archivado). Hará los cambios oportunos en el archivo y lo volverá a subir a la web, como se explica en el apartado 3).

3) Petición de rectificaciones de método (R2) o de contenido (R3).- El autor tendrá hasta tres meses para hacerlas (pasado ese plazo será rechazado y archivado). Para ello, en el mismo archivo del artículo irá una primera parte con la justificación o carta a los revisores y después el artículo con las rectificaciones. Dicho archivo se subirá a la plataforma web de la revista, como se explica en el apartado 4

4) Subir el archivo del original rectificado a la web de la revista.- El autor, después de acceder con su usuario y contraseña, hace click en "Activo", después en el *título* del artículo, después cambia a la pestaña "Revisión" y al final, en la zona de "Decisión editorial", a la derecha de "Subir versión de autor" está el lugar para subir el archivo.

5) En caso de que falte algún archivo adicional (por ejemplo archivo de dastos de filiación o archivo de revisores) y se solicite por parte de los Editores, seguir las instrucciones de la anterior Fase D, paso 5:

Tras entrar con usuario y contraseña, pinchar en "1 activos", luego en el nombre del artículo. Luego en la pestaña *Resumen*, en zona *Propuesta*, pinchar en el enlace AÑADIR FICHERO ADICIONAL y subir el o los archivos.

Fase F.- SEGUIMIENTO DE LA REVISIÓN Y PÉRDIDA DE CONTRASEÑA

1) Seguimiento de la revisión.- Tras acceder con usuario y contraseña, pinchando en "Envíos activos" se podrá ver el estado del envío. Se podrá seguir el proceso de revisión en dicha pantalla.

2) En caso de perder la contraseña de acceso a la web de la revista, una vez en <http://revistas.um.es/analesps/>, en *Acceder* (arriba a la derecha) verás más abajo "Recordar contraseña". Pincha ahí y te llegará a tu correo una nueva contraseña. Si persisten los problemas, escribid correo a analesps@um.es

- O que é que “estar preso” quer dizer?

- Quer dizer “Criar laços” com alguém.

- Criar laços?

- Sim laços, disse a raposa. . . eu não preciso de ti. . . tu não precisas de mim. . . mas se tu me prenderes a ti, passamos a precisar um do outro. Passarás a ser o único no mundo para mim. . .

- Começo a perceber, disse o Príncipezinho. Sabes, há uma flor. . . tenho a impressão que estou preso a ela. . .”

(Saint-Exupery, *in* o Príncipezinho)