

## **Introdução**

### **O Envelhecimento**

O envelhecimento humano implica um processo de transformação e de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social (Sequeira, 2007).

No século XIX, alguns investigadores, nomeadamente Charcot, contribuíram amplamente para a propagação da figuração negativa do envelhecimento. Freud considerava o envelhecimento como um percurso contínuo, que se podia traduzir num envelhecimento normal ou num envelhecimento patológico. A única coisa que diferenciava o percurso de vida de cada sujeito, era a velocidade com que o mesmo alcançava fatalmente o estado patológico (Fontaine, 2000).

Segundo Sequeira (2007), o envelhecimento normal acarreta inúmeras alterações biológicas universais que ocorrem com o avançar da idade e que não são afectadas pela enfermidade. Por outro lado, o envelhecimento patológico caracteriza-se pela presença de um estado senil ou demencial (Fontaine, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial, o envelhecimento é visto como uma oportunidade de melhorar ou manter a qualidade de vida. O ritmo biológico e psicológico do envelhecimento é díspar, e deste modo, perante a proximidade da velhice, os sujeitos reagem de maneira heterogénea (Fontaine, 2000).

Em Portugal estamos perante um envelhecimento demográfico expressivo, resultante de uma diminuição da natalidade e de um acréscimo da esperança média de vida. Conforme os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística de Portugal, em 2009 a esperança média de vida para as mulheres foi de oitenta e um anos e para os homens foi de setenta e cinco anos. Entre o ano de 2004 e o ano de 2009, a população idosa aumentou de cento e nove para cento e dezoito idosos por cada cem jovens (INE, 2009).

O envelhecimento da população resulta numa dependência crescente de membros da família, sendo frequentemente os conjugues ou os filhos do idoso os cuidadores. Estes têm de gerir de forma funcional os comprometimentos cognitivos e sensoriais do indivíduo envelhecido, assim como, têm de lidar, muitas vezes, com problemas comportamentais e mudanças de personalidade (Tooth et al., 2008).

O envelhecimento é um processo inevitável. Variadas teorias intentam uma explicação para este decurso. Porém, o envelhecimento cerebral ocorre forçosamente e faz-se anunciar através da perda de neurónios, da atrofia cerebral, da comparência de placas senis,

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

da criação de corpos de Lewy, da constituição de placas beta-amilóides e de emaranhados neurofibrilares. Estas alterações cerebrais denotam-se principalmente após os sessenta anos, nas regiões temporais e posteriormente em todo o neocórtex (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009).

O envelhecimento cerebral é influenciado pela estimulação intelectual, ou seja, se o idoso mantiver significativamente a sua actividade cerebral, é mais fácil manter as conexões cerebrais e levará mais tempo a perde-las. Todavia, a velhice acarreta mudanças comuns nomeadamente na memória, na atenção e no cálculo (Nordon et al., 2009). Porém, a linguagem parece não sofrer significativas transformações com a progressão da idade. Podendo ser perceptível apenas algumas dificuldades na narração, como por exemplo, o esquecimento de palavras, o entorpecimento de informação, entre outros (Damasceno, 1999).

Com o avanço da idade o desempenho cognitivo começa a deteriorar-se, manifestando-se, numa fase final da vida uma precipitação desse declínio. O desempenho da memória é inevitavelmente afectado. Todavia, segundo evidências neurocientíficas, são os homens os mais afectados no uso da memória e da linguagem verbal. Este facto é explicável segundo o recurso de uma ressonância magnética onde se verifica que os homens contêm uma menor percentagem de substância cinzenta no hemisfério esquerdo em comparação com as mulheres, averiguando-se igualmente, a existência de uma atrofia do hemisfério esquerdo no género masculino, que se salienta com a idade. Nas mulheres, a lateralização dos hemisférios não é tão demarcada, o que possibilita um funcionamento aceitável mesmo na presença de atrofia do hemisfério dominante (Murphy & O'Leary, 2009).

O envelhecimento nem sempre é um processo saudável. As alterações cognitivas podem ser bastante significativas, podendo conduzir ao aparecimento de demências. As transformações cerebrais na demência são mais expressivas do que no envelhecimento normal. As demências caracterizam-se fundamentalmente por alterações denunciadas na memória recente, desorientação espacial, disforia, depressão, ansiedade, delírios, alucinações e agitação motora (Nordon et al., 2009).

O défice cognitivo na demência é suficientemente intenso para interferir na vida social e profissional do sujeito, assim como no desempenho das suas actividades diárias. Frequentemente, as actividades básicas, como por exemplo a higiene pessoal, são as últimas a serem afectadas pela demência. Por outro lado, as actividades instrumentais, como por exemplo fazer compras, cozinhar, ir ao banco, entre outras, são as primeiras a ser afectadas (Caramelli & Barbosa, 2002). A narração dos sintomas por parte do doente, pode ser um

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

falso testemunho devido ao seu estado cognitivo, e desta forma, é vantajoso recolher informações junto da família e dos cuidadores (Forlenza, 2000).

A avaliação neuropsicológica tem como objectivo identificar quais as alterações cognitivas presentes num determinado indivíduo, assim como, realizar um diagnóstico diferencial de modo a que seja possível uma intervenção precoce e adaptada. As demências mais comuns são a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (Caramelli & Barbosa, 2002).

A demência mais corrente é intitulada por Doença de Alzheimer. Neste quadro as áreas corticais associativas são afectadas, assim como a memória, a função visual, a função espacial e a função executiva (a capacidade de planeamento, a tomada de decisões e a realização de tarefas). No diagnóstico da Doença de Alzheimer podemos conformemente encontrar sintomas de depressão, de disforia, de apatia, de irritabilidade e de variações do sono (Nordon et al., 2009).

A Demência Vascular é causada por acidentes vasculares cerebrais. A ocorrência de múltiplos enfartes, e conseqüentemente lesões no tálamo, no núcleo caudado, no giro angular esquerdo, na substância branca, entre outros, faz dos acidentes vasculares cerebrais, a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais (Caramelli & Barbosa, 2002).

A Demência com Corpos de Lewy é a terceira maior causa de demência. Caracteriza-se por uma oscilação dos défices cognitivos durante minutos ou horas. As alucinações visuais e os sintomas da doença de Parkinson do tipo rígido e acinéptico, são também características deste tipo de demência (Caramelli & Barbosa, 2002).

Finalmente a Demência Frontotemporal é caracterizada por um definhamento dos lobos frontais e temporais. É visível uma alteração na personalidade, no comportamento, na linguagem e na memória semântica. Nomeadamente, é observável o descuido com a higiene pessoal, o isolamento, a irritação e a impulsividade em sujeitos portadores deste tipo de demência (Caramelli & Barbosa, 2002).

As demências podem ser causadas por diversos factores. Para além das causas enumeradas anteriormente, pode também constar os tumores, o alcoolismo, o trauma craniano, o sedentarismo, entre outros. Alguns medicamentos também podem contribuir para o mesmo facto como por exemplo, os ansiolíticos, os hipnóticos, os anti-histamínicos, etc. (Nordon et al., 2009).

Na fase inicial da demência, o indivíduo pode verificar em si a presença de défices cognitivos ligeiros, o que pode levar à ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

(Forlenza, 2000). No que diz respeito à sintomatologia, numa etapa primitiva a demência e a depressão podem ser confundíveis. Numa depressão grave pode surgir problemas de memória, dificuldade no pensamento, dificuldade na concentração. Na demência podem igualmente estar presentes os mesmos sintomas (Gray, Rattan & Dean, 1986).

Visto que a depressão e a demência sobrepõem-se com frequência na população geriátrica, a depressão tem sido considerada um possível factor de risco para a ocorrência de demência. Os idosos que apresentam sintomas depressivos e défice cognitivo como consequência da depressão, possuem maior probabilidade de virem a sofrer de demência, mesmo que o tratamento para a depressão seja bem-sucedido e haja remissão dos sintomas demenciais (Forlenza, 2000).

Todavia, um estudo elaborado por Henderson e seus colaboradores em 1997 (citado em Forlenza, 2000), contradiz a teoria anteriormente citada, evidenciando que não existe uma associação translúcida entre a ocorrência de sintomas depressivos e uma maior probabilidade de virem a sofrer de declínio cognitivo depois de três anos de evolução da doença. Neste sentido, é imprescindível que a população geriátrica que manifesta sintomas depressivos deva ser avaliada cuidadosamente com medidas de rastreio de demência, mesmo que estejam presentes ou não défices cognitivos (Forlenza, 2000).

Sinteticamente, podemos afirmar que o envelhecimento ocorre em três fases, podendo, no entanto, o sujeito não chegar a atingi-las todas, ou, pelo contrário, atingi-las em concomitância. A fase inicial designa-se por Idoso. Nesta fase as modificações observam-se no modo de vida provocado pela reforma. Porém, o indivíduo ainda se considera apto para satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é denominada por Senescência. Nesta fase, o indivíduo sofreu um transtorno na sua condição física, ou de outra natureza, o que o leva a ter de confiar nos outros para satisfazer as suas necessidades. Por último, surge a fase da Senilidade. Aqui o cérebro deixou de cumprir a sua função como órgão de adaptação e consequentemente, o indivíduo torna-se dependente e necessita de cuidados absolutos. Nesta perspectiva, o envelhecimento provoca transformações cujo conhecimento e avaliação são imprescindíveis para proporcionar um envelhecimento activo e de qualidade ao indivíduo (Fernandes, 2000).

### **Depressão nos idosos**

Os sintomas mais frequentes na depressão são o humor depressivo (abatimento) durante a maior parte do tempo, a perda de interesse, a ausência de alegria, a redução de iniciativas, a fadiga acrescida, a diminuição da concentração e da atenção, a auto-estima e

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

auto-confiança reduzida, o constante sentimento de culpa, a perspectiva negativista sobre o futuro, as perturbações de sono, a diminuição do apetite e finalmente, pode ocorrer comportamentos suicidas (Hell, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), diferencia os episódios depressivos segundo a sua gravidade – leve, moderado, grave – e segundo a sua periodicidade, podendo ser classificados como episódio único ou recorrente (Hell, 2009).

Segundo Murphy e O’Leary (2009), a depressão influencia o desempenho da memória, no que diz respeito à codificação da informação e à recordação imediata. Todavia, os sintomas depressivos não condicionam o armazenamento nem a recuperação de informação.

Na depressão devemos ter em conta o contexto social onde o indivíduo está inserido. Neste sentido, podemos declarar que os sujeitos num estado depressivo afectam significativamente as pessoas que os rodeiam, assim como, também são afectados pelos sujeitos com quem convivem. Em alguns casos, a depressão no idoso está relacionada com a rotura, ou com a possibilidade de rotura das relações afectivas com amigos ou com familiares próximos (Fernandes, 2000).

A depressão nos idosos é causa de hospitalização tão frequente quanto a demência. O isolamento, a reforma, a imobilidade, a síndrome do ninho vazio, a morte do consorte ou de pessoas da família, a ausência de actividades sociais e profissionais, a ideia de que são um encargo para a família, são alguns exemplos de factores ambientais que contribuem para o início e desenvolvimento da depressão (Fernandes, 2000).

Os indivíduos depressivos são apáticos, desmotivados e apenas estão atentos aos acontecimentos negativos da vida. A insónia, a anorexia, o isolamento social, a baixa auto-estima, as tentativas de suicídio, a incongruência que o idoso sente entre os projectos que cumpriu e os que ambicionou realizar, o desinteresse por viver, a ideia de que é rejeitado pela sociedade, são alguns indicativos de depressão (Fontaine, 2000).

Os funcionários de lares de idosos têm a oportunidade de observar sinais de uma pessoa que esteja deprimida, tais como, o isolamento, a perda de interesse, a tristeza, o choro, a irritabilidade, entre outros (Snowdon, 2010).

Como já foi citado anteriormente, as características de depressão também podem ser manifestações de demência. Uma vez que os sintomas são similares, os médicos podem ter alguma dificuldade em definir com precisão se uma pessoa apresenta características atribuíveis à demência ou à depressão, ou estamos perante um indivíduo que apresente depressão e conjuntamente doença cerebral (Snowdon, 2010).

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

A entrada de um idoso para um lar pode revelar-se um factor de risco da depressão. O significado para o indivíduo de incapacidade, a dependência funcional e o afastamento da sua casa e do seu meio, podem conduzir a um estado depressivo (Snowdon, 2010).

A depressão isoladamente ou em associação com outras doenças crónicas pode levar a uma esperança de vida diminuta (Perlmutter, Bhorade, Gordon, Hollingsworth, & Baum, 2010).

No que respeita à tipologia das queixas somáticas da depressão, os sintomas mais comuns são a dor no corpo, a cefaleia, o cansaço, as palpitações, a insónia e a fraqueza. Para além destas queixas, outras foram conjuntamente encontradas, tais como, a boca ou a garganta seca, o gosto amargo na boca, a sensação de corpo pesado, a sensação de calor dentro do corpo, a vertigem, as tonturas, o aperto no peito e a tensão no pescoço e nos ombros (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2010).

### **Ansiedade nos Idosos**

A ansiedade pode ser definida como uma “emoção gerada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo. A ansiedade faz-se acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de activação elevada e muitas vezes, está associada a condutas de evitamento” (Doron & Parot, 2001, p. 67).

A ansiedade pode interferir com o nosso funcionamento quotidiano e provocar um sentimento de apreensão (Feldman, 2001). Face a um estímulo percebido como ameaçador, sentimos ansiedade, e a mesma provoca-nos uma resposta adequada, e neste sentido, a ansiedade é útil para nos estimular a agir. Todavia, quando ansiedade perturba o funcionamento do indivíduo e não produz respostas adequadas às situações, estamos perante alguém que precisa de ajuda médica (Montgomery, 2000).

A ansiedade provoca sintomas psíquicos e somáticos, que incluem o medo, o pânico, as palpitações, os tremores, a sudação, a insónia, as dificuldades de concentração, a agitação, a perda de apetite, a perda da libido, o humor deprimido, entre outros (Montgomery, 2000).

A ansiedade e a depressão estão frequentemente associadas. Muitos doentes sofrem conjuntamente de um quadro misto – ansiedade e depressão – uma vez que a sintomatologia é muito sobreponível e as próprias escalas para medir estes dois estados concedem esta ligação (Montgomery, 2000).

Em pacientes com défice cognitivo leve, a ansiedade e a depressão têm sido relatadas como preditores de demência, nomeadamente, na Doença de Alzheimer. Neste sentido foi realizado um estudo, com uma amostra de 171 pacientes, diagnosticados com défice

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

cognitivo leve e com mais de quarenta anos. Os pacientes foram seguidos durante 27 meses e foi possível verificar que 79 indivíduos da amostra converteram para a Doença de Alzheimer, enquanto 92 pacientes, não progrediram para a demência. 76% dos pacientes tinham pelo menos um sintoma neuropsiquiátrico, 53% tinham pelo menos dois sintomas, e 32% dos pacientes tinham três ou mais. Os resultados deste estudo indicaram que a ansiedade foi o sintoma neuropsiquiátrico mais frequentemente observado em pacientes com défice cognitivo leve (Gallagher et al., 2010). Os sintomas tornaram-se mais frequentes com a progressão e com a gravidade da doença. A ansiedade mostrou ser um útil marcador clínico de conversão para a Doença de Alzheimer, mas esta conclusão não foi independente do início da situação cognitiva, ou seja, é um marcador de gravidade em vez de ser um preditor independente da progressão da doença. Os sintomas depressivos não diferiram significativamente entre os pacientes com défice cognitivo leve e aqueles que converteram para a demência (ibidem).

### **Satisfação com a vida nos idosos**

A satisfação com a vida é um constructo psicológico que se tem tornado numa temática cada vez mais importante para os profissionais de saúde. Frequentemente, a satisfação com a vida é usada como sinónimo de qualidade de vida global, bem-estar subjectivo ou de felicidade. Segundo Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll, e Decker, (2009), a satisfação com a vida reflecte a diferença entre as expectativas e os desejos do indivíduo e a sua percepção do seu estado actual, nomeadamente, os objectivos que conseguiu alcançar.

Este conceito está globalmente ligado ao trabalho, à família, às interacções sociais e aos relacionamentos íntimos. Para além disso, a satisfação com a vida, é um dos principais indicadores de bem-estar, juntamente com o afeto positivo e negativo. Como seria de esperar, distúrbios psicológicos, tais como, a depressão e a ansiedade afectam a satisfação com a vida (Daig et al., 2009).

Ser idoso compreende a sua história de vida, o seu padrão de comportamento e a cultura onde se insere. Apesar das vicissitudes da velhice é possível um envelhecimento bem-sucedido, no qual coexiste uma autonomia física, psicológica e social (Paúl & Fonseca, 2005).

A continuidade das actividades diárias, como a lida doméstica, ir às compras, executar a higiene, socializar com os vizinhos, passear ou mesmo trabalhar na agricultura, são algumas acções que contribuem para que o idoso, mesmo após a reforma se sinta útil para a sociedade, independente e, conseqüentemente, satisfeito (Paúl & Fonseca, 2005).

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Nos idosos, a satisfação com a vida é influenciada pela situação actual, como por exemplo, os laços estabelecidos com a família, as condições da habitação, as oportunidades de lazer, a capacidade de desempenho, a energia, e conseqüentemente o humor e a auto-estima. No caso dos idosos mais dependentes dos cuidados dos outros, as relações sociais e a contentamento pelos cuidados prestados, mostram-se importantes indicadores de satisfação com a vida (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, & Sonn, 2010).

Os estudos de idosos que vivem em comunidade, indicam que aqueles que têm dificuldades de visão e diminuta mobilidade (consequência mais directa da deficiência visual), com mais frequência apresentam incapacidade para realizar actividades do quotidiano, têm limitações socioeconómicas, manifestam sentimentos de solidão, apresentam problemas de saúde concomitantes e conseqüentemente menor satisfação com a vida (Grow, Alpass, Stephens, & Towers, 2010).

A maioria dos idosos vive nas suas habitações e a experiência da qualidade do bairro e da vizinhança representa um recurso altamente potenciador de satisfação com a vida. Estudos mostram ainda que o agregado familiar também é um factor essencial para envelhecer bem. Morar sozinho aumenta o risco de experienciar sentimentos de solidão, e, neste sentido, o facto de viver com um parceiro está associado à percepção de maior satisfação com a vida (Oswald, Jopp, Rott, & Wahl, 2010).

Um estudo realizado na população alemã com cerca de 5.036 indivíduos teve como objectivo determinar se a idade e o género interferiam na satisfação com a vida, assim como tinha como finalidade verificar até que ponto a depressão e a ansiedade estão associados à satisfação com a vida. Os resultados deste estudo revelaram que as mulheres com idade acima dos 60 anos estavam menos satisfeitas com a sua vida familiar, do que os homens da mesma idade. Por sua vez, os homens da mesma faixa etária estavam mais satisfeitos com a sua saúde comparativamente às mulheres. Os resultados mostraram também que indivíduos com comorbilidade de depressão e ansiedade relatam menos capacidade funcional e conseqüentemente menor satisfação com a vida do que os sujeitos com apenas problemas de ansiedade ou sem nenhum diagnóstico psiquiátrico. As mulheres acima dos 60 anos têm maior ansiedade e sintomas de depressão do que os homens da mesma idade, afectando desta forma a satisfação com a vida (Daig et al., 2009).

Um estudo realizado em Espanha, numa amostra de 181 indivíduos reformados, evidenciou que conforme aumenta a idade, há uma menor satisfação com a vida. Por outro lado, o nível educacional está positivamente relacionado com a satisfação com a vida (Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2009).

### **Afectos positivos e negativos nos idosos**

O afecto positivo e negativo reflectem dimensões disposicionais. O afecto negativo simboliza o sofrimento subjectivo do indivíduo. Por outro lado, o afecto positivo, representa a experiência aprazível do sujeito com o ambiente. Deste modo, as emoções, como o entusiasmo, a felicidade e a energia, são indicativos de afecto positivo, e a apatia, a tristeza, a culpa e o medo caracterizam o afecto negativo (Crawford & Henry, 2004).

O afecto positivo e negativo apresentam uma associação estreita com a ansiedade e com a depressão. Um estudo realizado no Reino Unido, veio comprovar isso mesmo. Esta investigação foi efectuada numa amostra de 1003 indivíduos (537 mulheres e 466 homens), com idades entre os 18 e os 91 anos. O estudo de Crawford e Henry (2004) teve como objectivo verificar a relação entre o afecto positivo e o afecto negativo, avaliado pela PANAS, com as dimensões da ansiedade e da depressão. Os resultados demonstraram que há uma relação consistente entre os referidos constructos (Crawford & Henry, 2004).

Um estudo posterior realizado na Austrália, com uma amostra de 3989 indivíduos, verificou que o afecto positivo reduzido caracteriza-se pela presença de depressão, já o afecto negativo elevado está associado, tanto à depressão, como à ansiedade (Burns, Anstey, & Windsor, 2010).

### **Objectivos**

A presente Dissertação de Mestrado insere-se no projecto de investigação, alargado do Instituto Superior Miguel Torga, a decorrer no Concelho de Coimbra intitulado “Trajectórias do envelhecimento de idosos em resposta social: estudo dos factores preditivos do envelhecimento saudável e da demência.”

O propósito desta investigação é caracterizar esta população idosa no que respeita a sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e a depressão, presença ou não de défice cognitivo, bem como identificar estados emocionais positivos e negativos e a satisfação com a vida, enquanto factores potencialmente protectores ou amortecedores de problemas no seu percurso de envelhecimento. Neste sentido, iniciamos por verificar quais os valores médios obtidos nos instrumentos de medida utilizados e averiguar a fidedignidade dos mesmos. Garantida a fidedignidade dos resultados obtidos, é nosso objectivo controlar o efeito do

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

género, da idade e da escolaridade sobre os mesmos, uma vez reconhecido o papel que estas variáveis podem desempenhar. Dado que a nossa amostra inclui idosos em diferentes condições de resposta social (lar ou centros de dia), é também nosso intuito fazer um estudo comparativo no que respeita às variáveis em estudo. Posteriormente, segue-se o estudo da relação entre as diversas variáveis, procurando analisar a associação entre sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e estados emocionais (afecto positivo, negativo e satisfação com a vida) e os valores de défice cognitivo avaliados pelo Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Por último, temos como finalidade identificar grupos com e sem défice cognitivo grave e comparar estes dois grupos relativamente às variáveis em estudo.

### **Método**

#### **Participantes**

Os sujeitos utilizados neste estudo foram retirados de uma amostra mais ampla no âmbito de um projecto de investigação sobre Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social.

Como se pode ver no Quadro 1, 378 indivíduos integraram a amostra deste estudo, sendo 272 idosos recrutados em Centros de Dia (72,0%) e 106 idosos recrutados em Lares (28,0%). A idade dos sujeitos varia entre 65 e 100 anos, com uma média de idade de 80,11 ( $DP = 6,73$ ).

A amostra é constituída por 89 homens (23,5%) e por 289 mulheres (76,5%).

Os idosos do presente estudo são maioritariamente analfabetos ( $n = 176$ ), sendo que, apenas 14% possuem mais do que 4 anos de escolaridade. O estado civil predominante é a viuvez ( $n = 231$ ) e cerca de metade do número total de sujeitos recebe visitas regularmente ( $n = 191$ ).

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Quadro 1.

*Caracterização da Amostra.*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>		
Masculino	89	23,50
Feminino	289	76,50
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	176	46,60
< 4anos	149	39,40
> 4 anos	53	14,00
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	47	12,40
Casado	74	19,60
Divorciado	26	6,90
Viúvo	231	61,10
<b>Resposta Social</b>		
Centro de dia	272	72,00
Lar	106	28,00
<b>Visitas</b>		
Amigos/família/outros	191	50,50
Ninguém	49	13,00

Na nossa amostra não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à idade ( $t = -0,84$ ;  $p = 0,401$ ) e à escolaridade ( $\chi^2 = 5,266$ ;  $p = 0,072$ ).

### **Instrumentos**

**A Escala de Depressão Geriátrica** (*Geriatric Depression Scale: GDS*; Yesavage & Brink, 1983; Versão Portuguesa: Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009) é constituída por trinta questões que procuram obter informação sobre os sentimentos e os comportamentos

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

dos idosos, decorridos na última semana. Este questionário é de auto-resposta e permite ao indivíduo responder dicotómicamente (sim ou não). A Escala de Depressão Geriátrica não desfruta de questões relacionadas com sintomas somáticos e vegetativos, visto poderem ser motivo de enviesamento (Medeiros, 2010). Yesavage e Brink (1983) validaram a GDS e obtiveram uma média de inter-correlação entre os itens de 0,36, um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94, sugerindo um alto grau de consistência interna, e uma fiabilidade teste-reteste de 0,85.

Na população portuguesa, a partir de uma amostra representativa da população idosa, os resultados do pré – teste revelaram que três dos 30 itens da escala original (itens 27, 29 e 30) não apresentaram consistência. A pontuação desta escala pode oscilar entre zero a vinte e sete, representando pontuações mais elevadas, maior número de sintomas depressivos. A análise da validade concorrente do GDS foi realizada com a Escala de Hamilton, e os resultados revelaram uma correlação de Pearson igual a 0,83. No teste – reteste a GDS mostra uma alta consistência temporal ( $r = 0,995$ ), um alfa de cronbach de 0,90, e um distinto nível de concordância entre as duas avaliações independente de quem administra a escala ( $Kapa = 0,87$ ). A pontuação média foi de 9,6. A GDS revelou uma sensibilidade de 100%, uma especificidade de 83%, um valor preditivo positivo de 93% e um valor preditivo negativo de 100%. Neste sentido, uma pontuação de zero a dez, reflecte ausência de depressão, de onze a vinte, é considerado depressão leve, e vinte e um ou mais sintomas estamos na presença de uma depressão moderada a grave (Pocinho et al., 2009).

**A Escala de Satisfação com a Vida** (*Satisfaction With Life Scale: SWLS*; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Versão Portuguesa: Simões, 1992) permite avaliar o bem-estar subjectivo, ou seja, a maneira positiva ou negativa como os indivíduos experienciam a sua vida. É constituída por cinco questões, às quais os sujeitos respondem segundo uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 7 de acordo com o seu grau de concordância. A SWLS pontuou com uma média de 23,0 valores; desvio padrão de 6,43; teste-reteste (dois meses depois) de 0,82; coeficiente de alfa de Cronbach de 0,87. Cada item é pontuado de um a sete, é possível que a gama de pontuação no questionário seja de cinco (baixa satisfação) a trinta e cinco (alta satisfação) (Diener et al., 1985).

A Escala de Satisfação com a Vida foi pela primeira vez traduzida e adaptada para a população portuguesa em 1990 pelos autores Neto, Barros e Barros. O estudo evidenciou um alfa de Cronbach de 0,78 e diversos índices de validade. A análise factorial dos resultados permitiu concluir que estávamos perante um constructo unitário. Contudo, em 1992, António

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Simões readaptou a SWLS. Primeiramente, Simões começou por reduzir de sete para cinco o número de opções de resposta: 1 – *discordo muito*, 2- *discordo um pouco*, 3 – *não concordo nem discordo*, 4 – *concordo um pouco*, e 5 – *concordo muito*. Deste modo, podemos obter no mínimo um índice de cinco e no máximo um índice de vinte e cinco, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a satisfação com a vida. Deste estudo, obtiveram-se os seguintes resultados: coeficientes de correlação de 0,13 (correlação de totais de satisfação com a vida com a idade), 0,32 (correlação de totais de satisfação com a vida com o estado de saúde), e 0,36 (correlação de totais de satisfação com a vida com a situação económica); estrutura unifactorial com uma variância total de 53,1% e um coeficiente de alfa de 0,77 (Simões, 1992).

**A Lista de afectos positivos e negativos (PANAS – *Positive and Negative Affect Schedule***: Watson, Clark & Tellegen, 1988; Versão Portuguesa: Simões, A., 1993) é constituída por 20 itens que procuram avaliar o afecto negativo (10 itens) e o afecto positivo (10 itens). Este instrumento revelou para as escalas de afecto positivo e de afecto negativo, respectivamente, um alfa de Cronbach de 0,88 e de 0,87. Entre as duas escalas de afectos a correlação que se obteve foi de -0,17 (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A versão portuguesa da PANAS foi administrada com 11 itens para avaliar o afecto positivo e 11 itens para avaliar o afecto negativo, ou seja, acrescentou-se um item em cada subescala, para que a tradução do teste original fosse mais adequada. Os itens adicionados anunciaram correlações adequadas. Deste modo, obteve-se uma fidelidade de 0,83 no afecto positivo e 0,85 no afecto negativo (Simões, 1993). Outro estudo surgiu anos mais tarde com o intuito de contribuir para a validação portuguesa do PANAS. Os resultados demonstraram um alfa de Cronbach de 0,86 para o afecto positivo, e 0,89 para o afecto negativo. Para além destes valores, obteve-se uma correlação de -0,10 o que permite estabelecer uma independência entre as duas listas do afecto (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

**O Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI – *Geriatric Anxiety Inventory***: Pachana et al., 2007; Versão Portuguesa: Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011) pretende medir os sintomas comuns da ansiedade em pessoas idosas. O GAI é constituído por 20 itens, e o sujeito deverá responder – concordo ou discordo - conforme se sentiu durante a última semana. O coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,91, e a pontuação total do GAI teve uma média de 2,3 ( $DP = 3,8$ ). O Inventário Geriátrico de Ansiedade foi comparado com outros instrumentos, nomeadamente, com o *Goldberg Anxiety and Depression Scale* (GADS); o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI); o *Beck Anxiety Inventory* (BAI); o *Penn State Worry*

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

*Questionnaire* (PSWQ); e a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS). Todos estes instrumentos revelaram-se significativamente correlacionados com o GAI, sugerindo que o mesmo apresenta uma favorável validade concorrente. Posteriormente o GAI foi testado numa amostra clínica. A pontuação média da amostra psiquiátrica foi de 5,22 ( $DP = 5,83$ ). Os indivíduos que completaram os critérios do DSM-IV relativamente à ansiedade actual ( $n = 11$ ) atingiram uma pontuação média de 10,64 ( $DP = 5,87$ ), enquanto os sujeitos que preencheram os critérios do DSM-IV relativamente à Perturbação de Ansiedade Generalizada ( $n = 8$ ) atingiram uma média de 10,75 ( $DP = 6,27$ ). A pontuação que se observou no GAI apresenta-se independentemente da idade, do género e da função cognitiva. A fidelidade teste-reteste foi de  $r = 0,91$ . Por fim, o GAI apresentou um ponto de corte de 10/11, classificando 83% dos pacientes com uma sensibilidade de 75% e uma especificidade de 84% (Pachana et al., 2007).

O Inventário Geriátrico de Ansiedade foi validado e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino em 2011. O Inventário revelou um alfa de Cronbach de 0,96, uma boa confiabilidade teste-reteste e uma favorável validade concorrente. Com o intuito de distinguir os indivíduos com ou sem sintomas de ansiedade severa, foi utilizado um ponto de corte de 09/08, que demonstrou uma sensibilidade de 0,89 e uma especificidade de 0,80 (Ribeiro et al., 2011).

**O Montreal Cognitive Assessment (MoCA** – Nasreddine et al., 2005; Versão Experimental Portuguesa: Duro, Simões, Ponciano & Santana, 2010) é utilizado para detectar défice cognitivo leve. O mesmo é administrado em apenas 10 minutos e desfruta de um total de 30 pontos. O MoCA avalia as funções visuo-espaciais e executivas, a nomeação, a memória, a atenção, a linguagem, a abstracção, a evocação diferida e a orientação. O MoCA apresenta uma boa confiabilidade teste-reteste ( $t = 50,92$ ;  $p = 0,001$ ), um alfa de Cronbach de 0,83, uma sensibilidade de 90% na identificação de comprometimento cognitivo leve, uma sensibilidade de 100% na identificação de doença de Alzheimer, e uma especificidade de 87% (Nasreddine et al., 2005).

Em 2010, Duro, Simões, Ponciano e Santana, realizaram um estudo experimental<sup>1</sup> com o MoCA na população portuguesa. Os resultados mostraram que o MoCA obteve um alfa de Cronbach de 0,90 e uma alta confiabilidade teste-reteste ( $r = 0,87$ ;  $p = 0,001$ ). A pontuação média do MoCa foi de 14,40 pontos ( $DP = 6,78$ ) (Duro et al., 2010). Em publicação mais recente, Freitas Simões, Alves e Santana (2011), indicam uma média de 22,71 ( $DP = 3,60$ )

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

para pessoas com idades acima de 65 anos, independentemente da escolaridade.

**O Rey-15 Item Test** (Rey, 1964; Versão Portuguesa: Simões et al., 2010) é um instrumento que avalia a simulação dos indivíduos. A simulação é definida como uma “produção intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos” (DSM-IV-TR; APA, 2002, p. 739). Este teste é composto por evocação e por reconhecimento. A evocação é constituída por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em colunas. O intuito é mostrar ao sujeito um conjunto de itens, que devem ser memorizados, de forma a, posteriormente serem reproduzidos numa folha de papel. A página do reconhecimento abrange os 15 itens da página de estimulação original, intercalados com mais 15 itens semelhantes, ou seja, dos 30 itens apresentados, devem ser assinalados os 15 originais (Boone et al, 2002).

O Rey-15 Item Test foi validado para a população portuguesa por Simões e seus colaboradores em 2010. Na cotação deste instrumento temos de ter em conta o resultado combinado do reconhecimento. Este resultado, é “igual ao número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos – número de falsos positivos)” (Simões et al., 2010, p. 213). Os pontos de corte indicados para este teste dizem respeito a  $< 9$  para o ensaio de evocação imediata e  $< 20$  para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. Simões e equipa (2010) concluíram que o Rey-15 Item Test é adequado para verificar a simulação ou esforço insuficiente dos indivíduos sem problemas clínicos. Todavia, para o seu uso em idosos com défice cognitivo, teremos de conceber um ajustamento do ponto de corte para um valor inferior a 6. Por outras palavras, quando utilizamos pontos de corte obtidos em amostras não-clínicas, deve reconhecer-se a probabilidade de obtermos baixos níveis de especificidade, em grupos clínicos, especificamente, em idosos com défice cognitivo (Simões et al., 2010).

---

<sup>1</sup> O Professor Doutor Mário Simões (comunicação pessoal, 15, Junho, 2011) referiu que a versão final está sob publicação e que não há diferenças significativas entre as versões.

## **Procedimentos**

### ***Procedimento metodológico***

Este estudo insere-se no Projecto de Investigação intitulado por Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência. O objectivo primordial do Projecto consistia no rastreio cognitivo e na avaliação dos idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra. O universo de idosos incluiu 1.914 indivíduos entre 65 e 105 anos.

Após o contacto com as instituições<sup>2</sup> e estabelecimento de protocolos de parcerias, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia)<sup>3</sup> supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior.

Cada idoso voluntário, depois de ter dado consentimento<sup>4</sup>, era avaliado com uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na 1ª sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MOCA, a Figura Complexa de Rey, 3 testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro.

Ambas as sessões eram acompanhadas por um mestrando que monitorizava e apoiava a administração de forma a corrigir eventuais erros.

As baterias de testes foram administradas nas instituições que pertencem ao concelho de Coimbra, e que aceitaram de livre arbítrio participar neste Projecto. Cada instituição, nomeadamente Lares ou Centros de Dia que acolhem os idosos, foram devidamente informados dos objectivos e dos procedimentos éticos do Projecto. Neste sentido, obtivemos a autorização de cada responsável da instituição para recolhermos os dados. Os idosos cooperaram de forma voluntária neste estudo. Os mesmos foram devidamente informados que os seus dados eram confidenciais e somente eram usados para propósitos científicos.

---

<sup>2</sup> As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

<sup>3</sup> Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

<sup>4</sup> Ou alguém responsável pelos idosos.

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

As avaliações iniciaram-se em Novembro de 2010 e continuam em curso. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6%, com 509 idosos avaliados e uma taxa de resposta de 22,7%. Quarenta e dois sujeitos foram excluídos da análise devido a idade inferior a 65 anos e 121 por não lhes ter sido ainda administrado o MoCA.

A amostra final de conveniência inclui 378 idosos. A presente dissertação teve a duração de um ano e o período do estudo cerca de três meses, sendo esta análise transversal.

### ***Procedimento estatístico***

A análise estatística foi efectuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 1.7).

Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas, todos os valores com nível de significância inferior a 0,05 (Howell, 2006).

Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão. Dado o tamanho da nossa amostra o justificar ( $N$  superior a 30), optámos por testes paramétricos (Howell, 2006; Pestana & Gageiro, 2005). Para testar potenciais associações entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva, ansiosa, afecto (positivo, negativo), satisfação com a vida e défice cognitivo, recorreremos à determinação de coeficientes de correlação de Pearson, de Pearson Ponto Bisserial e de Sperman, consoante a natureza das variáveis. Sempre que comparamos valores médios obtidos em dois grupos (com  $N$  superior a 30), recorreremos ao teste  $t$  de Student para amostras independentes. Na análise da associação entre as variáveis dependentes (ansiedade, depressão, afecto positivo e negativo, satisfação com a vida e défice cognitivo), utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson.

## **Resultados**

### ***Estudo 1. Verificação da simulação ou exagero dos sintomas***

De forma a verificar se os nossos resultados são fidedignos, uma vez que os indivíduos podiam simular ou exagerar os sintomas inquiridos, utilizámos uma das componentes do Rey-15 Item Test, o Rey – Evocação. Uma vez que a nossa amostra contém indivíduos com défice cognitivo, recorremos ao ponto de corte 6 para obtermos elevados níveis de especificidade. Deste modo, constatámos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $t = 1,11$ ;  $p = 0,266$ ), ou seja, dos 378 indivíduos da nossa amostra foram inquiridos com o Rey Evocação 199 sujeitos, e verificámos que as simulações que possam existir não são suficientes para que os nossos resultados não sejam fidedignos.

### ***Estudo 2. Valores médios dos instrumentos de medida e influências do género, da idade e da escolaridade***

No Quadro 2, são apresentados as medidas e os desvios-padrão dos instrumentos de avaliação de ansiedade, de depressão, de satisfação com a vida, de afeto positivo e negativo e de défice cognitivo.

Quadro 2.

*Médias e Desvios - Padrão das variáveis em estudo.*

	<b>M</b>	<b>Total (N= 378)</b>	<b>DP</b>
<b>GAI</b>	12,37		6,07
<b>GDS</b>	13,87		6,21
<b>SWLS</b>	16,37		5,48
<b>PANAS Positivo</b>	31,07		7,91
<b>PANAS Negativo</b>	24,53		9,11
<b>MoCA</b>	11,74		6,17

*Nota: GAI = Inventário Geriátrico de Ansiedade; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; SWLS = Escala de Satisfação com a Vida; PANAS = Lista de Afectos Positivos e Negativos; MoCA = Montreal Cognitive Assessment.*

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Dos 378 indivíduos da nossa amostra, apenas podemos contabilizar 299 sujeitos avaliados com o MoCA, uma vez que, 15 indivíduos recusaram-se a responder ao teste, 5 sujeitos apresentaram problema comportamental ou físico e a 59 indivíduos o MoCA não foi aplicado.

Na nossa amostra obtivemos valores elevados de ansiedade ( $M = 10,75$ ;  $DP = 6,27$ ), e de depressão ( $M = 9,6$ ).

Por outro lado, os idosos do nosso estudo apresentaram valores diminutos de satisfação com a vida ( $M = 23,0$ ;  $DP = 6,43$ ), assim como exibiram valores reduzidos no MoCA ( $M = 22,71$ ;  $DP = 3,60$ ), tradutores de maiores défices cognitivos.

Para averiguar a influência do efeito das variáveis sociodemográficas sobre os valores médios dos instrumentos de medida, utilizamos os coeficientes de Pearson<sup>5</sup>, de Pearson Ponto Bisserial e de Spearman, consoante a natureza das variáveis.

Os resultados mostraram que o género apresenta uma associação muito baixa com o afecto negativo medido pela PANAS ( $r = 0,169$ ;  $p = 0,001$ ), revelando as mulheres valores mais elevados ( $M = 25,39$ ;  $DP = 9,22$ )<sup>7</sup>.

No que respeita à idade, esta revelou uma correlação muito baixa e negativa com o total do MoCa<sup>6</sup> ( $r = -0,188$ ;  $p = 0,001$ ), e com o PANAS Positivo ( $r = -0,154$ ;  $p = 0,003$ ). O mesmo é dizer, que quanto maior é a idade, maior é o défice cognitivo e menor é o afecto positivo.

Relativamente à escolaridade, os resultados anunciaram uma associação muito baixa e negativa com a ansiedade avaliada pelo GAI ( $\rho = -0,159$ ;  $p = 0,002$ ), com a depressão medida pela GDS ( $\rho = -0,197$ ;  $p = 0,000$ ), e com o afecto negativo medido pela PANAS ( $\rho = -0,134$ ;  $p = 0,009$ ). A escolaridade apresenta também uma correlação muito baixa com o afecto positivo medido pela PANAS ( $\rho = 0,151$ ;  $p = 0,003$ ), e uma associação moderada com o défice cognitivo medido pelo MoCA ( $\rho = 0,510$ ;  $p = 0,000$ ).

---

<sup>5</sup> Considerámos correlações muito baixas as que se situavam abaixo de 0,20; baixa entre 0,20 e 0,39; moderada entre 0,40 e 0,69; alta entre 0,70 e 0,89 e muito altas entre 0,90 e 1 (Pestana & Gageiro, 2005).

<sup>6</sup> No total do MoCA, quanto menor é a pontuação, maior é o défice cognitivo.

<sup>7</sup> Homens ( $M = 21,76$ ;  $DP = 8,17$ ).

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

### ***Estudo 3. Comparação das variáveis em estudo em função da resposta social***

Uma vez que a nossa amostra inclui sujeitos a frequentar Lares e Centros de Dia, estávamos agora interessados em comparar as variáveis em estudo de acordo com o tipo de resposta social.

Quadro 3.

*Comparação das variáveis em estudo de acordo com a resposta social*

	<b>Centro de dia</b>		<b>Lar</b>		<i>t</i>	<i>p</i>
	<b>(N= 272)</b>		<b>(N= 106)</b>			
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>GAI</b>	12,63	5,93	11,70	6,38	1,34	0,181
<b>GDS</b>	13,91	6,06	13,77	6,62	0,19	0,846
<b>SWLS</b>	16,44	5,52	16,18	5,38	0,42	0,673
<b>PANAS Positivo</b>	31,41	8,12	30,17	7,29	1,37	0,172
<b>PANAS Negativo</b>	25,07	9,22	23,14	8,71	1,84	0,066
<b>MoCA</b>	11,85	6,11	11,51	6,32	0,44	0,661

Como se pode observar no Quadro 3, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, segundo a resposta social. Ou seja, o mesmo é dizer que os idosos em centros de dia não se diferenciam dos idosos residentes em lares no que respeita aos sintomas de ansiedade, depressão, afecto positivo e negativo, satisfação com a vida e défice cognitivo.

### ***Estudo 4. Relação entre as variáveis de sintomas psicopatológicas, variáveis emocionais e défice cognitivo***

Pretendemos com este estudo averiguar a associação entre as variáveis de sintomas de psicopatologia (ansiedade e depressão), variáveis emocionais (afecto positivo e negativo e satisfação com a vida) e défice cognitivo (MoCA) (Quadro 4).

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Quadro 4.

*Variáveis de sintomas psicopatológicos, variáveis emocionais e défice cognitivo*

	<b>GAI</b>	<b>GDS</b>	<b>SWLS</b>	<b>PANAS Positivo</b>	<b>PANAS Negativo</b>	<b>MoCA</b>
<b>GAI</b>	1					
<b>GDS</b>	0,75**	1				
<b>SWLS</b>	-0,32**	-0,52**	1			
<b>PANAS Positivo</b>	-0,17**	-0,40**	0,39**	1		
<b>PANAS Negativo</b>	0,68**	-0,67**	-0,39**	0,04	1	
<b>MoCA</b>	-0,14**	-0,24**	0,06	0,28**	-0,11	1

\*\* p < 0,001

Como é possível verificar no Quadro 4, a ansiedade apresenta uma correlação muito baixa e negativa com o total de avaliação cognitiva (MoCA), e a depressão apresenta uma correlação baixa e negativa com o valor total do MoCA ( $r = -0,14$ ;  $r = -0,24$ ). Podemos também verificar que o afecto positivo ( $r = 0,28$ ) apresenta uma correlação baixa com o MoCA. Relembramos que na interpretação dos resultados do MoCa, quanto maior a pontuação, menor é o défice cognitivo assim avaliado. Neste sentido os resultados evidenciam que quanto maior é o défice cognitivo, maior é a ansiedade e a depressão e menor o afecto positivo.

### ***Estudo 5. Comparação dos grupos com e sem défice cognitivo grave***

Finalmente, o presente estudo pretendeu averiguar as diferenças relativamente à ansiedade, depressão, satisfação com a vida, afecto positivo e negativo em função do défice cognitivo. Para isso, formamos dois grupos com base nos valores obtidos no MoCA, utilizando a Média mais o Desvio-Padrão. Dos 299 idosos que completaram a prova de avaliação cognitiva (MoCA), verificou-se que 247 indivíduos (86%) apresentaram défice cognitivo grave, e 52 (14%) foram classificados sem défice cognitivo grave, segundo o ponto de corte em cima definido.

### ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

Quadro 5.

*Comparação dos grupos Com Défice Cognitivo Grave e Sem Défice Cognitivo Grave*

	Sem Défice		Com Défice		<i>t</i>	<i>p</i>
	(N = 52)		(N = 247)			
	M	DP	M	DP		
<b>GAI</b>	10,50	6,39	12,42	6,20	2,02	0,044
<b>GDS</b>	10,31	6,11	14,21	6,10	4,19	0,000
<b>SWLS</b>	17,13	5,71	16,30	5,38	-1,01	0,315
<b>PANAS Positivo</b>	35,19	8,29	30,11	7,33	-4,43	0,000
<b>PANAS Negativo</b>	22,50	8,55	24,49	9,54	1,39	0,166

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O grupo com défice cognitivo apresenta valores mais elevados de depressão ( $M = 14,21$ ;  $DP = 6,10$ ) de ansiedade ( $M = 12,42$ ;  $DP = 6,20$ ) e de afecto negativo ( $M = 24,49$ ;  $DP = 9,54$ ). Por outro lado, o afecto positivo ( $M = 30,11$ ;  $DP = 7,33$ ), e a satisfação com a vida ( $M = 16,30$ ;  $DP = 5,38$ ) apresentam valores menos elevados, comparativamente ao grupo sem défice cognitivo.

Como seria de esperar, os idosos com défice cognitivo mostram uma tendência para apresentar uma menor satisfação com a vida e um maior afecto negativo, quando comparados com os idosos sem défice cognitivo.

## **Discussão**

O presente estudo teve como objectivo central analisar a associação entre os sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão e afecto negativo), factores emocionais positivos (satisfação com a vida e afecto positivo) e défice cognitivo grave nos idosos sobre resposta social no Concelho de Coimbra. Para além da caracterização desta população específica quanto aos níveis de ansiedade, depressão, afecto, satisfação e capacidade cognitiva, quisemos também averiguar a influência dos aspectos sociodemográficos sobre estas variáveis. Adicionalmente foram analisadas estas variáveis em função do tipo de resposta social dos idosos. Por último, foi ainda determinada a existência ou não de défice cognitivo e comparados os grupos (com e sem défice) relativamente às variáveis acima citadas.

No que respeita aos valores médios encontrados na nossa amostra, verificaram-se valores de ansiedade equivalentes aos apresentados no estudo de Pachana e colaboradores (2007), e que correspondem à presença de Perturbação de Ansiedade Generalizada, ( $M = 10,75$ ). Relativamente à depressão, colhemos valores mais elevados, comparativamente com o estudo de Pocinho e coadjuvantes em 2009 ( $M = 9,6$ ). Por outro lado, os idosos do nosso estudo apresentam valores de satisfação com a vida reduzidos, comparativamente ao estudo de Diener e colaboradores em 1985 ( $M = 23,0$ ). Na pontuação média do MoCA também obtivemos valores mais baixos em comparação com o estudo de Duro e equipa em 2010 ( $M = 22,71$ ). Relativamente ao afecto positivo e ao afecto negativo, desconhecemos quais os valores médios para cada lista de afectos, e nesse sentido, não foi possível comparar os nossos resultados. Deste modo, os idosos sob resposta social do Concelho de Coimbra encontram-se com elevados níveis de ansiedade, de depressão e pouco satisfeitos com a sua vida. De notar ainda, que os resultados obtidos no MoCA, indicam que uma percentagem elevada de idosos apresenta défice cognitivo, o que pode ser explicado devido a um reduzido grau de escolaridade dos mesmos (tornando o Teste de difícil compreensão e realização), e devido a elevados sintomas psicopatológicos que se revelam como factores de risco para a propensão do défice cognitivo grave (Gallagher et al., 2010).

Através de uma das componentes do Rey-15 Item Test (Rey - Evocação) verificámos que as simulações ou exageros de sintomas relatados pelos idosos não interferiram significativamente nos resultados do nosso estudo.

Os nossos resultados parecem indicar que a depressão, a ansiedade e o avançar da idade afectam negativamente a satisfação com a vida. Por outro lado, uma vida activa e

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

sociável, combinada com saúde física e mental, e com um nível académico superior, proporciona satisfação com a vida (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, & Sonn, 2010; Melendez, Tomás, Oliver & Navarro, 2009).

Os idosos do nosso estudo são, na grande maioria, analfabetos ou têm menos de quatro anos de escolaridade, apresentam também debilidade física e perda de autonomia, e, conseqüentemente as actividades que lhes poderiam suscitar prazer estão-lhes impossibilitadas. Para além disso, o sentimento de solidão é frequentemente encontrado nos idosos. Apesar de estarem sob resposta social, não significa que se sintam menos sós. O elevado grau de ansiedade e de depressão que os idosos revelaram, vem de encontro a este facto. Apesar de estarem em contacto com os funcionários que deles cuidam, não é suficiente para colmatar as saudades e a ausência de afecto por parte de entes queridos. Bjelland e colaboradores (2008) realizaram um estudo que evidenciou que um elevado grau de escolaridade, funciona como factor protector contra a ansiedade e a depressão. O desenvolvimento de estratégias para resistir ao stresse e às restrições ocupacionais, estão associadas aos mecanismos de protecção (Bjelland et al., 2008).

Quanto à influência das variáveis sociodemográficas, constatamos que os sujeitos mais velhos da nossa amostra apresentam maior défice cognitivo e menor afecto positivo. O envelhecimento cerebral é comum e inevitável, logo as mudanças que podemos observar nomeadamente, na memória, na atenção e no cálculo (Nordon et al., 2009), levam-nos a afirmar que os nossos resultados vão de encontro ao esperado. Contudo, a velhice acarreta pensamentos e emoções negativas fruto das modificações biológicas, psicológicas e sociais, que levam a um aumento do afecto negativo em detrimento do afecto positivo.

Relativamente ao género, são as mulheres que anunciam valores mais elevados de afecto negativo. Por outro lado, quanto maior for a escolaridade menor a ansiedade, a depressão e o afecto negativo, e menor é o défice cognitivo. Assim, quanto maior é o défice cognitivo, mais são os sintomas de ansiedade e de depressão.

Clark e Watson em 1991, (citado em Anderson & Hope, 2008), propuseram o Modelo Tripartido. Este modelo representa a sobreposição observada de sintomas de ansiedade e de depressão, que postulam uma componente comum de afecto negativo. A ansiedade para além de representar o afecto negativo, engloba também, hiperexcitação fisiológica, como por exemplo, tonturas, falta de ar, boca seca, entre outros. Neste sentido, o afecto positivo baixo evidencia a depressão, enquanto o afecto negativo elevado refere-se à depressão e à ansiedade (Clark, Watson & Mineka, 1994). Se o que caracteriza o afecto negativo são sentimentos de tristeza, de medo, de culpa, de angústia, de raiva, de preocupação, etc., então

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

podemos concluir que tanto o afeto negativo como a ansiedade e/ou a depressão contém sintomas idênticos, logo, o aumento de um, potencia o aumento do outro.

De acordo com o estudo de Yaffe e equipa (1999), as mulheres que apresentam maior número de sintomas depressivos são mais velhas e menos escolarizadas, ao mesmo tempo que exibem uma diminuta pontuação em testes cognitivos. Deste modo, os nossos resultados vão de encontro ao estudo anteriormente citado. A maioria dos idosos do nosso estudo são analfabetos ou possuem uma escolaridade limitada, logo, exibe uma baixa pontuação no MoCA e um elevado grau de sintomas depressivos.

Paulo e Yassuda (2009) defendem que a ansiedade afecta a memória, mas, por outro lado, a memória não está associada à escolaridade, à depressão, nem ao desempenho cognitivo. Esta teoria, não vem de encontro aos nossos resultados. No nosso estudo apurámos que a memória é afectada por sintomas psicopatológicos e por baixa escolaridade.

Na comparação que fizemos entre as variáveis em estudo em função da resposta social, ou seja, em função de sujeitos que frequentavam Centros de Dia ou Lares, aferimos que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, apesar de termos colocado a hipótese que existiriam maior sintomatologia psicopatológica nos indivíduos que frequentavam os Lares, uma vez que a estadia nestas instituições é permanente, e onde muitas vezes, esperam pela sua morte.

Todavia, a entrada tanto para um Lar como para um Centro de Dia revela-se frequentemente um factor de risco para a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos. O significado para o indivíduo de incapacidade e dependência funcional acarretam muitas vezes pensamentos negativos. Porém, o défice cognitivo é mais comum em Lares de Idosos, que dado a sua severidade e interferência na vida diária do sujeito, exige a sua entrada para um Lar onde o mesmo, possa usufruir de todos os cuidados médicos, afectivos e sociais necessários (Snowdon, 2010).

Os nossos resultados podem ser influenciados pelo contexto onde os idosos se inserem - Lares e Centros de Dia. Geralmente são espaços pouco desafiantes a nível de actividades que continuem a estimular a mobilidade, a capacidade cognitiva e a autonomia dos idosos. Apesar de as instituições serem muitas vezes um local de último recurso, por vários motivos, os idosos não sentem aquele lugar como seu. Abandonaram as suas habitações, repletas de memórias e sensações, estão afastados da sua família, vizinhos e amigos. A morte do conjuge, a inexistência de actividade social, o desprezo dos filhos e/ou uma motricidade já deficitária que os impede de continuar a trabalhar, a cultivar as suas

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

hortas, cuidar das suas casas, da sua higiene, entre outros, são apenas possíveis motivos que os nossos resultados reflectirão.

Perante os resultados obtidos na nossa amostra, que evidenciou valores elevados de sintomas psicopatológicos e valores baixos de afecto positivo e satisfação com a vida, julgamos pertinente alertar toda a comunidade médica e científica para o recurso a abordagens terapêuticas eficazes com o intuito de ajudar estes idosos. Neste sentido, as terapias baseadas no *Mindfulness* têm vindo a mostrar-se adequadas para idosos, uma vez que as sessões podem ser feitas em grupo e adaptadas ao nível de funcionamento dos indivíduos (Aanno, 2010).

O treino do *Mindfulness* permite ao indivíduo desenvolver capacidades de controlo da atenção e dos processos mentais, através da prática da meditação. O intuito é aumentar a consciência para o momento presente. A atenção intencional e sem julgamentos sobre o conteúdo da consciência, permite uma mudança na relação com os pensamentos e emoções. Neste sentido, as emoções são experienciadas com maior objectividade e menor reactividade (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). O objectivo é aumentar a descentração de forma a verificarem que os pensamentos são transitórios e não representações de verdades. Assim, as competências aprendidas através da prática do *Mindfulness* permitem lidar eficazmente com os sintomas depressivos e ansiosos, assim como, possibilita uma maior tranquilidade, mais energia, e assertividade, proporcionando um melhor relacionamento com os outros e consigo próprio (Graham & Senthinathan, 2007).

Os nossos resultados devem ser lidos com prudência, tendo em conta algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, a amostra tem um número reduzido de indivíduos do sexo masculino. Seria importante obter em investigações futuras, uma amostra mais equilibrada em relação ao género, de forma a verificar se há influência desta variável. Outra limitação do nosso estudo diz respeito ao facto de a recolha de dados ter sido feita num número circunscrito de Lares, comparativamente ao número de Centros de Dia, o que pode condicionar os nossos resultados. Para além disso, a população idosa que vive nas suas habitações e não está sobre resposta social não foi avaliada. Seria útil e pertinente, em investigações futuras, avaliar também os idosos que não frequentam nem Centros de Dia nem Lares, e que vivem nas suas casas. Por fim, é de referir que o nosso estudo é de natureza correlacional, o que não permitiu estabelecer relações causais.

Através do nosso estudo, podemos concluir que o afecto positivo caracterizado pelo envolvimento prazeroso com o meio ambiente, assim como pelo entusiasmo que o indivíduo manifesta pela vida, associado ao grau de satisfação com a vida, e a um elevado nível de

### ***Sintomas Psicopatológicos e Afecto Positivo nos Idosos***

escolaridade, parecem-nos factores potencialmente protectores para um envelhecimento bem-sucedido. Por outro lado, a presença de ansiedade e de depressão, em conjunto com o afecto negativo, baixa escolaridade e consequentemente, fraco desempenho cognitivo, parecem representar factores predisponentes para um envelhecimento problemático.

Apesar de todas as reservas e obstáculos que se fizeram sentir no percurso do Projecto Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social, no qual esta Dissertação de Mestrado se insere, nomeadamente na gestão de equipas na recolha e no tratamento de dados, o presente estudo apresentou resultados importantes em relação à população idosa do Concelho de Coimbra. Deste modo, esperamos que esta investigação contribua para o desenvolvimento de futuros estudos e sirva de inspiração a diversas áreas da saúde.

## **Referências Bibliográficas**

- Aannø, T. R. (2010). *Mindfulness and Acceptance based Treatment for Older Adults: A Literature Review*. Dissertação de mestrado não publicada, Profesjonsstudiet i psykologi.
- Alonso – Fernández, F. (2010). *As quatro dimensões do doente depressivo* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Gradiva.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28, 275–287.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66, 1334-1345.
- Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey-15- Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey-15 item Memorization Test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (5), 561-573.
- Burns, R. A., Anstey, K. J., & Windsor, T. D. (2010). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Early Online, 1-9.
- Caramellia, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 24 (1), 7-10.

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, P. (2010). Psychological and clinical correlates of functional somatic complaints in depression. *International Journal of Social Psychiatry, 20* (10), 1-9.

Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 245-265.

Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality Life Research, 18*, 669-678.

Damasceno, B. P. (1999). Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivo Neuropsiquiatria, 57* (1), 78-83.

DeCoster, J. (2004). Data Analysis in SPSS. Retrieved <month, day, and year you downloaded this file> from <http://www.stat-help.com/notes.html>.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 1-5.

Duro, D., Simões, M. R., Ponciano, E., & Santana, I. (2010). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *Journal Neurology, 257*, 728-734.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Eklund, M., Backstrom, M., Lissner, L., Bjorkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality Life Research, 19*, 1477-1486. doi:10.1007/s11136-010-9711-8.

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a psicologia* (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: MC Graw Hill.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Forlenza, O. V. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22, 87-95.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population*. Submitted.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227.
- Gallagher, D., Coen, R., Kilroy, D., Belinski, K., Bruce, I., Coakley, D., ... Lawlor, B. A. (2010). Anxiety and behavioural disturbance as markers of prodromal Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 1002-1011.
- Graham, S. L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 11, 346-357.
- Gray, J. W., Rattan, A. I., & Dean, R. S. (1986). Differential Diagnosis of Dementia and Depression in the Elderly Using Neuropsychological Methods. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1, 341-349.
- Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality Life Research*, 19, 1477-1486. doi:10.1007/s11136-010-9758-6.
- Hell, D. (2009). *Depressão - que sentido faz? Uma abordagem integrativa* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Sete Caminhos.
- Howell, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6<sup>th</sup> ed.). USA: Thomson Wadsworth.

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

Instituto Nacional de Estatística (2009). Acedido em 20, Dezembro, 2010, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine\\_main&xpid=INE](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE).

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291–295.

Murphy, M., & O’Leary, E. (2009). Depression, cognitive reserve and memory performance in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 665-671.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda Cognitiva em Idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11 (3), 5-8.

Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, W. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? *The Gerontologist*, 10, 1093-1106.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2009). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 37 (1), 23-26.

## ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

Perlmutter, M. S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H. H., & Baum, M. C. (2010). Cognitive, visual, auditory, and emotional factors that affect participation in older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 570-579.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.

Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/13607863.2011.562177.

Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar dos idosos dependentes: diagnósticos e intervenções* (1.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503-515.

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 387-404.

Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, P. L., ... França, S. (2010). *Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos*. *Análise Psicológica*, 1 (18), 209-226.

Snowdon, J. (2010). Depression in nursing homes. *International Psycho geriatrics*, 22, 1143-1148.

### ***Sintomas Psicopatológicos e Afeto Positivo nos Idosos***

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 10*, 1002-1010.

Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A., & Dobson, A. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden and quality of life. *Quality Life Research, 17*, 267-273.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (6), 1063 – 1070.

Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V., & Browner, W. S. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in non demented elderly women: a prospective study. *Archives of General Psychiatry, 56* (5), 425–430.

Yesavage, J. A., & Brink, T. L. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal Psychiatric Research, 17*, 37-49.