



UC/FPCE\_2011

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Tradução, adaptação e estudo piloto de algumas propriedades psicométricas da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version – Versão Portuguesa (K-SADS-PL-PT)**

Cristiana de Campos Marques  
(e-mail: cristiana.c.marques@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos

## **Tradução, adaptação e estudo piloto de algumas propriedades psicométricas da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version – Versão Portuguesa (K-SADS-PL-PT)**

Há mais de duas décadas que as entrevistas de diagnóstico estruturadas e semi-estruturadas, mais do que meros instrumentos de investigação, têm feito parte de muitas avaliações clínicas. Várias entrevistas têm sido desenvolvidas para serem utilizadas com crianças e adolescentes (Frick, Barry, & Kamphaus, 2010). Por terem um formato para determinar há quanto tempo a criança tem o problema, a sequência temporal dos comportamentos e para estimar o grau de invalidação associado com os problemas emocionais ou comportamentais que a criança apresenta, as entrevistas são instrumentos que fornecem métodos fiáveis de avaliar o funcionamento emocional e comportamental da criança (Frick, et al., 2010).

A Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) é uma das entrevistas de diagnóstico mais utilizadas mundialmente com crianças e adolescentes. Este instrumento já foi alvo de traduções para outras línguas, e os seus estudos de validade e fidelidade apresentam bons resultados. A entrevista avalia a presença ou ausência de sintomatologia e, posteriormente, elabora diagnósticos psiquiátricos.

Dado não existir qualquer estudo sobre a K-SADS-PL para Portugal, o presente trabalho tem como objectivo traduzir, adaptar e apresentar algumas características psicométricas, nomeadamente, a validade consensual e a validade concorrente da entrevista.

A amostra deste estudo foi constituída por 70 crianças e adolescentes (46 do grupo clínico e 24 do grupo da população geral), dos 10 aos 18 anos de idade. Do protocolo de avaliação, para além da administração da Kiddie-SADS-PL-PT, faziam parte o *Child Depression Inventory* (CDI), o *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e o *Children Behavior Checklist* (CBCL).

A validade consensual da K-SADS-PL-PT da maioria das perturbações psiquiátricas foi boa a excelente. Valores mais elevados para a perturbação de ansiedade de separação, enurese, bulimia, anorexia, perturbações de tiques e perturbação de hiperactividade com défice da atenção. No que concerne à validade concorrente, foram encontradas correlações positivas entre a K-SADS-PL-PT e as escalas de auto-resposta (CDI, MASC, CBCL).

A versão Portuguesa da K-SADS-PL mostrou ser sólida e válida para a avaliação e o diagnóstico de perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** K-SADS-PL-PT, diagnóstico, crianças, adolescentes, características psicométricas.

**Translation, adaptation and pilot study of some psychometric properties of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version – Portuguese version (K-SADS-PL-PT)**

For over two decades that structured and semi—structured diagnostic interviews, more than mere research tools, have been part of many clinical evaluations. Several interviews have been developed to use with children and adolescents (Frick, Barry, & Kamphaus, 2010). Because of having a format to determine how long the child has the problem, the temporal sequence of behaviours and to estimate the degree of impairment associated with child emotional or behavior problems, interviews are instruments that provide reliable methods to assess the child emotional and behavior function (Frick, et al., 2010).

The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) is one of the most worldwide diagnostic interviews used with children and adolescents. This instrument has been translated into other languages, and their validity and reliability studies showed good results. The interview assesses the presence or absence of symptomatology, and subsequently, generates psychiatric diagnostics.

As a result of there is no study about the K-SADS-PL for Portugal, this study aims to translate, adapt and present some psychometric properties of this diagnostic interview, namely, consensual validity and concurrent validity.

The subjects of this study were 70 children and adolescents (46 psychiatric outpatients and 24 normal controls), from 10 to 18 years. The assessment protocol included the K-SADS-PL-PT, the *Child Depression Inventory* (CDI), the *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC), *Brief Symptom Inventory* (BSI) and the *Children Behavior Checklist* (CBCL).

The consensual validity of K-SADS-PL-PT of almost all the psychiatric disorders was good to excellent. It was highest for separation anxiety disorder, enuresis, anorexia, bulimia, tic disorder and attention deficit hyperactivity disorder. Regarding concurrent validity, there were positive correlations between the K-SADS-PL-PT and the self-report scales (CDI, MASC, CBCL).

The Portuguese version of K-SADS-PL-PT proved to be sound and valid for the assessment and diagnosing child and adolescent psychiatric disorders.

**Key Words:** K-SADS-PL-PT, diagnostic, children, adolescents, psychometric properties.

## Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Paula Matos, pela orientação, supervisão e disponibilidade ao longo deste ano. Pelas críticas, opiniões e dúvidas que me fez levantar e por todo o apoio prestado.

À Doutora Sónia Cherpe pelas palavras sensatas nos momentos oportunos e pela acessibilidade e colaboração que sempre demonstrou!

À Doutora Fernanda Duarte, por todo o apoio e preocupação! Porque foi muito mais do que orientadora do local de estágio...

À Doutora Helena Cristina por ter sido uma ajuda fundamental e extraordinária para a persecução desta dissertação. Pela paciência, disponibilidade e simpatia que sempre evidenciou! Muito obrigada pela oportunidade de a conhecer!

À Doutora Regina por todo o trabalho que nunca negou! Pela ajuda preciosa num momento de aflição!

Às instituições onde recolhi a minha amostra e aos responsáveis com quem tive o prazer de me cruzar, pela amabilidade com que me trataram e pela disponibilidade que sempre mostraram!

Àqueles adolescentes que por mim passaram na administração da entrevista e que comigo partilharam as suas vidas! A eles agradeço esta oportunidade de pôr à prova os meus conhecimentos e de crescer enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

Aos meus pais, por percorrerem comigo todo este caminho! Por sempre confiarem nas minhas capacidades e acreditarem em mim! Por me ensinarem que, com esforço, perseverança e força consigo atingir os meus objectivos!

À minha irmã Cláudia, por mostrar a sua preocupação sempre à sua maneira! Porque apesar de tudo, não esperava outra coisa...

A toda a minha família pela rede de apoio incondicional que sempre representaram para mim e por o terem mostrado constante e incessantemente nesta fase tão volúvel e delicada para mim! Em especial à minha madrinha Isabel, à Paula e à Mena pelos incentivos e palavras de alento quando mais precisei! De facto Paulinha, tens toda a razão *“é tentando o impossível que se chega à realização do possível!”*

Aos meus vizinhos, Tia Alzira e Tio Custódio, por todo o carinho que sempre demonstraram por mim e por serem os meus “avós emprestados”!

À Inês pela ajuda, pelas palavras sábias e pela estabilidade que me dá! A verdadeira amizade é difícil de definir...

À Joana e Raquel por toda a ajuda e motivação nos meus momentos de desalento! Mesmo sem saberem, foram pilares fundamentais para que conseguisse arranjar “forças”! Guardar-vos-ei sempre!

## Índice

Introdução	1
<b>I. Enquadramento conceptual</b>	<b>2</b>
<b>1. Avaliação – Entrevistas de diagnóstico</b>	<b>2</b>
<b>1.1. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL)</b>	<b>4</b>
<b>2. Psicopatologia nas crianças e adolescentes</b>	<b>7</b>
<b>3. Depressão na adolescência</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Enquadramento geral da depressão na adolescência</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Teorias cognitivas da depressão</b>	<b>11</b>
<b>3.2.1. Teoria cognitiva da depressão de Beck</b>	<b>12</b>
<b>3.2.2. Teoria do desespero aprendido</b>	<b>13</b>
<b>3.2.3. Teoria dos estilos de resposta</b>	<b>13</b>
<b>II. Objectivos</b>	<b>14</b>
<b>III. Metodologia</b>	<b>16</b>
<b>1. Caracterização da amostra</b>	<b>16</b>
<b>2. Instrumentos de avaliação</b>	<b>18</b>
<b>3. Procedimentos metodológicos</b>	<b>23</b>
<b>4. Procedimentos estatísticos</b>	<b>24</b>
<b>IV. Resultados</b>	<b>25</b>
<b>V. Discussão</b>	<b>37</b>
<b>VI. Conclusões</b>	<b>42</b>
Bibliografia	42
Anexos	47

## Índice de Quadros

Quadro 1.	Características sócio-demográficas (N=70)	17
Quadro 2.	Consistência interna das escalas do CDI	19
Quadro 3.	Consistência interna das escalas da MASC	20
Quadro 4.	Consistência interna das dimensões do BSI	21
Quadro 5.	Consistência interna das escalas do CBCL	23
Quadro 6.	Distribuição dos diagnósticos por género (N=46)	26
Quadro 7.	Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos de diagnóstico em estudo (N=46)	27
Quadro 8.	Validade consensual dos diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT (N=46)	27
Quadro 9.	Correlação entre os diagnósticos de Perturbações Depressivas obtidos pela K-SADS-PL-PT e o CDI e o CBCL	29
Quadro 10.	Correlação entre os diagnósticos de Perturbações da Ansiedade obtidos pela K-SADS-PL-PT e a MASC e o CBCL	30
Quadro 11.	Correlação entre o diagnóstico de PHDA obtido pela K-SADS-PL-PT e o CBCL	30
Quadro 12.	Correlação entre os diagnósticos de Perturbações Disruptivas do Comportamento obtidos pela K-SADS-PL-PT e o CBCL	31
Quadro 13.	Correlação entre o CDI e a EAG-C	34
Quadro 14.	Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos factores do BSI dos pais dos grupos em estudo (N = 62)	34
Quadro 15.	Correlação entre o BSI e o CDI (N =62)	34
Quadro 16.	Correlação entre o CDI e a MASC (N =63)	36
Quadro 17.	Associação da sintomatologia depressiva dos pais, história de abuso nos filhos e sintomatologia depressiva dos filhos (N=70)	36
Quadro 18.	Associação da sintomatologia depressiva dos pais, ansiedade nos filhos e sintomatologia depressiva dos filhos (N=70)	37

## Introdução

A presente dissertação de mestrado está inserida no projecto de investigação denominado “factores predictores da depressão nos adolescentes Portugueses – estudo de factores de risco e de factores de protecção”, que tem como objectivo geral a identificação e caracterização de factores/antecedentes de risco associados ao desenvolvimento de primeiros episódios depressivos (PED) na adolescência, tal como de factores protectores relacionados com a diminuição de PED e a exploração do impacto desses factores na vida diária do adolescente.

Assim, a tradução e adaptação da entrevista de diagnóstico semi-estruturada, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), constitui mais uma ferramenta de avaliação relevante para esta linha de investigação, nomeadamente para a detecção de adolescentes em risco de desenvolvimento de PED e posterior intervenção preventiva com os mesmos. No entanto, a K-SADS-PL pode também ser utilizada para diagnosticar uma vasta gama de psicopatologia em crianças e adolescentes.

Neste sentido, este trabalho está dividido em três partes. A primeira parte consiste na revisão da literatura, incluindo três tópicos. O primeiro tópico descreve, de forma global, as entrevistas de diagnóstico, pormenorizando a entrevista em estudo, a K-SADS-PL. No tópico dois, é abordado brevemente a psicopatologia nas crianças e adolescentes, visto ser o objecto de estudo da entrevista. Finalmente, devido à linha de investigação que abarca a presente dissertação, o terceiro tópico faz uma caracterização da depressão na infância e adolescência, epidemiologia, comorbidade, factores de risco e de protecção, etiologia, impacto e consequências.

A segunda parte deste trabalho representa a contribuição pessoal para o estudo em Portugal da entrevista de diagnóstico, K-SADS-PL. Assim, serão apresentados os objectivos e hipóteses, os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos da investigação. Posteriormente, descreve-se os resultados obtidos. Para finalizar, é discutido os resultados encontrados, e apresenta-se as conclusões, limitações do estudo e algumas direcções para investigação futura.

As entrevistas de diagnóstico estruturadas e semi-estruturadas foram desenvolvidas com o intuito de minimizar as fontes de variabilidade que tornavam os diagnósticos pouco fiáveis, fazendo com que a utilização destas entrevistas em contextos de investigação se tornasse um padrão (Summerfeldt, Kloosterman, & Antony, 2010).

Assim, o presente estudo pretende traduzir em versão Portuguesa, a K-SADS-PL, e analisar algumas características psicométricas da K-SADS-PL-versão Portuguesa, especificamente a validade consensual e a validade concorrente. Desta forma pretende-se que este instrumento sirva de auxiliar na identificação de adolescentes com psicopatologia no momento actual e/ou

no passado, como também identificar a existência de comorbilidade entre perturbações psiquiátricas.

Desde a década de 70 que a depressão deixou de ser considerada uma perturbação circunscrita aos adultos. Devido aos inúmeros estudos realizados, reconhece-se hoje que a depressão pode afectar a criança ou o adolescente em diversas áreas da sua vida, como na escola, nas relações sociais e de pares, promove futuros episódios depressivos e em alguns casos pode aumentar o risco de suicídio (Kendall, 2001; Verduyn, Rogers & Wood, 2009). A depressão está entre as perturbações psicológicas mais comuns, apresenta elevada comorbilidade com outras perturbações e é persistente e pernicioso na vida dos adolescentes (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008). No entanto, estima-se que apenas um quarto dos adolescentes com depressão recebam tratamento (Merikangas, & Knight, 2009).

A Perturbação Depressiva Major normalmente começa durante a adolescência, e geralmente leva a um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major recorrente durante a idade adulta. A adolescência representa, assim, um período de vulnerabilidade (Jacobs et al., 2008), tornando-se fundamental a compreensão da depressão durante este estágio de desenvolvimento para determinar a sua etiologia e curso, bem como para desenvolver estratégias de intervenção eficazes (Rao & Chen, 2009).

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Avaliação – Entrevistas de Diagnóstico**

As entrevistas de diagnóstico são instrumentos criados com o objectivo de examinar de forma global e formal áreas ou uma área em particular do sujeito. Várias expectativas têm surgido com estas entrevistas, nomeadamente: são medidas com boas características psicométricas, têm regras específicas relacionadas com o conteúdo e ordem das questões e tópicos a questionar, bem como a maneira de registar as respostas; e algum grau de estrutura é imposto no que respeita às decisões do diagnóstico final. (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008). As entrevistas de diagnóstico estão comumente ligadas às mais recentes revisões do DSM, pelo que a avaliação se baseia neste sistema de classificação (Frick, et al., 2010).

De uma forma geral, as entrevistas de diagnóstico podem ser distinguidas tendo em conta a sua estrutura – não-estruturada, semi-estruturada ou estruturada (Grills- Taquechel, Polifroni, & Fletcher, 2009).

As entrevistas não-estruturadas dão total liberdade ao entrevistador para fazer as questões que irão ser perguntadas e registadas. Apesar de algumas questões poderem ser semelhantes entre os entrevistadores, não existem procedimentos standardizados entre os clínicos (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008; Grills-Taquechel et al., 2009).

O desenvolvimento das entrevistas de diagnóstico estruturadas e semi-estruturadas deveu-se a anos de insatisfação com as entrevistas de diagnóstico não estruturadas, visto que, com estas últimas se obtinha baixas taxas de concordância dos diagnósticos entre os clínicos (Summerfeldt et al., 2010).

As entrevistas semi-estruturadas também proporcionam ao entrevistador alguma margem de manobra, no sentido em que pode decidir por que ordem as questões serão perguntadas, a maneira como as frases são exprimidas, e na forma como as respostas são registadas. O realce deste tipo de entrevista é colocado no facto de obter informação consistente e fidedigna. Desta forma, é geralmente requerido um treino extenso para administrar estas entrevistas para assegurar que o critério clínico é aplicado judiciosamente (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008; Grills-Taquechel et al., 2009).

Por fim, as entrevistas estruturadas, restringem a liberdade do entrevistador. É esperado que o examinador pergunte todas as questões da mesma maneira e ordem, assim como registar todas as respostas de uma forma previamente especificada. O juízo clínico está reduzido neste tipo de entrevistas, pelo que o treino extenuo e/ou específico não seja requerido para a sua administração (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008; Grills-Taquechel et al., 2009).

Embora as entrevistas muito estruturadas permitam uma melhor confiança na exactidão na administração da entrevista e possivelmente mais resultados fidedignos, a rigidez da entrevista pode também torná-la impessoal, com mais dificuldade em estabelecer a relação e interferir com a fidelidade e validade por não fornecer ao entrevistado a oportunidade de reportar todas as dificuldades ou de explorá-las convenientemente (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008).

Inicialmente, as entrevistas estruturadas eram utilizadas para investigação epidemiológica, e as semi-estruturadas para investigação clínica e em ensaios aleatoriamente controlados. Actualmente, estas distinções parecem ter cada vez menos significado, pois quase todas as equipas de investigação apresentam entrevistas semi-estruturadas (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008).

A grande maioria das entrevistas apresentam formato semelhante, isto é, são constituídas por (1) secção introdutória com a finalidade de auxiliar na construção da relação com o entrevistado e obter informação inicial relacionada com os problemas actuais; (2) módulos específicos para sintomas, que geralmente começam com questões de rastreio e determinam se se pode avançar ou se se tem de continuar com as questões (i.é, relacionadas com a frequência, intensidade, duração e interferência); (3) decisão da presença ou ausência de um diagnóstico (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008).

Várias características do entrevistador (p. ex.: não estabelecimento da relação, experiência clínica, diferenças no questionamento ao longo das entrevistas), do entrevistado (p. ex.: diferença de idades; intenções, desajabilidade social) e da própria entrevista (p.ex.: sequência da

apresentação dos diagnósticos na entrevista, grau de estrutura da entrevista) podem influenciar a fidelidade e validade das entrevistas clínicas.

Apesar de todas estas variáveis, as entrevistas de diagnóstico representam um dos instrumentos mais fiáveis, válidos e clinicamente úteis para o diagnóstico, planificação do tratamento e para a avaliação do tratamento (Grills-Taquechel & Ollendick, 2008). Assim, as entrevistas de diagnóstico devem ser utilizadas como parte de uma bateria de avaliação compreensiva da criança ou adolescente (Frick et al., 2010).

Existem várias entrevistas de diagnóstico, sendo as mais utilizadas com crianças e adolescentes as seguintes: *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent Versions (ADIS-CP)*; *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)*; *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*; *The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*,

### **1.1. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Present and Lifetime Version (Kiddie-SADS-PL)**

A Kiddie-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada que tem como objectivo avaliar a existência de perturbações psiquiátricas no passado e no momento presente de crianças e de adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos (Kaufman et al, 1997; Kaufman & Schweder, 2003).

A K-SADS-PL foi adaptada da K-SADS por Joan Kaufman, Boris Birmaher, David Brent, Uma Rao e Neal Ryan em 1996. Avalia 32 diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV-R, pesquisando um total de 82 sintomas. A entrevista é administrada à criança/adolescente e também aos pais. Ambas as aplicações são efectuadas pelo mesmo avaliador para que este possa comparar as respostas dos dois informadores, analisar se existe discrepâncias, e pontuar conforme a conclusão a que chegue (Kaufman et al, 1997; Kaufman & Schweder, 2003).

Os diagnósticos principais avaliados com a K-SADS-PL incluem: perturbações do humor (depressão major, distimia, mania, hipomania, ciclotimia, perturbações bipolares), esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (perturbação esquizoafectiva, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação psicótica breve), perturbações da ansiedade (perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade de separação, perturbação evitante da infância e adolescência, fobia específica, fobia social, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático), perturbações do comportamento alimentar (anorexia nervosa, bulimia nervosa), perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (perturbação de hiperactividade com défice de atenção, perturbação do comportamento, perturbação de oposição), perturbações da eliminação (enurese, encoprese), perturbações de tiques (perturbação de tique transitório, perturbação de

Gilles de la Tourette, perturbação de tiques motor ou vocal crónicas), abuso do álcool, abuso de substâncias, e perturbações da adaptação (Ghanizadeh, Mohammadi, & Yazdanshenas, 2006).

A administração da K-SADS-PL requer a aplicação de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreo Diagnóstico; 3) a Listagem dos Suplementos a Utilizar; 4) os Suplementos de Diagnóstico adequados; 5) a Ficha de Resumo dos Diagnósticos ao Longo da Vida; 6) as pontuações da Escala de Avaliação Global das Crianças (EAG-C).

*Entrevista introdutória não estruturada.* Demora aproximadamente 10 a 15 minutos a completar. Nesta secção obtém-se os dados demográficos, de saúde, queixas actuais e de tratamento psiquiátrico anterior, juntamente com informação sobre o funcionamento escolar da criança, passatempos e o relacionamento com a família e com os pares. Esta secção da K-SADS-PL deve ser usada para estabelecer uma relação com os pais e com a criança, e nunca deve ser omitida (Kaufman et al, 1997; Kaufman & Schweder, 2003).

*Entrevista de Rastreo.* Pesquisa-se os sintomas principais dos diferentes diagnósticos avaliados na K-SADS-PL. As perguntas devem ser tão neutras quanto possível, e as perguntas com indução de resposta devem ser evitadas. Após os sintomas principais associados a cada diagnóstico serem pesquisados, os critérios de exclusão são investigados para os episódios da perturbação no momento actual e no passado. O entrevistador pode administrar o suplemento diagnóstico para um determinado diagnóstico se a criança receber uma pontuação clínica (pontuação de 3) nos sintomas avaliados na entrevista de rastreo. Neste caso, os suplementos apropriados devem ser administrados após a entrevista de rastreo estar completa (Kaufman et al, 1997; Kaufman & Schweder, 2003).

*Listagem dos Suplementos a Utilizar.* A Listagem dos Suplementos a Utilizar deve ser destacada antes de começar a entrevista. Os suplementos a serem utilizados devem ser assinalados nos espaços fornecidos, juntamente com as datas de possíveis episódios actuais ou passados da perturbação.

*Suplementos de Diagnóstico:* Existem cinco suplementos diagnósticos na K-SADS-PL: 1) Perturbações do Humor, 2) Perturbações Psicóticas; 3) Perturbações da Ansiedade; 4) Perturbações do Comportamento; 5) Abuso de Substâncias e Outras Perturbações. Os critérios de exclusão na Entrevista de Rastreo especificam quais suplementos devem ser completados. Cada suplemento tem uma lista de sintomas, perguntas, e critérios para avaliar o episódio actual (EA) e o episódio de maior gravidade no passado (EMGP) da perturbação. São fornecidos os critérios necessários para fazer diagnósticos a partir do DSM-IV-R. Os suplementos devem ser administrados na ordem em que os sintomas dos diferentes diagnósticos surgiram.

*Ficha de Resumo dos Diagnósticos ao Longo da Vida.* O resumo da informação diagnóstica ao longo da vida é baseada na síntese dos dados obtidos de todas as fontes. A Ficha permite registar a seguinte informação para cada diagnóstico: presença ou ausência de um episódio actual ou passado; idade de início do primeiro episódio; idade de início do episódio

actual; número total de episódios; e tempo total do(s) episódio(s). A informação acerca do historial de tratamento é também registada na Ficha.

*Escalas de Avaliação Global das Crianças (EAG-C)*. É atribuída uma pontuação da EAG-C para avaliar o nível de funcionamento actual das crianças.

Relativamente à pontuação, a maioria dos itens na K-SADS-PL é pontuada usando uma escala de pontuação de 0-3. Pontuação 0 indica que não está disponível nenhuma informação; pontuação 1 sugere que não há sintomatologia; pontuação 2 indica níveis subclínicos de sintomatologia; pontuação 3 representa sintomatologia clínica. Os itens restantes são pontuados numa escala de pontuação de 0-2, na qual 0 representa nenhuma informação; 1 indica que o sintoma não está presente; e 2 indica que o sintoma está presente.

#### *Características psicométricas da K-SADS-PL*

Os primeiros dados psicométricos obtidos por Kaufman et al. (1997) relevam que esta entrevista gera diagnósticos psiquiátricos válidos e fiáveis. A amostra foi constituída por 55 doentes psiquiátricos e 11 do grupo de controlo. Para avaliar a fidelidade, procederam à análise do acordo inter-avaliadores e ao teste re-teste, quer para a utilização dos critérios de exclusão, quer para fazerem diagnósticos. Relativamente aos critérios de exclusão, concluíram que o acordo inter-avaliadores mostrou uma média de 99.7% na avaliação de diagnóstico actual, e 100% de acordo para diagnóstico no passado. Quanto à percentagem de acordo em avaliar, quer diagnósticos actuais, quer passados foi de 98%. Quanto à fidelidade inter-avaliadores, obteve um coeficiente kappa excelente para diagnósticos actuais ou do passado de perturbação depressiva major, para perturbações bipolares, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação do comportamento, perturbação de oposição; e um coeficiente kappa bom para diagnósticos actuais de perturbação pós-stress traumático e de perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

Para avaliar a validade da entrevista, analisaram a validade concorrente dos critérios de exclusão da K-SADS-PL com escalas de auto-resposta. Verificou-se que os sujeitos que pontuaram positivamente para depressão no momento presente, obtiveram uma pontuação mais elevada do que os outros sujeitos no CDI, no BDI, e no CBCL escalas internalizantes. Verificou-se o mesmo padrão, para as outras escalas, isto é, sujeitos que pontuaram positivamente para PHDA no momento presente, para perturbações do comportamento no momento presente, para perturbações da ansiedade no momento presente, obtiveram uma pontuação mais elevada do que os outros sujeitos na Escala de Conners-Pais, CBCL escalas externalizantes, e no SCARED-C, SCARED-P e no CBCL escalas internalizantes, respectivamente (Kaufman et al., 1997). Mais recentemente, Brasil e Bordin (2010) efectuaram um estudo onde comprovam a existência de validade convergente ao comparar os resultados da K-SADS-PL com os dados obtidos no CBCL.

Para além disto, os autores também compararam a fidelidade teste-reteste da K-SADS-PL com outros instrumentos de diagnóstico para crianças e adolescentes e concluíram que a K-SADS-PL apresenta valores mais favoráveis, particularmente no caso das perturbações de humor e das perturbações da ansiedade (Kaufman & Schweder, 2003).

No que respeita a estudos transculturais, a K-SADS-PL já foi traduzida em mais de 16 línguas (Kaufman & Schweder, 2003). Os estudos psicométricos da versão Koreana (Kim et al., 2004), da versão Iraniana (Ghanizadeh et al., 2006) e da versão em Espanhol (Ulloa et al., 2006) da K-SADS-PL vão ao encontro dos resultados obtidos por Kaufman et al. (1997), revelando que a entrevista é válida e fiável para avaliar e diagnosticar perturbações psiquiátricas nas faixas etárias mais jovens.

Estudos recentes têm sido feitos no sentido de alargar o conhecimento acerca da utilização da K-SADS-PL. Lauth et al. (2008) realizou uma investigação que tinha como alvo avaliar o impacto da implementação da K-SADS-PL em contexto clínico de internamento de adolescentes. Os resultados mostraram um aumento significativo nas taxas de pacientes diagnosticados com vários diagnósticos, sugerindo que essas perturbações provavelmente seriam sub-sinalizadas quando se usa procedimentos de avaliação convencionais e não-estruturados. A taxa de comorbilidade também aumentou marcadamente. Com estes resultados obtidos, concluíram que a K-SADS-PL é uma boa ferramenta de avaliação em contextos clínico de internamento, embora urge a necessidade de novos estudos.

O estudo efectuado por Birmaher et al. (2009) tinha como objectivo avaliar as qualidades psicométricas da K-SADS-PL em diagnosticar perturbações psiquiátricas e sintomatologia sub-sindrómica em crianças pré-escolares. Apesar de ser necessário mais investigação, concluíram que a K-SADS-PL poderá ser um instrumento útil na avaliação de psicopatologia em crianças pré-escolares.

Sørensen, Thomsen e Bilenberg (2007) realizaram um estudo para avaliar a aceitação da K-SADS-PL nos pais e nas crianças, como também avaliar a utilidade da entrevista percebida pelo membro que está encarregue da avaliação clínica. Concluíram que este instrumento é bem aceite pelos pais e pela maioria das crianças (apesar de algumas se queixarem de a entrevista ser aborrecida) e que os membros encarregues das avaliações (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos ou médicos) consideram a entrevista útil na maioria dos casos, principalmente para gerar diagnósticos.

## **2. Psicopatologia nas crianças e adolescentes**

As perturbações mentais são comuns durante a infância e adolescência. De acordo com a World Health Organization (WHO, 2001) um em cada dez jovens sofre de doença mental, suficientemente grave para causar algum défice no funcionamento, no entanto, apenas um em cinco

recebe tratamento adequado.

Segundo Belfer (2008), os dados epidemiológicos enfatizam que mais de 20% das crianças e adolescentes sofrem de uma doença mental incapacitante, que o suicídio é a terceira causa de morte entre os adolescentes e que até 50% das perturbações mentais em adultos têm o seu início na adolescência.

Apesar de existir variância nos resultados, os estudos apontam que aproximadamente um quarto dos jovens experiencia uma doença mental durante o último ano, e cerca de um terço ao longo da vida. As perturbações de ansiedade são as mais frequentes entre as crianças, seguidas pelas perturbações do comportamento, perturbações do humor e uso de substâncias. No que concerne aos géneros, as raparigas têm maiores taxas de perturbações do humor e da ansiedade, enquanto que os rapazes apresentam maiores taxas de perturbações do comportamento. Para as perturbações de abuso de substâncias as taxas já são semelhantes. A PHDA e estados ansiosos iniciam-se na infância, enquanto que as perturbações do comportamento começam no início da adolescência, e as perturbações do humor tendem a iniciar no final da adolescência (Merinkangas, Nakamura, & Kessler, 2009).

Por vezes torna-se difícil delinear fronteiras precisas entre fenómenos que fazem parte do desenvolvimento normal dos que não são normativos, pelo facto de as crianças e os adolescentes se encontrarem em fases de desenvolvimento (WHO, 2001).

### **3. Depressão na adolescência**

#### **3.1. Enquadramento Geral da Depressão na Adolescência**

Estima-se que cerca de 5% a 25% da população irá desenvolver depressão num determinado momento da vida e que até 15% dos indivíduos gravemente deprimidos irão cometer suicídio (Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein, 2007).

Segundo Rao e Chen (2009), a prevalência da Perturbação Depressiva Major em crianças varia entre 0.4% e 2.5%, e em adolescentes varia entre 0.7% a 9.8%. A prevalência da depressão em adolescentes é ainda maior, se considerarmos os adolescentes com sintomas depressivos, mas que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva Major. Cerca de 20% a 50% dos adolescentes experienciam sintomas sub-sindrómicos de depressão (Jacobs et al., 2008), e têm mais probabilidade de desenvolverem depressão que a população normal (Verduyn et al., 2009). Apesar de toda esta prevalência, cerca de 75% das crianças e adolescentes com uma Perturbação de Humor não são tratados (Verduyn et al., 2009).

Os diagnósticos, de acordo com o DSM-IV-R (APA, 2000), para a Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica são baseados em critérios semelhantes para crianças, adolescentes e adultos, com duas excepções. A primeira diz respeito à possibilidade de substituir a

irritabilidade por humor depressivo no caso de crianças e adolescentes, e a segunda refere-se à mudança da duração da perturbação distímica em crianças e adolescentes que passa de dois anos para um ano (Rao & Chen, 2009).

O desenvolvimento cognitivo influencia o perfil dos sintomas depressivos. Em adolescentes mais velhos, mais maduros, verifica-se sentimentos de culpa, pensamento existencial, niilismo e introspecção mórbida. Por sua vez, os adolescentes mais novos, podem apresentar um comportamento mais dependente em relação aos pais que o habitual (Verduyn, et al., 2009).

Na infância, as taxas de depressão em ambos os sexos são semelhantes. Mas no início da adolescência, por volta dos 13 anos, as raparigas desenvolvem cerca de duas a três vezes mais que os rapazes sintomas depressivos ou Perturbação Depressiva Major (Mazza et al., 2010). Assim, as raparigas têm o dobro da probabilidade de desenvolverem depressão que os rapazes, uma tendência que continua na idade adulta. Para explicar esta diferença de género, estão factores biológicos e psicossociais, como por exemplo, alterações hormonais, aumento do stress, tendências para ruminação e de outras respostas mal-adaptativas ao stress, excessiva preocupação com as relações sociais e baixo suporte social (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Merikangas, & Knight, 2009; Rao, & Chen, 2009).

O primeiro episódio depressivo tem mais probabilidade de ocorrer na adolescência. Os estudos têm apontado o intervalo entre os 15 e os 19/21 anos como as idades para o início da depressão (Miller, 2008; Arnarson, & Craighead, 2009). De acordo com Jacobs et al. (2008), 75% dos adultos com Perturbação Depressiva Major experienciaram o seu primeiro episódio depressivo durante a infância ou durante a adolescência, enquanto que apenas 25% experienciaram o início da Perturbação Depressiva Major na idade adulta.

A maioria dos adolescentes com depressão sem tratamento irá recuperar. Porém, após dois anos, cerca de 20% dos jovens continuarão deprimidos. A longo prazo, adolescentes deprimidos têm mais probabilidade de desenvolverem depressão em adultos (Verduyn et al., 2009).

A investigação tem evidenciado de forma consensual a existência de comorbidade em adolescentes com depressão (Kendall, 2001). Verduyn et al. (2009) referem que entre 50% a 80% dos jovens deprimidos também preenchem critérios para outra perturbação. Para além do frequente diagnóstico comórbido entre Perturbação Depressiva Major e Perturbação Distímica, os jovens depressivos apresentam também comorbidade com perturbações da ansiedade, perturbações de abuso de substâncias, perturbações disruptivas e perturbações alimentares (Kendall, 2001; Rao & Chen, 2009; Rohde, 2009). A existência de comorbidade tem importantes implicações clínicas e funcionais, como por exemplo, pode comprometer a aderência ao tratamento, baixa recuperação e menor manutenção dos ganhos terapêuticos (Rohde, 2009).

Para além de todos os sintomas associados à perturbação, a depressão importa efeitos deletérios que se traduzem num menor funcionamento global (Garber, 2006; Arnarson, & Craighead, 2009; Verduyn et al., 2009). Os jovens deprimidos apresentam mais problemas a nível interpessoal, nomeadamente, demonstram elevados níveis de conflito interpessoal (pares, família, professores) e rejeição de vários membros da sua rede social (Garber, 2006), bem como uma diminuição do desempenho escolar (Arnarson, & Craighead, 2009; Garber et al., 2009).

Várias investigações têm sido realizadas com o propósito de identificar e compreender os factores de risco para a depressão. Dobson & Dozois (2008) referem que o modelo de risco para a depressão é multidimensional, dinâmico e que provavelmente se modifica ao longo do curso de vida. Dado que a etiologia da depressão é multifactorial (Verduyn et al., 2009), não é de surpreender que muitas variáveis já tenham sido identificadas e analisadas como possíveis factores de risco ou de protecção (Dobson & Dozois, 2008).

Os factores/características individuais que têm sido sistematicamente sinalizados nas investigações como factores que aumentam o risco de depressão são: idade, género, factores genéticos, mecanismos biológicos, competências emocionais e regulação emocional, factores cognitivos (estilo atribucional, atitudes funcionais, e capacidade de resolução de problemas) (Mazza et al, 2010; Shortt & Spence, 2008). Por sua vez, os factores de risco ambientais que têm sido enumerados são: acontecimentos de vida negativos, história de abuso, influências do ambiente social (factores familiares e psicopatologia parental – principalmente depressão parental, factores escolares, factores comunitários e influências culturais) (Shortt & Spence, 2008; Waslick, Kandel, & Kakouros, 2002, Garber, 2006; Rao, & Chen, 2009).

A depressão parental é um dos principais factores de risco para a depressão nas crianças (Waslick et al., 2002; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Garber, 2006), pois pode ter um impacto directo no ambiente precoce da criança (Verduyn et al., 2009). Os filhos de pais deprimidos apresentam três a quatro vezes mais probabilidade de desenvolver uma perturbação do humor. Pais deprimidos mostram-se melancólicos, indiferentes, difíceis de agradar, e poderão não ter a capacidade de monitorizar e de tratar das necessidades emocionais e físicas básicas dos seus filhos. Para além disto, podem modelar os padrões de pensamento dos seus filhos, que são minados por erros cognitivos, pessimismo, atribuições negativas e outros componentes que podem influenciar o desenvolvimento de vulnerabilidades cognitivas nos seus filhos (Hankin, 2009).

A ansiedade tem sido apontada como um factor de risco, na medida em que esta muitas vezes precede ou co-ocorre com a depressão nos adolescentes. O início da ansiedade ocorre mais cedo que a depressão e as investigações (Sims, Nottelmann, Koretz, & Pearson, 2006; Garber, 2006)

têm mostrado que as crianças com ansiedade estão em risco para desenvolver depressão.

Os factores de protecção podem ser tão diversos e numerosos quanto os factores de risco. Em termos de características individuais, elevada auto-estima, capacidade de auto-reflexão, elevados níveis de actividade, boas capacidades interpessoais, e acreditar num poder superior são exemplos de factores de protecção para o desenvolvimento de depressão. Relativamente a factores ambientais, são exemplos de factores de protecção, o suporte familiar, elevadas percepções de carinho parental, ambiente familiar coeso e organizado, relação de suporte com os pais e relações positivas com a vizinhança (Shortt & Spence, 2008).

Os estudos têm indicado que quanto mais forem os factores de risco presentes, maior é a probabilidade de a criança desenvolver uma psicopatologia. Isto porque, quantos mais factores de risco, maior a interacção entre eles, o que causa um aumento exponencial aquando da exposição a outros factores de risco (Shortt & Spence, 2008).

Shortt e Spence (2006) salientam que a melhor forma de prevenir a depressão passa por intervenções multicomponentes e multiníveis, ou seja, intervenções capazes de se dirigir aos múltiplos factores de risco e de protecção associados à depressão. Desta forma, as intervenções preventivas necessitam de se focar na promoção dos factores de protecção nos adolescentes, como também de criar condições ambientais que impulsionem a saúde mental, quer em casa, quer na escola.

### 3.2. Teorias Cognitivas da Depressão

Para estudar a multifactorialidade da etiologia e a manutenção da depressão nos adultos, as investigações têm-se centrado em três teorias cognitivas da depressão: a teoria cognitiva da depressão de Beck, a teoria do Desespero Aprendido e a Teoria dos Estilos de Resposta. Mais tarde, estas teorias foram utilizadas para explicar a etiologia e o desenvolvimento da depressão nos adolescentes. Contudo a adaptação destas teorias cognitivas a uma população mais jovem não teve em consideração as diferenças desenvolvimentais. A natureza desenvolvimental da depressão enfatiza a importância de identificar os factores que conferem vulnerabilidade para a depressão na infância para a adolescência (Lakdawalla et al., 2007).

Estas teorias cognitivas são, em última análise, modelos de diátese-stress, porque defendem que a depressão resulta da interacção entre as vulnerabilidades cognitivas do indivíduo e as condições ambientais. Ou seja, os esquemas mal-adaptativos contribuem para o início da depressão num contexto de circunstâncias de vida stressantes (Abela & Hankin, 2008; Dozois & Beck, 2008). Portanto, os modelos cognitivos da depressão partilham a premissa de que o pensamento mal-adaptativo e as avaliações negativas de acontecimentos de vida contribuem para o desenvolvimento da depressão (Dozois & Beck, 2008). O que difere nas três teorias cognitivas

aqui referidas é que cada uma foca diferentes vulnerabilidades e processos cognitivos que se supõem contribuir para a depressão (Hankin et al., 2009);

### 3.2.1. Teoria Cognitiva da Depressão de Beck

Com a publicação do livro *Cognitive Therapy of Depression*, Beck (1969) postulou três conceitos específicos para explicar o início, desenvolvimento e manutenção da depressão: a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos.

*Tríade cognitiva.* A tríade cognitiva consiste em três grandes padrões que induzem o doente a considerar-se a si próprio, o futuro e as suas experiências de uma maneira idiossincrática, isto é, o pensamento do indivíduo deprimido reveste-se de ideias negativas relativamente espontâneas acerca de si mesmo, do mundo e do futuro. Estas ideias mantêm o humor disfórico e o comportamento depressivo. Este tipo de cognições manifestar-se-iam por pensamentos automáticos e resultariam de distorções cognitivas originadas pela activação de esquemas depressogénicos desenvolvidos a partir de experiências prévias (Beck *et al.*, 1979; Pinto Gouveia, 1990). Um primeiro componente da tríade diz respeito à visão negativa de si mesmo, em que o deprimido se vê como imperfeito, inadequado ou incapaz, e tende a atribuir as suas experiências negativas a um defeito psicológico, moral ou físico. O segundo componente da tríade cognitiva consiste na tendência do deprimido para interpretar negativamente as suas experiências e visão negativa do mundo. Vê o mundo como exigindo demasiado dele, e/ou que apresenta obstáculos insuperáveis para alcançar os seus objectivos de vida, atribuindo um sentido de frustração, fracasso ou perda às suas experiências. O terceiro componente da tríade cognitiva consiste na visão negativa do futuro. À medida que a pessoa deprimida faz projecções a longo-prazo, vê o futuro sem esperança e antecipa que as suas dificuldades actuais de sofrimento vão continuar indefinidamente (Beck *et al.*, 1979; Pinto Gouveia, 1990; Verduyn *et al.*, 2009).

*Esquemas.* O conceito de esquemas é utilizado para explicar o porque de uma pessoa deprimida manter as suas atitudes de auto-fracasso e de indução de dor, apesar de existirem evidências objectivas de factores positivos na sua vida (Beck *et al.*, 1979). Os esquemas são assim postulados como estruturas tácitas que orientam o processamento de informação. Conjectura-se que os auto-esquemas depressogénicos se desenvolvem durante a infância mas permanecem latentes até que sejam activados por circunstâncias adversas da vida. Um indivíduo vulnerável à depressão pode ter crenças nucleares de que é inapto ou rejeitado. Quando este esquema é activado por acontecimentos de vida indutores de stress, o esquema activado determina a forma como a pessoa responde e o indivíduo pode envolver-se em processos de enviesamento de informação e experienciar pensamentos negativos que se centram em temas de perda, fracasso, inutilidade, defeito, incompetência e inadequação (Beck *et al.*, 1979; Pinto Gouveia, 1990, Dozois & Beck, 2008).

*Erros cognitivos.* Beck verificou que os doentes deprimidos distorcem a realidade de uma forma sistemática, e que isso resulta num enviesamento contra eles mesmos. Estes erros sistemáticos no pensamento de uma pessoa deprimida mantêm a crença na validade dos seus conceitos negativos apesar da presença de evidências contraditórias (Pinto Gouveia, 1990). Beck *et al.* (1979) descrevem alguns erros cognitivos comumente utilizados por um indivíduo deprimido, tais como, inferência arbitrária, abstracção selectiva, sobregeneralização, magnificação e minimização, personalização e pensamento dicotómico.

O modelo cognitivo vê os outros sintomas afectivos (afecto depressivo resultante da distorção das suas experiências), motivacionais (perda de motivação espontânea, ideias de evitamento, aumento da dependência e ideias suicidas resultantes das antecipações negativas que o deprimido faz em relação ao seu futuro), físicos (lentificação motora, fadiga, apatia e agitação congruentes com a visão negativa de si mesmo) e comportamentais da depressão como consequências da activação dos padrões cognitivos negativos (Beck *et al.*, 1979; Pinto Gouveia, 1990).

### **3.2.2. Teoria do Desespero Aprendido**

Esta teoria postula a existência de três estilos inferenciais depressogénicos que contribuem para o desenvolvimento da depressão. Isto é, se o indivíduo caracterizar acontecimentos negativos como internos, estáveis e globais, e acontecimentos positivos como externos, instáveis e específicos, está em risco de desenvolver sintomas depressivos. Ao ter este estilo de atribuições, o indivíduo aumenta a probabilidade de fazer inferências depressogénicas aquando de um acontecimento negativo. Tais inferências promovem o desespero e a depressão torna-se inevitável (Abela & Hankin, 2009; Shortt & Spence, 2006).

### **3.2.3. Teoria dos Estilos de Resposta**

Segundo esta teoria, a forma como um indivíduo reage aos seus sintomas depressivos vai determinar a gravidade e a duração de tais sintomas. Os estilos de resposta que a teoria propõe são: ruminação, distracção e resolução de problemas. A primeira refere-se a pensamentos e comportamentos que focam a atenção do indivíduo para sentimentos e pensamentos negativos, fazendo com que intensifique e prologue os sintomas depressivos. A segunda e a terceira já são formas de aliviar os sintomas depressivos. Um estilo de resposta ruminativo prevê humor depressivo e depressão. Os estudos realizados segundo esta teoria, demonstraram que o sexo feminino tende a adoptar um estilo de resposta ruminativo, enquanto que o sexo masculino tende a adoptar respostas distractivas (Abela & Hankin, 2009; Lakdawalla, 2007).

## II – Objectivos

A necessidade de adoptar a K-SADS-PL no diagnóstico de perturbações psiquiátricas em crianças e adolescentes<sup>1</sup> portugueses deveu-se a vários factores. Primeiramente, porque este instrumento é uma das entrevistas de diagnóstico mais utilizadas a nível mundial para os mais jovens. Para além disso, porque tem demonstrado ter boas qualidades psicométricas, nomeadamente boa fidelidade e boa validade, em estudos já efectuados. Em terceiro, porque até ao momento, não existe nenhum estudo em Portugal que contemple esta entrevista de diagnóstico. E finalmente, porque é um instrumento valioso para a prática clínica e investigação, particularmente para o projecto de investigação da prevenção da depressão em adolescentes portugueses, no qual esta tese faz parte.

Neste sentido, o presente estudo tem como objectivos gerais:

1. Tradução e adaptação da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

2. Avaliação de algumas características psicométricas da versão portuguesa da entrevista K-SADS-PL (K-SADS-PL-PT). Especificamente, investigar a validade consensual (i.é. grau de acordo entre a K-SADS-PL-PT e o diagnóstico do clínico do adolescente) e a validade concorrente (i.é. grau em que a K-SADS-PL-PT se correlaciona com outros instrumentos já existentes e tidos como válidos, nomeadamente, o CDI, a MASC e o CBCL).

3. Investigar as diferenças das variáveis de adaptação à escola, relações interpessoais e actividades extra-curriculares entre o grupo clínico e o grupo da população geral.

4. Investigar o nível de funcionamento dos adolescentes entre o grupo clínico e o grupo da população geral (através da Escala de Avaliação Global das Crianças contida na K-SADS-PL-PT).

5. Investigar a associação entre a depressão nos pais, a história de abuso e ansiedade nos filhos e a presença de sintomatologia depressiva nos filhos.

Com base na revisão da literatura, e atendendo ao facto de que as linhas orientadoras desta investigação se focalizarem na depressão, é possível formular as seguintes hipóteses relativas aos objectivos apresentados.

Em relação ao segundo objectivo, são estabelecidas as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se obter associações elevadas entre os diagnósticos da K-SADS-PL-PT com os do clínico do adolescente do grupo clínico.

H2: Adolescentes do grupo clínico que pontuem para Perturbações

---

<sup>1</sup> Daqui por diante será utilizado apenas o conceito de adolescentes para designar a amostra total de crianças e adolescentes deste estudo. Optou-se por esta sistematização para a leitura não se tornar maçadora e porque a maioria dos indivíduos do estudo têm idades compreendidas entre os 12 e 18 anos.

Depressivas no momento actual na K-SADS-PL-PT, obterão uma pontuação mais elevada, do que os outros sujeitos, no CDI e nas escalas internalizantes do CBCL (ansiedade, depressão, isolamento).

H3: Adolescentes do grupo clínico que pontuem para Perturbações da Ansiedade no momento actual na K-SADS-PL-PT, obterão uma pontuação mais elevada, do que os outros sujeitos, na MASC e nas escalas internalizantes do CBCL (ansiedade, depressão, isolamento).

H4: Adolescentes do grupo clínico que pontuem para Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção no momento actual na K-SADS-PL-PT, obterão uma pontuação mais elevada, do que os outros sujeitos, nas escalas externalizantes do CBCL (oposição/imaturidade, agressividade, hiperactividade/problemas de atenção).

H5: Adolescentes do grupo clínico que pontuem para Perturbações Disruptivas do Comportamento no momento actual na K-SADS-PL-PT, obterão uma pontuação mais elevada, do que os outros sujeitos, nas escalas externalizantes do CBCL (oposição/imaturidade, agressividade, hiperactividade/problemas de atenção).

Para o terceiro objectivo, coloca-se a seguinte hipótese:

H6: Espera-se que o grupo clínico apresente uma menor adaptação à escola, tenha menos relações interpessoais e se envolva em menos actividades extra-curriculares comparativamente ao grupo da população geral.

No que concerne ao quarto objectivo, colocam-se as seguintes hipóteses:

H7: Espera-se que os indivíduos do grupo clínico tenham menores pontuações na Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C) no momento actual, comparativamente aos indivíduos do grupo da população geral.

H8: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva nos adolescentes (avaliada pelo CDI) e pontuações mais baixas na Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C).

H9: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI) e sintomatologia ansiosa (avaliada pela MASC) nos adolescentes.

Relativamente ao quinto objectivo, colocam-se as seguintes hipóteses:

H10: Espera-se que os pais dos adolescentes do grupo clínico apresentem mais sintomas psicopatológicos (avaliados pelo BSI) do que os pais dos adolescentes da população geral.

- H11: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia psicopatológica dos pais (avaliada pelo BSI) e sintomatologia depressiva dos filhos (avaliada pelo CDI-nota total).
- H12: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva dos filhos (avaliada pelo CDI) e a sintomatologia ansiosa dos filhos (avaliada pela MASC).
- H13: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva dos pais (avaliada pelo BSI-dimensão depressão), história de abuso nos filhos (avaliada por uma secção da K-SADS-PL) e a presença de sintomatologia depressiva dos filhos (avaliada pelo CDI-nota total).
- H14: Espera-se encontrar uma associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva dos pais (avaliada pelo BSI-dimensão depressão), a ansiedade nos filhos (avaliada pela MASC-nota total) e a presença de sintomatologia depressiva dos filhos (avaliada pelo CDI-nota total).

### **III – Metodologia**

#### **1. Caracterização da amostra**

A amostra do presente estudo proveio de três origens diferentes: 1) adolescentes que recorreram ou foram encaminhados para consulta de psicologia clínica numa escola por dificuldades interpessoais; 2) adolescentes recolhidos no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid; 3) adolescentes seguidos em consultas de psicologia clínica recolhidos numa clínica privada.

A amostra final desta investigação ficou constituída por 70 adolescentes, 46 adolescentes pertencentes ao grupo clínico e 24 adolescentes do grupo da população geral.

A idade dos indivíduos da amostra total variava entre os 10 e os 18 anos. Do total de indivíduos, 26 pertenciam ao género masculino e 44 ao género feminino. Todos os indivíduos eram caucasianos. Em média o agregado familiar destes indivíduos era constituído por cerca de 4 elementos. Mais especificamente, 16 indivíduos tinham pais divorciados, 4 pertenciam a famílias reconstituídas, 5 em que um dos pais já tinha falecido, 9 tinham um dos progenitores fora, 66 viviam com a mãe biológica e 46 com o pai biológico, 1 dos indivíduos vivia com a madrasta e 3 viviam com o padrasto, 48 viviam com irmãos e 12 com os avós.

Em relação ao abuso, avaliado por uma secção contida na K-SADS-PL, apenas no grupo clínico se verificou a presença de algum tipo de abuso, designadamente abuso físico, sexual e físico e psicológico.

Não se verificaram diferenças entre o grupo clínico e o grupo da população geral quanto à idade, anos de escolaridade, número de elementos do agregado familiar, género, habilitações literárias da mãe e do pai e existência de problemas de desenvolvimento na infância. O Quadro 1 sumaria as características sócio-demográficas dos participantes deste estudo, assim como a sua informação clínica, recolhida através da K-SADS-PL.

**Quadro 1. Características sócio-demográficas (N=70)**

	Grupo Clínico (n=46)		Grupo da pop. Geral (n=24)		t
	M	DP	M	DP	
Idade	13.96	2.52	13.12	1.82	1.58 <sup>(1)</sup>
Anos de escolaridade	7.98	2.41	7.33	1.71	0.13 <sup>(1)</sup>
Número de elementos do agregado familiar	3.85	1.07	4.00	1.18	-0.54 <sup>(1)</sup>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$\chi^2$
<b>Género</b>					2.31 <sup>(2)</sup>
Feminino	26	56.5	18	75.0	
Masculino	20	43.5	6	25.0	
<b>Habilitações literárias do pai</b>					0.22 <sup>(3)</sup>
Primeiro ciclo	5	10.9	2	8.3	
9ºano	16	34.8	10	41.7	
Secundário	5	10.9	5	20.8	
Curso Profissional	0	0	0	0	
Ensino superior	2	4.3	2	8.3	
Não sabe	18	39.1	6	20.8	
<b>Habilitações literárias da mãe</b>					0.34 <sup>(3)</sup>
Primeiro ciclo	5	10.9	2	8.3	
9ºano	14	30.4	13	54.2	
Secundário	9	19.6	2	8.3	
Curso Profissional	1	2.2	0	0	
Ensino Superior	3	6.5	4	16.7	
Não sabe	14	30.4	3	12.5	
<b>Problemas de desenvolvimento na infância</b>					0.25 <sup>(3)</sup>
Sim	5	10.9	3	12.5	
Não	30	65.2	20	83.3	
Não sabe	11	23.9	1	4.2	
<b>Existência de Abuso</b>					
Sim	7	15.2	0	0	
Não	39	84.8	0	0	
<b>Tipo de Abuso</b>					

Físico	2	28.6	0	0
Negligência	0	0	0	0
Sexual	4	57.1	0	0
Psicológico	0	0	0	0
Físico e Psicológico	1	14.3	0	0
<b>Acompanhamento Psiquiátrico</b>				
Sim	13	28.3	0	0
Não	33	71.7	24	100

**Nota.**  $N$  = número total de sujeitos estudados;  $n$  = número de sujeitos pertencentes a cada grupo; <sup>(1)</sup> Teste *t de student*. <sup>(2)</sup>  $\chi^2$  Chi-Quadrado. <sup>(3)</sup>  $\chi^2$  *V de Crammer*.

## 2. Instrumentos de avaliação

De seguida, é descrito o protocolo de avaliação desta investigação, composto pela entrevista K-SADS-PL-PT e por vários instrumentos de auto-resposta respondidos individualmente pelo adolescente e também por um dos progenitores. Para a avaliação de sintomas depressivos no momento actual utilizou-se o Children Depression Inventory (CDI). A avaliação de sintomas ansiosos no momento actual foi realizada através da Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). Utilizou-se o Brief Symptom Inventory (BSI) para avaliar os padrões de sintomatologia psicopatológica dos pais e finalmente, o Children Behavior Checklist (CBCL) para pesquisar comportamentos externalizantes e internalizantes do adolescente.

De seguida, é descrito estes instrumentos de forma detalhada.

- **The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version** (Kiddie-SADS-PL; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996)

A K-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada e avalia a presença de perturbações psiquiátricas no passado e no momento actual de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos.

Esta entrevista origina 32 diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV. A entrevista é administrada à criança/adolescente e também aos pais. O avaliador pontua de 0-3 a existência ou não de sintomas, segundo o relato da criança, dos pais e também da síntese que ele próprio faz: 0 – sem informação; 1 – sem sintomatologia; 2 – sintomatologia subclínica; 3 – sintomatologia clínica. Para itens em que a pontuação varia de 0-2, 0 – sem informação; 1 – sintoma ausente; 2 – sintoma presente.

A descrição mais pormenorizada deste instrumento de avaliação é realizada no enquadramento conceptual (secção 1.1.)

- **Children's Depression Inventory (CDI;** Kovacs, 1985; estudos portugueses de Dias & Gonçalves, 1999)

Este instrumento, constituído por 27 itens, avalia sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais da depressão em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos.

Desta forma, o CDI procura quantificar uma variada gama de sintomas depressivos, nomeadamente: Humor Negativo, Anedonia, Auto-estima Negativa, Problemas Interpessoais e Ineficácia, os quais correspondem aos factores deste inventário. De forma a responder a cada item, a criança/adolescente tem de seleccionar entre três, a afirmação que melhor descreve o seu estado nas duas últimas semanas. As afirmações são classificadas em ordem crescente de gravidade, nomeadamente: 0 (ausência de sintomas), 1 (sintoma moderado) e 2 (sintoma definitivo). Como tal, as afirmações de cada item correspondem a sintomas característicos de sujeitos não deprimidos, moderadamente deprimidos ou muito deprimidos. A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a cotação, maior a gravidade dos sintomas depressivos.

A versão portuguesa tem revelado boa precisão, apresentando valores elevados de consistência interna, com coeficientes de *Cronbach* de .80 e .84 (Dias & Gonçalves, 1999).

No nosso estudo foi encontrado um *alpha de Cronbach* para a escala total de .88, o que segundo Pestana e Gageiro (2005) representa uma boa consistência interna<sup>2</sup>. No entanto, obtiveram-se valores de *alpha* inadmissíveis para as escalas problemas interpessoais e anedonia, pelo que sugere alguma cautela na confiança dos dados.

No Quadro 2 são apresentados os valores de consistência interna das escalas do CDI obtidos neste estudo.

**Quadro 2. Consistência interna das escalas do CDI**

Escalas	<i>α</i> de Cronbach
Humor negativo	.70
Problemas interpessoais	.41
Ineficácia	.71
Anedonia	.46
Auto-estima negativa	.68
Total	.88

<sup>2</sup> De acordo com Pestana e Gageiro (2008), um *alpha de Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

- **Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC;** March et al., 1997; tradução e adaptação portuguesa: Cherpe, Matos, & André, 2009)

A MASC avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescente com idades compreendidas entre os 8 aos 19 anos, e é constituído por 39 perguntas. A criança ou adolescente tem de responder aos itens do questionário de forma a quantificar a frequência com que experiencia cada situação referida: 0 – nunca verdadeiro sobre mim; 1 – Nunca ou quase nunca verdadeiro; 2 – Raramente verdadeiro; 3 – Às vezes verdadeiro; 4 – Frequentemente verdadeiro.

March e colaboradores (1997) encontraram quatro factores, dos quais três apresentam dois subfactores: a) Sintomas físicos (12 itens), que inclui os subfactores Tensão/Impaciência e Queixas Somáticas; b) Evitamento do Perigo (9 itens), que inclui os subfactores Perfeccionismo e Ansiedade Antecipatória; c) Ansiedade Social (9 itens), que inclui os subfactores de Medo de Humilhação e de Desempenho; d) Ansiedade de Separação (9 itens).

A versão original da escala, apresenta níveis satisfatórios de consistência interna para o resultado total ( $\alpha=.90$ ). Em relação aos factores e sub-factores que compõem a escala, o *alpha de Cronbach* varia de .6 a .85.

No presente estudo foi encontrado um *alpha de Cronbach* para a escala total de .90, o que segundo Pestana e Gageiro (2008) traduz uma boa consistência interna.

No Quadro 3 são apresentados os valores de consistência interna das escalas e sub-escalas da MASC obtidos neste estudo.

**Quadro 3. Consistência interna das escalas da MASC**

Escalas	$\alpha$ de Cronbach
Sintomas físicos	.84
Tensão/impaciência	.75
Queixas somáticas	.71
Evitamento perigo	.75
Perfeccionismo	.58
Coping ansioso	.63
Ansiedade social	.84
Humilhação/rejeição	.87
Desempenho em público	.60
Ansiedade separação	.70
Total	.90

- **Brief Symptom Inventory** (BSI; Derogatis, L.R., 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, M.C., 1999)

O BSI é um inventário de auto-resposta que avalia a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais dos adolescentes. É composto por 53 itens que se dividem por nove dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Para além destas dimensões, os sintomas psicopatológicos também são avaliados através de três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes de psicopatologia. O Índice Geral de Sintomas (IGS) corresponde à soma das pontuações de todos os itens e seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas. Valores mais elevados no IGS indicam maiores níveis de *distress* psicológico. O indivíduo tem de assinalar, numa escala tipo Likert de cinco pontos em que 0 corresponde a “Nunca” e 4 a “Muitíssimas vezes”, até que ponto determinado sintoma o incomodou na última semana, incluindo o dia presente. O resultado de cada dimensão corresponde à soma de todos os itens da mesma.

Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (Ideação Paranóide) e .81 (Depressão).

No Quadro 4 são apresentados os valores de consistência interna das dimensões do BSI obtidos neste estudo.

**Quadro 4. Consistência interna das dimensões do BSI**

BSI	<i>α</i> de Cronbach
Somatização	.76
Obsessões-Compulsões	.67
Sensibilidade Interpessoal	.74
Depressão	.80
Ansiedade	.73
Hostilidade	.80
Ansiedade Fóbica	.60
Ideação Paranóide	.76
Psicoticismo	.61
IGS	.95

- **Children Behaviour Checklist (CBCL 4-18;** Achenbach, 1991; Inventário do Comportamento da Criança para Pais – I.C.C.P.; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994)

O CBCL pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente, tal como são percebidas pelos seus pais ou substitutos. Está dividido em duas partes. A primeira é constituída por 20 questões que se referem à quantidade e qualidade do envolvimento do sujeito em várias actividades e situações de interacção social. A segunda parte tem 120 questões relativos diversos problemas de comportamento e/ou perturbações emocionais (em Portugal os estudos centraram-se somente na segunda parte). Os pais devem indicar se a característica de comportamento descrita em cada item da escala se aplica ou não à criança (considerando como referencia temporal os últimos seis meses), tal que: 2 pontos – muitas vezes verdadeira; 1 ponto – às vezes verdadeira; 0 pontos – não verdadeira.

Na versão portuguesa (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994), as escalas encontradas neste inventário foram: oposição/imaturidade, agressividade, hiperactividade/atenção, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade, obsessivo/esquizóide.

Em termos da consistência interna das escalas na versão portuguesa, obtiveram-se coeficientes *alpha de Cronbach* superiores a .70 em cinco das nove escalas (oposição/imaturidade, agressividade, hiperactividade/atenção, depressão, queixas somáticas), e para as restantes escalas são moderados ou mesmo muito baixos (entre .53 e .66).

No Quadro 5 são apresentados os valores de consistência interna das escalas do CBCL obtidos neste estudo.

**Quadro 5. Consistência interna das escalas do CBCL**

CBCL	<i>α de Cronbach</i>
Oposição/imaturidade	.88
Agressividade	.78
Hiperactividade/problemas de atenção	.82
Depressão	.79
Problemas sociais	.62
Queixas somáticas	.77
Isolamento	.62
Ansiedade	.72
Obsessivo/esquizóide	.64

### 3. Procedimentos metodológicos

#### *Tradução da K-SADS-PL*

A K-SADS-PL foi traduzida por uma equipa de investigadores, incluindo psicólogos clínicos e uma perita em língua inglesa. Após a finalização da tradução, a equipa de tradução modificou o instrumento através de discussões detalhadas em determinadas áreas devido às diferenças culturais.

A versão preliminar da K-SADS-PL-PT foi administrada a adolescentes para examinar a viabilidade da entrevista K-SADS-PL-PT nesta população. Assim que esta fase foi realizada e revisada com bom desempenho, o instrumento pôde ser utilizado neste estudo.

#### *Procedimento*

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, bem como pelas entidades responsáveis na escola pública e na clínica privada.

O pedido de consentimento informado, redigido de acordo com as normas éticas da APA (*American Psychological Association*, Declaração de Helsínquia), foi realizado por escrito e entregue a um dos pais dos adolescentes que participaram neste estudo. Apenas participaram no presente estudo os adolescentes que consentiram cooperar e que obtiveram autorização de um dos progenitores. Para além disso, foi explicado, quer aos pais, quer aos adolescentes os objectivos e a importância do estudo, qual o papel dos participantes e dos investigadores na investigação, bem como questões relativas à confidencialidade.

A K-SADS-PL-PT foi administrada a adolescentes pelo entrevistador, com algum treino na utilização da entrevista, na classificação de diagnósticos e em realizar diagnósticos diferenciais. O entrevistador não teve acesso ao diagnóstico clínico efectuado pelo psiquiatra/psicólogo do adolescente no momento da entrevista.

Após a administração da entrevista, era entregue ao adolescente e ao progenitor um envelope, já com o endereço e selo, para que os quatro questionários pudessem ser anonimamente devolvidos após o seu preenchimento.

A amostra foi recolhida entre Junho e Agosto de 2011.

Para participar nesta investigação, teve-se como critérios de exclusão<sup>3</sup> inteligência inferior à média e psicose activa.

---

<sup>3</sup> Utilizaram-se os mesmos critérios de exclusão que os usados por Kaufman et al. (1997) no estudo das características psicométricas da K-SADS-PL.

#### 4. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* – SPSS versão 16.0.

Em relação às estatísticas descritivas procedeu-se à caracterização sociodemográfica da amostra do grupo clínico e da amostra total. Analisaram-se as frequências (para variáveis categoriais) e as médias e desvios-padrão (para variáveis contínuas). De forma a analisar diferenças entre os dois grupos da amostra foram realizados testes *t de student* e testes Qui-Quadrado. Foi utilizado o teste *V de Crammer* quando se comparavam variáveis com mais de duas categorias em que uma tinha menos de 5 frequências esperadas.

Com vista ao estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da K-SADS-PL foram realizadas as seguintes análises. Procedeu-se ao cálculo do coeficiente Kappa, no sentido de estudar a validade consensual dos diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT e dos diagnósticos dos clínicos dos adolescentes. Utilizou-se os critérios propostos por Landis and Koch (1997) para interpretar os coeficientes kappa: excelente: kappa > .75; bom: kappa = .59 a .75; moderado: kappa = .40 a .58; fraco: kappa = < .40. Para analisar a validade concorrente, foram realizadas correlações<sup>4</sup> no sentido de analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos de diagnóstico (Perturbações Depressivas, Perturbações da Ansiedade, Perturbação da Hiperactividade com Défice da Atenção, Perturbações Disruptivas do Comportamento), nas escalas de auto-resposta (CDI, MASC e CBCL).

Para a execução do segundo estudo, quando se pretendeu verificar diferenças médias entre dois grupos relativamente a uma variável numérica, utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes. No caso de se pretender calcular diferenças entre variáveis categoriais, recorreu-se ao teste de qui-quadrado de Pearson.

Para a realização do terceiro estudo, utilizou-se testes *t de student* com o objectivo de comparar médias do grupo clínico e do grupo da população geral na Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C), contida na K-SADS-PL-PT. Realizaram-se correlações entre esta escala e o CDI e esta escala e a MASC para avaliar a associação existente entre elas.

Em relação ao último estudo efectuado, foram efectuados testes *t de student*, de forma a analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a amostra clínica e geral na psicopatologia dos pais, avaliada pelo BSI. Efectuaram-se correlações para estudar a associação entre o CDI e o BSI. Para estudar o efeito preditor das variáveis BSI-depressão, história de abuso e MASC-nota total no CDI-nota total, usou-se uma regressão múltipla *standard* (método *enter*).

---

<sup>4</sup> Apesar de as correlações serem efectuadas com variáveis contínuas, podem também ser calculadas tendo uma variável contínua e uma variável dicotómica (Pallant, 2005).

## IV - Resultados

### Perfil dos diagnósticos da amostra

Considerou-se neste estudo os 46 adolescentes do grupo clínico<sup>5</sup>, que foram divididos em grupos de diagnósticos: Perturbações Depressivas (PD), Perturbações de Ansiedade (PA), Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) e Perturbações do Comportamento (PC).

Os diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT foram perturbações da ansiedade (39.1%), perturbações depressivas (32.6%), PHDA (15.2%), perturbações do comportamento alimentar (8.7%) perturbações disruptivas do comportamento (6.5%), perturbações de eliminação (2.2%) e perturbação de tiques (2.2%). Mais especificamente, perturbação depressiva major (32.6%), perturbação de hiperactividade com défice de atenção (15.2%), fobia social (15.2%), perturbação de ansiedade generalizada (8.7%), perturbação de oposição (6.5%), perturbação obsessivo-compulsiva (6.5%), perturbação de pânico (4,3%), perturbação pós-stress traumático (4.3%), bulimia (4.3%), anorexia (4.3%), perturbação de ansiedade de separação (2.2%), enurese (2.2%), perturbação de tiques (2.2%), agorafobia (2.2%). Cerca de 26.1% dos sujeitos apresentaram problemas ao nível do eixo IV do DSM-IV-TR, ou seja, indicavam problemas psicossociais e ambientais que podem afectar o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico de perturbações mentais (APA, 2000). Os problemas com o grupo de apoio primário e os problemas relacionados com o ambiente social revelaram-se os mais proeminentes nas crianças e adolescentes entrevistados.

A frequência dos diagnósticos correspondentes ao clínico do adolescente foi: perturbações da ansiedade (26.1%), perturbações depressivas (23.9%), PHDA (13.0%), perturbações disruptivas do comportamento (10.9%), perturbações do comportamento alimentar (8.7%), e perturbações de eliminação (2.2%) e perturbações de tiques (2.2%). Mais especificamente, perturbação depressiva major (23.9%), PHDA (13%), perturbação de oposição (8.7%), perturbação de pânico (6.5%), fobia social (6.5%) perturbação de ansiedade generalizada (6.5%) bulimia (4.3%), anorexia (4.3%), perturbação de ansiedade de separação (2.2%), perturbação obsessivo-compulsiva (2.2%), perturbação pós-stress traumático (2.2%), enurese (2.2%), perturbação do comportamento (2.2%) e perturbação de tiques (2.2%). Segundo os clínicos, 34.8% das crianças e adolescentes clinicamente referenciados apresentam problemas ao nível do eixo IV do DSM-IV-TR.

O número de diagnósticos feitos pelo clínico que acompanha o adolescente e pelo entrevistador que administrou a K-SADS-PL-PT variou

---

<sup>5</sup> Apenas se considerou os adolescentes do grupo clínico porque no grupo da população geral nenhum dos adolescentes entrevistados preencheu critérios para um diagnóstico psiquiátrico.

de zero a três para cada indivíduo, sendo o número médio de diagnósticos de 0.85 através da observação clínica, e de 1.06 pela K-SADS-PL-PT.

Relativamente à comorbilidade, constatou-se que 14 dos adolescentes apresentavam diagnósticos comórbidos (30.4 % do grupo clínico) e 24 manifestavam sintomas para apenas uma perturbação psiquiátrica (52.2% do grupo clínico). De notar ainda que 8 adolescentes do grupo clínico não preenchiam critérios para qualquer perturbação, mas estavam a ser acompanhados devido a problemas psicossociais e ambientais (17.4%).

As diferenças de género, medidas através do teste de qui-quadrado e do teste exacto de Fisher, não se revelaram estatisticamente significativas com a ausência ou presença de diagnóstico, excepção feita à PHDA. Ou seja, o sexo masculino pontua significativamente mais no diagnóstico de PHDA do que o sexo feminino (cf. Quadro 6).

**Quadro 6. Distribuição dos diagnósticos por género (N=46)**

Diagnósticos	Género		$\chi^2$
	Masculino	Feminino	
PD, n (%)			2.56
Não	16 (80.0)	15 (75.0)	
Sim	4 (20.0)	11 (25.0)	
PA, n (%)			2.97
Não	15 (75.0)	13 (50.0)	
Sim	5 (25.0)	13 (50.0)	
PCA, n (%)			3.37 <sup>(1)</sup>
Não	20 (100)	22 (84.6)	
Sim	0 (0)	4 (15.4)	
PHDA, n (%)			5.99 <sup>(1)*</sup>
Não	14 (70.0)	25 (96.2)	
Sim	6 (30.0)	1 (3.8)	
PC, n (%)			0.7 <sup>(1)</sup>
Não	18 (90.0)	25 (96.2)	
Sim	2 (10.0)	1 (3.8)	

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; n = número de sujeitos pertencentes a cada grupo;  $\chi^2$  = teste de qui-quadrado; <sup>(1)</sup> = teste exacto de Fisher; t = teste t de student; PD = Perturbações Depressivas; PA = Perturbações da Ansiedade; PCA = Perturbações do Comportamento Alimentar; PHDA = Perturbação da Hiperactividade com Défice da Atenção; PC = Perturbações do Comportamento

\*  $p < .05$ .

Quanto à idade, observou-se que a média das idades dos adolescentes com perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar, perturbações disruptivas do comportamento é de aproximadamente 15 anos. A única perturbação para qual a média da idade é claramente menor (M=11.57) é para a perturbação de hiperactividade com défice de atenção (cf. Quadro 7).

**Quadro 7. Médias (M) e desvios-padrão (DP) das idades dos grupos de diagnóstico em estudo (N=46)**

Diagnósticos	n	M	DP
PD	15	15.07	2.28
PA	18	15.06	2.36
PCA	4	14.75	3.60
PHDA	7	11.57	1.62
PC	3	15.67	1.53

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; n = número de sujeitos pertencentes a cada grupo; PD = Perturbações Depressivas; PA = Perturbações da Ansiedade; PCA = Perturbações do Comportamento Alimentar; PHDA = Perturbação da Hiperactividade com Défice da Atenção; PC = Perturbações do Comportamento

### Estudo 1. Estudos psicométricos da K-SADS-PL-PT

De seguida são apresentados os resultados respeitantes à validade consensual e concorrente da K-SADS-PL-PT.

#### 1.1. Validade consensual

A validade consensual entre os diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT e com os diagnósticos do clínico do adolescente está apresentada no Quadro 8.

**Quadro 8. Validade consensual dos diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT (N=46)**

Diagnósticos	n	K	$\rho$
Perturbação Depressiva Major	15	0.788	0.000
Perturbações de Ansiedade	18	0.709	0.000
Perturbação pânico	2	0.789	0.000
Perturbação Ansiedade de separação	1	1.000	0.000
Fobia Social	7	0.560	0.000
Fobia Específica	2	-	-
Agorafobia	1	-	-
Perturbação Ansiedade Generalizada	4	0.846	0.000
Perturbação Obsessivo-compulsiva	3	0.483	0.000
Perturbação Pós-Stress Traumático	2	0.657	0.000
Enurese	1	1.000	0.000
Perturbação do Comportamento Alimentar	4	1.000	0.000
Anorexia	2	1.000	0.000
Bulimia	2	1.000	0.000
PHDA	7	0.911	0.000
Perturbações Disruptivas do Comportamento	3	0.728	0.000
Perturbação de Oposição	3	0.846	0.000
Perturbação do Comportamento	0	-	-
Perturbação de Tiques	1	1.000	0.000

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; n = número de diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT; K = coeficiente kappa;  $\rho$  = significância

Os graus de concordância entre os diagnósticos do clínico com os da K-SADS-PL-PT foram estatisticamente significativos. Obtiveram-se valores kappa excelentes para Perturbação da Ansiedade de Separação, Enurese, Anorexia, Bulimia, Perturbação de Tiques, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada, PHDA e Perturbação de Oposição. Para a Perturbação Pós-Stress Traumático o valor de kappa é bom, e para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Fobia Social o valor de kappa já é razoável.

## 1.2. Validade concorrente

Para determinar a validade concorrente dos diagnósticos obtidos com a K-SADS-PL-PT, os adolescentes foram divididos em grupos, conforme preenchem critérios para: a) Perturbações Depressivas<sup>6</sup>, b) Perturbações da Ansiedade; c) PHDA<sup>7</sup> e d) Perturbações Disruptivas do Comportamento<sup>8</sup>. A atribuição para cada um destes grupos não foi mutuamente exclusiva, visto que alguns dos adolescentes preencherem critérios para várias categorias de diagnóstico.

O CDI e as escalas de ansiedade, depressão e de isolamento do CBCL foram utilizados como índice para o estudo da validade concorrente para as perturbações depressivas. A MASC e as escalas de ansiedade, depressão e isolamento do CBCL foram utilizadas como índice para o estudo da validade convergente para as perturbações da ansiedade. As escalas de oposição/imaturidade, agressividade e hiperactividade/problemas de atenção do CBCL foram usadas como índice para o estudo da validade convergente para a PHDA. As escalas de oposição/imaturidade, agressividade e hiperactividade/problemas de atenção do CBCL foram utilizadas como índice para o estudo da validade convergente para as perturbações disruptivas do comportamento.

---

<sup>6</sup> Denominou-se Perturbações Depressivas, mas este grupo apenas contempla a Perturbação Depressiva Major, visto os adolescentes do grupo clínico não terem preenchido critérios para outras Perturbações Depressivas.

<sup>7</sup> Tal como em outros estudos já efectuados (Kaufman et al., 1997; Kim et al., 2004) optou-se por distinguir a PHDA das Perturbações Disruptivas do Comportamento.

<sup>8</sup> Denominou-se Perturbações Disruptivas do Comportamento, mas este grupo apenas contempla a Perturbação de Oposição, visto os adolescentes do grupo clínico não terem preenchido critérios para outras Perturbações Disruptivas do Comportamento.

### 1.2.1. Estudo da associação entre os diagnósticos de Perturbações Depressivas obtidos pela K-SADS-PL-PT, o CDI e escalas internalizantes do CBCL

De acordo com os coeficientes de Pearson obtidos, constata-se que existem correlações estatisticamente significativas entre as Perturbações Depressivas e o CDI (com exceção feita à escala ineficácia) e com as escalas internalizantes do CBCL (ansiedade, depressão e isolamento). Estes resultados indicam que os sujeitos com perturbações depressivas pontuam mais no CDI e nas escalas internalizantes do CBCL, comparativamente com os outros sujeitos (cf. Quadro 9).

**Quadro 9. Correlação entre os diagnósticos de Perturbações Depressivas obtidos pela K-SADS-PL-PT e o CDI e o CBCL**

Dimensões	PD	$\rho$
<b>CDI (N=64)</b>		
Humor negativo	.48	.000
Problemas interpessoais	.36	.004
Ineficácia	.16	.197
Anedonia	.34	.005
Auto-estima negativa	.40	.001
Total	.47	.000
<b>CBCL (N=62)</b>		
Ansiedade	.32	.011
Depressão	.27	.033
Isolamento	.28	.027

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; PD= Perturbações Depressivas; CDI = Children's Depression Inventory; CBCL= Children Behaviour Checklist;  $\rho$  = significância

### 1.2.2. Estudo da associação entre os diagnósticos de Perturbações da Ansiedade obtidos pela K-SADS-PL-PT, a MASC e escalas internalizantes do CBCL

A escala da MASC, assim como os seus sub-factores, que reporta correlações estatisticamente significativas ( $p < .001$ ) com as perturbações de ansiedade da K-SADS-PL-PT corresponde à de sintomas físicos. No que concerne à escala total, esta também apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as perturbações de ansiedade. Em relação às escalas internalizantes do CBCL (ansiedade, depressão e isolamento), são encontradas correlações estatisticamente significativas entre estas três e as perturbações da ansiedade da K-SADS-PL-PT (cf. Quadro 10).

**Quadro 10. Correlação entre os diagnósticos de Perturbações da Ansiedade obtidos pela K-SADS-PL-PT e a MASC e o CBCL**

Dimensões	PA	$\rho$
<b>MASC (N=63)</b>		
Sintomas físicos	.50	.000
Tensão/impaciência	.44	.000
Queixas somáticas	.49	.000
Evitamento perigo	.13	.307
Perfeccionismo	.12	.362
Coping ansioso	.12	.362
Ansiedade social	.22	.084
Humilhação/rejeição	.23	.077
Desempenho em público	.14	.275
Ansiedade separação	.12	.363
Total	.35	.005
<b>CBCL (N=62)</b>		
Ansiedade	.31	.015
Depressão	.37	.004
Isolamento	.26	.044

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; PA= Perturbações da Ansiedade; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for children; CBCL= Children Behaviour Checklist;  $\rho$  = significância

### 1.2.3. Estudo da associação entre o diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Déficit da Atenção obtido pela K-SADS-PL-PT e escalas externalizantes do CBCL

Tendo como base as correlações efectuadas, verifica-se que a PHDA tem uma correlação estatisticamente significativa com as três escalas externalizantes do CBCL (oposição/imaturidade, agressividade e hiperactividade/problemas de atenção). Desta forma, os sujeitos diagnosticados com PHDA na K-SADS-PL-PT pontuam mais nas escalas externalizantes do CBCL do que os outros sujeitos (cf. Quadro 11).

**Quadro 11. Correlação entre o diagnóstico de PHDA obtido pela K-SADS-PL-PT e o CBCL**

Dimensões	PHDA	$\rho$
<b>CBCL (N=62)</b>		
Oposição/imaturidade	.38	.002*
Agressividade	.36	.005*
Hiperactividade/problemas de atenção	.45	.000**

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; CBCL= Children Behaviour Checklist; PHDA = Perturbação de Hiperactividade com Déficit da Atenção.

#### 1.2.4. Estudo da associação entre os diagnósticos de Perturbações Disruptivas do Comportamento obtidos pela K-SADS-PL-PT e escalas externalizantes do CBCL

Os valores do coeficiente de Pearson indicam que as Perturbações Disruptivas do Comportamento não apresentam correlações estatisticamente significativas com as escalas internalizantes do CBCL (oposição/imaturidade, agressividade e hiperactividade/problemas de atenção) do CBCL. Conclui-se portanto, que os indivíduos com Perturbações Disruptivas do Comportamento não pontuam mais nas escalas externalizantes do CBCL do que os outros sujeitos (cf. Quadro 12).

**Quadro 12. Correlação entre os diagnósticos de Perturbações Disruptivas do Comportamento obtidos pela K-SADS-PL-PT e o CBCL**

Escalas	PC	$\rho$
<b>CBCL (N=62)</b>		
Oposição/imaturidade	-.06	.645
Agressividade	.19	.143
Hiperactividade/problemas de atenção	-.03	.840

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; CBCL= Children Behaviour Checklist; PC = Perturbações Disruptivas do Comportamento;  $\rho$  = significância

#### Estudo 2: Investigar as diferenças das variáveis de adaptação à escola, relações interpessoais e actividades extra-curriculares entre o grupo clínico e o grupo da população geral

A K-SADS-PL-PT dedica uma secção à pesquisa de informação referente à adaptação à escola e às relações interpessoais. Sendo estas áreas primordiais e, habitualmente afectadas aquando a presença de uma perturbação psiquiátrica, optou-se por incluir e explorar esta informação. Desta forma, apresenta-se as comparações do grupo clínico e do grupo da população geral nas seguintes variáveis: número de anos reprovados, média das classificações, número de melhores amigos, problemas com pares, relações familiares e envolvimento em actividades extra-curriculares.

##### *Número de anos reprovados*

No que concerne ao número de anos reprovados, verificou-se que os adolescentes do grupo clínico ( $M=.65$ ;  $DP=.85$ ) reprovaram mais do que em comparação com os adolescentes do grupo da população geral ( $M=.21$ ;  $DP=.41$ ), sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $t_{(68)}=2.41$ ;  $p=.01$ ).

### *Média das classificações*

Como a entrevista foi aplicada a crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos e visto as suas classificações variarem conforme o ano de ensino que frequentam, criou-se uma sistematização para os critérios de avaliação. Assim, transformou-se esta variável em 5 patamares. O primeiro corresponde a classificações de “muito fraco” e notas até 7 valores. O segundo corresponde a classificações de “não satisfaz” e de notas de 7 a 10 valores. O terceiro corresponde a classificações de “satisfaz” e de notas de 10 a 14 valores. O quarto corresponde a classificações de “satisfaz bem” e de notas de 14 a 17 valores. O quinto corresponde a classificações de “satisfaz muito bem” e de notas de 17 a 20 valores.

Com esta sistematização das classificações, verificou-se que a média das classificações nos dois grupos é significativamente diferente ( $\chi^2_{(3)}=9.69$ ;  $p=.02$ ). Assim, os adolescentes do grupo da população geral têm classificações mais elevadas [satisfez bem ( $n=8$ ; 33.3%) e satisfaz muito bem ( $n=6$ ; 25%)], comparativamente com os adolescentes do grupo clínico [satisfez bem ( $n=10$ ; 21.7%) e satisfaz muito bem ( $n=3$ ; 6.5%)].

### *Número de melhores amigos*

Relativamente ao número de melhores amigos, verificou-se que os grupos não se distinguiram significativamente ( $t_{(67)} = .03$ ;  $p=.98$ ). A maioria dos adolescentes do grupo clínico ( $M=3.20$ ;  $DP=3.28$ ) referiu ter o mesmo número de amigos que os adolescentes do grupo da população geral ( $M=3.17$ ;  $DP=1.97$ ).

### *Problemas com pares*

Em termos de problemas com pares (nomeadamente, ser gozado e/ou envolver-se em lutas, mentirem-lhes), constatou-se que não há uma associação significativa entre o tipo de grupo e os problemas com pares ( $\chi^2_{(4)}=5.97$ ;  $p=.20$ ).

### *Relações familiares*

Foi pedido a cada adolescente para qualificar as suas relações familiares tendo por base o seguinte sistema de classificação: 1 – relações muito más; 2 – relações más; 3 – relações razoáveis; 4 – relações boas; 5 – relações muito boas.

De acordo com esta classificação, obteve-se uma associação significativa entre o tipo de grupo e o tipo de relações familiares ( $\chi^2_{(2)}=14.93$ ;  $p=.001$ ). Deste modo, os adolescentes do grupo clínico referem ter relações familiares razoáveis ( $n=14$ ; 30.4%) enquanto que nenhum dos adolescentes do grupo da população geral considera ter relações familiares razoáveis. Por sua vez, uma minoria do grupo clínico menciona ter relações familiares muito boas ( $n=2$ ; 4.3%), no entanto este tipo de relações familiares já aumenta no grupo da população geral ( $n=7$ ; 29.2%).

### *Actividades extra-curriculares*

Quanto ao envolvimento em actividades extra-curriculares, encontrou-se que a maioria dos adolescentes do grupo clínico ( $n=29$ ; 63.0%) não estava envolvida em qualquer actividade deste género, enquanto a maioria dos adolescentes do grupo da população geral estava ( $n=17$ ; 55.6%). Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas [ $\chi^2_{(1)}=7.25$ ;  $p=.007$ ].

### **Estudo 3. Investigar o nível de funcionamento dos adolescentes do grupo clínico e o grupo da população geral (através da Escala de Avaliação Global das Crianças contida na K-SADS-PL-PT)**

A K-SADS-PL-PT fornece uma escala de avaliação global do adolescente, que permite avaliar o nível de funcionamento actual do indivíduo. Como tal, considerou-se uma mais valia estabelecer alguns estudos com essa escala.

#### **3.1. Estudo das diferenças na Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C) no momento actual entre o grupo clínico e o grupo da população geral**

Através do teste *t de student* verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas,  $t(59.3) = -10.97$ ,  $p < .000$ ) entre o grupo clínico e o grupo da população geral no que concerne à pontuação da Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C) contida na K-SADS-PL-PT. Assim, os sujeitos do grupo clínico ( $M=74.02$ ,  $EP=1.57$ ) obtiveram uma pontuação na EAG-C inferior à dos sujeitos do grupo da população geral ( $M=92.83$ ,  $EP=0.68$ ).

#### **3.2. Estudo da associação entre sintomatologia depressiva nos adolescentes (CDI) e da Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C) no momento actual**

A partir dos valores do coeficiente de correlação de Pearson, é possível constatar que os adolescentes que obtêm mais pontuação na escala da depressão (assim como as suas sub-escalas) apresentam pontuações mais baixas na Escala de Avaliação Global da Criança no momento actual, sendo estas correlações estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) (cf. Quadro 13).

**Quadro 13. Correlação entre o CDI e a EAG-C**

Dimensões	EAG-C	$\rho$
<b>CDI (N=64)</b>		
Humor negativo	-.39	.001
Problemas interpessoais	-.43	.000
Ineficácia	-.28	.024
Anedonia	-.35	.005
Auto-estima negativa	-.34	.006
Total	-.47	.000***

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; CDI = Children's Depression Inventory; EAG-C = Escala de Avaliação Global da Criança;  $\rho$  = significância

#### **Estudo 4: Investigar a associação entre a depressão nos pais, a história de abuso e ansiedade nos filhos e a presença de sintomatologia depressiva nos filhos**

##### **4.1. Estudo das diferenças da sintomatologia psicopatológica (BSI) dos pais do grupo clínico e os pais do grupo da população geral**

Tal como é possível observar a partir dos valores e dos níveis de significância do teste *t de student* efectuado ( $t_{(60)}=2.31$ ;  $p=.02$ ), apenas a dimensão depressão do BSI mostrou ser estatisticamente diferente nos dois grupos da amostra. Significa portanto que os pais dos adolescentes do grupo clínico revelam pontuações médias significativamente mais elevadas apenas na dimensão depressão do BSI, do que os pais dos adolescentes do grupo da população geral (cf. Quadro 14).

**Quadro 14. Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos factores do BSI dos pais dos grupos em estudo (N = 62)**

BSI	Pais do Grupo Clínico (n = 38)		Pais do Grupo pop. Geral (n = 24)		t
	M	DP	M	DP	
Somatização	0.66	0.60	0.51	0.47	1.03
Obsessões-Compulsões	1.18	0.63	0.89	0.50	1.91
Sensibilidade Interpessoal	0.91	0.73	0.78	0.66	0.73
Depressão	1.00	0.74	0.60	0.55	2.31*
Ansiedade	0.76	0.60	0.59	0.48	1.25
Hostilidade	0.92	0.79	0.62	0.42	1.71
Ansiedade Fóbica	0.34	0.47	0.35	0.38	-0.11
Ideação Paranóide	1.04	0.78	0.97	0.73	0.38
Psicoticismo	0.55	0.51	0.40	0.46	1.15
IGS	0.84	0.51	0.63	0.44	1.64

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; n = número de sujeitos pertencentes a cada grupo; t = teste *t de student*; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas; \*  $p < .05$ .

#### 4.2. Estudo da associação entre sintomatologia psicopatológica dos pais (BSI) e sintomatologia depressiva nos filhos (CDI)

Pela observação dos valores do Quadro 15, constata-se que as escalas do CDI apresentam correlações estatisticamente significativas com apenas algumas dimensões do BSI, nomeadamente com a de somatização, obsessões-compulsões, depressão e com o Índice Geral de Sintomas. Estas correlações variam entre .25 (CDI – Problemas interpessoais e BSI – IGS) e .42 (CDI – Auto-estima negativa e BSI – Depressão). De notar ainda que as correlações mais fortes dizem respeito à dimensão depressão do BSI com as várias escalas do CDI e a sua nota total (cf. Quadro 15).

**Quadro 15. Correlação entre o BSI e o CDI (N=62)**

BSI	CDI					Total
	Humor negativo	Prob. inter-pessoais	Ineficácia	Anedonia	Auto-estima neg.	
Somatização	.16	.23	.19	.26*	.24	.26*
Obsessões-Compulsões	.28*	.27*	.24	.27*	.39**	.32*
Sensibilidade Interpessoal	.10	.12	.08	.13	.11	.09
Depressão	.33**	.25	.30*	.27*	.42**	.34**
Ansiedade	.16	.14	.16	.19	.13	.16
Hostilidade	.16	.18	.06	.16	.16	.13
Ansiedade Fóbica	.05	.21	.08	.19	.15	.14
Ideação Paranóide	.00	.18	.03	.20	.010	.10
Psicoticismo	.12	.13	.24	.22	.19	.19
IGS	.21	.25*	.20	.27*	.28*	.26*

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; CDI = Children's Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas;

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

#### 4.3. Estudo da associação entre sintomatologia depressiva (CDI) e sintomatologia ansiosa (MASC) dos adolescentes

De acordo com o Quadro 16, verifica-se que a nota total do CDI correlaciona-se significativamente com a nota total da MASC. Em relação às escalas de cada instrumento, constatam-se correlações estatisticamente significativas principalmente entre todas as escalas do CDI e a escala sintomas físicos (e as respectivas sub-escalas) (cf. Quadro 16).

**Quadro 16. Correlação entre o CDI e a MASC (N=63)**

MASC	CDI					Total
	Humor negativo	Prob. inter-pessoais	Ineficácia	Anedonia	Auto-estima neg.	
Sintomas físicos	.45**	.30*	.14	.57**	.36**	.55**
Tensão/impaciência	.44**	.36**	.27*	.56**	.36**	.57**
Queixas somáticas	.39**	.19	-.02	.49**	.29*	.42**
Evitamento perigo	-.10	-.21	-.06	.16	-.10	.01
Perfeccionismo	-.08	-.29*	-.14	.10	-.09	-.40
Coping ansioso	-.10	-.11	.02	.17	-.09	.05
Ansiedade social	.23	.17	.06	.31*	.31*	.31*
Humilhação/rejeição	.24	.16	.03	.34**	.34**	.31*
Desempenho em público	.15	.20	.09	.18	.16	.22
Ansiedade separação	.00	-.09	.26*	.33**	.04	.20
Total	.23	.10	.14	.48**	.24	.40**

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; CDI = Children's Depression Inventory; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

#### 4.4. Associação da sintomatologia depressiva dos pais (BSI-dimensão depressão), história de abuso nos filhos (secção contida na K-SADS-PL) e sintomatologia depressiva nos filhos (CDI-nota total)

A sintomatologia depressiva dos pais (BSI – dimensão depressão) e história de abuso do adolescente explicam 15% da variância da sintomatologia depressiva dos adolescentes (CDI – escala total). Das variáveis independentes em estudo, apenas a sintomatologia depressiva dos pais mostrou ter uma contribuição significativa no modelo ( $\beta=.35$ ;  $t_{(59)}=2.95$ ;  $p<.005$ ). Assim, a dimensão depressão do BSI revela-se como preditor significativo do CDI nota total. A variável história de abuso ( $t_{(59)}=1.60$ ;  $p<1.12$ ) não mostrou ter uma contribuição significativa única para predizer o resultado total do CDI. Este modelo de regressão apresentou-se como estatisticamente significativo ( $F_{(2)}=5.28$ ;  $p=.008$ ) (cf. Quadro 17).

**Quadro 17. Associação da sintomatologia depressiva dos pais, história de abuso nos filhos e sintomatologia depressiva dos filhos (N=70)**

Preditores	B	SE B	$\beta$	$R^2$
BSI - Depressão	0.12	0.04	.35*	0.15
História de abuso	0.17	0.10	.19	

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; B = coeficiente não normalizado; SE B = erro padrão de B;  $\beta$  = coeficiente normalizado beta;  $R^2$  = coeficiente de determinação

\*  $p < .01$ .

#### 4.5. Associação da sintomatologia depressiva dos pais (BSI-dimensão depressão), ansiedade nos filhos (MASC-nota total) e da sintomatologia depressiva nos filhos (CDI-nota total)

A dimensão depressão do BSI ( $\beta=.28$ ;  $t_{(59)}=2.41$ ;  $p=.019$ ) e a nota total da MASC ( $\beta=.35$ ;  $t_{(59)}=2.99$ ;  $p=.004$ ) revelam-se como preditores significativos do resultado total do CDI, explicando 24% da variância total dos seus resultados. Assim, um pai com sintomatologia depressiva e o filho com elevados níveis de ansiedade estão associadas a mais sintomas depressivos no filho. Este modelo de regressão apresentou-se como estatisticamente significativo ( $F_{(2)}=9.23$ ;  $p=.000$ ) (cf. Quadro 18).

**Quadro 18. Associação da sintomatologia depressiva dos pais, ansiedade nos filhos e sintomatologia depressiva dos filhos (N=70)**

Preditores	B	SE B	$\beta$	$R^2$
BSI - Depressão	0.10	0.04	.28*	0.24
MASC – nota total	0.21	0.07	.25**	

**Nota.** N = número total de sujeitos estudados; B = coeficiente não normalizado; SE B = erro padrão de B;  $\beta$  = coeficiente normalizado beta;  $R^2$  = coeficiente de determinação

\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$

## V - Discussão

### Estudo 1. Estudos psicométricos da K-SADS-PL-PT

Várias investigações já realizadas para avaliar a validade e fidelidade da K-SADS-PL têm revelado boas características psicométricas (Ghanizadeh, et al., 2006; Kim, et al., 2004). O primeiro estudo com esta entrevista foi realizado pelo autor da entrevista (Kaufman et al., 1997) que verificou que este instrumento de avaliação apresentava bons dados psicométricos. No que concerne à fidelidade, o acordo inter-avaliadores foi de 100% e a estabilidade temporal foi muito elevada (.77 a 1.00) para a maioria da avaliação dos diagnósticos. Em relação à validade, concluiu que a entrevista apresentava boa validade concorrente.

No presente estudo, a K-SADS-PL-PT surge como uma ferramenta de avaliação útil para utilizar nas crianças e adolescentes portugueses. Demonstrou ter boa validade no diagnóstico de várias perturbações psiquiátricas nos adolescentes do grupo clínico, nomeadamente a Perturbação da Ansiedade de Separação, Enurese, Anorexia, Bulimia, Perturbação de Tiques, Perturbação Depressiva Major, Perturbação de

Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada, PHDA, Perturbação de Oposição e Perturbação Pós-Stress Traumático.

Os resultados obtidos neste estudo piloto são consistentes com os obtidos por Kaufman et al. (1997), Kim et al. (2004) e Ghanizadeh et al. (2006), apresentando valores elevados e satisfatórios, quer para a validade consensual, quer para a validade concorrente.

### **Estudo 2: Investigar as diferenças das variáveis de adaptação à escola, relações interpessoais e actividades extra-curriculares entre o grupo clínico e o grupo da população geral**

Em relação aos resultados obtidos nas variáveis de adaptação à escola (número de anos reprovados e médias das classificações), estes vão ao encontro do hipotetizado, ou seja, os adolescentes do grupo clínico parecerem reprovar mais e apresentarem classificações inferiores comparativamente com o grupo da população geral.

No que concerne às relações interpessoais (número de melhores amigos, problemas com pares e relações familiares), obtiveram-se apenas alguns dos resultados esperados. Ou seja, confirmou-se que os adolescentes do grupo clínico têm piores relações familiares do que os adolescentes do grupo da população geral, mas não se confirmou a hipótese da variável do número de melhores amigos e de terem mais problemas com os pares.

Relativamente às actividades extra-curriculares, verificou-se que os adolescentes do grupo clínico envolvem-se em menos actividades do que os jovens do grupo da população geral.

### **Estudo 3. Investigar o nível de funcionamento dos adolescentes do grupo clínico e o grupo da população geral (através da Escala de Avaliação Global das Crianças contida na K-SADS-PL-PT)**

De acordo com o esperado, a classificação da Escala de Avaliação Global da Criança (EAG-C) reflectiu um funcionamento psicossocial mais baixo para o grupo clínico do que para o grupo da população geral. Adicionalmente e de encontro ao hipotetizado, encontrou-se uma associação significativa entre a sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI) e valores mais baixos na EAG-C.

De uma forma geral, neste estudo transparece o que já tem sido reportado por outros autores (Garber, 2006; Arnarson, & Craighead, 2009; Verduyn, 2009). A depressão nos mais jovens está associada a um défice no ajustamento social, invalidando severamente o adolescente em muitos aspectos importantes da sua vida, tais como, na escola, nas suas relações familiares e com os pares.

#### **Estudo 4: Investigar a associação entre a depressão nos pais, a história de abuso e ansiedade nos filhos e a presença de sintomatologia depressiva nos filhos**

Esperava-se que os pais dos adolescentes do grupo clínico apresentassem mais sintomas psicopatológicos (pontuassem mais nas várias escalas do BSI) do que os pais dos adolescentes do grupo da população geral, no entanto, isso não se verificou. Os estudos (Waslick et al., 2002) revelam que o sofrimento psicológico dos pais pode, com o tempo, constituir um factor de risco inespecífico para uma diversidade de resultados psicopatológicos nas crianças e adolescentes. Porém, apenas se constatou uma diferença significativa na dimensão depressão do BSI, o que denota que os pais dos adolescentes do grupo clínico se diferenciam dos pais dos adolescentes do grupo da população geral por reportarem mais sintomas depressivos.

De acordo com o esperado, os adolescentes que apresentam pontuações mais elevadas no CDI (escala total) têm igualmente pontuações mais elevadas na MASC (escala total), o que revela que um adolescente com sintomatologia depressiva tenha mais sintomas ansiosos comparativamente a um adolescente que não tenha sintomas depressivos.

Tendo como base referências da literatura (Waslick et al., 2002; Lewinsohn et al., 2000) que sugerem que a psicopatologia parental pode influenciar o desenvolvimento de depressão nos adolescentes, esperava-se encontrar associações significativas entre a sintomatologia psicopatológica dos pais com a sintomatologia depressiva dos filhos. No entanto, apenas se encontrou associações significativas entre a sintomatologia depressiva dos adolescentes e alguns sintomas psicopatológicos dos pais, principalmente com sintomas obsessivo-compulsivos e depressivos (sendo as associações mais fortes nesta última dimensão).

Assim, considera-se que a depressão parental influencia a depressão nos filhos. Esta assumpção vai ao encontro de inúmeras investigações já efectuadas (Waslick et al., 2002; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Garber, 2006) que pretendem avaliar justamente essa relação.

Atendendo à literatura poder-se-á inferir então que os pais dos adolescentes com depressão se mostrem mais melancólicos, indiferentes, e podem não ser capazes de monitorizar e de tratar das necessidades emocionais e físicas básicas dos seus filhos. Podem modelar comportamentos depressivos ou podem falhar na modelação apropriada de regulação do afecto, resolução de problemas e competências de coping. Para além disto, estes pais podem transmitir directamente aos seus filhos formas negativas de interpretar o mundo, ou podem-se comportar de maneiras (p.ex. pouco cuidado, elevado criticismo, sobreprotecção) que levam as crianças a desenvolverem visões negativas de si próprio, do mundo e do futuro (Verduyn et al., 2009; Shortt, & Spence, 2006; Sims et al. 2006).

No que concerne aos estudos preditivos, obteve-se associações significativas entre as variáveis em estudo (depressão parental, história de

abuso e ansiedade dos filhos) e a sintomatologia depressiva nos adolescentes.

Ao comparar ambos os modelos preditivos, verifica-se que aquele que tem maior impacto na sintomatologia depressiva dos adolescentes é o que tem como factores preditivos da sintomatologia depressiva e ansiedade do filho, em detrimento daquele que tem como factores de risco a sintomatologia depressiva e história de abuso no adolescente.

No entanto, quer um modelo, quer outro, demonstram que as variáveis história de abuso e existência de ansiedade nos adolescentes podem actuar como factores preditivos para a sintomatologia depressiva dos adolescentes, relações que têm sido confirmadas por várias investigações na área (Sims, Nottelmann, Koretz, & Pearson, 2006; Garber, 2006).

Os modelos parecem sugerir que pais deprimidos constituem, tal como tem sido enfatizado na literatura (Waslick et al., 2002; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000; Garber, 2006; Verduyn et al., 2009; Hankin, 2009), um factor de risco para a sintomatologia depressiva dos filhos.

#### *Pontos fortes e Limitações*

Com base nos resultados, e apesar de se tratar de um estudo piloto, a K-SADS-PL parece ser um instrumento de diagnóstico útil para utilizar com crianças e adolescentes portugueses.

Atendendo aos resultados que evidenciam elevada concordância entre os diagnósticos da K-SADS-PL-PT e os diagnósticos do clínico, poderá inferir-se que esta entrevista pode ser utilizada com alguma segurança quando se tenta realizar diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes na população portuguesa.

Várias limitações devem ser tidas em conta neste estudo.

O tamanho da amostra é reduzido, no entanto, essa limitação deve-se aos constrangimentos temporais inerentes à realização de uma tese de mestrado.

Para o estudo da validade concorrente utilizaram-se várias escalas de auto-resposta (CDI, MASC, CBCL). Apesar de serem excelentes ferramentas a serem adicionados num processo de avaliação psicológica e fornecerem informação importante ao clínico, não são instrumentos de diagnóstico. Assim, os diagnósticos não podem ser elaborados apenas com base nos resultados obtidos nessas escalas, e conseqüentemente, dever-se-á ter alguma prudência ao estudar a validade concorrente com estes instrumentos. Em alternativa, sugere-se que se privilegie os diagnósticos elaborados por psiquiatras/psicólogos experientes, baseados noutras entrevistas de diagnóstico para crianças e adolescentes.

Os participantes do estudo eram todos caucasianos. Como consequência, não podemos concluir se estes resultados podem ser generalizados a uma população etnicamente diferente, nem examinar sistematicamente se existem diferenças étnicas significativas na psicopatologia dos adolescentes.

### *Implicações e Estudos Futuros*

Para finalizar, importa reflectir sobre as implicações do estudo para a investigação e prática clínica futuras. Primeiramente, as boas propriedades psicométricas da versão portuguesa da K-SADS-PL-PT são um incentivo à sua utilização. Neste âmbito, porém, seria importante atestar as suas propriedades numa amostra mais alargada e em adolescentes com outros diagnósticos não representados neste estudo, para que possa ser recomendada a sua utilização em outros contextos.

Este é um estudo pioneiro para a população portuguesa que abarcou distintas etapas. Visto ser uma entrevista de diagnóstico longa e com vocabulário muito específico, o processo de tradução revelou-se francamente moroso e difícil. Devido a isto, todo o procedimento de recolha de dados entre adolescentes do grupo clínico e do grupo da população geral, e o subsequente tratamento estatístico desses dados teve de ser acelerado tendo em conta os constrangimentos temporais subjacentes à realização de uma tese de mestrado. Não obstante, a amostra final excedeu as nossas expectativas, perfazendo um total de 70 crianças e adolescentes.

As dificuldades de tempo, mas também de meios, traduziram-se na impossibilidade de administrar a entrevista aos pais, como também de realizar alguns estudos inicialmente previstos, nomeadamente estudos sobre a fiabilidade da entrevista (acordo inter-avaliadores, estabilidade temporal).

Abranger outras fontes de informação, nomeadamente, administrar a entrevista aos pais das crianças e adolescentes poderá ser de capital importância, uma vez que alguns adolescentes e principalmente algumas crianças entrevistadas, devido à sua idade ou ao seu nível de desenvolvimento, não fornecem informação muito detalhada acerca da sua sintomatologia ou perturbação, nem da invalidação que esta lhes causa.

Do ponto de vista clínico, a K-SADS-PL revela ser um precioso instrumento, pois para além de identificar a existência de psicopatologia no adolescente, permite obter diferentes graus de sintomatologia. Ou seja, ao possibilitar a distinção entre sintomatologia clínica e sintomatologia sub-clínica, ajuda a perceber se o adolescente está em risco de desenvolver uma determinada perturbação ou se está efectivamente perturbado. Adicionalmente, com a administração desta entrevista de diagnóstico pode-se recolher informação adicional relevante para a história clínica do adolescente, assim como averiguar alguns factores que vulnerabilizam o indivíduo, ajudando de forma indirecta, a delinear as melhores estratégias para a intervenção. Para além disso, a entrevista favorece indubitavelmente o estabelecimento da relação terapêutica, no entanto, deve-se ter sempre o cuidado de utilizar a linguagem do entrevistado e respeitar o tempo de compreensão das questões de cada um.

Desta forma, revela-se pertinente que os pontos acima expostos sejam considerados como aspectos fundamentais a serem estudados em investigações futuras, para que se promova a utilização desta entrevista de diagnóstico, quer em contextos de investigação, quer na prática clínica.

## VI - Conclusões

Em suma, a versão portuguesa da K-SADS-PL revelou boas propriedades psicométricas numa amostra constituída por crianças e adolescentes do grupo clínico e do grupo da população geral. Os resultados mostraram que a entrevista obteve resultados satisfatórios na validade consensual e na validade concorrente, indicativo da boa capacidade da K-SADS-PL-PT em gerar diagnósticos psiquiátricos válidos e fiáveis.

A utilização da K-SADS-PL-PT em contextos clínicos poderá ser útil para a identificação antecipada de factores de vulnerabilidade dos indivíduos e a avaliação do seu nível de funcionamento. Assim poder-se-ão desenvolver intervenções específicas de forma a maximizar o bem-estar de cada indivíduo e, conseqüentemente, maximizar o sucesso dos tratamentos.

Desta forma, a entrevista parece constituir uma ferramenta útil para implementação na investigação, mas também na prática clínica, mais propriamente na avaliação psicológica de crianças e adolescentes.

## Bibliografia

- Abela, J. & Hankin, B. (2009). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 335-376). New York: Routledge.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. R.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnarson, E. & Craighead, E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 577-585.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Belfer, M. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, pp. 226-236.
- Birmaher, B., Ehmann, M., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., et al. (2009). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children – A preliminary psychometric study. *Journal of Psychiatric Research*, 43, pp. 680-686.
- Brasil, H., & Bordin, I. (2010). Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *Bio Med Central Psychiatry*, 10, pp. 1-11.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos -BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas*

- Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI). Braga: APPORT.
- Dobson, K. & Dozois, D. (2008). Introduction: Assessing risk and resilience factors in models of depression. In K. Dobson, & D. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 1-16). Oxford: Academic Press.
- Dozois, D. & Beck, A. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. Dobson, & D. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 121-143). Oxford: Academic Press.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes – o Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Frick, P., Barry, C., & Kamphaus, R. (2010). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior*. (3ªed.). New York: Springer.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, pp. 104-125.
- Garber, J., Clarke, G., Weersing, V., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., DeBar, L., Lynch, F., D'Angelo, E., Hollon, S., Shamseddeen, W., & Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk-population: A randomized controlled trial. *American Medical Association*, 301, pp. 2215-2224.
- Georgiades, K., Lewinsohn, P., Monroe, S., & Seeley, J. (2006). Major depressive disorder in adolescence: The role of subthreshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, pp. 936-944.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *Bio Med Central Psychiatry*, 6 (10).
- Grills-Taquechel, A. & Ollendick T. (2008). Diagnostic interviewing. In M. Hersen, & A. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. 2. Children and adolescents, pp. 458-479). New Jersey: JohnWiley & Sons.
- Grills-Taquechel, A., Polifroni, R. & Fletcher, J. (2009). Interview and report writing. In J. Matson, F. Andrasik, & M. Matson (Eds.), *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities* (pp. 55-88). New York: Springer.
- Hankin, B., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B., & Goldband, J. (2009). Developmental origins of cognitive

- vulnerabilities to depression: Review of processes contributing to stability and change across time. *Journal of Clinical Psychology*, 65, pp. 1327-1338.
- Hilt, L. & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 111-135). New York: Routledge.
- Jacobs, R., Reinecke, M., Gollan, J., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759-782.
- Kaufman, J., & Schweder, A. (2003). The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: present and lifetime version (K-SADS-PL). In M. Hersen, D. Segal, & M. Hilsenroth, *In the comprehensive handbook of psychological assessment (CHOPA)* (Vol. 2. Personality assessment, pp. 247-255). New York: John Wiley and Sons.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age-children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp. 980-988.
- Kendall, P. (2001). *Childhood disorders*. Hove: Psychology Press.
- Kim, Y., Cheon, K.-A., Kim, B.-N., Chang, S.-A., Yoo, H.-J., Kim, J.-W., et al. (2004). The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version – Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45, pp. 81-89.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative reviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 1-24.
- Landis, J., & Koch, G. (1997). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lauth, B., Levy, S., Júlíusdóttir, G., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2008). Implementing the semi-structured interview kiddie-SADS-PL into an in-patient adolescent clinical setting: Impact on frequency of diagnoses. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2 (14).
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. Klein, D. & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1584-1591.
- March, J., Parker, J., Sullivan, K., Sttanlings, P. & Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, Reliability, and Validity. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 554-565.
- Mazza, J., Fleming, C., Abbott, R., Haggerty, K., & Catalano, R. (2010).

- Identifying trajectories of adolescent's depressive phenomena: An examination of early risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, pp. 579-593.
- Merikangas, K. & Knight, E. (2009). The epidemiology of depression in adolescents. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 53-73). New York: Routledge.
- Merikangas, K., Nakamura, E. & Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, pp. 7-20.
- Miller, A. (2008). *Teens guide: Living with depression*. New York: Facts On File.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (2<sup>a</sup> ed.). Sydney: Allen & Unwin.
- Pinto Gouveia, J. (1990). *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão: estudo da sua interacção com acontecimentos de vida*. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rao, U., & Chen, L.-A. (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, pp. 45-62.
- Reinecke, M. (2002). Cognitive Therapies of depression: A Modularized Treatment approach. In M. A. Reinecke & M. R. Davison (Eds.). *Depression: a practitioner's guide to: comparative treatments*, pp.195-219. New York: Springer Publishing Company.
- Rodhe, P. (2009). Comorbidities with adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 139-177). New York: Routledge.
- Shortt, A., & Spence, S. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, 23, pp. 1-30.
- Sims, B., Nottelmann E., Koretz, D. & Pearson, J. (2006). Prevention of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, pp. 99-103.
- Sørensen, M., Thomsen, P., & Bilenberg, N. (2007). Parent and child acceptability and staff evaluation of K-SADS-PL. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 293-297.
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., & Antony, M. (2010). Structured and semistructured diagnostic interviews. In M. Antony & D. Barlow (Eds.). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2<sup>a</sup> ed, pp. 95-137). New York: The Guildford Press.
- Verduyn, C., Rogers, J. & Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Hove: Routledge.
- Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., ... Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime

- Version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr*, 34, 36-40.
- Waslick, B., Kandel, R., & Kakouros, A. (2002). Depression in children and adolescents. In D. Shaffer & B. Waslick (Eds.). *The many faces of depression in children and adolescents* (pp. 1-71). Washington: American Psychiatric Press.
- World Health Organization (2001). *The world health report – Mental health: New Understanding, New Hope*. France: WHO.

# **ANEXOS**