



UC/FPCE - 2016

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

O Trauma como preditor da sintomatologia depressiva: o efeito moderador do temperamento na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva

Vânia Mendes (vania.alexandra.mendes@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares de Matos.

A presente Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica- subárea de especialização em Intervenções Cognitivo Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde – está inserida no âmbito do projeto “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais” financiado pela Realan Foundation (EUA).

O Trauma como preditor da sintomatologia depressiva: o efeito moderador do temperamento na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva

Resumo: A depressão é um grave problema de saúde, afetando não só adultos, mas também as crianças e adolescentes, contribuindo para comportamentos de risco e respostas mal-adaptativas. Para o desenvolvimento desta perturbação podem contribuir experiências traumáticas na infância.

O presente estudo longitudinal teve como objetivo explorar o efeito preditor da ocorrência de traumas na infância e do temperamento (avaliados em T1), bem como o efeito moderador do temperamento na relação entre essas experiências traumáticas e a sintomatologia depressiva (avaliadas em T2, seis meses depois).

A amostra é constituída por 114 adolescentes, entre os 13 e os 16 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (68.4%). Estes adolescentes estão integrados num estudo português sobre a prevenção da depressão (“Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais”). Foram utilizados três questionários de autorresposta, o Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF; Bernstein et al., 2008; versão portuguesa: Matos & Pereira, 2012), para avaliação das experiências de trauma, o The Early Adolescent Temperament Questionnaire – Revised – Short Form (EATQ-R-SF; Ellis, L. K. & Rothbart, M. K., 1999, trad. e adap. de Matos, A. P., et al., 2009), para avaliar as múltiplas dimensões do temperamento e o Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994), para medir o nível de sintomatologia depressiva. Para avaliação do funcionamento psicossocial foi aplicada a Adolescent Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE; Keller et al., 1992; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011). Foi ainda utilizado um índice compósito, composto pelas pontuações do CDI e do funcionamento psicossocial.

Os resultados encontraram diferenças de género nas dimensões do abuso físico e negligência emocional referentes ao trauma, afiliação correspondentes ao temperamento e na sintomatologia depressiva. Os rapazes pontuaram mais alto nas dimensões do trauma e as raparigas na dimensão afiliação e na sintomatologia depressiva.

O abuso afetivo e a negligência emocional são os únicos preditores da sintomatologia depressiva, tendo em conta as dimensões do trauma e as correlações com as três variáveis dependentes (sintomatologia depressiva, funcionamento psicossocial e o índice compósito). Em relação ao temperamento, tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva

(CDI), as correlações revelaram por ordem decrescente que o índice emocionalidade negativa, agressão, índice controle de esforço, frustração, sensibilidade de percepção e a timidez apresentam correlações significativas. Com o funcionamento psicossocial, as correlações mais significativas (por ordem decrescente) são, índice compósito, sintomatologia depressiva, abuso afetivo, agressão, negligência emocional, índice controle de esforço e o índice emocionalidade negativa. Para o índice compósito (sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial), as correlações indicam por ordem decrescente que o índice emocionalidade negativa, agressão, índice controle de esforço, frustração, sensibilidade de percepção, afiliação e timidez são as que apresentam valores significativos, revelando-se preditores de sintomatologia depressiva.

A agressão, a timidez, o índice controle de esforço e a sensibilidade de percepção, são as dimensões do temperamento que se revelaram moderadoras entre o trauma e a sintomatologia depressiva/ funcionamento psicossocial, tendo em conta as três variáveis dependentes (CDI, funcionamento psicossocial e índice compósito).

O presente estudo longitudinal pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de avaliação, prevenção e intervenção da sintomatologia depressiva nos adolescentes. A detecção precoce e intervenção, principalmente no que concerne ao abuso e negligência emocional revelam-se como fundamentais para a prevenção da sintomatologia depressiva durante a adolescência.

Palavras-chave: trauma, adolescentes, sintomatologia depressiva, temperamento e funcionamento psicossocial.

Trauma as predictor of depressive symptoms: the temperament of moderating effect on the relationship between trauma and depressive symptomatology

Abstrat: Depression is a serious health problem, affecting not only adults but also children and adolescents, contributing to the risk behavior and maladaptive responses. To the development of this disorder can contribute traumatic experiences in childhood.

The present study aims to explore the predictive effect of occurrence of maltreatment in childhood and temperament (evaluate in T1) as the moderating effect in the relationship between these traumatic experiences and depressive symptoms (evaluated in T2, six months later).

The sample consists of 114 adolescents between 13 and 16 years old and mostly female (68.4%). These adolescents are part of a Portuguese study regarding the prevention of depression (“Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais”). There were three self-response questionnaires used, namely the Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF; Bernstein et al, 2008; Portuguese version: Matos & Pereira, 2012) for assessment of trauma, the Early Adolescent Temperament Questionnaire - Revised - Short Form (EATQ-R-SF; Ellis, LK & Rothbart, MK 1999, trad. and adap de Matos, AP, et al, 2009), to evaluate the multiple dimensions of temperament and the Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985; English version:.. Marujo, 1994) to measure the level of depressive symptomatology. For the evaluation of the psychosocial functioning, the Adolescent Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE; Keller et al, 1992; Portuguese version: Matos & Costa, 2011) was administered. It was also used a composite index made up of the scores of CDI and psychosocial functioning.

The results found gender differences in the dimensions of physical and emotional abuse neglect related to trauma and affiliation corresponding to the temperament and depressive symptoms. The boys scored higher in the dimensions of trauma and girls in dimension affiliation and depressive symptoms.

Affective abuse and emotional neglect are the only predictive of depression, taking into account the dimensions of the trauma and correlates with the three dependent variables (depressive symptoms, psychosocial functioning and the composite index). Regarding temperament, with the dependent variable depressive symptomatology (CDI), the correlations shown in descending order that negative emotionality index, aggression, content control effort, frustration, perception of sensitivity and shyness show significant correlations.

With psychosocial functioning, the most significant correlations (in descending order) are composite index, depressive symptoms, emotional abuse, aggression, emotional neglect, control index effort and negative emotionality index. For the composite index (depressive symptoms and psychosocial functioning), the correlations indicate in descending order that negative emotionality index, aggression, content control effort, frustration, perception sensitivity, affiliation and shyness are those with significant amounts, is revealing predictors of depressive symptoms.

The aggression, shyness, the index control effort and sensitivity of perception, are the dimensions of temper which proved pocket between trauma and depression / psychosocial functioning symptomatology, taking into account the three dependent variables (CDI, psychosocial functioning and composite index).

This longitudinal study may contribute to the development of assessment strategies, prevention and intervention of depression in adolescents. Early detection and intervention, particularly with respect to abuse and emotional neglect are revealed as essential for the prevention of depressive symptoms during adolescence.

Key Words: trauma, adolescents, depressive symptoms, temperament and psychosocial functioning.

Agradecimentos

Surgindo o final desta etapa, urge um momento de reflexão e de agradecimento a todos que partilharam comigo todo este percurso de aprendizagens e desafios.

Aos meus pais e irmão, por todo o carinho, apoio e por me terem proporcionado a hipótese de continuar a apostar na minha educação.

Ao meu namorado, Tiago Coelho, um muito obrigado por todos estes anos, pelo amor, pela compreensão, pelo apoio, pelas descobertas e aventuras que vivemos e por todas as que ainda nos faltam viver.

Aos meus padrinhos, por tudo o que continuam a fazer por mim, pela imensa ajuda e pela comparecência nos momentos importantes da minha vida. Um agradecimento especial para a minha madrinha pela ajuda e paciência.

À Lara, que desde 2000 tornou a minha vida mais doce, com mais responsabilidades, com mais gargalhadas, mais sorrisos. Daqui a dois anos, a madrinha espera estar a festejar a tua entrada neste mundo académico.

À Joana, por todo o carinho ao longo desta caminhada.

À Ana e Sofia, pela amizade, sorrisos e aventuras, pelo lugar que ocupam na minha vida.

À Inês pela força, disponibilidade, amizade e simpatia nesta fase da minha vida.

Quero agradecer aos restantes amigos que me foram acompanhando neste percurso académico e pessoal, por toda a amizade, carinho e apoio nos momentos mais complicados.

À Andreia, Sofia, Daniel e Vanessa, pela imensa ajuda e conselhos dados ao longo de todo o percurso.

Às minhas colegas de tese, pela imensa ajuda, carinho e partilha de sorrisos e lágrimas.

Ao Professor Doutor José Joaquim pela disponibilidade e ajuda prestada, um muito obrigado.

Finalmente, não posso deixar de agradecer à Professora Doutora Ana Paula Matos, pela disponibilidade, paciência e ajuda ao longo deste ano letivo, pela orientação e conselhos.

A todos os que estiveram presentes ao longo desta caminhada, agradeço do fundo do coração!

“Cada um que passa na
nossa vida,
passa sozinho, pois cada
pessoa é única
e nenhuma substitui outra.

Cada um que passa na
nossa vida,
passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós.

Leva um pouco de nós mesmos,
deixa um pouco de si mesmo.

Há os que levam muito,
mas há os que não levam nada.

Essa é a maior responsabilidade
da nossa vida,
e a prova de que duas almas
não se encontram ao acaso”

Antoine de Saint-Exupéry

Índice

	Pág.
1. Introdução	10
1.1 A depressão na adolescência	10
1.2 As experiências traumáticas na infância	11
1.3 O temperamento	12
1.4 A depressão, trauma e temperamento	13
2. Objetivos	14
3. Metodologia	15
3.1 Participantes	15
3.2 Procedimento	16
3.3 Instrumentos	16
3.4 Estratégia Analítica	19
4. Resultados	21
4.1 Análise preliminar dos resultados	21
4.2 Análises descritivas	22
4.3 Diferenças de gênero nas variáveis em estudo	23
4.4 Estudo das associações entre variáveis	23
4.5 Estudo dos efeitos preditores	24
4.6 Moderações	25
4.6.1 O efeito moderador da dimensão temperamental da agressão na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o CDI	25
4.6.2 O efeito moderador da dimensão temperamental índice controlo de esforço na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o CDI	27
4.6.3 O efeito moderador da dimensão temperamental do índice controlo de esforço na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente Funcionamento Psicossocial	29
4.6.4 O efeito moderador da dimensão temperamental índice controlo de esforço na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o índice compósito (CDI+ Funcionamento Psicossocial)	31

4.6.5 O efeito moderador da dimensão temperamental timidez na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o índice compósito (CDI+ Funcionamento Psicossocial)	33
4.6.6 O efeito moderador da sensibilidade de percepção na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o índice compósito (CDI+ Funcionamento Psicossocial)	35
5. Discussão	36
6. Referências Bibliográficas	41
7. Anexos	
Anexo I – Tabela de Correlações de Pearson	47

1. Introdução

A adolescência pode ser definida como a passagem da infância para a idade adulta, envolvendo mudanças ao nível físico, cognitivo, emocional e social (Papalia, 2009). É nesta fase que as alterações psicobiológicas iniciam a sua maturação até à idade em que o sistema de valores e crenças fica completamente enquadrado numa identidade estabelecida (Sampaio, 1998). O adolescente passa a ser confrontado com desafios relativos a questões cada vez mais complexas, tais como a autoimagem, independência e intimidade (Alloy, Zhu & Abramson, 2003).

1.1 A depressão na adolescência

Até à década de 70 acreditava-se que a depressão na infância e adolescência era inexistente ou até mesmo rara (Bahls, 2002; Essau & Chang, 2009), pois havia a crença de que os adolescentes eram demasiados imaturos cognitivamente para puderem estar deprimidos (Essau & Chang, 2009). Foi reconhecida como uma perturbação que afetava também a infância e adolescência a partir de 1975 (Bahls, 2002).

A depressão na infância e adolescência é uma patologia onde a heterogeneidade dos sintomas está relacionada com as diferentes fases de desenvolvimento (Matos, Tomé, Borges, Manso, Simões & Ferreira, 2012; Essau & Chang, 2009; Alloy, Zhu & Abramson, 2003).

Na infância, a depressão manifesta-se sobretudo em termos de recusa à escola, medos exagerados, queixas somáticas (Davey, 2014), dificuldade nas aquisições de habilidades sociais, ansiedade, agitação motora, diminuição do apetite, alterações do sono, tristeza, aparência triste, isolamento, baixa autoestima e choro fácil (Bahls, 2002).

A depressão na adolescência apresenta uma natureza que afeta múltiplas funções do sujeito, podendo causar danos psicossociais (Bahls, 2002), sendo persistente ao longo do tempo (Essau & Chang, 2009). Os sintomas depressivos relacionam-se com mudanças de peso, perda de energia, sentimentos de desesperança, irritabilidade, hipersónia, desmotivação perante atividades com a família (Davey, 2014), humor deprimido, isolamento, dificuldades de concentração, baixa autoestima, ideação suicida e problemas graves de comportamento (Bahls, 2002). Também para Hayden, Seeds & Dozois (2009), a depressão na adolescência está associada a atitudes disfuncionais, pensamentos automáticos negativos, pessimismo, baixa autoestima e crenças irracionais. Kring, Johnson, Davison & Neale (2010), mencionam ainda distorções cognitivas e estilos atribucionais negativos.

Os sintomas depressivos podem surgir a partir dos 12 anos de idade (Matos, Tomé, Borges, Manso, Simões & Ferreira, 2012), sendo mais frequente nas raparigas (Nolen-Hoeksema, 2001; Essau & Chang, 2009; Kring, Johnson, Davison & Neale, 2010).

1.2 O trauma na infância

As experiências traumáticas podem surgir das mais diversas formas, uma delas é através do maltrato infantil. Este pode ser compreendido como as ações dos familiares ou de outras pessoas que provoquem um dano físico e/ou psicológico, podendo ainda lesionar os direitos e necessidades da criança, no que concerne ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afetivo (Alberto, 2006). O maltrato infantil compreende as ações de violência física em relação à criança, assim como o maltrato psicológico (Calheiros & Monteiro, 2007).

Para Bernstein et al. (2003) podemos considerar cinco formas de abuso contra a criança: a negligência física, negligência emocional, abuso físico, abuso sexual e o abuso emocional.

A negligência é a forma mais comum de maltrato e é caracterizada pela falha de resposta às necessidades básicas da criança, como a alimentação, educação, higiene e afeto (Alberto, 2006). Estes pais negligentes não assumem a função de cuidar dos filhos.

A negligência física pode ser definida como a falta de fornecimento das necessidades básicas da criança, estando relacionada com áreas de bem-estar físico, tais como o acompanhamento médico, higiene corporal, alimentação e vestuário (Calheiros & Monteiro, 2007). Já a negligência emocional consiste na ausência de resposta às necessidades psicológicas e emocionais da criança, pais que não revelam muito amor, afeto, não dão apoio e em que as crianças não assumem um sentimento de pertença (Bernstein, et al. 2003).

O abuso físico pode ser traduzido por toda a violência física executada contra a criança (Alberto, 2006). Em algumas situações “estas formas de violência levam à morte imediata da criança, ou pelo menos à sua hospitalização, com os pais a atribuírem as sequelas a quedas ou acidentes devidos à atividade da criança” (Alberto, 2006, p.33).

O abuso sexual é definido como qualquer experiência sexual, quer seja ou não forçada, podendo passar de formas mais passivas (como a exibição de pornografia) até mesmo à relação sexual, podem recorrer à criança para produção de pornografia infantil, o que pode gerar num presente imediato ou no futuro em traumas e dificuldades de desenvolvimento (Alberto, 2006). É considerado como um fator de risco para um conjunto de perturbações psicológicas (Briere & Elliot, 2003).

Relativamente ao abuso emocional, este consiste num conjunto de insultos verbais e humilhantes, depreciativos e mesmo ameaçadores que são dirigidos à criança (Bernstein, et al., 2003).

A sintomatologia depressiva tem sido relacionada à vivência de maus-tratos na infância, sendo que adolescentes e adultos com antecedentes de experiências traumáticas têm mais tendência a ficarem deprimidos. (Wekerle, Miller, Wolfe, & Spindel, 2006; Widom, DuMont, & Czaja, 2007). A longo prazo o maltrato infantil pode levar à depressão, ansiedade, dificuldades em dormir, sentimentos de isolamento e baixa autoestima (Alberto, 2006).

A negligência e o abuso emocional têm sido relacionados com níveis elevados de depressão (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003). Para Alloy, Zhu & Abramson, 2003 a maioria das consequências é resultado dos constituintes emocionais e psicológicas do abuso.

Deste modo, podemos considerar que a ocorrência de traumas na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de episódios depressivos recorrentes e persistentes (Kaplan et al., 1998; Kim & Cicchetti, 2006; Widom, DuMont, & Czaja, 2007).

1.3 Temperamento

O temperamento refere-se às características pessoais, onde se pode incluir a suscetibilidade a estímulos emocionais e força de resposta (Allport, 1961). É influenciado pela experiência e fatores do contexto (Zentner & Bates, 2008; Capaldi & Rothbart, 1992). Pode ser definido pelas diferenças individuais na reatividade e autorregulação (Rothbart, 2011), bem como na expressão das emoções primárias, tais como o medo, a tristeza e raiva (Strelau, 1998). Podemos compreender a reatividade como a facilidade com que as nossas emoções, atividade motora e atenção (a estímulos internos e externos) está despertada e a autorregulação com a tendência de aumentar ou moderar as tendências reativas (Rothbart, 2011).

Segundo Capaldi & Rothbart (1992) são três os processos existentes no temperamento: ativação (as reações motoras ou sensoriais à estimulação, é a maior dimensão do temperamento); a emoção (processos de emotividade negativa, como o medo, a irritabilidade, a vergonha e a tristeza) e a autorregulação.

Para alguns autores o temperamento pertence assim, a uma categoria em que as características sofrem poucas alterações ao longo da vida, permanecendo estáveis ao longo do desenvolvimento (Strelau, 1998; Cosentino-Rocha & Linhares, 2013). Contudo, esta

ideia não é definida por Allport (1961) que defende que o temperamento pode ser alterado, ainda que com limites, por influência médica, nutricional, bem como através do evoluir da personalidade.

Segundo Zentner & Bates (2008) existem diversos aspetos relacionados com o temperamento das crianças: o temperamento apresenta diferenças individuais no comportamento normal; é expresso através da intensidade de resposta, latência, duração e tempo de recuperação; surge na primeira infância, mas só se expressa totalmente na pré-escola; existe uma correspondência em primatas e alguns mamíferos; tem um vínculo estreito com mecanismos biológicos/genéticos e é relativamente duradouro e preditivo de desempenhos coerentes.

O temperamento é considerado como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Gündogar, Kesebir, Demirkan & Yaylac, 2014). Para Mezulis, Simonson, McCauley & Stoep (2011) a emocionalidade negativa alta e a emocionalidade positiva baixa são preditores significativos para a depressão nos adolescentes.

1.4 A Depressão, Trauma e Temperamento

Os eventos negativos e traumáticos durante a infância são considerados como um fator de risco para a depressão em ambos os sexos, contudo, as raparigas parecem ter um risco maior do que os rapazes (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009; Hayden, Seeds & Dozois, 2009; Walrath, Ybarra, Holden, Liao, Santiago & Leaf, 2003; Davey, 2014).

A negligência e o abuso emocional da criança são preditores da sintomatologia depressiva (Heim, Newport, Mletzko, Miller & Nemeroff, 2008), ainda mais significativos que o abuso físico e sexual (Alloy, Zhu & Abramson, 2003), tendo um papel significativo no desenvolvimento da depressão na adolescência (Hayden, Seeds & Dozois, 2009; Calvete, 2014). Para Gibb, Abramson, Alloy, Hankin, Haeffel, MacCoon (2002) níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estavam associados a níveis significativamente mais elevados de abuso emocional e a estilos cognitivos negativos.

Segundo um estudo de Gündogar, Kesebir, Demirkan & Yaylac (2014) o temperamento é um fator de risco para as perturbações de humor, nomeadamente para a depressão. Estes autores realizaram um estudo com o objetivo de investigar se a relação entre o temperamento e a resiliência na depressão seriam diferentes em casos de existência ou não de trauma infantil. Os resultados obtidos demonstraram que o temperamento ansioso aumenta o risco de depressão na presença de trauma.

Para Charbonneau, Mezulis & Hyde (2009) existe um efeito moderador da emocionalidade negativa entre os fatores de vida stressantes e a sintomatologia depressiva. Já para Tortella-Feliu, Balle & Sese (2010), a afetividade negativa e a regulação emocional negativa (temperamento) são determinantes dos sintomas depressivos. Também num estudo de Nakai, et al. (2015) foi encontrado um efeito moderador do temperamento entre as experiências traumáticas e os sintomas depressivos.

Toda et al. (2016) realizaram uma investigação com o objetivo de clarificar a forma como o temperamento afetivo, o abuso infantil e os eventos de vida da idade adulta estão envolvidos na severidade dos sintomas depressivos na depressão.

Os resultados do estudo de Murberg (2009) revelaram que os adolescentes com níveis mais elevados de timidez demonstraram níveis mais elevados de depressão.

Segundo um estudo de Sudbrack, Manfro, Kuhn, Carvalho e Lara (2015) os tipos mais comuns de trauma são o abuso e a negligência emocional, sendo mais frequentes no sexo feminino, também o temperamento estava associado ao trauma.

Para Kanai et al. (2016) o abuso infantil prediz indiretamente a severidade dos sintomas depressivos através dos traços do temperamento.

2. Objetivos

São objetivos desta investigação: (1) avaliar as diferenças entre géneros relativamente à sintomatologia depressiva e à ocorrência de experiências traumáticas na infância; (2) avaliar a possibilidade do trauma ser um preditor dos fatores depressivos na adolescência e (3) avaliar o efeito moderador do temperamento entre o trauma e a depressão na adolescência.

Assim, temos as seguintes hipóteses:

H1: as raparigas apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

H2: as raparigas apresentam níveis mais elevados de abuso afetivo e negligência emocional.

H3: as raparigas apresentam valores mais elevados nas dimensões temperamentais timidez e medo.

H4: os rapazes apresentam níveis mais elevados na dimensão do abuso físico, abuso sexual e negligência física.

H5: os rapazes apresentam níveis mais elevados nas dimensões temperamentais relativas à agressão e frustração.

H6: as dimensões temperamentais: agressão, medo, frustração, controlo da ativação, timidez, afiliação, humor deprimido e índice emocionalidade negativa correlacionam-se significativamente com a sintomatologia depressiva.

H7: existe uma relação significativa entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva.

H8: existe uma relação significativa entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva.

H9: existe uma relação significativa entre o abuso físico e a sintomatologia depressiva.

H10: existe uma relação significativa entre o abuso sexual e a sintomatologia depressiva.

H11: existe um efeito moderador do temperamento na relação entre as experiências traumáticas da infância e os sintomas depressivos.

Este é um estudo longitudinal, em que a variável independente relativa às experiências traumáticas na infância (medido através do CTQ-SF) e a variável moderadora, o temperamento (medido através do EATQ-R-SF) foram avaliadas num primeiro tempo que designaremos de T1. As três variáveis dependentes, a depressão (medida pelo CDI), o funcionamento psicossocial (medido através da A-Life) e uma variável que conjuga as duas variáveis anteriores designada de índice compósito, foram avaliadas num segundo tempo, T2, seis meses depois.

3. Metodologia

3.1. Participantes

A amostra da presente investigação é constituída por um total de 114 adolescentes pertencente à população geral e que frequentam o 3ºciclo e secundário, sendo 36 (31.6%) do sexo masculino e 78 (68.4%) do sexo feminino.

A idade média na amostra é de 13.91 anos (DP=0.927), variando entre os 13 e os 16 anos. Os sujeitos habitam na região centro de Portugal, sendo que 103 participantes (90.4%) pertencem á região centro litoral, e os restantes 11 participantes pertencem à região centro interior (9.6%).

Em relação ao rendimento escolar, 2 sujeitos (1.8%) mencionam um rendimento insuficiente, 18 (15.8%) suficiente, 33 (28.9%) satisfatório, 52 (45.6%) bom e 8 (7%) um rendimento muito bom.

Relativamente ao nível socioeconómico da amostra foi utilizado a classificação de Simões (1995), sendo que 75 sujeitos (65.8%) pertencem ao nível baixo, 23 sujeitos (20.2%) ao nível médio e 16 sujeitos (14%) pertencem a um nível elevado.

O presente estudo está inserido num projeto de investigação designado de “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo de eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais, financiado pela Realan Foundation (USA).

3.2.Procedimento

O projeto de investigação foi primeiramente autorizado pelas entidades que regulamentam as investigações. Após a sua aprovação foram contactadas as escolas para participarem no projeto.

Naquelas em que foi aprovado a investigação, os alunos foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, bem como o seu carácter voluntário e confidencial. Aos adolescentes e respetivos encarregados de educação foi dado um consentimento informado para conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo em que iam participar, preencherem e assinarem, dando assim a sua autorização para o mesmo.

A aplicação dos questionários foi realizada em contexto de sala de aula sempre na presença dos investigadores do projeto. Por outro lado, a entrevista A-Life, era administrada num espaço adequado para o efeito, sendo a sua aplicação individual.

3.3. Instrumentos

- Ficha Sociodemográfica

Esta ficha tem como objetivo a recolha de informação relativa ao género, idade, local de residência, escolaridade, rendimento escolar, número de reprovações, profissão dos pais, grau de escolaridade dos pais, agregado familiar e existência de psicopatologia nos progenitores.

- Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985; versão portuguesa: Marujo, 1994)

O CDI é um inventário de autorresposta que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, dos 7 aos 17 anos de idade.

Quantifica um conjunto de cinco fatores, incluindo o humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, autoestima negativa e anedonia. É constituído por 27 itens, tendo cada item três possibilidades de resposta. A cotação é feita de 0 a 2, em que 0 corresponde à

ausência de um sintoma, 1 – sintoma moderado e 2 - sintoma definitivo/ conclusivo, sendo que a pontuação total varia entre 0 e 54 pontos. Os itens 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, e 25 são cotados de forma invertida. Os sujeitos devem assinalar qual a possibilidade que melhor descreve a forma como se sentiu nas últimas duas semanas.

Na versão portuguesa deste instrumento encontrou-se uma boa consistência interna com *Alphas* de *Cronbach* entre 0.80 e 0.84 (Marujo, 1994). O *Alpha* de *Cronbach* obtido neste estudo é de .90, considerado muito bom.

- Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF; Bernstein et al., 2008; versão portuguesa: Matos & Pereira, 2012)

O CTQ-SF é um inventário de autorresposta, constituído por 25 itens e utilizado para a deteção de experiências de abuso e de negligência durante a infância em adultos e adolescentes. O sujeito deve responder relativamente às suas experiências enquanto crescia, como criança e adolescente. Pode ser usado a partir dos 12 anos de idade, tanto em populações clínicas, como não clínicas. Este inventário avalia cinco tipos de experiências traumáticas de maus-tratos: o abuso afetivo, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e a negligência física.

A pontuação é feita através de uma escala de *Likert* em que 1-“Nunca verdadeiro”; 2-“Raramente verdadeiro”; 3-“Algumas vezes verdadeiro”; 4-“Frequentemente verdadeiro” e 5-“Muito frequentemente verdadeiro”. Existem 7 itens invertidos (item 2; 5; 7; 13; 19; 26 e 28).

No estudo original do instrumento os *Alphas* de *Cronbach* revelaram uma boa consistência interna, com valores entre os .61 e .95 (Bernstein et al. 2003). Neste estudo a dimensão relativa ao abuso afetivo obteve um *Alpha* de .71 (razoável), o abuso físico .70 (razoável), o abuso sexual .75 (razoável), a negligência física .55 (inadmissível) e a negligência emocional .68 (fraco).

- The Early Adolescent Temperament Questionnaire – Revised – Short Form (EATQ-R-SF; Ellis, L. K. & Rothbart, M. K., 1999, trad. e adap. de Matos, A. P., et al., 2009)

O EATQ-R-SF é uma revisão do instrumento criado por Capaldi e Rothbart. É um questionário de autorresposta que permite avaliar várias dimensões do temperamento. O sujeito deve ter em conta a resposta que melhor descreve o quão verdadeira é a afirmação.

Constituído por 65 itens, cuja pontuação varia entre 1-“Quase sempre falso, em relação a ti”; 2- “Usualmente falso, em relação a ti”; 3-“Às vezes verdadeiro, às vezes falso, em

relação a ti”; 4-“Usualmente verdadeiro, em relação a ti” e 5-“Quase sempre verdadeiro, em relação a ti”. Este questionário possui 12 itens invertidos (item 2; 7; 10; 18; 19; 26; 28; 34; 38; 49; 53 e 61).

Avalia as seguintes 12 dimensões do temperamento: controle da ativação – capacidade de executar uma ação quando há uma forte tendência para evitá-lo (itens 7, 18, 30, 39 e 49); afiliação – relacionado com o desejo de calor e proximidade com os outros (itens 17, 27, 31, 44, 54); agressão – avalia o comportamento hostil e agressivo, dirigidos a pessoas e objetos, a agressão verbal direta e indireta e a reatividade hostil (itens 5, 9, 13, 22, 50, 58); humor deprimido - baixo humor, perda de interesse e de prazer nas atividades (itens 2, 11, 20, 39, 37, 55); atenção - a capacidade de focar a atenção, bem como de desviar quando necessário (itens 1, 34, 38, 41, 59, 61); medo – sentimento desagradável relacionado com a antecipação de uma aflição (itens 32, 35, 40, 46, 51, 57); frustração – afeto negativo relacionado à interrupção das tarefas em curso ou bloqueio de objetivos (itens 25, 36, 47, 56, 60, 62, 64); controle inibitório - capacidade de planeamento e para suprimir respostas inadequadas (itens 10, 14, 26, 43, 63); sensibilidade do prazer - prazer relacionado com atividades ou estímulos que envolvem baixa intensidade, ritmo, complexidade e novidade (itens 4, 16, 23, 33, 65); sensibilidade de percepção - detecção perceptiva ligeira, estimulação de baixa intensidade no ambiente (itens 6, 12, 21, 24); timidez - inibição comportamental à novidade e desafio, especialmente social (itens 8, 15, 45, 53); intensidade alta de prazer – o prazer é derivado de atividades que envolvam grande intensidade ou novidade (itens 3, 19, 28, 42, 48, 52). Possui ainda 4 índices: índice emocionalidade negativa (humor deprimido + frustração + agressão); índice controle de esforço (controle inibitório + controle da ativação + atenção); índice afiliação (afiliação + sensibilidade do prazer + sensibilidade de percepção) e índice surgency (intensidade alta de prazer + medo + timidez).

No estudo original (Ellis & Rothbart, 2001), foram reportados *Alphas de Cronbach* de .65 a .82 para dez dimensões do temperamento, sendo que a agressão obteve .80 e o humor deprimido .69. Neste estudo os *Alphas de Cronbach* revelaram valores razoáveis para as seguintes dimensões: agressão ($\alpha=.799$), humor deprimido ($\alpha=.739$), afiliação ($\alpha=.712$), atenção ($\alpha=.705$), frustração ($\alpha=.726$), sensibilidade do prazer ($\alpha=.781$), timidez ($\alpha=.736$) e índice emocionalidade negativa ($\alpha=.735$). Para a dimensão índice controle de esforço ($\alpha=.804$) foi revelado uma boa consistência interna. As dimensões medo ($\alpha=.659$) e sensibilidade de percepção ($\alpha=.643$) obtiveram valores fracos. Nas dimensões controle da ativação obteve ($\alpha=.575$), controle inibitório ($\alpha=.406$), intensidade alta de prazer ($\alpha=.416$),

índice afiliação ($\alpha=.581$) e índice *surgency* ($\alpha=.181$), os valores foram considerados inadmissíveis.

- Adolescent Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (A-LIFE; Keller et al., 1992; versão portuguesa: Matos & Costa, 2011)

A *A-LIFE* é uma entrevista semiestruturada para adolescentes, tendo como principal objetivo a avaliação da sintomatologia psicológica, bem como a sua gravidade. Foi desenvolvida a partir de uma entrevista designada por *A-LIFE* (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation) (Keller et al., 1987), construída para adultos.

É através da administração da *A-LIFE* que se efetua a avaliação do Funcionamento Psicossocial (FP), em quatro áreas: o desempenho escolar; as relações interpessoais com a família (pais, irmãos, padrasto/madrasta, namorado(a), e outros familiares que possam ser significativos); relações interpessoais com os amigos e as atividades recreativas. As áreas do FP são classificadas tendo em conta o grau de ajustamento social do adolescente, numa escala de *Likert* de 1 a 5, de 1- “muito bom” a 5- “muito pobre”. Foram encontrados coeficientes de correlação do FP de .52 e .98, segundo o estudo de Keller et al. (1987). O Índice Compósito, utilizado neste estudo como variável dependente, é assim constituído pela avaliação do Funcionamento Psicossocial em conjunto com os resultados do CDI.

3.4 Estratégia Analítica

A análise dos dados foi obtida através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 23.0 para o Windows).

As dimensões do temperamento relativas ao humor deprimido e atenção, não foram estudadas por questões teóricas, que irão ser explicadas na discussão.

Foi verificada a consistência interna dos vários fatores em análise através do *Alpha de Cronbach*. Assim, segundo Pestana & Gageiro (2008), variáveis com valores $<.6$ foram consideradas como inadmissíveis, entre $.6$ e $.7$ com consistência interna fraca, de $.7$ a $.8$ razoável, de $.8$ a $.9$ boa e variáveis com valores $>.9$ com consistência interna muito boa.

Para explorar as diferenças entre géneros foram aplicados testes *t* de *Student* para amostras independentes. Os resultados foram considerados como estatisticamente significativos quando $p \leq .05$ (Marôco, 2010). O resultado obtido foi utilizado como valor de referência da significância para essas dimensões. De modo a verificar a magnitude das diferenças de género foi analisado o tamanho do efeito para amostras independentes, através de uma equação do *eta* ao quadrado (Pallant, 2005). Para a interpretação desses resultados

foi utilizado a proposta de Cohen (1988), sendo que valores $>.14$ seriam considerados como tendo um efeito forte, entre $.06$ e $.14$, um efeito moderado e valores $\leq .06$ tinham um efeito pequeno.

Foram estudadas associações entre as variáveis em estudo através de correlações de Pearson. Os valores utilizados foram de Pestana e Gageiro (2008), sendo que: $r < .20$ indicava uma correlação muito baixa; entre $.20 < r < .39$ - correlação baixa; $.40 < r < .69$ - correlação moderada; $.70 < r < .89$ - correlação alta e $>.90$ a correlação era considerada muito alta. Seguidamente para se perceber se as dimensões do CTQ-SF e do EATQ-R-SF, que exibiram correlações significativas com o CDI, são preditores de sintomatologia depressiva, foram realizadas análises de regressão múltipla.

Existe uma moderação quando a variável moderadora afeta a orientação e/ou a força na relação entre a variável dependente e a variável independente (Baron & Kenny, 1986). Assim o efeito moderador do temperamento na relação entre a sintomatologia depressiva e as experiências traumáticas da infância também foi analisado (Figura 1).

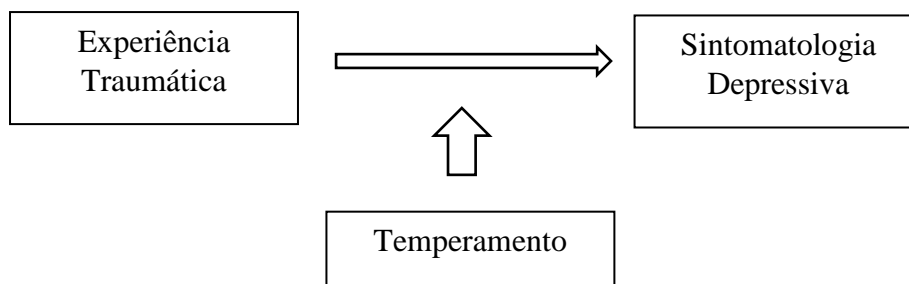


Figura 1. Modelo de moderação simples.

Antes de ser estudada a análise da moderação, as variáveis predictoras (dimensões do CTQ-SF) e a variável moderadora (dimensões do EATQ-R-SF) foram estandardizadas, para redução de possíveis problemas de multicolinearidade (Marôco, 2010). Posteriormente foram criadas novas variáveis que correspondessem ao termo multiplicativo entre a variável independente (trauma) e da variável moderadora (temperamento).

Seguidamente foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas para os fatores da variável independente (trauma) que foram anteriormente considerados como preditores de sintomatologia depressiva (abuso e negligência emocional). Em primeiro lugar, foi inserido a variável independente do CTQ-SF (estandardizada), em segundo, foi a variável moderadora, correspondente a cada uma das dimensões do temperamento (estandardizadas),

em terceiro, foi inserido o termo de interação (estandardizado) entre estas duas últimas variáveis (Figura 2).

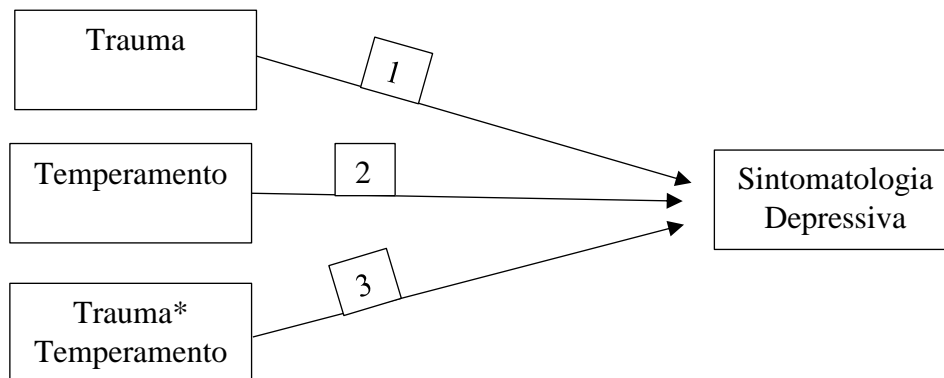


Figura 2. Modelo de modelação múltipla hierárquica

Existe um efeito de moderação quando a interação é significativa ($p < .05$).

Por último, o efeito moderador estatisticamente significativo foi representado graficamente no SPSS.

4. Resultados

4.1 Análise preliminar dos dados

Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* podemos verificar que existem variáveis que apresentam uma distribuição normal ($p \geq .05$) tais como as dimensões do EATQ-R-SF frustração, índice emocionalidade negativa, índice controlo de esforço e o índice afiliação. Outras variáveis tais como o CDI, todas as dimensões do CTQ-SF e algumas dimensões do EATQ-R-SF: controlo da ativação, afiliação, agressão, controlo inibitório, sensibilidade do prazer, sensibilidade de percepção, timidez, intensidade alta de prazer, apesar de não apresentarem uma distribuição normal ($p \leq .05$), as medidas de assimetria (*Skewness*) e de curtose (*Kurtosis*) não mostram violações graves à distribuição normal, pois os valores de sk $| 3 |$ e de ku $| 3 |$ podem ser considerados aceitáveis (Kline, 2011).

Para garantir a adequação dos dados a tratar para a análise de regressão múltipla hierárquica, foram realizadas análises preliminares. Não foram encontrados problemas de multicolinearidade [Valores de Tolerância $> .10$ e Valores de Inflação da Variância (VIF) < 10], homocedasticidade, linearidade, normalidade dos resíduos, autocorrelação e de independência dos erros (Durbin-Watson). Relativamente à presença de Outliers, não foram encontrados nas variáveis valores de Cook's Distance > 1 (Pallant, 2005). Assim, podemos

concluir que foram assegurados os pressupostos dos dados para a realização de análises de regressão.

4.2 Análises descritivas

As médias, desvios-padrão e *Alpha* de *Cronbach* são apresentados na tabela 1.

Tabela 1.

Alpha de *Cronbach* (α), Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) para a amostra total e ambos os gêneros

	Amostra Total (N=114)		
	α	M	DP
Sintomatologia depressiva (CDI Total)	.910	9.54	6.90
Abuso Afectivo (CTQ – SF)	.721	6.65	2,70
Abuso Físico (CTQ – SF)	.683	5.39	1.24
Abuso Sexual (CTQ – SF)	.728	5.35	1.45
Negligência Emocional (CTQ – SF)	.493	8.38	3.58
Negligência Física (CTQ – SF)	.778	6.17	2.05
Afiliação (EATQ-R-SF)	.712	3.96	.64
Agressão (EATQ-R-SF)	.799	2.07	.77
Medo (EATQ-R-SF)	.659	3.05	.74
Controlo da ativação (EATQ-R-SF)	.575	3.49	.63
Atenção (EATQ-R-SF)	.705	3.34	.67
Frustração (EATQ-R-SF)	.762	3.13	.69
Controlo inibitório (EATQ-R-SF)	.406	3.49	.63
Sensibilidade do prazer (EATQ-R-SF)	.781	3.52	.86
Sensibilidade de percepção (EATQ-R-SF)	.643	3.20	.81
Timidez (EATQ-R-SF)	.736	2.99	.91
Intensidade alta de prazer (EATQ-R-SF)	.416	3.07	.66
Índice emocionalidade negativa (EATQ-R-SF)	.735	2.65	.60
Índice controlo de esforço (EATQ-R-SF)	.804	3.45	.56
Índice afiliação (EATQ-R-SF)	.581	3.56	.57
Índice <i>surgency</i> (EATQ-R-SF)	.181	3.04	.48

Nota: α = Alpha de Cronbach; M= média; DP= Desvio-Padrão; CDI= Children's Depression Inventory; CTQ-SF= Childhood Trauma Questionnaire – Short Form; EATQ-R-SF= The Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised-Short Form

Como os fatores da negligência física (trauma), controlo da ativação, controlo inibitório, intensidade alta de prazer, índice afiliação e índice *Surgency*, relacionados com o temperamento, obtiveram valores de *Alpha* de *Cronbach* considerados inadmissíveis não foram considerados para a continuidade da análise estatística.

4.3 Diferenças de gênero nas variáveis em estudo

Para analisar as diferenças de gênero em todas as dimensões do CTQ-SF e do EATQ-R-SF foram realizados testes de *t* de *Student* para amostras independentes. Para os resultados serem considerados estatisticamente significativos, o valor deve ser $p \leq .05$. Para verificar a magnitude das diferenças de gênero foi analisado o tamanho do efeito para amostras independentes, através de uma equação do *eta* ao quadrado. Para a interpretação desses resultados foi utilizado a proposta de Cohen (1998). Os resultados das variáveis nas quais houve diferenças estatisticamente significativas são apresentados de seguida na tabela 2.

Tabela 2.

Média (M), Desvio-Padrão (DP) para o grupo feminino e masculino, testes *T-student* (T), Significância dos resultados (p), e o *eta* ao quadrado (η^2) para a amostra total (n=114)

Medidas	Masculino (n=36)		Feminino (n=78)		n=114		
	M	DP	M	DP	T	p	η^2
Abuso Físico - CTQ-SF	5.72	1.88	5.23	0.77	1.51	.001	.03
Negligência Emocional - CTQ-SF	9.22	4.34	7.99	3.13	1.54	.043	.02
CDI	7.69	4.78	10.4	7.58	-2.29	.042	.016
Afiliação - EATQ-R-SF	3.69	0.77	4.09	0.54	-2.80	.010	.06

Nota: M= média; DP= Desvio-Padrão; P = Significância; η^2 = eta ao quadrado; CTQ-SF= Childhood Trauma Questionnaire – Short Form; EATQ-R-SF= The Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised-Short Form

Usando como referência os valores de Cohen (1988), podemos verificar que relativamente ao tamanho do efeito, só o CDI apresenta um efeito forte ($>.14$), a afiliação um efeito moderado, sendo que as restantes dimensões (abuso físico e negligência emocional) apresentam um efeito pequeno ($<.06$). O sexo masculino apresentou valores mais elevados nas dimensões referentes ao abuso físico e negligência emocional quando comparados com o sexo feminino. Em relação às restantes dimensões, o sexo feminino apresentou valores mais elevados.

4.4 Estudo da associação entre as variáveis

O presente estudo longitudinal é constituído por duas passagens no tempo, sendo que as variáveis referentes ao trauma e ao temperamento são avaliadas em T1 e a sintomatologia depressiva (avaliado pelo CDI), funcionamento psicossocial e índice compósito

(sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial) são avaliados em T2. Assim, para se verificar se as variáveis estavam associadas, foram feitos testes de correlações, usando a Correlação de *Pearson* (cf. Anexo I).

Relativamente às correlações que se estabelecem com a sintomatologia depressiva (CDI) podemos considerar que o abuso afetivo ($r=.608$, $p=.000$) e negligência emocional ($r=.436$, $p=.000$), medidas pelo CTQ-SF, o índice emocionalidade negativa ($r=.565$, $p=.000$) e a agressão ($r=.427$, $p=.000$) medidas pelo EATQ-R-SF apresentam uma correlação moderada. As dimensões índice controlo esforço ($r=-.389$, $p=.000$), frustração ($r=.350$, $p=.000$), sensibilidade de percepção ($r=.302$, $p=.001$) e timidez ($r=.277$, $p=.003$) medidas pelo EATQ-SF-R, apresentam uma correlação baixa com a sintomatologia depressiva (CDI).

Tendo em conta a variável dependente do Funcionamento Psicossocial, verificamos que existe uma correlação alta com o índice compósito ($r=.846$, $p=.000$). Correlações moderadas com a sintomatologia depressiva ($r=.474$, $p=.000$); abuso afetivo ($r=.442$, $p=.000$), medido pelo CTQ-SF e agressão ($r=.434$, $p=.000$) medido pelo EATQ-R-SF. As dimensões negligência emocional ($r=.293$, $p=.000$), medido pelo CTQ-SF; índice controlo de esforço ($r=-.286$, $p=.000$) e índice emocionalidade negativa ($r=.372$, $p=.000$), medidos pelo EATQ-SF, apresentam correlações baixas.

Relativamente ao Índice Compósito (CDI + Funcionamento Psicossocial) foi possível encontrar correlações moderadas com o abuso afetivo ($r=.615$, $p=.000$) e negligência emocional ($r=.428$, $p=.000$) medidas pelo CTQ-SF e índice emocionalidade negativa ($r=.552$, $p=.000$) e agressão ($r=.501$, $p=.000$) medidas pelo EATQ-R-SF. As dimensões do EATQ-SF índice controlo de esforço ($r=-.396$, $p=.000$), frustração ($r=.296$, $p=.001$), sensibilidade de percepção ($r=.217$, $p=.021$) e afiliação ($r=-.213$, $p=.023$) apresentam correlações baixas, sendo que só a dimensão timidez ($r=.184$, $p=.050$) apresenta uma correlação muito baixa.

4.5 Estudo de efeitos preditores

Os resultados demonstraram que os fatores do trauma produziam um modelo significativo ($R^2=.395$; $F_{(2,111)}=36.28$, $p <.001$), que explicavam 39.5% da variância da sintomatologia depressiva. O abuso afetivo apareceu como o melhor preditor da sintomatologia depressiva ($\beta=.519$, $p <.001$), seguindo-se da negligência emocional ($\beta=.183$, $p <.032$). O abuso afetivo e a negligência emocional, contribuem de modo significativo e independente para a predição da sintomatologia depressiva. Relativamente ao temperamento, os resultados demonstraram que produzem um modelo significativo ($R^2=.444$, $F_{(8,105)}=10.47$, $p <.001$), que explica

44.4% da variância da sintomatologia depressiva. A timidez surge como o melhor preditor ($\beta=.378$, $p <.014$), seguindo-se da dimensão agressão ($\beta=.350$, $p <.013$), por fim, a dimensão sensibilidade de percepção ($\beta=.198$, $p <.032$).

Foi também realizada uma regressão múltipla para o Funcionamento Psicossocial, enquanto variável dependente, tendo-se encontrado um modelo significativo ($R^2=.212$; $F_{(4,109)}=7.325$, $p <.001$) para as dimensões do CTQ-SF, que explicou 21.2% da variância da sintomatologia depressiva. A única variável com valores significativos foi o abuso afetivo ($\beta=.417$, $p <.000$). Os resultados em relação ao temperamento demonstraram um modelo significativo ($R^2=.259$; $F_{(12,101)}=2.28948$, $p <.001$), explicando 25.9% da variância da sintomatologia depressiva. A única variável que surge como preditora é a agressão ($\beta=.310$, $p <.013$).

Relativamente à variável dependente do índice composto, o trauma obteve um modelo significativo ($R^2=.406$; $F_{(4,109)}=20.282$, $p <.000$), explicando 40.6% da variância. O abuso afetivo surge como o melhor preditor ($\beta=.575$, $p <.000$), seguido da negligência emocional ($\beta=.178$, $p <.035$). No temperamento não foram obtidos dados estatisticamente significativos.

4.6 Moderações

Foram efetuados estudos de moderação, também com um design longitudinal, no qual as variáveis independentes (dimensões do trauma) e moderadoras (dimensões do temperamento) são avaliadas em T1 e as variáveis dependentes (sintomatologia depressiva, funcionamento psicossocial e índice composto) são avaliadas em T2. Apresentam-se apenas as moderações que revelaram um termo de interação estatisticamente significativo.

4.6.1 O efeito moderador da dimensão temperamental da agressão na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o CDI

Explorou-se a possibilidade da dimensão temperamental da agressão moderar a relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva, nos fatores do CTQ-SF que surgiram como preditores da sintomatologia depressiva (abuso afetivo e a negligência emocional).

Na tabela 3 podemos verificar que existe interação significativa entre o abuso afetivo e a agressão ($\beta=.257$, $p <.001$). Ambas as variáveis isoladas são igualmente preditores de sintomatologia depressiva (Abuso Afetivo: $\beta=.608$, $p <.000$, EATQ-R-SF Agressão: $\beta=.250$, $p <.000$) (tabela 3).

Tabela 3.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre o abuso afetivo (CTQ-SF), dimensão temperamental da agressão (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p .
1	Abuso afetivo	.608	8.105	.000
2	Abuso afetivo	.524	6.848	.000
	EATQ-R-SF Agressão	.250	3.266	.001
3	Abuso afetivo * Agressão	.257	3.288	.001

Estas variáveis geraram modelos estatisticamente significativos (cf. Tabela 4): 1º passo: $R^2=.608$, $F_{(1,112)}=65.687$, $p <.000$; 2º passo: $R^2=.652$, $F_{(2,111)}=41.012$, $p <.000$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou de igual modo um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.462$, $F_{(3,110)}=33.363$, $p <.000$). O termo de interação explicou 46.2% da sintomatologia depressiva. Este coeficiente do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva tendo em conta o nível de abuso afetivo difere significativamente conforme o temperamento agressivo ser alto ou baixo.

Tabela 4.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com o abuso afetivo como preditor da sintomatologia depressiva e o temperamento agressivo como moderador

Modelo	F	p	R	R^2
1	65.687	.000	.608	.370
2	41.012	.000	.652	.415
3	33.363	.000	.390	.462

No gráfico abaixo (Figura 3) é possível verificar o efeito moderador tendo em conta a variável dependente o CDI. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: Abuso Afetivo e Agressão. Podemos verificar que quando o abuso afetivo é alto, níveis mais altos de agressão associam-se com níveis mais altos de sintomatologia depressiva, comparados com níveis mais baixos de agressão. No entanto quando os níveis de abuso afetivo são baixos tende a não haver diferenças significativas na sintomatologia depressiva independentemente dos níveis de agressão serem altos ou baixos.

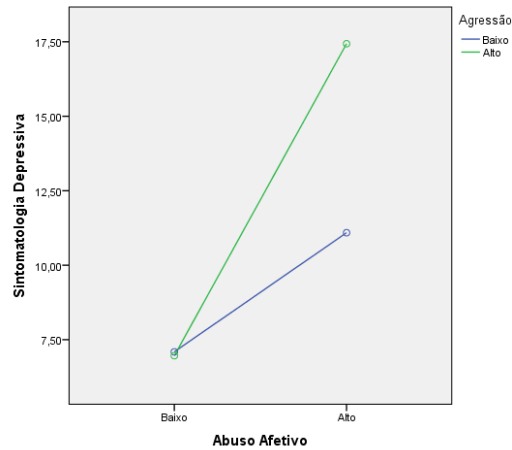


Figura 3. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental relativa à agressão na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva

4.6.2 O efeito moderador da dimensão temperamental índice controle de esforço na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva tendo em conta a variável dependente CDI

Analisou-se a possibilidade da dimensão temperamental do índice controle de esforço moderar a relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva.

Na tabela 5 podemos verificar que existe uma interação significativa entre as variáveis ($\beta = -.307$, $p < .000$). Ambas as variáveis isoladas são igualmente preditores de sintomatologia depressiva (Abuso Afetivo: $\beta = .608$, $p < .000$, EATQ-R-SF Índice controle de esforço: $\beta = -.262$, $p < .000$).

Tabela 5.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre o abuso afetivo (CTQ-SF), dimensão temperamental índice controle de esforço (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p .
1	Abuso afetivo	.608	8.105	.000
2	Abuso afetivo	.547	7.450	.000
	EATQ-R-SF índice controle de esforço	-.262	-3.565	.001
3	Abuso afetivo * índice controle de esforço	-.307	-4.365	.000

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos (cf. Tabela 6): 1º passo: $R^2=.615$, $F_{(1,112)}=68.240$, $p <.000$; 2º passo: $R^2=.668$, $F_{(2,111)}=44.650$, $p <.000$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.475$, $F_{(3,110)}=33.146$, $p <.000$). O termo de interação explicou 47.5% da interação significativa entre o abuso afetivo e o índice controle de esforço. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva, de acordo com o nível de abuso afetivo difere significativamente consoante o nível de controle de esforço ser alto ou baixo.

Tabela 6.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com o abuso afetivo como preditor da sintomatologia depressiva e a dimensão temperamental índice controle de esforço como moderador

Modelo	F	p	R	R ²
1	68.240	.000	.615	.379
2	44.650	.000	.446	.436
3	33.146	.000	.475	.475

Através da observação do gráfico (Figura 4) podemos verificar o efeito moderador tendo em conta a variável dependente CDI. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: Abuso Afetivo e Índice Controle de Esforço.

É possível verificar que quando ao abuso afetivo é alto e os níveis do índice controle de esforço são baixos, existe uma maior sintomatologia depressiva, em comparação com níveis altos do índice controle de esforço. No entanto, quando os níveis de abuso afetivo são baixos, as diferenças na sintomatologia depressiva não são tão significativas independentemente dos níveis do índice controle de esforço serem altos ou baixos.

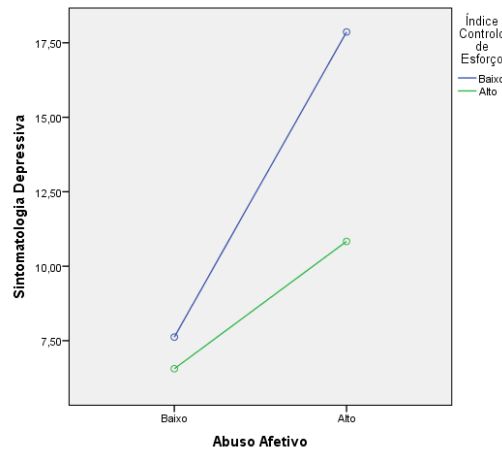


Figura 4. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental do índice controle de esforço na relação entre as experiências de abuso afetivo e a sintomatologia depressiva

4.6.3 O efeito moderador da dimensão temperamental índice controle de esforço na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva tendo em conta a variável dependente funcionamento psicossocial

Analisou-se a possibilidade da dimensão temperamental do índice controle de esforço moderar a relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva.

Na tabela 7 podemos verificar que existe uma interação significativa entre as variáveis ($\beta=.200$, $p < .048$). Quando isolada a dimensão negligência emocional é preditora de sintomatologia depressiva ($\beta=.204$, $p < .046$), contudo, a dimensão índice controle de esforço, isolada não é preditora de sintomatologia depressiva ($\beta=-.192$ $p < .059$).

Tabela 7.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre a negligência emocional (CTQ-SF), dimensão temperamental índice controle de esforço (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p .
1	Negligência Emocional	.293	3.238	.002
2	Negligência Emocional	.204	2.022	.046
	EATQ-R-SF Índice controle de esforço	-.192	-1.905	.059
3	Negligência Emocional * Índice controle de esforço	.200	2.003	.048

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos (cf. Tabela 8): 1º passo: $R^2=.086$, $F_{(1,112)}=10.484$, $p <.002$; 2º passo: $R^2=.115$, $F_{(2,111)}=7.189$, $p <.001$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.146$, $F_{(3,110)}=6.254$, $p <.001$). O termo de interação explicou 14.6% da interação significativa entre a negligência emocional e o índice controle de esforço. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva, de acordo com o nível de negligência emocional difere significativamente consoante o nível de controle de esforço ser alto ou baixo.

Tabela 8.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com a negligência emocional como preditor da sintomatologia depressiva e a dimensão temperamental índice controle de esforço como moderador

Modelo	F	p	R	R ²
1	10.484	.002	.293	.086
2	7.180	.001	.338	.115
3	6.254	.001	.382	.146

Através da observação do gráfico (Figura 5) podemos verificar o efeito moderador tendo em conta a variável dependente funcionamento psicossocial. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: negligência emocional e índice controle de esforço.

É possível verificar que quando a negligência emocional é alta e os níveis do índice controle de esforço são baixos, existe uma maior sintomatologia depressiva, em comparação com níveis altos do índice controle de esforço. No entanto, quando os níveis de negligência emocional são baixos, altos níveis de índice controle de esforço representam menor sintomatologia depressiva.

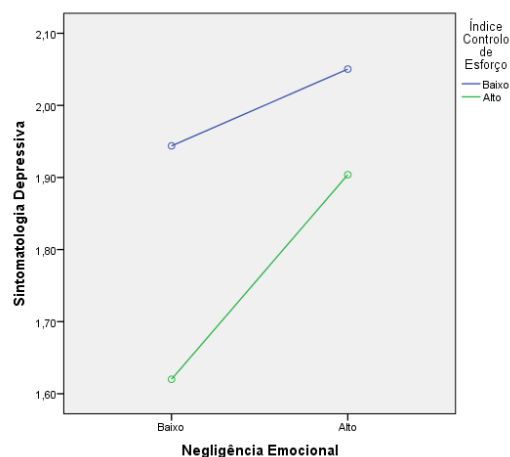


Figura 5. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental do índice controle de esforço na relação entre as experiências de negligência emocional e a sintomatologia depressiva

4.6.4 O efeito moderador da dimensão temperamental índice controle de esforço na relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva tendo em conta a variável dependente o índice compósito (CDI + Funcionamento Psicossocial)

Analisou-se a possibilidade da dimensão temperamental do índice controle de esforço moderar a relação entre o abuso afetivo e a sintomatologia depressiva, tendo como variável dependente o índice compósito (sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial).

Na tabela 9 podemos verificar que existe uma interação significativa entre as variáveis ($\beta = -.181, p < .015$). Ambas as variáveis isoladas são igualmente preditores de sintomatologia depressiva (Abuso Afetivo: $\beta = .615, p < .000$, EATQ-R-SF índice controle de esforço: $\beta = -.267, p < .000$).

Tabela 9.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre o abuso afetivo (CTQ-SF), dimensão temperamental índice controle de esforço (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p.
1	Abuso Afetivo	.615	8.261	.000
2	Abuso Afetivo	.553	7.610	.000
	EATQ-R-SF Índice controle de esforço	-.267	-3.669	.000
3	Abuso Afetivo * Índice controle de esforço	.181	-2.463	.015

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos (cf. Tabela 10): 1º passo: $R^2=.615$, $F_{(1,112)}=68.240$, $p <.000$; 2º passo: $R^2=.446$, $F_{(2,111)}=44.650$, $p <.000$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.475$, $F_{(3,110)}=33.146$, $p <.000$). O termo de interação explicou 47.5% da interação significativa entre o abuso afetivo e o índice de controlo de esforço. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva, de acordo com o nível de abuso afetivo difere significativamente consoante o nível de controlo de esforço ser alto ou baixo.

Tabela 10

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com o abuso afetivo como preditor da sintomatologia depressiva e a dimensão temperamental índice de controlo de esforço como moderador

Modelo	F	p	R	R ²
1	68.240	.000	.615	.379
2	44.650	.000	.668	.446
3	33.146	.000	.689	.475

Através da observação do gráfico (Figura 6) podemos verificar o efeito moderador tendo em conta a variável dependente do índice composto. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: abuso afetivo e índice de controlo de esforço.

É possível verificar que quando o abuso afetivo é alto e os níveis do índice de controlo de esforço são baixos, existe uma maior sintomatologia depressiva, em comparação com níveis altos do índice de controlo de esforço. No entanto, quando os níveis de abuso afetivo são baixos não existem diferenças muito significativas na sintomatologia depressiva independentemente dos níveis do índice de controlo de esforço serem altos ou baixos.

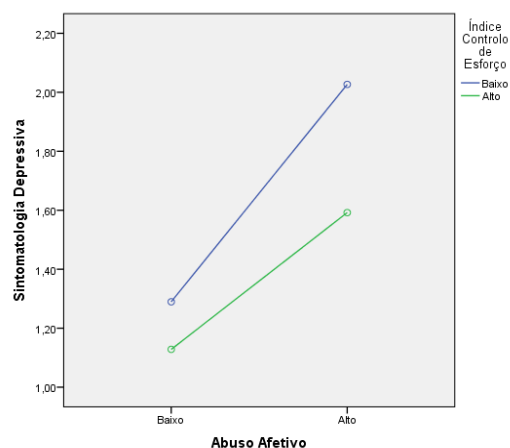


Figura 6. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental do índice controle de esforço na relação entre as experiências de abuso afetivo e a sintomatologia depressiva

4.6.5 O efeito moderador da dimensão temperamental timidez na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva tendo em conta a variável dependente do índice composto (CDI+ Funcionamento Psicossocial)

Foi estudada a hipótese da dimensão temperamental relativa à timidez moderar a relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva.

Na tabela 11 é possível verificar que existe interação significativa entres as variáveis ($\beta=.669$, $p < .016$). Contudo isoladamente apenas a variável referente à negligência emocional: $\beta=.428$, $p < .000$ é considerada como preditora da sintomatologia depressiva.

Tabela 11.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre a negligência emocional (CTQ-SF), dimensão temperamental timidez (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p .
1	Negligência emocional	.428	5.005	.000
2	Negligência emocional	.417	4.931	.000
	EATQ-R-SF Timidez	.158	1.863	.065
3	Negligência emocional * Timidez	.669	2.448	.016

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos nos dois passos anteriores (cf. Tabela 12): 1º passo: $R^2=.183$, $F_{(1,112)}=25.054$, $p < .000$; 2º passo: $R^2=.456$, F

(2,111) =14.539, $p < .000$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.499$, $F_{(3,110)} =12.126, p < .000$). O termo de interação explicou 49.8% desta variância. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva de acordo com o nível de negligência emocional difere significativamente consoante o temperamento tímido ser alto ou baixo.

Tabela 12.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com a negligência emocional como preditor da sintomatologia depressiva e a dimensão temperamental timidez como moderador

Modelo	F	p	R	R ²
1	25.054	.000	.428	.183
2	14.539	.000	.456	.208
3	12.126	.000	.499	.249

Podemos observar no gráfico (Figura 7) o efeito moderador tendo em conta a variável dependente CDI + Funcionamento Psicossocial. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: Negligência Emocional e Timidez.

Podemos verificar que quando a negligência emocional é alta, níveis mais altos de timidez associam-se com maior sintomatologia depressiva por parte dos adolescentes, em comparação com baixos níveis de negligência emocional. No entanto quando os níveis de negligência emocional são baixos tende a não haver diferenças significativas na sintomatologia depressiva independentemente dos níveis de timidez serem altos ou baixos.

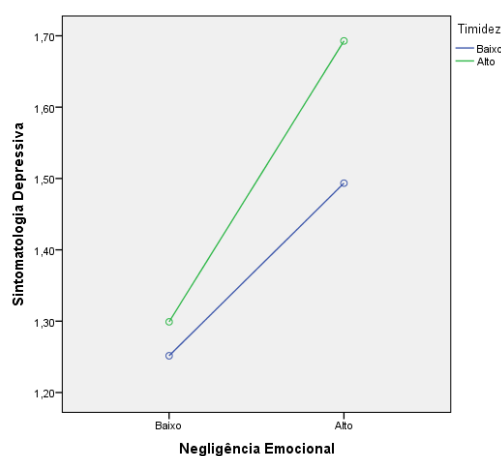


Figura 7. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental timidez na relação entre as experiências de negligência emocional e a sintomatologia depressiva

4.6.6 O efeito moderador da dimensão temperamental sensibilidade de percepção na relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva tendo em conta a variável dependente do índice compósito (CDI+ Funcionamento Psicossocial)

Foi estudada a hipótese da dimensão temperamental relativa à sensibilidade de percepção moderar a relação entre a negligência emocional e a sintomatologia depressiva.

Na tabela 13 é possível verificar que existe uma interação significativa entre as variáveis ($\beta=.586$, $p < .041$).

Tabela 13.

Coefficientes de regressão para os três passos da regressão múltipla hierárquica entre a negligência emocional (CTQ-SF), dimensão temperamental sensibilidade de percepção (EATQ-R-SF) e respetiva interação

Modelo	Preditores	β	T	p .
1	Negligência emocional	.428	5.005	.000
2	Negligência emocional	.456	5.526	.000
	EATQ-R-SF Sensibilidade de Percepção	.266	3.218	.002
3	Negligência emocional * Sensibilidade de percepção	.586	2.066	.041

Estas variáveis originaram modelos estatisticamente significativos nos dois passos anteriores (cf. Tabela 14): 1º passo: $R^2=.183$, $F_{(1,112)}=25.054$, $p < .000$; 2º passo: $R^2=.253$, $F_{(2,111)}=18.751$, $p < .000$. No terceiro passo, o termo de interação foi inserido e originou igualmente um modelo estatisticamente significativo e um aumento do R^2 ($R^2=.280$, $F_{(3,110)}=14.292$, $p < .000$). O termo de interação explicou 28% desta variância. Este coeficiente estatisticamente significativo do termo de interação indica que a inclinação que prediz a mudança na sintomatologia depressiva de acordo com o nível de negligência emocional difere significativamente consoante o temperamento tímido ser alto ou baixo.

Tabela 12.

Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica, com a negligência emocional como preditor da sintomatologia depressiva e a dimensão temperamental sensibilidade de percepção como moderador

Modelo	F	p	R	R^2
1	25.054	.000	.428	.183
2	18.751	.000	.503	.253
3	14.292	.000	.530	.280

Podemos observar no gráfico (Figura 8) o efeito moderador tendo em conta a variável dependente CDI + Funcionamento Psicossocial. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) para ambas as variáveis em estudo: Negligência Emocional e Timidez.

Podemos verificar que quando a negligência emocional é alta, níveis mais altos de timidez associam-se com maior sintomatologia depressiva por parte dos adolescentes, em comparação com baixos níveis de negligência emocional. No entanto quando os níveis de negligência emocional são baixos tende a não haver diferenças significativas na sintomatologia depressiva independentemente dos níveis de timidez serem altos ou baixos.

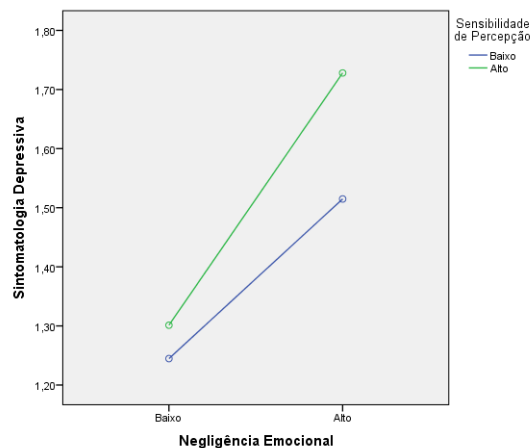


Figura 5. Representação gráfica do efeito moderador da dimensão temperamental sensibilidade de percepção na relação entre as experiências de negligência emocional e a sintomatologia depressiva

5. Discussão

A adolescência é uma fase da vida que envolve modificações a vários níveis (Papalia, 2009), podendo ser afetada por diversas patologias, sendo a depressão uma delas (Bahls, 2002). Atualmente a depressão é reconhecida como tendo uma influência negativa em vários aspetos da vida do adolescente, podendo persistir na idade adulta (Verduyn, Rogers & Wood, 2009).

São múltiplos os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva na adolescência, entre os quais o abuso e a negligência emocional (Alloy, Zhu & Abramson, 2003; Gibb, Abramson, Alloy, Hankin, Haeffel, MacCoon, 2002; Kim & Cicchetti, 2006). O temperamento parece ter um papel importante na relação entre as experiências traumáticas da infância e a sintomatologia depressiva, sendo que as diferenças individuais no temperamento têm consequências na forma como os adolescentes reagem e

percecionam o ambiente que os rodeia. Está presente desde a infância e influencia as cognições relativas ao mundo físico e social (Rothbart, 2005). Num estudo realizado por Nakai, et al. (2015) verificou-se que existia um efeito moderador do temperamento afetivo entre as experiências traumáticas e os sintomas depressivos. Foi também encontrado que o temperamento depressivo interagiu positivamente na relação entre a negligência e a sintomatologia depressiva. Contudo, este estudo além de não ser longitudinal, também teve como população alvo os adultos de uma população não clínica.

No presente estudo longitudinal foi analisada, numa amostra de 114 adolescentes, a relação entre o trauma e o temperamento (avaliados em T1) e a sintomatologia depressiva (avaliada em T2, seis meses depois), bem como o efeito moderador do temperamento na relação entre o trauma e a sintomatologia depressiva.

O presente estudo longitudinal vem colmatar falhas existentes na literatura, que não tem analisado o possível efeito preditor e moderador de variáveis temperamentais, medidas pelo EATQ-SF-R e que tem recorrido sobretudo a designs transversais.

As dimensões temperamentais humor deprimido e atenção não foram incluídas neste estudo. Considerámos que a inclusão da dimensão humor deprimido poderia enviesar os resultados obtidos, tendo em conta que é uma característica da sintomatologia depressiva e que já corresponde à variável dependente (avaliada pelo CDI). A dimensão temperamental relativa à atenção, não nos pareceu teoricamente relevante para o estudo da sintomatologia depressiva, devido aos itens que o compõem (e.g. item 59: “Presto muita atenção quando alguém me diz como fazer alguma coisa”) parecendo estar mais relacionado com perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Os resultados do *Alpha de Cronbach* revelaram a existência de valores considerados como inadmissíveis ($\alpha < .6$) nas dimensões relativas à negligência física (trauma), controlo de ativação, controlo inibitório, intensidade alta de prazer, índice afiliação e índice *surgency* (correspondentes ao temperamento), pelo que foram também retiradas das análises do estudo (H6 parcialmente infirmada).

Foram analisadas as diferenças entre géneros em todas as dimensões em estudo. O abuso físico, a negligência emocional, a afiliação e a sintomatologia depressiva foram as variáveis onde as diferenças de género obtiveram valores significativos. O sexo feminino apresentou níveis mais elevados na sintomatologia depressiva (confirmação da hipótese H1), em comparação com o sexo masculino, o que vai ao encontro de estudos já realizados (Bahls, 2002; Saluja & Overpeck, 2004). O sexo masculino apresentou níveis mais elevados de abuso físico (H4 foi parcialmente confirmada), e a negligência emocional (hipótese H2 foi

infirmada) em comparação com o sexo feminino. Num estudo realizado por Sudbrack, Manfro, Kuhn, Carvalho & Lara (2015) com exceção do abuso físico, todos os tipos de trauma eram mais frequentes no sexo feminino, assim, este estudo está de acordo com o nosso resultado relativamente ao abuso físico, mas não em relação à negligência emocional. As raparigas apresentaram valores superiores na dimensão temperamental afiliação, em comparação com os valores obtidos pelo sexo masculino. No estudo de Conceição & Carvalho (2013), a afiliação também obteve valores superiores no sexo feminino. Ao ser analisado o tamanho do efeito, foi verificado que só na sintomatologia depressiva a magnitude do efeito foi forte, pelo que é possível concluir que existem diferenças entre o sexo masculino e femininas mais acentuadas em relação a esta variável. Como não foram obtidos valores significativos nas outras dimensões em estudo, as hipóteses H3 e H5 foram infirmadas.

Os resultados obtidos no presente estudo longitudinal revelaram que os fatores do trauma, abuso afetivo e negligência emocional, explicaram 39.5% da variância da sintomatologia depressiva (confirmando-se as hipóteses H7 e H8), o que vai ao encontro dos estudos de Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003; Alloy, Zhu & Abramson, 2013; Gibb, Abramson, Alloy, Hankin, Haeffel, MacCoon, 2002. Os adolescentes que sofreram destes tipos de trauma tendem a demonstrar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. O abuso físico, não foi considerado como um preditor significativo da sintomatologia depressiva (hipótese H9 foi infirmada), ao contrário dos resultados obtidos no estudo de Kaufman (1991). Este resultado pode dever-se ao fato de nem sempre os adolescentes quererem mencionar este tipo de abuso. Também o abuso sexual não obteve correlações significativas, nem foi considerado um preditor significativo da sintomatologia depressiva (hipótese H10 infirmada), o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo de Widom, DuMont & Czaja (2007).

Em relação ao temperamento, os resultados demonstraram que este explica 44.4% da variância da sintomatologia depressiva. A timidez surge como o melhor preditor, seguindo-se a dimensão agressão e, por fim, a sensibilidade de percepção (confirmação parcial da hipótese H6). Também as dimensões relacionadas com o índice emocionalidade negativa, frustração, sensibilidade de percepção e índice controlo de esforço obtiveram correlações significativas com a sintomatologia depressiva (confirmação parcial da hipótese H6).

Considerando a variável Funcionamento Psicossocial, como variável dependente, os valores de percentagem de variância explicada baixam, comparativamente com aqueles obtidos para a sintomatologia depressiva. Apenas o abuso afetivo se revelou um preditor

significativo explicando 21.2% da variância. Em relação ao temperamento, o resultado obtido foi significativo para a dimensão agressão, explicando 25.9% da variância. Também a negligência emocional (trauma), sintomatologia depressiva, e as dimensões do temperamento, índice emocionalidade negativa e o índice controlo de esforço, obtiveram correlações significativas com a variável referente ao Funcionamento Psicossocial.

Relativamente ao índice compósito, foi obtido um modelo significativo explicando 40.6% da variância. O abuso afetivo e a negligência emocional (trauma) são considerados os melhores preditores. Contudo, o temperamento não se revelou um preditor significativo, através dos resultados das regressões, apesar das dimensões relativas à agressão, índice emocionalidade negativa, afiliação, frustração, sensibilidade de percepção, índice controlo de esforço e timidez terem obtido correlações significativas com esta variável dependente.

Através dos estudos de moderação efetuados, foi possível verificar que nem todas as dimensões relativas ao temperamento apresentaram interações significativas. A agressão, a timidez, o índice controlo de esforço e a sensibilidade de percepção, são as dimensões que apresentaram efeitos de moderação significativos entre o trauma e a sintomatologia depressiva (confirmação da hipótese H11).

Através da análise dos resultados de moderação, podemos verificar que o temperamento agressivo se revelou um moderador significativo. Assim, adolescentes mais agressivos e que tenham sofrido de abuso afetivo possuem níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, comparativamente com adolescentes menos agressivos. Ambas as variáveis isoladas, contribuíram também significativamente para a sintomatologia depressiva.

Em relação à dimensão temperamental índice controlo de esforço (controlo inibitório + controlo da ativação + atenção) podemos verificar que quando o índice controlo de esforço interage com a negligência emocional para predizer o funcionamento psicossocial, o valor de percentagem da variância é baixo (14.6%). A percentagem da variância é maior quando consideramos o efeito moderador do índice controlo de esforço na relação entre o abuso afetivo e a variável dependente sintomatologia depressiva (47.5%) ou o índice compósito (sintomatologia depressiva e funcionamento psicossocial - 47.5%).

Assim, é possível verificar que adolescentes que tenham valores menores de índice controlo de esforço (ou seja que não tenham grande capacidade de planeamento ou que não consigam suprimir respostas inadequadas, nem executar uma ação, quando há uma forte tendência para a evitar e em que os níveis de atenção sejam baixos), e que tenham ao mesmo tempo níveis mais elevados de trauma (abuso ou negligência emocional) tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva e/ou funcionamento psicossocial mais pobre.

Quanto ao moderador sensibilidade de percepção, encontrou-se que adolescentes que tendem a notar em pequenas mudanças, muitas vezes imperceptíveis aos outros e que sofreram de negligência emocional são mais suscetíveis de sofrerem de sintomatologia depressiva. Ambas as dimensões (sensibilidade de percepção e negligência emocional) revelaram-se igualmente preditores isolados de sintomatologia depressiva.

O moderador timidez, quando em interação com a negligência emocional, foi o que obteve uma percentagem mais elevada de variância explicada da sintomatologia depressiva. A variável timidez isolada não se revelou neste modelo de regressão que foi usado para o estudo de moderação, no entanto revelou-se a dimensão temperamental que melhor predizia sintomatologia depressiva, no modelo de regressão múltipla que foi efetuado. No estudo longitudinal de Murberg (2009), foi verificada a relação entre a timidez e a sintomatologia depressiva, tendo sido concluído que os adolescentes mais tímidos reportam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Em todas as moderações realizadas, pontuações mais elevadas no abuso e na negligência emocional constituíram-se fatores de risco para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva. Pelo que podemos concluir, que devem ser realizados em adolescentes programas de prevenção da sintomatologia depressiva.

O estudo do efeito moderador do temperamento, na relação entre o trauma (mais particularmente o abuso e a negligência emocional) e a sintomatologia depressiva, constitui um contributo importante para a compreensão da depressão nos adolescentes. Sendo este um estudo longitudinal, em que a variável independente (trauma) e a variável moderadora (temperamento) são avaliadas em T1 e as variáveis dependentes (sintomatologia depressiva, funcionamento psicossocial e a junção de ambas), permite identificar variáveis que podem ser consideradas como fatores de risco, contribuindo para uma compreensão mais profunda das variáveis estudadas. É ainda de salientar a importância da variável funcionamento psicossocial ter sido avaliada através de uma entrevista.

Os questionários utilizados para avaliar as variáveis o trauma, temperamento e sintomatologia depressiva, sendo todos de caráter de autorresposta, estão dependentes dos relatos dos sujeitos, pelo que este aspeto também pode influenciar os resultados obtidos. Será importante, em estudos futuros, além destes questionários, usar entrevistas para avaliar estas variáveis. Outra variável que não foi controlada, a desejabilidade social, pode ter influenciado os resultados. É importante mencionar que existem adolescentes que poderão

ter alguma dificuldade em admitir que passaram por uma experiência de trauma durante a infância.

Apesar das limitações, pensamos que os resultados obtidos, podem contribuir para uma melhor compreensão dos fatores de risco para a sintomatologia depressiva na adolescência e para o desenvolvimento de estratégias de avaliação, prevenção e intervenção mais eficazes.

A detecção precoce e intervenção, principalmente no que concerne ao abuso e negligência emocional revelam-se como fundamentais para a prevenção da sintomatologia depressiva durante a adolescência.

O presente estudo longitudinal vem colmatar possíveis falhas na literatura relativas ao efeito moderador das dimensões do temperamento medidas pelo EATQ-SF-R. É importante o estudo de dimensões como por exemplo a agressão, a atenção e a timidez, de modo a que se possa prevenir ou diminuir a sintomatologia depressiva nos adolescentes, na presença de trauma.

6. Referências Bibliográficas

- Alberto, I. (2006). *Maltrato e trauma na infância*. Coimbra: Almedina.
- Alloy, L. B., Zhu, L., & Abramson L. Y. (2003). Cognitive Vulnerability to Depression. In Romer D. (ed.), *Reducing Adolescent Risk, Toward an Integrated Approach* (171-182). Sage Publications.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston In.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78 (5), pp.359-366.
- Baron, M., & Kenny, A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bernstein, D. P., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of The Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* (27), pp. 160-190.

- Briere, J., & Elliot, D. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of man and women. *Child Abuse & Neglect* (27), pp.1205-1222.
- Calheiros, M. M., & Monteiro, M. B. (2007). Relações familiares e práticas maternas de mau trato e de negligência. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 195-210.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social Anxiety Symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38, 735-746.
- Capaldi, D. M., & Rothbart, M. K. (1992). Development and validation of an early adolescent temperament measure. *Journal of Early Adolescence*, 12 (2), 153-173.
- Charbonneau, A. M., Mezulis, A. H., & Hyde, J. S. (2009). Stress and Emotional Reactivity as Explanations for Gender Differences in Adolescents' Depressive Symptoms. *J Youth Adolescence* (38), pp.1050-1058.
- Conceição, A., & Carvalho, M. (2003). Problemas emocionais e comportamentais em jovens: relação com o temperamento, as estratégias de coping e de regulação emocional e a identificação de expressões faciais. *Psychologica*, 56, 86-100.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cosentino-Rocha, L., & Linhares, M. B. (2013). Temperamento de Crianças e Diferenças de Gênero. *Paidéia*, 23, 63-72.
- Davey, G. (2014). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology* (2ª edição). John Wiley & Sons.

- Ellis, L.K., & Rothbart, M.K. (2001). *Revision of the Early Adolescent Temperament Questionnaire*. Poster presented at the biennial meeting of the Society of Research in Child Development, Minneapolis, MN.
- Essau, C.A., & Chang, W.C. (2009). Epidemiology, Comorbidity, and Course of Adolescent Depression. In Essau C.A. (ed. lit.), *Treatments for Adolescents Depression*. New York: Oxford University Press.
- Gibb, B., Abramson, L., Alloy, L., Hankin, B., Haeffel, G., & MacCoon, D. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory, psychobiological context. In I. Gotlib, & C. Hammen, *Handbook of Depression*. New York: Guilford.
- Gündogar, D., Kesebir, S., Demirkan, A. K., & Yaylac, E. T. (2014). Is the relationship between affective temperament and resilience different in depression cases with and without childhood trauma?. *Comprehensive Psychiatric*, 55, 870-875.
- Hayden, E.P., Seeds, P.M., & Dozois D.J.A. (2009). Risk and Vulnerability in Adolescent Depression. In Essau C.A. (Ed.), *Treatments for Adolescents Depression*. New York: Oxford University Press.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693-710.
- Kanai, Y., et al. (2016). The influence of Childhood abuse, adult life events, and affective temperaments on the well-being of the general, nonclinical adult population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 823-832.
- Kaplan, et al. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155 (7), 954-959.
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (2), 257-265.

- Keller, M., et al. (1987). The longitudinal interval follow-up evolution: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44 (6), 540-554.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated children. *Child Development*, 73, 624-639.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modelling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Kring, A. M., Johnson, S., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2010). *Abnormal Psychology* (11^ª edição). Nj: John Wiley & Sons.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marujo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Matos, M.G., Tomé, G., Borges, A.I., Manso, D., Simões, C., & Ferreira, A. (2012). Anxiety, Depression and Coping: CDI, MASC and CRIY for Sreening Purposes in Schools. *The Spanish Journal of Psychology* (15), pp. 348-356.
- Mezulis, A., Simonson, J., McCauley, E., & Stoep, A.V. (2011). The association between temperament and depressive symptoms in adolescence: Brooding and reflection as potencial mediators. *Cognition e Emotion*, 1-11.
- Murberg, T. A. (2009). Shyness Predicts Depressive Symptoms Among Adolescents: A Prospective Study. *School Psychology Internacional*, 30 (5). 507-519.

- Nakai, Y., et al. (2015). The moderator effects of affective temperaments, childhood abuse and adult stressful life events on Depressive Symptoms in the nonclinical general adult population. *Journal of Affective Disorders* (187), pp.203-210.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in Depression. *Current directions in Psychological Science*, 10, 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). *Handbook of Depression in Adolescents*. New York: Routledge.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*.
- Papalia, D. (2009). *O Mundo da Criança* (11th ed.). São Paulo: McGraw-Hill Companies.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPP* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabas.
- Rothbart, M. (2011). *Becoming who we are Temperament and Personality in Development*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Saluja, G., & Overpeck, M.D. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive Symptoms Among Young adolescents. *Archives Pediatrics Adolescent*, 158, 760-765.
- Sampaio, D. (1998). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Simões, M.R. (1995). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R)*. Tese de doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC).
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C., Halligans, S. & Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect* (27), pp.1247-1258.

- Strelau, J. (1998). *Temperament: A psychological perspective*. New York: Plenum Press.
- Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 1-7.
- Toda, H. et al. (2016). Affective temperaments play an important role in the relationship between childhood abuse and depressive symptoms in major depressive disorder. *Psychiatry Research* (236), pp. 142-147.
- Tortella-Feliu M., Balle, M. & Sese A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modelling. *Journal of anxiety disorders*, 24 (7), 686-693.
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive Behavior Therapy with Children and Young People*. London: Routledge.
- Walrath, C., Ybarra, M., Holden, W.E., Liao, Q., Santiago, R., & Leaf, P. (2003). Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse & Neglect* (27), pp. 509-524.
- Wekerle, C., Miller, A., Wolfe, D., & Spindel, C. (2006). *Childhood maltreatment: Advances In Psychotherapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Widom, C., DuMont, K. & Czaja, S. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49-56.
- Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science*, 2 (1-2), pp. 7-37.

Anexo I

Tabela de Correlações de Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
F.P. (1)	-															
CDI (2)	.474**	-														
Índice Compósito (3)	.846**	.870**	-													
Abuso afetivo (4)	.442**	.608**	.615**	-												
Abuso Sexual (5)	.088	.126	.126	.199*	-											
Abuso Físico (6)	.085	.083	.097	.325**	.716**	-										
Negligência Emocional (7)	.293**	.436**	.428**	.487**	.128	.211*	-									
Afiliação (8)	-.155	-.209*	-.213*	-.208*	-.187*	-.178	-.485**	-								
Agressão (9)	.434**	.427**	.501**	.338**	.109	.080	.315**	-.237*	-							
Medo (10)	-.107	.165	.020	.158	-.054	-.041	-.136	.293**	.0074	-						
Frustração (11)	.150	.358**	.296**	.349**	.056	-.039	.084	.252**	.436**	.524**	-					
Sensibilidade de prazer (12)	-.139	-.058	-.113	-.003	-.088	-.024	-.354**	.341**	-.139	.449**	.238*	-				
Sensibilidade de percepção (13)	.061	.302**	.217*	.155	.053	-.064	-.108	.262**	.169	.445**	.425**	.354**	-			
Timidez (14)	.030	.277**	.184*	.226*	.032	-.016	.064	.046	.072	.344**	.314**	.054	.146	-		
Índice emocionalidade negativa (15)	.375**	-.565**	.552**	.496**	.125	.061	.263**	.027	.790**	.413**	.804**	.063	.420**	.328**	-	
Índice Controle de esforço (16)	-.286**	-.389**	-.389**	-.234*	-.085	-.117	-.463**	.331**	-.504**	.014	-.175	.230*	.105	-.031	-.275**	-.401**

Nota: F.P. – Funcionamento Psicossocial; CDI – Children’s Depressive Inventory; ** - a correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); * - A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)