

Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes: um contributo para aumentar os fatores de proteção familiar

Ana Paula Matos¹ & Maria do Rosário Pinheiro¹

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal

Resumo: O Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes (3PDA) constitui um contributo para aumentar os fatores de proteção familiar de adolescentes em risco de desenvolverem o primeiro episódio de depressão, e foi construído com os objetivos de aumentar a eficácia do Programa *Mind and Health* de Arnarson e Craighead (2009). Pretende-se com o 3PDA i) aumentar a compreensibilidade dos pais relativamente aos fatores de risco e de proteção para a depressão e ii) aumentar os indicadores da qualidade do relacionamento entre pais e filhos: suporte social, conflito, profundidade da relação parental, comunicação, validação emocional, aceitação e compaixão. São apresentadas e discutidas as 10 sessões temáticas, seus objetivos específicos, atividades, materiais de apoio e atividades de aplicação. Os resultados obtidos num grupo de 6 educadores permitem concluir pelo alcance dos objetivos imediatos propostos.

Palavras-chave: Programa parental; prevenção; depressão; adolescência.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma perturbação frequente na adolescência (Kovacs, 2006). Cerca de metade dos primeiros episódios de depressão acontecem nesta faixa etária (Kessler et al., 2005) e a precocidade da depressão associa-se com a sua evolução crónica (Costello et al., 2002). A depressão é preocupante quer pelas dificuldades cognitivas e emocionais que provoca nos indivíduos quer pelos prejuízos que acarreta, a curto e longo prazo, nas áreas académica, social e familiar. Na adolescência a depressão associa-se a insucesso e abandono escolar (Weissman et al., 1999), a conflitos familiares (Rubin, et al., 1991) e a comportamentos auto-destrutivos (Harnish, 1995), como o consumo de substâncias psicoativas e o suicídio.

Devido à sua elevada prevalência, aos custos que acarreta e à dificuldade em tratar a doença uma vez desenvolvida, têm-se intensificado os esforços para prevenir a depressão nos adolescentes, desenvolvendo-se intervenções progressivamente mais específicas (programas de prevenção de natureza seletiva ou indicada). Os programas de prevenção dirigidos a jovens que se encontram já em risco de depressão têm mostrado resultados promissores, revelando-se mais eficazes que os programas de prevenção universal (Gillham et al., 1990; Lewinsohn et al., 1994; Clarke et al., 2001, 2007; Arnarson & Craighead, 2009, 2011).

Uma revisão da literatura mostra-nos que os programas de prevenção da depressão na adolescência se têm baseado sobretudo nas abordagens cognitivo-comportamentais e/ou interpessoais que se revelaram úteis no tratamento da depressão (Gladstone & Beardsle (2009), e que uma última geração de programas inclui estratégias de prevenção dirigidas à família e não só ao adolescente (Gillham et al., 2000). No entanto a investigação sobre componentes parentais em intervenções preventivas com jovens ainda é reduzida e inconclusiva (Horowitz & Garber, 2006; Mueller, 2007; Gillham, Shatté, & Freres, 2000). Apesar da literatura ter confirmado a relevância das práticas parentais e da qualidade das relações familiares como fatores de risco/proteção em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Ge, Conger, Lorenz, & Simons, 1994; Gjerde, Block, & Block, 1991; Cole & McPherson, 1993, Herman-Stahl & Petersen, 1999).

Dada a relevância de se estudar a eficácia de componentes parentais nos programas de prevenção da depressão na adolescência, os autores propuseram-se desenvolver e testar a eficácia de um novo componente - o Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes (3PDA), a adicionar à versão portuguesa do Programa de Prevenção da Depressão na Adolescência - Mind and Health – desenvolvido por Arnarson e Craighead (2009). O estudo da eficácia do programa para os jovens em risco de desenvolver depressão e do componente parental decorre no âmbito do projeto I&D "Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia duma Intervenção com Adolescentes e Pais" (PTDC/MHC-PCL/4824/2012), a decorrer no CINEICC - Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

Objetivos do Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes (3PDA)

O 3PDA tem os seguintes objetivos fundamentais: (i) Aumentar a eficácia do Programa *Mind and Health* (Programa de Prevenção da Depressão em Adolescentes de Arnarson e Craighead, 2009), traduzida no evitamento ou adiamento do primeiro episódio de depressão/distímia nos adolescentes em risco de desenvolver depressão; (ii) Aumentar a compreensibilidade dos pais/encarregados de educação em relação aos fatores de risco e de proteção para a depressão ou distímia dos adolescentes; (iii) Aumentar os indicadores da **qualidade e funcionalidade do relacionamento entre pais e filhos**: comunicação, resolução de conflitos e problemas, validação emocional, treino de emoções, aceitação, compaixão e suporte social.

Conteúdos inovadores do programa

O 3PDA é composto por 10 sessões grupais (e uma adicional de celebração e encerramento do programa) destinadas aos pais dos adolescentes em risco de depressão que frequentam o programa de Prevenção da Depressão na Adolescência. O 3PDA inclui alguns conteúdos semelhantes ao programa dos filhos (p.e., compreensão da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, promoção de atividades de mestria e lazer, treino de aptidões de comunicação e treino de resolução de problemas e conflitos) e outros conteúdos mais inovadores, tais como promoção de competências parentais de validação emocional e de compaixão para com os filhos. Realçamos os conteúdos mais inovadores: i) validação emocional – focada no reconhecimento, rotulação e expressão emocional (Leahy, 2002, 2005); os pais aprendem não só a validar as emoções dos seus filhos mas também a ensinar os seus filhos a diferenciar e expressar adequadamente a experiência emocional, ajudando-os a desenvolver aptidões de regulação emocional; ii) compaixão – uma importante estratégia de regulação emocional para lidar com emoções negativas (p.e., tristeza, vergonha, ansiedade, cólera) que facilitará relações afiliativas (Gilbert & Procter, 2006); a compaixão será desenvolvida nos pais como uma forma de conseguir tolerância, aceitação e responsividade em relação ao sofrimento dos filhos, numa atitude calorosa e acolhedora.

Organização e funcionamento das sessões

O programa é constituído por 10 sessões temáticas realizadas semanalmente duas a duas, perfazendo um total de 5 semanas e de 10 horas de formação. Cada sessão é organizada em função de um tema e de uma mensagem central, sendo orientada por objetivos específicos. Em cada sessão são desenvolvidas atividades, individuais e em grupo (ex. jogos, exercícios de análise, reflexão e debate) e disponibilizados materiais de apoio (p.e. slides, folhetos, folhas de registo). No final, efectua-se avaliação da satisfação com a sessão e sugerem-se atividades para casa (p.e., exercícios de aplicação das competências trabalhadas em sessão).

Conteúdos das sessões

Passamos a descrever brevemente o conteúdos das várias sessões (c.f. Quadro 1.).

Na primeira sessão promove-se o conhecimento dos pais sobre a depressão e seus factores de risco e proteção, sendo a mensagem-chave: *Toda a moeda tem duas faces.*

Na segunda sessão aborda-se o tema das práticas de bem-estar e das atividades de lazer no sentido dos pais ajudarem os seus filhos, e ajudarem-se a si próprios, a desenvolver um humor mais positivo, sendo a mensagem-chave: *Podemos ter um humor mais positivo.*

Na terceira e quarta sessões desenvolve-se a compreensão da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, sendo as mensagens-chave: *Todos temos recursos e Podemos mudar os pensamentos e os comportamentos.*

Na quinta sessão otimizam-se competências de comunicação e de escuta ativa, sendo a mensagem-chave: *Escutar é ver, ouvir e perguntar.*

Na sexta sessão aprendem-se estratégias de resolução de problemas e de resolução de conflitos, sendo a mensagem-chave: *Todos temos forças e oportunidades.*

As sessões sete e oito são dedicadas aos componentes mais inovadores do programa: i) validação emocional e treino de emoções (sendo a mensagem-chave: *Todos temos armas e bagagem emocional*) e ii) aceitação e compaixão (sendo a mensagem-chave: *Mantenha a visão positiva de si e dos outros*).

Na sessão nove abordam-se aspetos de proteção nos adolescentes e família, nomeadamente as temáticas da resiliência e do suporte social, sendo a mensagem-chave: *Juntos nos bons e nos maus momentos.*

A sessão dez é dedicada à avaliação dos ganhos obtidos com o programa e à passagem do protocolo para avaliar as variáveis que estão a ser investigadas, sendo a mensagem-chave: *Avaliar é preciso!*

Quadro 1. Quadro síntese dos temas e mensagens-chave das sessões do programa 3PDA

Sessão	Tema	Mensagem-chave
Sessão 1	Adolescência e Depressão - Fatores de Risco e de Proteção	<i>Toda a moeda tem duas faces</i>
Sessão 2	Prática de Bem-estar e Atividades de Lazer	<i>Podemos ter um humor mais positivo</i>
Sessão 3	Pensamento, comportamento e emoção	<i>Todos temos recursos</i>
Sessão 4	Pensamento, comportamento e emoção	<i>Podemos mudar os pensamentos e os comportamentos</i>
Sessão 5	Comunicação e Escuta Ativa	<i>Escutar é ver, ouvir e perguntar</i>
Sessão 6	Resolução de problemas e de conflitos	<i>Todos temos forças e oportunidades</i>
Sessão 7	Validação emocional e treino de emoções	<i>Todos temos armas e bagagem emocional</i>
Sessão 8	Aceitação e compaixão	<i>Mantenha a visão positiva de si e dos outros</i>
Sessão 9	Adolescentes e Família: Resiliência e Suporte Social	<i>Juntos nos bons e nos maus momentos</i>
Sessão 10	Avaliação do investimento e ganhos com o programa	<i>Avaliar é preciso!</i>

CONCLUSÕES

O 3PDA pretende ser um contributo para aumentar os factores de protecção familiar dos adolescentes que participam no programa. Não se tratando de terapia deve ser considerado um curso de formação parental, cuja intervenção consiste na promoção de "boas práticas" para envolver a família na promoção da saúde e prevenção da depressão no adolescente, ao mesmo tempo que leva a cabo um treino de competências parentais.

O Programa de Prevenção da Depressão na Adolescência e o componente parental (3PDA) estão atualmente a decorrer em 6 escolas do distrito de Coimbra, envolvendo 32 jovens e 14 pais. No ano anterior foi implementado um grupo piloto com 6 encarregados de educação (três mães, um pai, uma avó e um avô) de um grupo de 10 adolescentes, não tendo sido registado qualquer abandono por parte dos encarregados de educação e tendo-se verificado níveis de assiduidade muito satisfatórios, que variaram entre 80% e 100%. Os níveis de satisfação em relação à organização e componentes específicos de cada sessão foram na sua maioria de "satisfeito" e muito satisfeito", tendo ainda os encarregados de educação manifestado que ao longo das sessões tiveram a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas, expressar as suas opiniões e realizar novas aprendizagens aplicáveis no dia-a-dia na educação e na relação com o seu educando e consigo próprios.

Os trabalhos que têm decorrido da aplicação e estudo destes programas de prevenção da depressão na adolescência e respetiva componente parental, permitem concretizar, numa investigação pioneira no nosso país, alguns dos objetivos propostos, no âmbito da promoção da saúde mental, pela Organização Mundial de Saúde que recentemente lançou uma iniciativa sobre a Depressão em Saúde Pública (WHO, 2011). Nesta proposta, embora se assuma que o objetivo geral seja o de reduzir o impacto da depressão, entre alguns objetivos mais específicos salientam-se os de educar familiares sobre a depressão, reduzir o estigma associado à depressão, aumentar a conscientização da depressão na população em geral e realizar estudos de intervenção para melhorar a prevenção primária para a depressão.

AGRADECIMENTOS

Somos gratos aos adolescentes e educadores que aceitaram participar neste estudo. Este trabalho não seria possível sem a sua disponibilidade e colaboração. Projeto I&D "Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia duma Intervenção com Adolescentes e Pais" (PTDC/MHC-PCL/4824/2012), financiado pela FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Paula Matos Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra¹, CINEIC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 8153, 3001-502 Coimbra, apmatos@fpce.uc.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (7), 577-585.
- Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: a 12-month follow-up. *Behav Res Ther*, 49(3), 170-4. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.008. Epub 2011 Jan 1.
- Clarke, G. Hornbrook, M., Lynch, F. et al.. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch. Gen Psychiatry*, 58, 1127-1134.

- Cole, D. A., & McPherson, A. E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology, 7*, 119-133.
- Costello, E.J. Pine, D.S., Hamen, C. et al. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biol. Psy, 52*,529-542.
- Ge, X., Conger, R., Lorenz, F., & Simons, R. (1994). Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 28-44.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 353-379.
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L., et al. (1990). *The Penn Resilience Program*. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania.
- Gillham, J., Shatté, A., & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitivebehavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology, 9*, 63-88.
- Gjerde, P., Block, J., & Block, J., H. (1991). The preschool family context of 18 year olds with depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Research on Adolescence, 1*, 37-62.
- Gladstone, T.R., & Beardslee, W.R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie. 54*(4), 212-221.
- Harnish, J.D., Dodge, K.A. & Valente, (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behaviour problems. *Child Dev., 66*, 739-753.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C . (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress-buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*, 45-62.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (3), 401-415.
- Kessler, R. C., Way, C.T., Demler, O., Ronald C., Demler, O.; & Walters, E. (2005). "Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kovacs, M. (2006). New steps for research on child and adolescents depression prevention. *Am. J. Prev. Med. 31*, S184-S185.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Pratices. 9*, 177-191.
- Leahy, R. L. (2005). A social-cognitive model of validation: In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 195-217). London: Brunner-Routledge.
- Lewinsohn, P.M., Roberts, R, Sieley, J. et al., (1994). Adolescent Psychopayhology:: II. Psychosocial risk factors for depression, *J Abnorm. Psycholog, 103*, 302-315.
- Mueller, J. (2007). *Effective interventions for the prevention and treatment of depression in adolescent girls: A review of relevant research*. Wilder Research.
- Rubin, K.H., Both, L., Zahn-Waxler, C. et al., (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressive mothers. *Dev Psychopathol. 3*, 243-251.
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B. Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescence grown up. *JAMA. 17*, 7-13.
- World Health Organization (2011). *Depression*, retirado a 1 de Maio, 2013
http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html

Avaliação da resiliência em adolescentes portugueses: Novos contributos para o estudo das versões longa e breve da Resilience Scale de Wagnild e Young (1993)

Maria do Rosário Pinheiro & Ana Paula Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal

Resumo: Constitui objetivo do estudo explorar a validade de construto da Resilience Scale (RS) de Wagnild & Young (1993) nas suas formas longa e breve. Numa amostra de 180 adolescentes portugueses avalia-se a dimensionalidade, a consistência interna e a validade concorrente das duas versões da RS. As Análises de Componentes Principais mostraram a existência de um único fator, quer na versão longa com 23 itens (RS23) quer na versão breve com 13 itens (RS13), registando-se, respetivamente, 46,015% e 53,23% da variância explicada e, ainda, valores de alpha de Cronbach de .945 e de .926. A correlação entre RS23 e a RS13 foi de .976 ($p < .001$). Correlações positivas entre resiliência e flourishing e correlações negativas entre resiliência e sintomas depressivos e de ansiedade asseguram a validade concorrente das escalas. Os resultados evidenciam o carácter unidimensional das duas versões da escala apontando para o uso de uma pontuação global traduzindo o nível de resiliência dos adolescentes.

Palavras-chave: Resiliência; Escala de Resiliência; Qualidades Psicométricas; Adolescentes

INTRODUÇÃO

A pesquisa sobre resiliência nas últimas duas décadas (Haskett, Nears, Ward, & McPherson, 2006; Windle, 2010; Windle, Bennett, & Noyes, 2011), as políticas de saúde bem como a valorização do referido construto em programas de intervenção (Friedli, 2009), têm contribuído para reconhecer a resiliência como um fator importante para a saúde, bem-estar e qualidade de vida ao longo da vida (Sikkes, Lange-de Klerk, Pijnenburg, Scheltens, & Uitdehaag, 2008; Windle, 2010; Windle et al., 2011). O interesse teórico e prático em relação à resiliência em diferentes situações e etapas da vida tem feito com que seja atualmente encarada como “a chave para explicar a resistência ao risco ao longo da vida e como as pessoas se recuperam e lidam com vários desafios” (Windle, 2010, p.1).

Devido a este crescente interesse, têm sido cada vez mais necessárias medidas de resiliência confiáveis e válidas, de modo a garantir a qualidade dos dados (Streiner & Norman, 2008; Windle, 2010, Windle et al., 2011) e a permitir avaliar as intervenções destinadas a promover a resiliência, enquanto fator protetor e/ou de recuperação.

Ahern, Kiehl, Sole e Byers (2006) numa revisão de instrumentos de avaliação da resiliência em adolescentes, selecionou seis como sendo adequados e concluiu que, apesar de todos os instrumentos terem potencial, a Resilience Scale-RS construída por Wagnild e Young (1993) era o instrumento mais apropriado para estudar a resiliência na população adolescente precisamente devido às suas propriedades psicométricas e às sucessivas aplicações naquela etapa do ciclo de vida (Ahern et al., 2006).

Ahern et al. (2006) efetuaram uma revisão das propriedades psicométricas das medidas, tais como fiabilidade, validade fatorial e consistência interna. Dois dos instrumentos selecionados (Baruth Protective Factors Inventory por Baruth e Carroll, 2002; Brief-Resilient Coping por Sinclair e Wallston, 2004) não tinham evidência de serem adequados para a população adolescente devido à falta de aplicações em investigação, e três instrumentos (Adolescent Resilience Scale por Oshio, Kaneko, Nagamine e Nakaya, 2003; Connor-Davidson Resilience Scale de Connor e Davidson, 2003; Resilience Scale for Adults por Friborg, Hjermadal,

Rosenvinge e Martinussen, 2003) tinham credibilidade aceitável, mas seriam necessários estudos aprofundados em adolescentes.

Embora a RS tenha sido aplicada a populações mais jovens, ela foi desenvolvida a partir de uma pesquisa qualitativa com mulheres adultas. Os cinco temas que derivam das entrevistas, e que influenciaram a construção dos itens, foram: serenidade, perseverança, auto-confiança, significação e solidão existencial. Todos os 25 itens são focados em qualidades psicológicas positivas, em vez de déficits (Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2009). A escala foi testada pelos autores em 810 adultos tendo-se obtido um alfa de Cronbach de .91. A análise de componentes principais (ACP com rotação oblíqua) revelou uma solução de dois fatores - Competência pessoal e Aceitação de si e da vida - que explicaram 44% da variância total. Desde então, muitos autores tentaram validar essas dimensões com pesquisa quantitativa, sendo a RS o instrumento mais amplamente aplicado para avaliar a resiliência na adolescência e na idade adulta (Windle et al., 2011).

Mais recentemente, numa revisão sistemática de escalas de mensuração da resiliência, que incluiu medidas específicas aplicadas a adolescentes (Windle et al., 2011), algumas críticas foram levantadas a certas medidas, incluindo a RS, sobretudo no que diz respeito ao facto do grupo-alvo dos adolescentes não ter sido envolvido no processo de seleção dos itens.

Apesar desta crítica, a RS foi considerada uma das melhores medidas em termos de qualidade geral, validade de conteúdo, validade de construto, consistência interna geral e interpretabilidade (Windle et al., 2011). A RS foi o primeiro instrumento desenvolvido para estudar a resiliência e um dos mais utilizados em pesquisas. Até hoje, ambas as versões, longa (RS com 25 itens) e breve (RS-14 com 14 itens), do instrumento foram aplicadas a uma ampla variedade de faixas etárias e foram traduzidos para outras línguas (japonês, sueco, nigeriano, espanhol, russo e português).

Existem duas versões em língua portuguesa da Resilience Scale-RS, uma no Brasil (Pesce et al., 2005.) e outra em Portugal (Felgueiras, Festas, & Vieira, 2010.) e ambas foram adaptadas à população adolescente (estudos transculturais). No entanto, a inconsistência dos resultados e a dificuldade em replicar a estrutura original dos dois componentes da RS mostraram que mais pesquisas são necessárias relativamente às referidas versões.

Na versão brasileira Pesca et al. (2005) identificaram três fatores não homogêneos e nenhum deles correspondeu aos fatores originais de Competência pessoal e Aceitação de si mesmo e da vida. O alfa de Cronbach foi de .80 para a escala total (25 itens) numa amostra de 977 adolescentes. No que diz respeito à validade concorrente, correlações positivas e significativas foram obtidas entre a pontuação global da RS e satisfação com a vida, auto-estima e medidas de suporte social.

Felgueiras et al. (2010), num estudo com adolescentes estudantes (n = 215) entre os 10 e os 16 anos de idade, concluiu que a RS teve fiabilidade e indicadores de estabilidade satisfatórios para os 24 itens (porque o item 5 foi excluído devido à correlação não significativa com o total da escala). Respetivamente, um alfa de Cronbach de .82 e uma correlação teste-reteste de .73 ($p < .001$) foram obtidos. Um júri de especialistas considerou que a RS possuía boa validade de conteúdo. A validade de construto foi estudada através de uma análise de componentes principais (ACP-rotação Varimax) na qual emergiram cinco fatores não homogêneos. Embora 46,04% da variância total fosse explicada, nenhum dos fatores correspondeu aos fatores originais de auto-confiança, significado, serenidade, perseverança e solidão existencial. Os itens 6 e 11 apresentaram valores baixos de saturação fatorial (<.40), o item 13 revelou uma saturação negativa (-.46) e o último fator circunscreveu apenas dois itens. Analisando as tabelas de resultados apresentadas por estas autoras, verificámos que os itens mencionados apresentaram baixa correlação com a escala total e que se removidos aumentavam o indicador de consistência interna da escala total.

Como proposto por Wagnild no Manual do Utilizador da Resiliência (versão 2011) e tomando como referência os estudos recentes com adolescentes (RS nas versões longa e curta) em

que foi usada uma única pontuação global (Hunter & Chandler, 1999; Rew et al., 2001, Black & Ford-Gilboe de 2004, conforme citado em Wagnild, 2009, p 83; Winsett, Stender, Grower, & Burghen, 2010; Salazar-Pousada, Arroyo, Hidalgo, Perez.Lopez, & Chedraui, 2010), enfatizamos a necessidade de explorar a validade de construto da RS para adolescentes portugueses, equacionando a possibilidade da unidimensionalidade do instrumento.

É, portanto, objetivo deste estudo explorar a validade de construto da RS, respetivamente, na sua forma longa de 25 itens (Wagnild & Young, 1993) e na sua forma breve de 14 itens (Wagnild, 2009) e contribuir, assim, para avaliar a dimensionalidade, consistência e validade concorrente de ambas as versões aplicadas a uma amostra de adolescentes portugueses.

METODOLOGIA

Instrumentos

Escala de Resiliência (Versão longa RS-Resilience Scale; Wagnild & Young, 1993). Inicialmente construída por Wagnild e Young (1993), a RS destina-se a avaliar níveis de resiliência, sendo uma medida da capacidade de suportar pressões, prosperar e dar sentido aos desafios da vida (Wagnild, 2009). Consiste em 25 itens e cada item é avaliado numa escala de Likert de 7 pontos (pontuação total variando de 25 a 175). A consistência interna e a validade concorrente da RS mostraram-se muito satisfatórias (Wagnild, 2009). Sobre a estrutura fatorial da escala Wagnild e Young (1993) sugeriram inicialmente uma solução de dois fatores. O fator rotulado de Competência pessoal, composto por 17 itens, foi pensado para medir a auto-confiança, a independência, a determinação, a invencibilidade, a maestria, a desenvoltura e a perseverança. O fator rotulado de Aceitação de si e da vida é composto por 8 itens, pensados para medir a capacidade de adaptação, equilíbrio, flexibilidade e uma perspetiva equilibrada sobre a vida. No presente estudo utilizou-se a tradução dos itens da RS elaborada por Felgueiras e colaboradores (2010), tendo sido realizada uma nova tradução, que recorreu aos adolescentes para estes ajudarem a identificar a melhor significação para o item 5 ("I can be on my one if I have to" que passou a ser traduzido por "Consigo ficar sozinho/a, entregue a mim próprio/a, se for preciso". Inseriu-se ainda um determinante masculino/feminino, em conformidade com a gramática portuguesa (nos itens 3, 5, 6, 8, 10, 15, 17, 22).

Escala de Resiliência - versão breve - RS-14 (Wagnild & Young, 1993). A RS-14 consiste em 14 itens da RS (2, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 23). Uma análise de componentes principais (rotação direta oblíqua) revelou a existência de um fator responsável por explicar 53% da variância total (saturação dos itens acima de .40), indicando uma dimensão subjacente comum. O alfa de Cronbach foi de .93. A RS-14 correlacionou-se fortemente com a versão longa da RS ($r = .97$, $p < .001$) e correlacionou-se moderadamente com uma medida de avaliação de sintomas depressivos ($r = -.41$) e com uma medida de satisfação com a vida ($r = .37$) (Wagnild & Young, 1993).

O Continuum da Saúde Mental – Forma breve (Mental Health Continuum - Short Form; MHC-SF, Keyes, 2009; versão portuguesa: Matos et al., 2010). Medida de flourishing baseada no grau de bem-estar emocional, social e psicológico tal como é percebido e relatado pelos adolescentes. Esta escala é composta por 14 itens que são classificados numa escala de Likert de 5 pontos: nunca (0) a todos os dias (5). Keyes (2009) encontrou valores de alfa de Cronbach satisfatórios para os três fatores da escala: .84 para o bem-estar emocional, .80 para o bem-estar social, e .78 para o bem-estar psicológico. Num estudo da versão portuguesa (Matos et al., 2010), os valores de alfa de Cronbach para os três fatores também foram considerados bons: .85 para o bem-estar emocional, .80 para o bem-estar social, e .83 para o bem-estar psicológico. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach para os mesmos fatores são, respectivamente, .87, .80 e .77.

Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Multidimensional Anxiety Scale for Children MASC, March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997; versão portuguesa de Matos et al., 2012). A MASC avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. É composta por 39 itens classificados numa escala de Likert de quatro pontos: nunca ou quase nunca verdadeiro (1) a muitas vezes verdadeiro (4). Possui quatro fatores: 1) Sintomas Físicos, 2) Ansiedade Social, 3) Ansiedade de Separação, 4) Evitamento do Perigo. No estudo dos autores da escala, os valores de alfa de Cronbach foram bons a muito bons quer para a escala global quer para os fatores (variando de .84 a .90). A versão portuguesa da MASC (Matos et al., 2012) revelou um modelo de terceira ordem, com uma análise fatorial confirmatória, que engloba uma pontuação total, os fatores e sub-fatores inicialmente considerados pelos autores do MASC. Um alfa de Cronbach de .894 foi obtido para a escala total. No presente estudo, obteve-se o valor de .895.

Inventário de Depressão para Crianças (Children's Depression Inventory-CDI, Kovacs, 1985, 1992; versão portuguesa: Marujo, 1994). É um questionário de auto-resposta, com 27 itens, que avalia os sintomas depressivos em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Cada item apresenta três alternativas de resposta e é avaliado com uma pontuação que varia de 0 (nenhum problema) a 2 (problema grave). A criança ou adolescente deve escolher a frase que melhor se adequa aos sentimentos que experienciou nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Na versão original este inventário possui uma consistência interna boa (coeficiente alfa de .83 a .94). A versão portuguesa deste inventário apresentou elevada consistência interna, com coeficiente alfa de Cronbach de .80 (Marujo, 1994). A estrutura fatorial de cinco fatores encontrados no estudo original não foi replicada nas amostras portuguesas onde uma estrutura de um fator se mostrou mais apropriada (Marujo, 1994). Na amostra do presente estudo o alfa de Cronbach encontrado foi de .870.

Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi composta por 180 adolescentes provenientes de escolas públicas. Todos eles participaram do estudo "Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses" (PTDC/MHC-PCL/4824/2012) a decorrer no CINEICC - Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. A representação do sexo masculino foi de 48,9% (n = 88) e do sexo feminino de 51,1% (n = 92). A faixa etária situou-se entre os 12 e os 17 anos e a idade média foi de 13,79 (DP = .955). Rapazes (M = 13,91, DP = 1,046) e raparigas (M = 13,68, DP = .851) não diferiam significativamente na idade (t (178) = 1,581, p = .116).

Procedimentos

A RS integra um protocolo de pesquisa e foi aplicada num primeiro momento de avaliação, antes de qualquer intervenção psicológica.

Procedimentos estatísticos: Foram determinados os Coeficientes alfa de Cronbach e realizadas análises fatoriais exploratórias - Análise de Componente Principais-ACP. As correlações entre a RS e outras medidas foram calculadas com coeficientes de correlação de Pearson. Para todas as análises estatísticas, valores de $p < .05$ foram considerados indicativos de diferenças significativas. Todas as análises de dados foram realizadas utilizando o pacote de software estatístico SPSS, versão 17.0 para Windows (SPSS Inc. Portugal).

RESULTADOS

Tendo-se verificado previamente que a amostra apresentava um desvio moderado para a assimetria e a curtose, realizou-se uma primeira Análise de Componentes Principais. Para confirmar a adequação dos dados para análise usou-se o teste Kaiser Myer Olkin (.927) e o

teste de esfericidade de Bartlett (Chi-Square (300) = 2524,668, $p \leq .001$). Todos os itens apresentaram valores de comunalidades superiores a .495. A análise fatorial indicou uma solução de cinco fatores (os valores próprios iniciais são superiores a um e todos os fatores explicam 64,157% da variância total) em que todos os itens (com exceção do 13 e do 2 com saturações fatoriais .336 e .268, respetivamente) apresentaram saturações fatoriais superiores no primeiro fator (variando entre .520 e .756), que sozinho explicava 43,004% da variância total. A decisão de reter um único fator, foi também apoiada pela análise do Scree Plot.

Foi, assim, realizada uma segunda Análise de Componentes Principais sem os itens 13 e 2, tendo emergido uma estrutura unidimensional que explicou um total de 46,015% da variância total. A saturação fatorial dos itens variou entre .518 (item 19) e .804 (item 1) (Tabela 1). O valor de alfa de Cronbach para os 23 itens foi de .945.

Tabela 1. Estrutura unifatorial da Escala de Resiliência para Adolescentes (RS23)

Item	Descrição	Saturação fatorial
15	Mantenho-me interessado/a nas coisas.	.804
10	Sou determinado/a.	.776
2	Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objetivos.	.767
7	Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.	.760
1	Quando faço planos, levo-os até ao fim.	.758
17	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	.755
6	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objectivos na minha vida.	.741
8	Sou amigo/a de mim próprio/a.	.721
24	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.	.716
3	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.	.715
23	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	.694
14	Tenho autodisciplina.	.692
21	A minha vida tem sentido.	.681
9	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	.672
4	Manter-me interessado nas actividades do dia-a-dia é importante para mim.	.665
16	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	.647
12	Vivo um dia de cada vez.	.642
25	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.	.571
18	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	.559
5	Consigo ficar sozinho/a, entregue a mim próprio/a, se for preciso.	.549
22	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.	.546
11	Raramente me questiono se a vida tem sentido.	.521
19	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.	.518

As mesmas análises psicométricas foram conduzidas para a versão breve da Escala de Resiliência RS14. O teste de Kaiser Myer Olkin (.915) e o teste de esfericidade de Bartlett (Chi-Square (91) = 1345,428, $p \leq .001$) confirmaram a adequação dos dados para posteriores análises. Novamente a unidimensionalidade da escala foi evidenciada (encontrou-se um único fator que explica 51.34% da variância total). O item 13 apresentou valores baixos de comunalidade (.113) e de saturação (.337) pelo que foi removido. Para os restantes 13 itens as comunalidades variaram entre .672 (item 15) e .455 (item 18) e as saturações fatoriais variaram entre .596 (item 18) e .820 (item 2).

Uma nova ACP revelou a existência de um único fator que explica 53,232% da variância total. Uma posterior análise da consistência interna (alfa de Cronbach = .926) reforçou a adequação da solução unifatorial para a RS13 - forma breve (Tabela 2).

A média e o desvio-padrão para a RS23 e para a RS13 foram de 119,81 (DP = 21,35) e de 68,54 (DP = 12,67), respetivamente. Para a RS23 a pontuação média para rapazes e raparigas foi, respetivamente, 118,83 (DP = 21,93) e 12,75 (DP = 2,86) não se registando uma diferença estatisticamente significativa entre géneros ($t(178) = -.604, p = .547$). Para a RS13 a pontuação média para os rapazes foi de 67,64 (DP = 13,37) e para as raparigas foi de 69,39 (DP = 11,98). Novamente a diferença não foi estatisticamente significativa ($t(178) = -.927, p = .355$).

A correlação obtida entre a RS23 e a RS13 foi muito elevada ($r = .976, p < .001$). Nos resultados deste estudo a validade convergente foi demonstrada por correlações positivas significativas entre as duas medidas de resiliência e flourishing (medido pelo MHC-SF), com correlações entre .371 ($p < .001$) e .459 ($p < .001$), para a RS 23, e entre .389 ($p < .001$), e .478 ($p < .001$), para a RS13. A validade divergente foi demonstrada por correlações significativas negativas entre resiliência e sintomas de ansiedade (medidos pela MASC) variando as correlações com a RS 23 entre $-.204 (p < .01)$ e $-.314 (p < .001)$ e com a RS 13 entre $-.180 (p < .05)$ e $-.300 (p < .001)$. Correlações entre a resiliência e os sintomas depressivos (medidos pelo CDI) foram significativas e negativas ($r = -.415, p < .001$ para RS; $r = -.432, p < .001$ para a RS13) (Tabela 3).

Tabela 2. Estrutura unifatorial da Versão Breve da Escala de Resiliência para Adolescentes (RS13)

Item	Descrição	Saturação fatorial
15	Mantenho-me interessado/a nas coisas.	.821
10	Sou determinado/a.	.784
17	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	.780
7	Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.	.777
6	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objectivos na minha vida.	.764
8	Sou amigo/a de mim próprio/a.	.755
2	Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objectivos.	.743
14	Tenho autodisciplina.	.705
23	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	.698
21	A minha vida tem sentido.	.682
16	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	.677
9	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	.667
18	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	.600

Tabela 3. Estatísticas descritivas e correlações entre as versões da Escala de Resiliência (RS23, RS13) e as escalas MHC-SF, MASC e CDI

	n	M	SD	RS23	RS13
RS23	180	119.81	21.35	-	
RS13	180	68.54	12.67	.976***	-
MHC-SF Total	121	44.22	14.07	.459***	.478***
MHC - BEE	121	3.85	1.03	.372***	.403***
MHC - BES	123	2.75	1.26	.428***	.439***
MHC - BEP	122	3.13	1.09	.371***	.389***
MASC - Total	163	1.09	.39	-.294***	-.286***
MASC - SF	171	.82	.50	-.298***	-.287***
MASC - AS	173	1.27	.65	-.314***	-.300***
MASC - ASep	172	.62	.43	-.204**	-.180*
MASC - EP	173	1.69	.49	-.072	.056
CDI	119	13.14	6.80	-.415***	-.432***

*** p≤.001 ** p≤.01 * p≤.05

Legenda: RS23: Escala de Resiliência para Adolescentes com 23 itens; RS13: Escala de Resiliência para Adolescentes com 13 itens; MHC-SF Total: Continuum de Saúde Mental; MHC-BEE: Bem Estar Emocional; MHC-BES: Bem Estar Social; MHC-BEP: Bem-Estar Psicológico; MASC-Total=Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças; MASC-SF-Sintomas Físicos; MASC- AS: Ansiedade Social; MASC-ASep: Ansiedade de Separação; MASC-EP: Evitamento do Perigo; CDI: Inventário de Depressão para Crianças

CONCLUSÕES

O objetivo do presente estudo foi investigar a validade de construto das versões longa e breve da Escala de Resiliência, um instrumento desenvolvido por Wagnild e Young (1993) para avaliar os níveis de resiliência que mede a capacidade de suportar pressões, prosperar e dar sentido aos desafios da vida. A RS parece ser uma das medidas mais populares do construto da resiliência, e tem sido utilizada com adolescentes, adultos jovens e mais velhos (Ahern, et al., 2006, Windle et al., 2011). Apesar da especificação dos componentes conceptuais subjacentes ao construto da resiliência e da solução de dois fatores inicialmente sugerida, os autores sempre usaram uma pontuação global para a RS quer na sua versão longa quer na sua versão breve (Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2009). Os estudos de adaptação para a língua portuguesa (Felgueiras et al., 2010; Pesce et al., 2005) não apresentaram resultados consistentes no que diz respeito à estrutura fatorial da RS. Por isso, decidimos explorar numa nova amostra de adolescentes portugueses a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da versão longa e curta da RS. No presente estudo, as duas versões revelaram uma estrutura unidimensional, cujo fator explica 46,015% da variância na RS23 e 53,230% na RS13.

A nova versão longa possui, assim, 23 itens (menos dois que a escala original) e a versão curta contém 13 itens (menos um que a escala original). Todos os itens foram excluídos com base nos critérios de saturações fatoriais abaixo de .40 (DeVellis, 2003). Todos os itens restantes da RS23 e da RS13 apresentaram uma saturação fatorial superior a .50. A análise do conteúdo de cada item excluído pode ajudar-nos a compreender a razão pela qual eles estavam adequados à população adolescente. O item 13 ("Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes") refere-se a experiências passadas e difíceis. Adolescentes com idades entre 12 e 17 anos podem ter a ideia de que nunca passaram por dificuldades, o que torna complexa a resposta a este item, afetando a sua homogeneidade. O item 20 ("Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não") tem um conteúdo que, em nossa opinião, pode ser sensível a deseabilidade social, no sentido de que os adolescentes, mesmo fazendo o que não querem, podem ter dificuldades em assumi-lo. No que se refere ao item 5 ("Consigo ficar ou estar sozinho/a, entregue a mim próprio/a, se for preciso") foi mantido na RS23, embora o primeiro estudo português sobre a escala tenha sugerido a sua remoção devido a uma baixa correlação com a pontuação total. Como mencionado anteriormente, fizemos uma nova tradução do item 5, o que tornou, na nossa opinião, o seu conteúdo mais adequado ao pensamento do adolescente sobre a sua autonomia. A formulação original "I can be on my own if I have to" foi por nós traduzida por "Consigo ficar sozinho/a, entregue a mim próprio/a, se por preciso" substituindo

a tradução literal utilizada por Felgueiras et al. (2010) (*Consigo estar por conta própria se for preciso*), que poderia ser interpretada como uma espécie de independência total do adolescente. Com esta nova formulação os resultados revelaram o contributo adequado deste item para a estrutura da RS.

A presente pesquisa contribuiu ainda para superar uma lacuna importante na análise exploratória da dimensionalidade da escala, testando a hipótese da existência de um único fator. Contudo serão necessários novos estudos com amostras maiores e análise fatorial confirmatória.

Os resultados encontrados corroboram a estrutura unidimensional da RS e fornecem uma boa evidência da sua validade de construto (fiabilidade, validade fatorial, validade convergente e divergente). Como os autores da escala, enfatizamos a importância da utilização de uma pontuação global de resiliência.

No que diz respeito à fiabilidade, encontramos excelente consistência interna para a RS23 (alfa = .95) e para a RS13 (alfa = .93). Para a versão breve, o valor obtido é semelhante ao apresentado por Wagnild e Young (1993), sendo que para a versão longa encontramos um valor mais elevado do que outros estudos (Wagnild & Young, 1993; Felgueiras et al., 2010; Pesce et al., 2005; Nishi, Uehara, Kondo, & Matsuoka, 2010; Abiola, 2011; Heilemann, Lee, & Kury, 2003).

Como era esperado, as duas versões da RS correlacionaram-se de forma elevada, replicando os resultados obtidos por Wagnild e Young (1993). Tal significa que poderão ser utilizados como instrumentos equivalentes em investigação.

A validade convergente foi demonstrada por correlações positivas significativas entre as duas medidas de Resiliência (RS23 e RS13) e o *flourishing*, e a validade divergente foi demonstrada por correlações negativas significativas com sintomas ansiosos e depressivos. Associações mais elevadas foram obtidas entre a resiliência e as medidas de *flourishing* e depressão. Também Wagnild e Young (1993) demonstraram a validade convergente e divergente de RS14 com medidas de satisfação com a vida e sintomas depressivos.

Com base nas propriedades psicométricas obtidas, o nosso estudo também apoia a utilidade da RS23 (versão longa portuguesa) e da RS13 (versão curta portuguesa) para avaliar a resiliência na população de adolescentes portugueses.

Esta investigação representa uma contribuição para o estudo de validação transcultural da RS. Para compreender a resiliência vários estudos têm sido realizados em diferentes culturas e grupos, pois espera-se que os contextos culturais e sociais possam influenciar o nível de resiliência. Quando estudamos a resiliência identificamos fatores relacionais e pessoais protetores que podem guiar uma intervenção terapêutica ou preventiva que pretenda desenvolver competências e recursos psicossociais para lidar com as adversidades e aceitar-se a si mesmo e à vida. A identificação e otimização dos pontos fortes pode ser o foco de intervenções psicológicas com adolescentes. Como argumentado por Wagnild (2009, p. 10) "cada um de nós tem possibilidades e potencialidades extraordinárias. Todos tropeçamos e caímos de vez em quando, mas cada um de nós tem a capacidade de se erguer e continuar em frente. Chamamos resiliência a essa capacidade de se levantar e de seguir em frente".

AGRADECIMENTOS

Somos gratos aos adolescentes e educadores que aceitaram participar neste estudo. Este trabalho não seria possível sem a sua disponibilidade e colaboração. Agradecemos o apoio do CINEICC- Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria do Rosário Pinheiro, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, CINEIC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra, pinheiro@fpce.uc.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's Resilience Scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*, 4, 509 doi 10.1186/1756-0500-4-509.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103-125.
- Baruth, K.E., & Carroll, J.J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58, 235-244.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Felgueiras, M., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 65-76.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Denmark: World Health Organisation, retrieved at <http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf>
- Haskett, M.E., Nears, K., Ward, C.S., & McPherson, A.V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clin Psychol Rev*, 26(6), 796-812.
- Heilemann, M.V., Lee, K., & Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, 11/1, 61-72.
- Keyes, C. (2009). The nature and importance of positive mental health in america's adolescents. In A. R. Gilman, E. S. Huerbmer, & M. J. Furlong (Eds.). *Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9-23). New York, NY: Routledge.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565. doi:10.1097=00004583-199704000-00019.
- Marujo, H. M. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência* (PHD Thesis). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Matos, A. P., André, R., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira C., & Pinto, A. (2010) Estudo psicométrico preliminar da MHC-SF for youth. *Psicologica*, 53, 131-156.
- Matos, A.P., Salvador, C., Cherpe, S., Oliveira, S., Arnarson, E. Craighead, E. & March, J.S. (2012). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): psychometric properties and confirmatory factor analysis in a sample of Portuguese adolescents. Unpublished manuscript.
- Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M., & Matsuoka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Res Notes*, 3, 310. Published online 2010 November 17.

- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychol Rep.* 2003 Dec; 93(3 Pt 2), 1217-22.
- Pesce, R. P., (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, 21 (2), 436-448.
- Salazar-Pousada, D., Arroyo, D., Hidalgo, L., Perez.Lopez, F.R., & Chedraui, P. (2010). Depressive symptoms and resilience among pregnant adolescents: A case study. *Obstetrics and Gynecology International* Volume 201. Article IS 952493,7pages. doi:10.1155/2010/952493.
- Sikkes, S., Lange-de Klerk, E., Pijnenburg, Y., Scheltens, P., & Uitdehaag, B.(2008). A systematic review of instrumental activities of daily living scales in dementia: room for improvement. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 80(7), 7-12.
- Sinclair, V.G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2008). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Terwee, C.B., Bot, S.D., Boer, M.R., Windt, D., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., & Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, 60, 34-42.
- Wagnild, G.M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Wagnild, G.M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden, MT:Thr Resilience Center.
- Windle, G. (2010). The Resilience Network: What is resilience? A systematic review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 1-18.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 8. doi:10.1186/1477-7525-9-8
- Winsett, R. P., Stender, S.R., Grower, G., & Burghen, G.A. (2010): Adolescent self-efficacy and resilience in participant attending a diabetescamp. *Pediatric Nursing*, 36, 293-296.