

Evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD

Evidence of validity based on the relationship with external variables for the Depressive Cognitive Distortion Scale – DCDS

Felipe Augusto Cunha, Makilim Nunes Baptista *

Universidade São Francisco, Campinas, São Paulo, Brasil.

Resumo

As distorções cognitivas são de suma importância no momento de gerar pensamentos disfuncionais e negativos. Com isso, pode ocorrer maior agravamento no quadro clínico, demonstrando que é importante analisar e rastrear esses tipos de erros lógicos oriundos do adoecimento emocional. O presente estudo teve como objetivo inicial, buscar evidências de validade baseadas em variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD). Participaram da pesquisa 459 pessoas, divididos em dois grupos, sendo os não clínicos e clínicos (depressivos). Na coleta de dados, foram aplicadas a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A); Escala de Pensamentos Depressivos (EPD); Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS); Escala de Autorregulação Emocional (EARE) e, por último, a EDICOD. Foram comparadas as médias de sintomas e pensamentos depressivos entre os dois grupos. Posteriormente, foi feita a relação dos instrumentos de distorções cognitivas (EDICOD) com os demais. Os principais resultados demonstraram que foram encontradas diferenças entre os grupos clínico e não clínico, tais como: sintomatologia depressiva mais presente no grupo clínico, que também obteve maiores médias de pontuação na EDICOD. E os instrumentos usados no estudo, se correlacionaram positivamente, demonstrando evidências de validade na qual o estudo foi proposto.

Palavras-chave: distorções cognitivas; depressão; correlação; construção

Abstract

Cognitive distortions are of paramount importance in generating dysfunctional and negative thoughts. As a result, the clinical condition may worsen further, demonstrating that it is important to analyze and track these types of logical errors resulting from emotional illness. The present study aimed to find evidence of validity based on external variables for the Depressive Cognitive Distortions Scale (EDICOD). 459 people participated in the research, divided into two groups, being non-clinical and clinical (depressive). For data collection, the Baptist Depression Scale (EBADEP-A) was applied; Depressive Thinking Scale (EPD); Dysfunctional Attitudes Scale (DAS); Emotional Self-Regulation Scale (EARE) and, lastly, EDICOD. Means of depressive symptoms and thoughts were compared between the two groups. Subsequently, the relationship between the cognitive distortion instruments (EDICOD) and the others was made. The main results showed that differences were found between the clinical and nonclinical groups, such as depressive symptoms more present in the clinical group, which also obtained higher EDICOD score means. And the instruments used in the study

* **F.A. Cunha** - E-mail: flpcunha@terra.com.br ; **M.N. Baptista** - E-mail: makilim01@gmail.com

correlated positively, showing evidence of validity in which the study was proposed.

Keywords: *cognitive distortions; depression; correlation; construction*

1. Introdução

A depressão é considerada um transtorno de humor multifatorial, que possui aspectos biológicos, ambientais e sociais. Estatísticas apontam que é a doença psiquiátrica que mais acomete a população mundial, independente da faixa etária. Aproximadamente 322 milhões sofrem de depressão no mundo, e, até 2020, este tende a ser o transtorno mental mais comum (World Health Organization – WHO, 2017). O sintoma principal da depressão é o humor deprimido, que se inicia com um rebaixamento do estado de humor que gradualmente se agrava, além da anedonia, caracterizada pela falta de prazer nas atividades diárias, que antes tinham um significado importante na vida do sujeito. Juntam-se a estes sintomas outros adicionais, como: alterações no apetite, sono, sentimento de culpa e pensamentos negativos recorrentes. Esses sintomas precisam perdurar por, no mínimo, duas semanas. As chances de uma pessoa apresentar um quadro depressivo durante sua vida variam entre 10% e 25%, no gênero feminino, e aproximadamente de 5% a 12%, nos homens. A idade mais acometida está na faixa dos 20 aos 40 anos (*American Psychiatric Association - APA, 2014*).

Outra questão importante que deve ser observada, são as características referentes ao gênero, idade e estado civil, considerados como fatores sociodemográficos de alto impacto que interferem diretamente no sujeito que sofre de depressão. Dentre esses fatores, podem ser considerados também: o histórico da doença na família, a presença de problemas de saúde, eventos estressores durante a vida, entre outros (Baptista, 2004). Comparando o estado civil, algumas pesquisas apontam que ser casado pode ser considerado como um fator protetivo. Em uma pesquisa sobre prevalência de depressão em diversos países, estes foram separados em dois grupos a partir da renda econômica (alta e média-baixa). Dentre esses países, dez ficaram no grupo da renda econômica alta e oito no grupo de menor renda, no caso o Brasil no de menor renda. (Justo & Kalil, 2006).

Em relação à faixa etária, foi verificado que as pessoas entre 18 e 34 anos apresentaram de 3 a 5,5 vezes mais chances de ter episódios depressivos do que os indivíduos com mais de 65 anos. Em relação ao estado civil, os divorciados apresentaram maior risco do que os casados (Bromet et al., 2012).

A partir dos fatores supracitados que influenciam um possível episódio depressivo, as cognições também afetam diretamente os mecanismos que são primordiais na manutenção dos padrões de pensamentos negativos no depressivo. Esses erros lógicos na forma de pensar, são nomeados como distorção cognitiva, que segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1982) consiste em padrões rígidos de pensamentos negativos que desencadeiam processos internos fazendo com que o sujeito faça apenas avaliação negativa ou catastrófica de situações sobre si, seu meio social e o futuro. Essas visões distorcidas afetam o depressivo em várias esferas da sua vida, como, no trabalho, na família, nas suas relações interpessoais, e são considerados como um fator psicológico importante que intensifica os sintomas depressivos (Knaap & Beck, 2008).

As distorções cognitivas são frequentes em pacientes com transtornos psiquiátricos, como por exemplo de depressão, transtorno de ansiedade e esquizofrênico. Esses sujeitos, frequentemente começam a ter pensamentos negativos sobre vários aspectos da sua vida. A partir do modelo cognitivo da depressão, observa-se que quando o depressivo apresenta

distorções cognitivas (Tabela 1), elas interferem negativamente no seu meio social, sua visão de si mesmo e do futuro. Esse olhar negativo para a vida é nomeado como tríade cognitiva, considerada como um pressuposto psicológico importante para entender e intensificar os sintomas depressivos (Beck & Dozois, 2011).

Tabela 1 – Tipos de distorções cognitivas

Inferência arbitrária: refere-se ao processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências para apoiar a conclusão, ou quando as evidências são contrárias à conclusão.

Abstração seletiva: consiste em focalizar um detalhe extraído do contexto, ignorar outras características mais salientes da situação e conceituar a experiência toda com base no fragmento.

Hipergeneralização: refere-se ao padrão de extrair uma regra geral ou conclusão com base em um ou mais incidentes isolados e aplicar o conceito indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas.

Magnificação e minimização: são refletidas em erros de avaliação da importância ou magnitude de um evento que são tão grosseiros a ponto de constituir uma distorção.

Personalização: refere-se à propensão do paciente a relacionar eventos externos a si próprio, quando não há qualquer base para estabelecer tal conexão.

Pensamento dicotômico absolutista: é manifestado na tendência a colocar todas as experiências em uma entre duas categorias opostas.

Nota: elaborada com base nas distorções cognitivas de Beck (1967).

A partir das distorções cognitivas supracitadas, normalmente existem alguns processos que podem ser utilizados para a diminuição desses erros cognitivos, que geram o humor negativo, como por exemplo, a autorregulação emocional. Segundo Berking, Ebert, Cuijpers e Hoffmann (2003) está pode ser definida como uma habilidade de enfrentamento de emoções aversivas, favorecendo o indivíduo a manter o senso de controle em situações estressoras, bem como, na prevenção, redução, intensidade e duração dos estados disfóricos. O conceito também pode ser entendido como controle expressivo das emoções negativas e a redução da excitação emocional, envolvendo monitoramento e avaliação das experiências emocionais. Gratz e Roemer (2004) denominam a autorregulação emocional como um processo de iniciar, manter e modular emoções de acordo com as ocorrências, intensidade e duração dos estados afetivos internos.

A autorregulação emocional é vista como um processo dinâmico, que envolve esforços conscientes capazes de influenciar pensamentos, sentimentos e comportamentos para atingir um objetivo específico. O desempenho acadêmico, relações interpessoais e o ajustamento psicológico são formas nas quais o fenômeno pode atuar e contribuir, no sentido de conseguir equilibrar pensamentos negativos no sujeito. Quando o indivíduo apresenta dificuldade em autorregular-se emocionalmente pode ocorrer aumento na probabilidade e no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, e/ou desencadeamento de estresse pós-traumático, ansiedade ou depressão (Gross & John, 2003; Duckworth & Seligman, 2006).

Em um estudo de Gross e John (2003), os autores afirmaram que baixos índices de autorregulação emocional podem causar comportamentos desajustados nos indivíduos. Esses

sujeitos tendem a correr riscos, como por exemplo, fazer uso de substâncias psicoativas, automutilação, comportamentos sexuais de risco, desencadeamento de transtornos psiquiátricos como o estresse pós-traumático, ansiedade e em grande escala a depressão.

Ainda discutindo sobre os possíveis fatores que influenciam o desenvolvimento do transtorno depressivo, serão relatados alguns estudos mais antigos sobre o impacto das distorções cognitivas em pessoas com depressão. Dobson e Shaw (1986) verificaram a relação dos pensamentos distorcidos e negativos em três tipos de sujeitos, sendo esses 35 pacientes psiquiátricos com depressão ($n=26$ mulheres); 16 pacientes psiquiátricos não deprimidos ($n=12$ mulheres) e 17 indivíduos sem nenhum diagnóstico ($n=11$ homens), entre 18 e 35 anos de idade. Os instrumentos aplicados foram o *Automatic thoughts Questionnaire* (ATQ) e *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS), os principais resultados indicaram correlações estatisticamente significativas entre o ATQ e os níveis de depressão ($r=0,84$; $p=0,001$), e o da DAS com os níveis de depressão ($r=0,64$; $p=0,001$). Kendall, Howard e Hays (1989) realizaram um estudo para identificar a frequência dos pensamentos negativos em pacientes psiquiátricos, sendo esses divididos em dois grupos, com indivíduos diagnosticados com depressão ($n=19$) com idade média de 38,16 anos, totalizando 17 mulheres. O outro grupo foi composto de pacientes com transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno bipolar, fobias ($n=15$), idade média de 32,80 e o gênero masculino ($n=9$) foi mais predominante. Os instrumentos aplicados foram *Beck Depression Inventory* (BDI), *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-D). Os resultados a partir do teste t de Student apontaram que o ATQ diferenciou significativamente os sujeitos depressivos porque eles endossaram os itens em uma frequência maior do que os pacientes sem diagnóstico de depressão. Por fim, foi encontrado que existe uma tendência maior dos depressivos assumirem pensamentos negativos, quando comparado com outros grupos.

Mais recentemente, Medeiros e Sougey (2010) realizaram um estudo sobre distorções de pensamentos em 75 pacientes depressivos. A idade média foi de 42,7 anos e o gênero mais predominante da amostra foi feminina ($n=62/82,7\%$). Os instrumentos aplicados nesses sujeitos foram o BDI e SCID-I, com o propósito de rastrear o nível de depressão e as distorções de pensamento. Os resultados indicaram que as distorções mais frequentes nos depressivos foram, pensamentos de desesperança (69,3%), ideias de fracasso (61,3%) e desejo de morte (60,0%), nas mulheres e na faixa etária dos 18 a 33 anos. Por fim, encontraram correlação estatisticamente significativa entre as distorções com as variáveis de idade, gênero e estado civil.

Em um estudo mais recente de Batmaz et al. (2015) sobre pensamentos negativos e atitudes disfuncionais, foi avaliado se esses fenômenos influenciaram os episódios depressivos recorrentes na população adulta. A amostra do estudo foi composta por 100 sujeitos de ambos os gêneros, sendo que 74% corresponderam ao gênero feminino, entre 18 e 65 anos ($M=29,12$). Os instrumentos utilizados foram o *Structured Diagnostic Interview* (MINI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Automatic Thoughts Questionnaire-Negative* (ATQ) e *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS). Os principais resultados indicaram avaliações psicométricas estatisticamente significativas. A correlação com maior magnitude foi com a pontuação da DAS ($r=0,75$) com BDI, e entre os dois instrumentos ATQ e DAS ($r=0,51$), considerada uma magnitude moderada apontando que os pensamentos negativos são fundamentais na predição das recorrências depressivas.

Por fim, observa-se que a partir dos estudos relatados as distorções cognitivas e pensamentos negativos estão relacionados e presentes nos indivíduos que sofrem com algum tipo de sintoma da depressão ou mesmo o transtorno depressivo propriamente dito. Assim, o

objetivo geral do estudo foi buscar evidências de validade baseada na relação com variáveis externas para a Escala de Distorções Cognitivas Depressivas (EDICOD), correlacionando com a Escala Baptista de Depressão (EBADEP A), a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD), a Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS) e a Escala de Autorregulação Emocional (EARE) em pessoas com e sem diagnóstico de depressão.

2. Materiais e Método

A amostra foi composta por 459 pessoas, sendo 93,5% (n=429) definidos como grupo não-clínico e 6,5% (n=30) como grupo clínico (com diagnóstico de depressão). A idade dos participantes do grupo clínico variou entre 18 e 60 anos ($M= 27,51$; $DP= 9,19$) e 85,4% (n=70) dos participantes que souberam relatar sobre diagnóstico de familiares, tinham a mãe com depressão. Quanto ao estado civil, a maior parte dos participantes foi composta por 70,2% (n=322) solteiros, e 22,4% (n=103) de casados. Os demais sujeitos ficaram divididos em divorciados 3,5% (n=16); viúvo 0,7% (n=3); recasados 0,7% (n=3) e outros 2,6% (n=12).

Dos participantes do grupo não-clínico, 335 (73%) eram universitários e 94 (20,5%) funcionários de um hospital, sendo que 63,4% (n=291) eram do gênero feminino, com idades entre 18 e 60 anos ($M=27,45$; $DP=9,18$). Os pacientes com diagnóstico de depressão tinham idades entre 19 e 45 anos ($M=29,56$; $DP=6,79$), sendo que 80% (n=24) eram do gênero feminino. A divisão dos participantes foi feita em clínicos e não clínicos por conter particularidades específicas de cada um, e com a intenção de analisar as variáveis mais presentes nessa amostra, como por exemplo o gênero, idade e estado civil.

Instrumentos

Questionário de Identificação: instrumento fechado elaborado pelos autores com intuito de obter dados relacionados ao paciente, como: gênero, idade, escolaridade, histórico de doença mental e de avaliação psiquiátrica ou psicológica.

Escala de Distorções Cognitivas Depressivas – EDICOD (Cunha & Baptista, 2017): a construção da EDICOD foi feita a partir do pressuposto teórico da Teoria Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982) e dos 11 descritores das distorções cognitivas de Wood (2010). Foi realizada análise fatorial exploratória utilizando o método de extração ULS, com rotação oblíqua (weighted oblmin) uma vez que existem pressupostos teóricos de que os fatores são correlacionados e também análise da Teoria de Resposta ao Item a partir do modelo de um parâmetro de Rasch, em que foi indicado uma solução mais apropriada com três fatores, denominados como F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamento dicotômico/hipergeneralização, com variância total explicada de 57,18%. A escala possui 36 itens e os seus índices de fidedignidade foram de $\alpha= 0,93$ (F1), $\alpha= 0,93$ (F2) e $\alpha= 0,95$ (F3). As opções de respostas são em formato tipo Likert de quatro pontos, sendo 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente), com pontuação mínima de 36 pontos e máxima de 144 pontos.

Escala Baptista de Depressão - EBADEP-A (Baptista, 2012): o instrumento foi desenvolvido tendo como base indicadores de manuais diagnósticos tais como o DSM-IV- TR (APA, 2002), CID 10 (OMS, 1993), bem como descritores baseados na Teoria Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) e na Teoria Comportamental da Depressão (Ferster, Culbertson & Boren, 1977). A escala é composta por 45 itens de avaliação de sintomas da depressão que são divididos em duas frases por item, no formato Likert de quatro pontos,

com variação de zero a três, com mínima de zero e a máxima de 135, de modo que, quanto, menor a pontuação, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo sujeito. O instrumento pode ser aplicado na faixa etária de 17 a 81 anos. O índice de confiabilidade da escala foi de 0,92.

Escala de Pensamentos Depressivos (EPD) (Carneiro & Baptista, 2016): a escala foi construída com base na teoria de Beck (1979) partir do modelo da tríade cognitiva, com o objetivo de avaliar pensamentos negativistas encontrados em sujeitos com depressão. A escala no total possui 26 itens, divididos em dois fatores, sendo o F1 composto por pensamentos negativistas do sujeito a respeito de si e do futuro e no F2 se aloca os pensamentos positivos e funcionais relacionam-se mais sobre a relação com o mundo/outros. O instrumento é autoaplicável, destinado ao público adulto (18 a 59 anos), constituído por uma escala Likert de três pontos com pontuação mínima de 26 pontos e máximo de 78. O instrumento apresentou índices de confiabilidade, 0,93 no Fator 1 e 0,89 no Fator 2.

Escala de Atitudes Disfuncionais -DAS (Weissman, 1979): o instrumento foi adaptado para versão brasileira por Orsili, Tavares e Tróccoli (2006). A escala rastreia crenças ou atitudes negativas em adultos a partir de 18 anos, divididas em duas formas (DAS-A/DAS-B); sendo que o formato A corresponde somente itens negativos e o formato B itens positivos, compreendendo 40 itens em cada versão e uma escala do tipo Likert de sete pontos, sendo o mínimo de 40 pontos e o máximo de 280 ponto. O índice de confiabilidade da forma A da escala é de 0,81. Na presente pesquisa será utilizada somente o formato DAS-A, uma vez que os itens são compostos por dimensões negativas.

Escala de Autorregulação Emocional – EARE (Noronha & Baptista, 2015): a escala tem como objetivo avaliar o aspecto da autorregulação emocional no público adulto. Até o momento o instrumento tem 95 itens distribuídos em uma escala tipo Likert de quatro pontos, sendo 1 para “Nunca” e 4 “Sempre”). A instrução do instrumento orienta que o participante assinale a resposta que melhor o descreve. Em um segundo momento, foi elaborado um roteiro de entrevista para a coleta de dados, sendo que as questões “O que você pensa quando está triste?” e “O que você faz quando está triste?” compunham o roteiro. Dos itens sugeridos nas entrevistas semiestruturadas, 28 foram inseridos na versão final da EARE, totalizando então a versão dos 95 itens. A EARE foi baseada nos pressupostos teóricos de Weiss et al. (2015); Nelis et al. (2011) e Gratz e Roemer (2004), portanto estudos sobre medidas psicométricas estão sendo desenvolvidas.

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (CAAE 61631016.2.0000.5514) e autorizado pelas instituições para a aplicação dos instrumentos psicológicos. Os sujeitos respondentes da pesquisa, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, que constavam as informações pertinentes da pesquisa. No grupo 1, a aplicação foi realizada de forma coletiva em sala de aula (os sujeitos pertencentes ao grupo de estudantes) após a aprovação dos responsáveis institucionais. Referente aos sujeitos que eram funcionários do hospital, responderam os testes na própria instituição de forma grupal e/ou individual, em um local específico da própria organização. Foi acrescentado o grupo dos funcionários do hospital com o intuito de inserir outras idades para a amostra. A aplicação nesse grupo levou aproximadamente 20 minutos.

No grupo 2 as aplicações foram individuais no próprio estabelecimento onde o sujeito se encontrava, no caso, uma clínica médica. O tempo para a execução da aplicação foi aproximadamente de 40 minutos. Neste grupo ocorreu um aumento de tempo na aplicação porque como os pacientes com diagnóstico de depressão, os indivíduos apresentaram dificuldades em compreender alguns itens dos instrumentos, por estarem debilitados pela depressão e/ou com efeitos de medicamentos.

Foi aplicado em ambos os grupos cinco tipos de escala e o questionário de identificação, tais como, a EDICOD, EBADEP-A, EPD, DAS e a EARE). Esses protocolos de aplicação foram divididos em dois tipos de protocolos, denominados como A e B, com o intuito de separar os instrumentos que foram aplicados para evitar o efeito fadiga nos participantes, por conter muitos itens para responder. O protocolo A teve os instrumentos: EDICOD, EBADEP-A e EPD e o outro, EDICOD, DAS e EARE. Os participantes responderam os protocolos de maneira alternada, então tanto o grupo 1 quanto o grupo 2, receberam protocolos do tipo A ou B.

Análise de dados

Os dados foram analisados a partir do programa *Statistic Package for Social Sciences* – SPSS (IBM, 2015). O teste t de Student foi utilizado para verificar possíveis diferenças de média em até dois grupos. A relação da EDICOD e os seus fatores com as outras escalas utilizadas, tais como EBADEP A, EPD, DAS e EARE foi verificada a partir da correlação de Pearson. Os resultados foram considerados significativos quando o p é igual ou menor que 0,05. Outra análise feita foi a de regressão linear múltipla, para observar quanto um instrumento prediz o outro.

3. Resultados

Primeiramente foi utilizada uma análise de frequência para verificar os níveis de sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos na população geral. Conforme apresentado na Tabela 2, foram utilizados normas de correção segundo o manual da EBADEP-A e EPD (Baptista, 2012; Carneiro & Baptista, 2016).

Tabela 2 - Frequência de sintomatologia depressiva e pensamentos depressivos.

Grupo	Sintomatologia	EBADEP-A (N/%)	EPD F1 (Baixa autoestima/desesperança) (N/%)	EPD F2 (Funcionalidade das relações) (N/%)
Não clínico	Baixo/mínima	181/79,4	64/28,2	82/36,1
	Médio baixo/Leve	17/7,9	65/28,6	84/30,0
	Médio alto/Moderada	26/11,4	31/13,7	42/25,5
	Alto/Severa	3/1,3	67/29,5	19/8,4
Clínico	Baixo/mínima	2/14,3	-	2/14,3
	Médio baixo/Leve	2/14,3	1/7,1	4/28,6
	Médio alto/Moderada	9/64,3	-	5/35,7
	Alto/Severa	1/7,1	13/92,9	3/21,4

Verificou-se que, no grupo não clínico, grande parte dos sujeitos apresentaram sintomatologia depressiva mínima (N=181; 79,4%), seguidos de baixa autoestima/desesperança (N=65;28,6%) e funcionalidades das relações (N=82; 36,1%) de

baixo para médio baixo. Mas ainda no F1 da EPD, o nível “alto” de pensamentos depressivos foi o mais pontuado ($N=67$; 29,5%). No grupo clínico o nível de sintomas depressivos mais frequente foi o moderado ($N=9$; 64,3%) e o fator 1 da EPD rastreou alta frequência de pensamentos de baixa autoestima/desesperança e médio alto em pensamentos nas funcionalidades das relações (F2). Após analisar o ponto de corte dos instrumentos, foi realizada uma análise para verificar a diferença de média entre os escores dos grupos (clínico e não clínico), a partir do resultado das pontuações das escalas aplicadas (Tabela 3)

Tabela 3 - Diferença de média entre os grupos.

	Grupo	N	Média	DP	t	gl	p	d
EDICOD-F1	Não-clínico	429	10,42	3,91	-5,445	30,342	0,001	1,24
	Clínico	30	17,30	6,83				
EDICOD-F2	Não-clínico	429	19,42	7,23	-8,684	457	0,001	1,47
	Clínico	30	31,50	9,06				
EDICOD-F3	Não-clínico	429	18,00	5,31	-3,955	29,979	0,001	0,92
	Clínico	30	25,90	10,85				
EDICOD-Total	Não-clínico	429	47,84	14,47	-6,622	30,800	0,001	1,45
	Clínico	30	74,70	21,88				
EPD F1	Não-clínico	213	19,81	5,14	-7,741	225	0,001	-1,88
	Clínico	14	31,00	6,67				
EPD F2	Não-clínico	213	17,25	4,21	-2,750	225	0,006	-0,80
	Clínico	14	20,43	3,76				
EBADEP-A	Não-clínico	214	33,45	24,95	-7,203	226	0,001	2,1
	Clínico	14	82,71	21,86				
DAS	Não-clínico	215	117,91	31,09	-3,319	16,834	0,004	0,98
	Clínico	16	155,19	44,11				
EARE	Não-clínico	215	209,44	30,30	-3,343	226	0,001	0,82
	Clínico	16	235,93	34,12				

*Fatores da EDICOD: F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamento dicotômico/hipergeneralização.

Os resultados apresentados na Tabela 3 demonstram que o grupo clínico foi aquele que teve maiores médias nas escalas de distorções cognitivas (EDICOD), sintomas de depressão (EBADEP-A), pensamentos depressivos (EPD e DAS) e autorregulação emocional (EARE). Todas as diferenças encontradas, foram estatisticamente significativas e o tamanho do efeito d de Cohen foi grande, variando entre 0,82 e 2,1 (Cohen, 1988). Apenas os fatores da EPD que apresentaram o d negativo, demonstrando que o efeito foi baixo.

Foi feita comparação de médias dos respondentes de todas as escalas com o uso do teste t de Student para analisar diferenças dos escores da EDICOD em função do gênero. Nas análises de diferença de média do grupo clínico não foram encontrados resultados

significativos. No entanto, ressalta-se que a amostra deste grupo foi reduzida. No grupo não clínico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a EBADEP-A ($t=-2,33[226]$; $p=0,000$), que indicou que as mulheres ($M=40,35$; $DP=30,76$) pontuaram mais do que os homens ($M=32,10$; $DP=22,43$) $d= -0,31$ e para a EDICOD-F2 ($t=-2,86[457]$; $p=0,004$), que também indicou que as mulheres ($M=21,01$; $DP=8,44$) tiveram mais pontos que os homens ($M=18,82$; $DP=6,79$), $d= -0,29$.

Tabela 4 - Coeficiente de correlação de Pearson (r) para as escalas utilizadas nos dois grupos.

	EPD F1	EPD F2	EBADEP-A	DAS	EARE
EDICOD-F1	0,66**	0,29**	0,67**	0,69**	0,53**
EDICOD-F2	0,78**	0,33**	0,79**	0,61**	0,75*
EDICOD-F3	0,58**	0,27**	0,53**	0,59**	0,67**
EDICOD-Total	0,79**	0,35**	0,79**	0,69**	0,74**

Nota: ** $p<0,01$; Fatores da EDICOD: F1 abstração seletiva/personalização; F2 inferência arbitrária/maximização e minimização e F3 pensamentos/hipergeneralização.

Foram também analisados os respondentes que relataram sobre ter familiares com depressão sendo que na EPD F1 ($t=2,31[225]$; $p=0,022$) apresentou mais familiares depressivos ($M=21,59$; $DP=7,03$) e familiares não depressivos ($M=19,77$; $DP=4,86$), $-0,30$; e a EDICOD-total apresentou ($t=2,67[457]$; $p=0,000$) mostrando que a incidência maior foram dos familiares com depressão ($M=52,04$; $DP=19,13$) diferente dos familiares não depressivos ($M=47,91$; $DP=19,06$), $d=-1,69$. Posteriormente, foram verificadas as correlações entre os instrumentos, como pode ser observado na Tabela 4.

Os resultados (Tabela 4) indicaram que os instrumentos utilizados estão correlacionados positivamente em todas as escalas. As correlações entre os instrumentos mostraram magnitudes que variaram entre fracas e fortes ($r=0,29$ a $r=0,79$) (Dancey & Reidy, 2006). Considerando os fatores da EDICOD, o F1 apresentou magnitude mais forte com a DAS, já no Fator 2 da EDICOD, a magnitude mais forte foi com a EBADEP-A, e na EDICOD-F3 diferente dos outros fatores, a magnitude maior foi com a EARE. Sobre as correlações da EPD-F2 com a EDICOD, todas foram fracas.

Tabela 5 - Regressão linear múltipla entre a EDICOD e os instrumentos

	β	p	Tolerância	VIF
EBADEP-A	0,43	0,001	0,42	2,392
EPD F1	0,46	0,001	0,38	2,622
EPD F2	-0,02	0,58	0,76	1,307
EARE	-0,01	0,83	0,97	1,028
R ²				70%
Durbin-Watson				2,171

Outro apontamento importante sobre a relação maior entre os fatores da EDICOD, observa que o F1 da EPD, ficou com magnitudes mais fortes por se tratar de um fator composto somente por itens negativos, parecido com a escala em construção (EDICOD). Em seguida a escala DAS também teve uma alta relação com os fatores da EDICOD, demonstrando assim, uma forte correlação entre os instrumentos. Foi realizada também uma análise de

regressão linear (Tabela 5) para o grupo não clínico e clínico, para saber o quanto as distorções cognitivas poderiam prever os sintomas de depressão, pensamentos depressivos e autorregulação emocional.

Verificou-se que para a amostra geral EDICOD foi possível de prever ($\beta=0,43$) os sintomas depressivos rastreados pela EBADEP A, e preve também ($\beta=0,46$) os pensamentos depressivos averiguados pela EPD- F1. A variância total explicada entre os instrumentos foi de 70%.

4. Discussão

O presente estudo teve como proposta buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a EDICOD. Entre as variáveis analisadas, como por exemplo, a média de pontuação do grupo clínico e não clínico, notou-se que os depressivos pontuaram mais em relação ao grupo saudável. Esse dado corrobora com estudo de Beck e Dozois (2011), que comentam sobre o aumento das distorções cognitivas em pacientes com depressão, diferente da população que não apresenta o transtorno. A partir disso, foi feita uma análise de frequência com os pontos de corte, para os instrumentos EBADEP-A e EPD com o intuito de aferir os níveis de pensamentos e sintomas depressivos no grupo não clínico (G1) e clínico (G2).

Considerando os escores da EBADEP-A, a sintomatologia mínima foi a mais presente no G1, demonstrando que os sujeitos não apresentaram níveis considerados de depressão e a pontuação foi alta em relação a EPD F1 (baixa autoestima/desesperança) e na EPD F2 (funcionalidade das relações) os sujeitos do G1 concentrou-se mais na baixa sintomatologia de pensamentos depressivos, apontando que os respondentes não tiveram quase nenhum indício de pensamentos negativos. Em grande parte, o G2 apresentou sintomatologia moderada em sintomas depressivos, junto de nível alto de pensamentos de baixa autoestima/desesperança e médio alto em pensamentos de funcionalidades das relações. Comparando esses resultados era esperado que o público não clínico pontuasse menos em pensamentos e sintomatologia depressiva, como no estudo de Orsini, Tavares e Tróccoli (2007) em que o grupo saudável apresentou menos distorções cognitivas negativas, interferindo diretamente em uma menor chance de desencadear depressão futuramente.

Knaap e Beck (2008) ressaltam que normalmente os pensamentos negativos ou erros lógicos precedem com uma frequência maior os sintomas depressivos. Praticamente, ocorre uma causa e efeito, isto é, a partir de determinados pensamentos errôneos que o indivíduo começa a adquirir sobre sua vida, aumentam suas distorções cognitivas, podendo desencadear um adoecimento emocional. Por isso é notória essa relação entre os pensamentos depressivos e sintomas da depressão, que segundo os resultados, trouxeram correlações de moderada a forte (Dancey & Reidy, 2006) entre a EDICOD-Total com as escalas EPD, EBADEP-A, DAS e EARE.

Observando os resultados da amostra total, notou-se relação maior entre os fatores 1 e 2 da EDICOD com o F1 da EPD, sendo que esse fator é descrito apenas por itens negativos, corroborando com a EDICOD, que é formada só por sentenças pessimistas também, indicando magnitudes moderadas e fortes entre esses fatores. Esses mesmos fatores foram correlacionados, entende-se que essas dimensões da EDICOD esboçam distorções negativas sobre abstração seletiva; personalização; inferência arbitrária; maximização e minimização; pensamento dicotômico e hipergeneralização, que segundo Beck (1976), são presentes em todos indivíduos, mas com uma frequência maior nos depressivos.

Outro ponto importante foi sobre a correlação entre a EDICOD-total e EBADEP-A, que apresentaram valores estatisticamente significativos e com magnitudes fortes. Espera-se que ao passo que o indivíduo pontua em depressão, aumenta a tendência em desenvolver distorções cognitivas, ou vice e versa, como mencionado no estudo de Medeiros e Sougey (2010). E por fim observando os resultados da EARE com EDICOD, foi notável correlações negativas moderadas, porque entende-se que quando o sujeito tem um nível de autorregulação emocional adequada, normalmente não é esperado a presença de distorções cognitivas, corroborando então com o estudo de Gross e John (2003).

A partir dos resultados obtidos sobre as diferenças de média, o grupo clínico não apresentou diferenças significativas, por se tratar de uma amostra reduzida comparada com o grupo não clínico, por isso só foram realizadas análises com o grupo não clínico. Por isso em relação ao gênero as mulheres pontuaram mais que os homens para a EDICOD e EBADEP- A, que segundo WHO (2017), é esperado o gênero feminino apresentar mais sintomas depressivos do que os homens. E também nos estudos de Batmaz et al. (2015) e Justo e Kalil (2006), as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos sendo assim, esse público é mais vulnerável ao transtorno por questões fisiológicas, sociais e culturais. Outro dado considerado no estudo, foi sobre a presença de pessoas nos familiares dos respondentes. Nesse sentido ocorreu diferença de média tanto para a EDICOD quanto para a EPD, demonstrando que a partir do respondente ter um familiar acometido por algum tipo de desajuste emocional, houve maior tendência em apresentar algum tipo de transtorno, como por exemplo a depressão (Baptista, 2004).

E por último foi feita uma análise de regressão múltipla sobre a covariância explicada entre os instrumentos utilizados na pesquisa com a EDICOD. A escala EBADEP- A conseguiu prever a EDICOD, demonstrando que os indivíduos que relatam ter distorções cognitivas, tendem a ter mais sintomas depressivos também. A EPD que prediz melhor a EDICOD, apontando também que existe relação entre pensamentos depressivos e distorções como um todo. Como foi também presente no estudo de Medeiros e Sougey (2010) a comorbidade entre esses construtos pesquisados.

Concluiu-se que este estudo deixa algumas contribuições, com seu objetivo, que foi buscar evidência de validade baseada em variáveis externas para a EDICOD com grupo clínico e não clínico. Os resultados encontrados foram satisfatórios e pertinentes quando comparados com outras pesquisas do ensejo da psicologia. Além disso, ressalta-se que, para estudos futuros com a escala em construção, são necessários um número amostral maior, principalmente considerando os sujeitos com diagnóstico de depressão, que na presente pesquisa foi reduzido, dificultando a realização de análises estatísticas mais precisas e robustas.

Referências

American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.

Baptista, M. N. (2004). Depressão: Histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e depressão: Atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.

- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2015). From the First Episode to Recurrences: The Role of Automatic Thoughts and Dysfunctional Attitudes in Major Depressive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(1), 61-77.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine, 62*, 397-409.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 82*(4), 234-245.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Karam, A. N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine, 9*(1), 90.
- Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2016). *Escala de Pensamentos Depressivos – EPD*.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power of Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Dancey, C. R., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research, 10*, 13-29.
- Giles, D. E., & Shaw, B. F. (1987). Beck's cognitive theory of depression: Convergence of constructs. *Comprehensive Psychiatry, 28*(5), 416-427.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362.
- Haefel, G. J., Abramson, L. Y., Dykman, B. M., Donovan, P., Hogan, M. E., Voelz, Z. R., Halberstadt, L., & Hankin, B. L. (2005). Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion, 5*(3), 343- 348.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(2), 74-79.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 583-598.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva, *30*(2), 54-64.
- Medeiros, H. L. V. & Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(1), 28-33.
- Noronha, A.P.P. & Baptista, M. N. (2015) Escala de Autorregulação Emocional. *Universidade São Francisco*. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco.
- Orsini, M. R. D. C. A., Tavares, M., & Tróccoli, B. T. (2006). Adaptação brasileira da Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS). *PsicoUSF, 11*(1), 25-33.

Weissman, A. N. (1979). *The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study*. Tese de Doutorado, University of Pennsylvania, Philadelphia.

World health organization – WHO (2017). *Mental health: New understanding, new hope*. Genova, WHO, 2017.