

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AUTOESTIMA, AUTOCOMPAIXÃO E BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA**

Maria Meireles Ramos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**AUTOESTIMA, AUTOCOMPAIXÃO E BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA**

Maria Meireles Ramos

Dissertação, orientada pela Prof. Doutora Luísa Maria Gomes Bizarro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia
Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2017

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Luísa Bizarro, por toda a paciência, rigor e aprendizagens realizadas ao longo deste ano letivo. À professora doutora Isabel Sá pela disponibilidade e esclarecimento de dúvidas em momentos de impasse.

À Direção das escolas colaborantes pela sua simpatia e pelo interesse demonstrado, assim como aos professores, encarregados de educação e alunos que se disponibilizaram para que esta investigação se pudesse concretizar. Um especial agradecimento à Simone, à equipa e famílias de Nafarros, à Alice, à Joanelha, à M^a Teresa, à Cati, à Dr.^a Ana, à tia Céu e à Cláudia S. V. por toda a prontidão e cuidado disponibilizados neste processo: o vosso apoio foi indispensável.

Aos meus (quatro) pais, mano, avós, restantes tias e tios, primos e primas, e toda a família e amigos da família pelo apoio incansável e por todo o amor, coragem, otimismo e força em que desde sempre me acolhem e transmitem. Em especial, ao meu avô Miquinhas, que tanto queria ver-me terminar o curso... obrigada pela força e motivação que me deste, mesmo que não presente da mesma forma nestas últimas passadas. Isto também é por ti.

À Nês e à Rute por terem sido as melhores companheiras que podia ter tido nesta jornada. Por todos os sorrisos, lágrimas, maluqueiras, abraços, chamadas de atenção, entreatajuda, cooperação,... “por” uma lista infindável de coisas, tal como foram as saudades que este último ano me fez sentir de vocês e do nosso dia-a-dia. Que a vida não separe o que a faculdade (o que a amizade) uniu.

À Ana Rita e à Susana, queridas companheiras de supervisão, pela partilha de tantos momentos de “desespero”, apoio, incentivo e vitórias, e, enfim, pela ligação mais próxima que se cimentou entre nós. Às restantes pessoas bonitas que de alguma forma montaram casa na “família do coração”, tanto nestes cinco anos passados como já durante os anos da velha-guarda: às Cláudias, às Andreias, ao Afonso, às Catarina, ao Brito, à Rita, à Té, às mil Inês, à Maria, à Carol, à Vera, à Filipa, ao Ti, à Milene, à Margarida, à Ivonne, ao Jorge... obrigada pelos tão bons momentos por que são responsáveis.

Por fim, e não menos importante (pelo contrário), ao meu grande amor, Arlindo. Pela bênção e alegria que me foste e és (cada vez mais) todos os dias... Por toda a paciência, presença, motivação e força ao longo da montanha-russa que foi, tantas vezes, esta importante fase. E por tudo o que só o coração sabe contar e explicar em forma de amor – nesta fase e em todas as outras. Obrigada... Um dos meus maiores sorrisos é teu.

RESUMO

Considerando as múltiplas mudanças desenvolvimentistas da adolescência e o potencial impacto das mesmas no bem-estar psicológico, assim como a importância da autoestima e, mais recentemente, da autocompaixão para os adolescentes, o presente estudo teve por objetivos explorar as relações entre níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico na adolescência e analisar características desenvolvimentistas dessas mesmas variáveis considerando a idade e o sexo dos participantes, para além de estudar as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados. Os dados foram recolhidos em escolas do distrito de Lisboa através da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), da Escala de Autocompaixão (SCS-A) e da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA), tendo por base uma amostra de 366 adolescentes entre os 12 e os 19 anos, do 7º ao 12º ano de escolaridade e maioritariamente de nacionalidade portuguesa. Os resultados sugeriram que tanto a autoestima como a autocompaixão se correlacionam de forma positiva com o bem-estar psicológico e detêm um valor preditivo significativo sobre o mesmo. Os resultados apontam ainda para menores níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico entre raparigas do que entre rapazes; foram encontradas poucas diferenças significativas entre idades e entre interações Sexo x Idade. Assim, os resultados sugerem que a promoção do bem-estar psicológico em adolescentes considere não só as diferenças desenvolvimentistas encontradas como a relevância tanto da autoestima como da autocompaixão.

Palavras-chave: Adolescência; Autocompaixão; Autoestima; Bem-estar psicológico.

ABSTRACT

Considering the multiple developmental changes of adolescence and their potential impact on psychological well-being, as well as the importance of self-esteem and more recently of self-compassion to adolescents, this study aimed to explore relationships between self-esteem, self-compassion and psychological well-being levels in adolescence, to analyze the developmental differences in these variables considering participants' age and sex, and also to analyze the psychometric proprieties of the instruments used to measure them. Data was collected in schools of the Lisbon district using the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Self-Compassion Scale (SCS-A) and the Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA), based on a sample of 366 adolescents from 12 to 19 years old, from the 7th to the 12th grade and of Portuguese nationality in its majority. Results suggested that both self-esteem and self-compassion are positively correlated with psychological well-being and that both have a significant predictive value over it. Results also pointed out to lower self-esteem, self-compassion and psychological well-being levels among girls compared to those among boys; few significant differences between ages and between Sex x Age interactions were found. As result, it is suggested that the promotion of psychological well-being among adolescents should consider not only the developmental differences found but also the importance of both self-esteem and self-compassion to it.

Keywords: Adolescence; Psychological well-being; Self-compassion; Self-esteem.

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 5 |
| 2.1. Bem-Estar..... | 5 |
| 2.1.1. Concetualização de Bem-Estar | 5 |
| 2.1.2. Abordagem Hedónica de Bem-Estar: Bem-Estar Subjetivo | 6 |
| 2.1.3. Abordagem Eudaimónica de Bem-Estar: Bem-Estar Psicológico | 9 |
| 2.1.4. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista de Bem-Estar Psicológico na Adolescência..... | 11 |
| 2.2. Autoestima..... | 15 |
| 2.2.1. Construto de Autoestima | 15 |
| 2.2.1.1. A Dicotomia da Autoestima | 15 |
| 2.2.1.2. Unidimensionalidade e Multidimensionalidade das Autoavaliações..... | 18 |
| 2.2.2. Autoestima e Bem-Estar na Adolescência..... | 22 |
| 2.2.2.1. O Autoconceito na Adolescência | 22 |
| 2.2.2.2. A Autoestima na Adolescência..... | 27 |
| 2.3. Autocompaixão | 30 |
| 2.3.1. Construto de Autocompaixão | 30 |
| 2.3.2. Autocompaixão e Bem-Estar na Adolescência | 36 |
| 3. METODOLOGIA..... | 41 |
| 3.1. Tipo, Objetivos, Hipóteses e Questões de Investigação..... | 41 |
| 3.2. Instrumentos de Recolha de Dados | 44 |
| 3.2.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) | 44 |
| 3.2.2. Escala de Autocompaixão (SCS-A) | 45 |
| 3.2.3. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)..... | 46 |
| 3.3. Caracterização da Amostra..... | 47 |
| 3.4. Procedimentos | 48 |
| 3.4.1. Recolha de Dados | 48 |
| 3.4.2. Metodologia de Análise de Dados..... | 48 |
| 4. RESULTADOS | 52 |
| 4.1. Estudo Psicométrico dos Instrumentos Utilizados | 52 |
| 4.1.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) | 52 |

| | |
|---|----|
| 4.1.2. Escala de Autocompaixão (SCS-A) | 52 |
| 4.1.3. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)..... | 53 |
| 4.2. Análise de Relações entre Variáveis | 56 |
| 4.2.1. Correlações entre as Variáveis | 56 |
| 4.2.2. Valor Preditivo da Autoestima Global e da Autocompaixão Total no Bem-Estar Psicológico Total | 59 |
| 4.3. Análise Desenvolvimentista da Autoestima..... | 60 |
| 4.4. Análise Desenvolvimentista da Autocompaixão..... | 61 |
| 4.5. Análise Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico | 64 |
| 5. DISCUSSÃO | 67 |
| 5.1. Limitações e Direções Futuras | 80 |
| 5.2. Conclusões e Implicações | 81 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |
| 7. ANEXOS | 91 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – <i>Nacionalidade dos participantes</i> | 47 |
| Tabela 2 – <i>Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da SCS-A e do índice de autocompaixão total</i> | 52 |
| Tabela 3 – <i>Estrutura fatorial da EBEPA</i> | 54 |
| Tabela 4 – <i>Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da EBEPA e do índice de bem-estar psicológico total</i> | 56 |
| Tabela 5 – <i>Correlações entre autoestima global, autocompaixão total e bem-estar psicológico total</i> | 57 |
| Tabela 6 – <i>Correlações entre autoestima global e bem-estar psicológico total com subescalas da SCS-A</i> | 57 |
| Tabela 7 – <i>Correlações entre autoestima global e autocompaixão total com subescalas da EBEPA</i> | 58 |
| Tabela 8 – <i>Correlações entre subescalas da SCS-A e da EBEPA</i> | 59 |
| Tabela 9 – <i>Resumo de regressão para variáveis preditoras do bem-estar psicológico total</i> | 60 |
| Tabela 10 – <i>Resultados da ANOVA para a autoestima global</i> | 60 |
| Tabela 11 – <i>Diferenças entre níveis de autoestima global entre idades para o sexo masculino</i> | 61 |
| Tabela 12 – <i>Resultados da ANOVA para a autocompaixão total</i> | 61 |
| Tabela 13 – <i>Diferenças entre níveis de autocompaixão total entre idades para o sexo feminino</i> | 62 |
| Tabela 14 – <i>Resultados da MANOVA para as subescalas da SCS-A</i> | 62 |
| Tabela 15 – <i>Resultados F univariados de idade e sexo nas subescalas SCS-A</i> | 63 |
| Tabela 16 – <i>Diferenças entre níveis de Autocrítica entre idades</i> | 64 |
| Tabela 17 – <i>Resultados da ANOVA para o bem-estar psicológico total</i> | 64 |
| Tabela 18 – <i>Resultados da MANOVA para as subescalas da EBEPA</i> | 65 |
| Tabela 19 – <i>Resultados F univariados de idade e sexo nas subescalas da EBEPA</i> | 65 |
| Tabela 20 – <i>Diferenças entre níveis de Ansiedade entre idades</i> | 66 |

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Autorização da Direção Geral de Educação para recolha de dados em meio escolar

Anexo B – Requerimento às Direções das escolas para colaboração na investigação

Anexo C – Pedido de autorização aos Encarregados de Educação

Anexo D – Protocolo de investigação: Folha de rosto, RSES, SCS-A e EBEP

1. INTRODUÇÃO

O bem-estar respeita a uma preocupação e a um objetivo de vida do ser humano, sendo desde cedo discutido por filósofos e, atualmente e em particular, investigado em grande escala no campo da Psicologia, tentando averiguar-se quais os aspetos que o caracterizam e promovem com o intento de facilitar o seu alcance, tanto quanto possível, por parte de todos. De facto, a sua definição poderá influenciar práticas de governação, ensino, terapia, parentalidade, aconselhamento, entre outras que procurem potenciar mudanças na vida humana “para melhor” – sendo, portanto, requerida clarificação quanto àquilo em que se constitui esse “melhor” (Ryan & Deci, 2001). São duas as perspetivas principais que resumem o estado da investigação corrente em Psicologia acerca do bem-estar: a perspetiva hedónica, associada ao bem-estar subjetivo, e a perspetiva eudaimónica, relacionada com o bem-estar psicológico (Ryan & Deci, 2001). Enquanto que o bem-estar subjetivo tende a ser definido por uma dimensão cognitiva – associada à avaliação da satisfação com a vida – e por uma dimensão emocional – associada à presença de afetos positivos e negativos – (Diener, 1994; Galinha & Ribeiro, 2005; Novo, 2003), o bem-estar psicológico é operacionalizado em dimensões respeitantes à autonomia, ao crescimento pessoal, à aceitação de si, aos objetivos de vida, ao domínio do meio, e às relações positivas com os outros (Ryff, 1989, 1995).

O período da adolescência constitui-se num processo dinâmico (Ferreira & Nelas, 2006) de mudança, desafio e potencial (Brinthaupt & Lipka, 2002) que poderá pôr em causa o bem-estar dos sujeitos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é vista como um período biopsicossocial de modificações corporais e adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais que conduzem o indivíduo da infância à idade adulta (Ferreira & Nelas, 2006). Apesar de não ter necessariamente de ser vivenciado com dificuldade e perturbação (Bizarro, 1999; Ferreira & Nelas, 2006; Weiner, 1995), respeita a um processo que ocorre durante um período de tempo longo e com tarefas desenvolvimentistas complexas (Bizarro, 1999), que exigem esforço por parte dos adolescentes através da mobilização dos seus recursos e competências para se adaptarem (Bizarro, 1999, 2001; Weiner, 1995), colocando-os numa posição mais vulnerável ao sofrimento (Ferreira & Nelas, 2006). Desta forma, é importante averiguar o maior ou menor bem-estar dos jovens aquando da tentativa dos mesmos em se adaptarem à fase desenvolvimentista que atravessam, e potenciar, a nível clínico, intervenções mais

esclarecidas e compreensivas para promover essa mesma adaptação de forma mais adequada. Com o intento de prestar contribuições nesse sentido, o modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico (Bizarro, 1999, 2001) poderá revelar-se útil, pois considera aspetos associados tanto a potenciais dificuldades (ligados a sintomatologia ansiosa e a fenómenos de natureza cognitiva-emocional negativa) como a potenciais recursos (ligados a fenómenos de natureza cognitiva-emocional positiva, à percepção da disponibilidade de apoio social, e à autopercepção de competências) durante a adolescência.

Uma mudança específica que poderá, também, surtir impacto no bem-estar dos adolescentes respeita à percepção que estes têm acerca de si próprios – o autoconceito (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003) – e, mais concretamente, à avaliação mais favorável ou pejorativa dessa percepção, tanto a nível de domínios de vida específicos como a nível mais global (Santos & Maia, 2003; Rosenberg, 1965) – a autoestima. Por ocorrer um desenvolvimento de capacidades cognitivas de abstração com a adolescência (e.g., Harter, 2005, 2008, 2012), os jovens ganham maior consciência das representações de si mesmos, das perspetivas dos outros e da relação que estabelecem com os outros no contexto social (Steinberg & Morris, 2001). Procuram, assim, construir a sua identidade e definir o seu lugar na hierarquia social através de constante reavaliação das qualidades do *self* na relação com os outros (Gilbert & Irons, 2009; Harter, 1999, 2012), tentando integrar e organizar pensamentos e sentimentos autorreferentes num esquema coerente, relativamente estável e transversal a várias situações acerca da forma como se veem (Nurmi, 2004). Sendo o *self* um construto tanto cognitivo – estando ligado a mudanças cognitivo-desenvolvimentistas (Harter, 2008, 2012) – como social – sendo influenciado pela interação com os outros (Harter, 2008, 2012; Rosenberg, 1965) –, as competências e limitações cognitivas de cada fase desenvolvimentista e as interpretações realizadas pelo sujeito quanto à reação dos outros face a si próprio e quanto a critérios advindos dos contextos históricos e sociais que integra, influenciam a forma como o adolescente se compreende e avalia a si mesmo. Consequentemente, verificam-se impactos na autoestima (Harter, 2005) e potenciais alterações no seu bem-estar psicológico (Bizarro, 1999). Por isso, e tendo em conta que baixos níveis de autoestima têm sido associados a várias problemáticas de saúde mental (e.g., Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Harter, 2005; Rosenberg, 1965), têm sido privilegiadas intervenções para aumentar níveis de autoestima e promover esses mesmos níveis elevados (Baumeister et al., 2003;

Harter, 2005). No entanto, se a elevada autoestima se pode associar a sentimentos estáveis de satisfação, respeito e aceitação de si próprio mesmo perante imperfeições (Kernis, 2003; Rogers, 1974; Rosenberg, 1965) – o que se mostra relevante na adolescência, pois poderá evitar que os jovens ponham em questão o seu valor pessoal (Brown & Marshall, 2006; Dutton & Brown, 1997) independentemente de validações externas e da perceção de sucesso nas atividades em que se envolvem (Kernis, 2003) –, por outro lado, a autoestima elevada nem sempre deriva de uma autoavaliação precisa, fundamentada e equilibrada (Baumeister et al., 2003). Tal pode levar os sujeitos a sentirem maior ameaça e vulnerabilidade perante avaliações externas desfavoráveis, e a adotar comportamentos autoprotetores e autopromocionais em prol de autoestima *frágil*, cujos níveis baixariam na ausência desses comportamentos (Baumeister, Smart & Boden, 1996; Kernis, 2003).

A autocompaixão, por outro lado, pouco investigada na adolescência, se fomentada, poderá revelar-se uma estratégia protetora (alternativa ou complementar) do bem-estar neste período de desenvolvimento (Cunha, Xavier, & Castilho, 2016; Neff, 2011). Tal deve-se ao facto de, face a acontecimentos e aspetos percecionados como negativos e desagradáveis, indivíduos com níveis elevados de autocompaixão tenderem a: ser mais calorosos e compreensivos em relação a si mesmos, não se envolvendo em tantas avaliações autocríticas exageradas, duras e persistentes; percecionarem emoções dolorosas e de *distress* como partes inevitáveis da experiência humana, não as suprimindo ou perpetuando mas antes aceitando-as; adotarem uma perspetiva equilibrada no que respeita a emoções desagradáveis relevantes para o *self*, consciencializando a experiência do momento presente tal como ela é (Neff, 2003a, 2003b, 2008; Neff & McGehee, 2010). Assim, podendo a autoestima e a autocompaixão elevadas relacionar-se na experiência de afeto positivo em relação ao *self* (Neff, 2008, 2011; Neff & Vonk, 2009), é sugerido que a autocompaixão, se fomentada, evita as controvérsias apontadas à autoestima elevada (Neff, 2003a, 2003b, 2011; Neff & Vonk, 2009; Neff & McGehee, 2010), pois está disponível mesmo perante erros ou inadequações pessoais, eventualmente promovendo resiliência emocional (Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009).

A presente investigação tem então por objetivo estudar a relação das variáveis de autoestima global, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência, não só com o intento de alargar o ainda escasso conhecimento científico desta temática, como para melhor compreender que componentes deverão ser tidas em conta aquando de tentativas de promoção do bem-estar psicológico junto dos jovens, a nível preventivo e interventivo.

No que respeita à estrutura do presente trabalho e organização dos respetivos conteúdos, no Capítulo 2 (*Enquadramento Teórico*) procurou-se abordar os principais modelos conceituais do bem-estar, da autoestima e da autocompaixão, alguns dos estudos empíricos associados e, em particular, enquadrar estes construtos e a sua relevância na adolescência. No Capítulo 3 (*Metodologia*) procedeu-se à concretização propriamente dita do estudo em objetivos, questões de investigação e hipóteses, caracterizando ainda a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e análise de dados e, no Capítulo 4, apresentaram-se os resultados obtidos. No Capítulo 5 (*Discussão*) são debatidos estes resultados, apresentadas as principais conclusões, implicações e limitações do estudo, e concedidas sugestões para investigações futuras.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. BEM-ESTAR

2.1.1. Concetualização de Bem-Estar

O construto de bem-estar é, ainda hoje, debatido devido à sua complexidade e controvérsia, sendo alvo de inúmeros trabalhos teóricos e empíricos pelo seu estudo contribuir para a investigação fundamental e para potenciais intervenções sociais e clínicas (e.g., Novo, 2005; Ryan & Deci, 2001). No seio da psicologia clínica em específico, a sua melhor compreensão e operacionalização apresenta-se relevante para a intervenção psicológica, pois possibilita a redução/eliminação de problemas ou dificuldades, a prevenção dos mesmos e a criação e promoção de competências para um desenvolvimento harmonioso e funcionamento adequado (Kendall, Lerner & Craighead, 1984, citado por Bizarro, 1999), auxiliando a adaptação do indivíduo.

Ryan e Deci definem bem-estar como “*ótimo funcionamento psicológico e experiência*” (Ryan & Deci, 2001, p. 142); contudo, desde cedo que é debatido o que é que define essa experiência ótima, procurando-se ferramentas metodológicas e concetuais para o estudo de como os indivíduos percebem as suas vidas (Moore & Keyes, 2003). Se até aos anos 60 a investigação em ciências sociais equacionava saúde e bem-estar como ausência de doença física e perturbação mental (Moore & Keyes, 2003) e a psicologia tinha como principal foco diminuir a infelicidade e o sofrimento humano mais do que identificar causas e consequências de um funcionamento positivo (e.g., Diener, 1984), hoje o bem-estar é visto como mais do que a ausência de doença, pelo que a partir dessa época passou a conceder-se mais importância à prevenção da mesma e, também, à promoção do bem-estar e do desenvolvimento pessoal (Novo, 2003; Ryan & Deci, 2001). Contudo, perspetivas múltiplas e, por vezes, opostas, começaram a ser postuladas – tanto no que respeita aos constituintes do bem-estar, como quanto às formas como cada um pode otimizar a sua experiência pessoal de bem-estar (Henderson & Knight, 2012).

Atualmente, a investigação aponta que o bem-estar será provavelmente melhor concebido como um fenómeno multidimensional, incluindo aspetos de duas abordagens divergentes mas que, por outro lado, podem intersetar-se e complementar-se (Henderson & Knight, 2012): a abordagem hedónica – que foca a felicidade, a satisfação e experiências emocionais positivas, definindo o bem-estar em termos do prazer obtido e o evitamento da dor, tipicamente associados ao bem-estar subjetivo – e a abordagem

eudaimónica – focada na autorrealização, definindo o bem-estar em termos do grau em que a pessoa funciona completamente, em prol da atualização do seu potencial humano, estando tipicamente associada ao bem-estar psicológico. Estas abordagens foram-se desenvolvendo em paralelo e, por ambas se associarem a um funcionamento psicológico positivo, dispõem-se a auxiliar a compreensão e promoção da saúde mental (Galinha & Ribeiro, 2005; McMahan & Estes, 2011). Como tal, vale a pena analisar com maior detalhe em que diferem na forma como veem o bem-estar.

2.1.2. Abordagem Hedónica de Bem-Estar: Bem-Estar Subjetivo

Aristipo de Cirene, filósofo grego, defendia, por volta do séc. IV A.C., que o maior objetivo da vida seria a experiência da máxima quantidade de prazer (Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993) e, como este, outros filósofos terão considerado a felicidade a maior motivação do comportamento humano – o que se constituiu na visão hedónica do bem-estar. Esta abordagem filosófica rapidamente se disseminou, e começou a surgir a preocupação por parte de cientistas sociais e psicólogos em definir bem-estar e felicidade – em particular, em definir o *como* e o *porquê* de as pessoas experienciarem as suas vidas de forma positiva (Diener, 1984), procurando articular a estrutura básica de bem-estar para potenciar intervenções para maximizar a felicidade humana (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989). Variadas tentativas de definição de bem-estar e de felicidade começaram a surgir, dividindo-se na forma como estes deveriam ser encarados. Destacam-se três perspetivas: (1) a de que o bem-estar e a felicidade deveriam basear-se num critério externo para serem determinados, não podendo resumir-se a um julgamento subjetivo, mas coadunar-se com uma estrutura de valores e virtudes; (2) a de que o bem-estar e a felicidade deveriam ser definidos de acordo com o que leva os sujeitos a avaliarem as suas vidas de forma positiva, isto é, segundo a perspetiva e julgamento subjetivo de cada um quanto à satisfação com a sua vida; (3) a de que o bem-estar e a felicidade deveriam ser determinados em função da presença de experiências emocionais prazerosas, tanto durante determinado período de vida como a nível da predisposição para emoções produtoras de prazer ao longo da vida de cada um.

O interesse em estudar as apreciações cognitivas (em particular, a satisfação com a vida) e as reações afetivas (isto é, os afetos positivos e negativos) dos sujeitos deu origem a uma área geral de investigação científica: a do bem-estar subjetivo (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Esta relaciona-se com variados fenómenos:

além de se centrar na experiência do indivíduo (Campbell, 1976, citado por Diener, 1984) – pois defende-se que as pessoas reagem de formas diferentes a um mesmo acontecimento de acordo com as suas vivências, valores e expectativas, não sendo adequado usar indicadores objetivos e externos como indicadores puros do bem-estar de cada um (Diener et al., 1999) –, foca-se tanto em medidas positivas como em fatores negativos que correspondem a uma avaliação global de todos os aspetos de vida – apesar de a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos também poderem ser atentados no que concerne a determinado domínio de vida (Diener, 1984). Embora as respostas emocionais, a satisfação com determinado domínio de vida e as avaliações globais de satisfação com a vida possam correlacionar-se significativamente uns com os outros, é postulado que cada um destes construtos precisa de ser compreendido por si mesmo por exhibir padrões únicos de relação com diferentes variáveis (Diener et al., 1999); os próprios afeto negativo e o afeto positivo são, desde cedo, apresentados como independentes e não como uma simples oposição um do outro (Bradburn, 1969), o que vem mostrar que as tentativas iniciais da psicologia clínica em eliminar estados negativos não seria suficiente para fomentar estados psicológicos percebidos como positivos (Diener, Lucas, & Oishi, 2002).

A nível histórico e sociológico, o bem-estar subjetivo tem subjacente ideias que remontam ao séc. XVIII, época do Iluminismo, onde o desenvolvimento pessoal e a felicidade eram considerados centrais e onde a sociedade, pela primeira vez, tenta proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para lhes possibilitar uma “boa vida”. Mais tarde, no séc. XIX, o Utilitarismo vem a inspirar reformas sociais que levam ao desenvolvimento de Estados Providência para fazer face aos considerados males sociais: a ignorância, a doença, a pobreza (Galinha & Ribeiro, 2005). Nos anos 60 do séc. XX, com o crescimento económico e um maior bem-estar material, ocorre uma mudança social que adota valores pós-materialistas e que procura a qualidade de vida (Veenhoven, 1996). Já no campo da saúde e da psicologia clínica, o bem-estar subjetivo enfoca, a partir da década de 70 do séc. XX, a saúde mental: ao invés de se preocupar meramente com os sintomas da doença e os fatores que levam à perturbação, os conceitos de satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e afeto negativo ganham relevância. Atualmente, estes apresentam-se, inclusive, conceitos-chave de um campo de investigação emergente: a Psicologia Positiva (Galinha & Ribeiro, 2005).

O domínio do bem-estar subjetivo tem, de facto, evoluído ao longo do tempo: passa de uma descrição de condições de vida e de acontecimentos externos vistos como preditores de felicidade, para uma tentativa de compreensão da felicidade e da satisfação com a vida a partir da forma como o sujeito interpreta e vive subjetivamente os acontecimentos – o que leva os investigadores a procurar os processos psicológicos envolvidos (Diener et al., 1999; Novo, 2003). Wilson (1967, citado por Diener et al., 1999) terá sido o primeiro autor a realizar uma revisão acerca do bem-estar subjetivo, dando origem às duas grandes primeiras abordagens teóricas ao estudo do mesmo: a abordagem *bottom-up* e a abordagem *top-down*. Na perspectiva *bottom-up*, é defendido que a satisfação imediata das necessidades produz felicidade, sendo que quanto maior a vivência de momentos felizes, maior o nível de bem-estar (Diener & Ryan, 2009). É ainda postulada a influência de circunstâncias de vida específicas nesse bem-estar (Novo, 2003), sugerindo-se a análise de características demográficas e que o somatório do bem-estar em domínios como o casamento, o trabalho e a família leva a um sentimento global de bem-estar subjetivo (Freire, Zenhas, Tavares, & Iglésias, 2013). Já na perspectiva *top-down*, é defendido que o grau de satisfação necessário para produzir felicidade depende da capacidade de adaptação ou do nível de aspiração do sujeito – influenciados, por exemplo, por experiências passadas e por valores pessoais (Galinha & Ribeiro, 2005) – e que existe uma predisposição interna do indivíduo para realizar interpretações e reagir de determinada forma às circunstâncias de vida, o que, em consequência, afeta o bem-estar (Diener & Ryan, 2009; Freire et al., 2013). Atualmente, considera-se um modelo integrativo que tem em consideração tanto as dimensões gerais da personalidade como as circunstâncias de vida, sendo a interação entre ambos que influencia o bem-estar subjetivo (Brief, Butcher, George, & Link, 1993). Mais especificamente, crê-se que são valores, crenças e objetivos pessoais, assim como tentativas de adaptação e dimensões ou traços da personalidade, que influenciam a perceção da realidade e medeiam os acontecimentos externos no que respeita à qualidade da experiência subjetiva (Novo, 2003).

Em suma, após vários anos de investigação, tende a considerar-se no seio da comunidade científica que o bem-estar subjetivo se compõe por uma dimensão cognitiva – respeitante a uma avaliação individual e subjetiva que cada pessoa realiza sobre a sua satisfação com a vida a nível global ou específico – e por uma dimensão emocional – relativa a experiências emocionais específicas percecionadas com positivas e/ou negativas ou a experiências globais de felicidade (Diener, 1994; Galinha & Ribeiro, 2005;

Novo, 2003). Aspectos como os fatores demográficos são vistos como tendo pouco efeito nos índices do bem-estar-subjetivo, mas admite-se que estes últimos possam depender de aspectos como as características da personalidade dos sujeitos (Diener et al., 1999).

Embora se afirmem como principais indicadores empíricos do bem-estar a satisfação com a vida e a felicidade (Novo, 2005; Ryff, 1995), tendo em conta que estes índices tenderam, em grande escala, a ser avaliados através de medidas já construídas e, muitas vezes, com outros propósitos de investigação – só posteriormente se tentando elaborar um quadro teórico do bem-estar – no final dos anos 80 do séc. XX Carol Ryff vem criticar esta abordagem (Ryff, 1989). Ryff aponta-a como carecendo de uma teoria concreta que a defina e, por isso, submetendo-se à negligência de facetas importantes da saúde psicológica – pelo que a autora acaba por seguir uma perspetiva eudaimónica para falar de bem-estar psicológico (Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995). É sugerido, aliás, que a visão inicial da felicidade como a maior ambição dos seres humanos poderá ter derivado, em parte, de uma tradução errónea dos escritos de Aristóteles que terá equacionado o termo de eudaimonia com felicidade (Ryff, 1995).

2.1.3. Abordagem Eudaimónica de Bem-Estar: Bem-Estar Psicológico

Se, ao longo do tempo, a felicidade tem sido frequentemente associada ao bem-estar, por outro lado, Aristóteles, já na Grécia antiga, considerava a felicidade hedónica um ideal vulgar, tornando os humanos escravos dos seus desejos. O filósofo defendia antes a eudaimonia: a expressão da virtude e a realização do verdadeiro potencial de cada um (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1989; Waterman, 1993). Autores como Waterman (1993) vêm, precisamente, sublinhar a distinção já feita pelos gregos entre hedonismo e eudaimonismo, na medida em que estes consideravam que podiam ocorrer gratificações tanto pela persecução de “desejos errados” como pela persecução de “desejos certos” – isto é, a felicidade e a satisfação hedónica poderiam advir de comportamentos repreensíveis, algo que é então levado em conta na investigação psicológica do bem-estar, sendo os relatos subjetivos de cada indivíduo questionados enquanto totais bons preditores do que constitui uma “boa vida” (Henderson & Knight, 2012).

Waterman (1993) atenta, de facto, para a diferença entre um sujeito sentir-se bem em determinado momento e entre agir em favor de uma tarefa mais exigente: a consecução do potencial pessoal. O bem-estar consistiria em as pessoas viverem de acordo com o seu *daimon* ou “*self* verdadeiro” (Aristóteles, trad. 1985, citado por

Waterman, 1993) – referindo-se *daimon* às potencialidades de cada um, sendo a expressão de todas elas considerada a maior realização da vida e aquilo que concede sentido e direção à mesma. Este estado terá sido designado por Waterman (1993) como “expressividade pessoal” – referente a quando as pessoas envergam e se dedicam por completo a atividades congruentes com os seus valores, vivendo de acordo com quem realmente são e procurando o desenvolvimento pessoal. Este estado associar-se-ia ao desafio, ao esforço e à disciplina por oposição ao prazer hedónico, relacionado com um estado de felicidade e relaxamento a curto-prazo, afastado dos problemas (Waterman, 1993). É possível, então, compreender o bem-estar enquanto um processo dentro das abordagens eudaimónicas – não como um estado final (Henderson & Knight, 2012) – pois nem todos os desejos ou resultados valorizados pela pessoa, mesmo que produtores de prazer, apontam para a presença de bem-estar quando atingidos (Ryan & Deci, 2001).

Neste mesmo sentido, Ryff (1989, 1995) vem descrever o bem-estar como indo além da obtenção de prazer, procurando antes a realização do potencial de cada sujeito. Para isso, toma opções teóricas e não puramente empíricas – como acontecia nas conceitualizações de bem-estar subjetivo – para identificar e operacionalizar aquilo que parece contribuir para um funcionamento psicológico positivo, tentando integrar pontos de convergência de formulações da psicologia desenvolvimentista, da psicologia clínica e da saúde mental (Novo, 2003). No que respeita à psicologia desenvolvimentista – particularmente à psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*) –, considera o modelo de estádios de Erikson do desenvolvimento psicossocial, a formulação de tendências básicas para a realização na vida de Bühler e as formulações sobre a personalidade e mudanças na vida adulta de Neugarten. Relativamente à psicologia clínica, baseia-se nas conceções de autoatualização de Maslow, de funcionamento psicológico integral e realização pessoal de Rogers, de individuação de Jung e de maturidade de Allport. Por fim, do campo teórico da saúde mental, a autora salienta não só a ausência de doença para definir bem-estar, como a formulação de critério positivo da saúde mental de Jahoda e a conceção de Birren de funcionamento positivo na velhice (Novo, 2005, 2003; Ryff, 1995). É através desta convergência que Ryff propõe o construto de bem-estar psicológico – este multidimensional, constituído por aspetos distintos da atualização humana e considerados nucleares para o desenvolvimento da expressão da normalidade e do bem-estar. São estes seis: (1) a *Autonomia*, referente a um sentido de autodeterminação, independência e autorregulação – isto é, à existência de

um *locus* de controlo interno e de um funcionamento desvinculado de uma aprovação impreterível por parte dos outros; (2) o *Crescimento Pessoal*, relativo à sensação de um desenvolvimento contínuo e, como tal, à valorização e à procura da vivência de novas experiências e desafios que permitam uma contínua atualização, realização do potencial próprio, maior autoconhecimento e eficácia; (3) a *Aceitação de Si*, respeitante a um nível de autoconhecimento, funcionamento ótimo e maturidade em que ocorre uma aceitação do *self* e dos acontecimentos de vida – o que se traduz em atitudes positivas relativas a si próprio; (4) os *Objetivos de Vida*, relativos à extensão na qual o sujeito acredita que a vida pode ter uma direção, propósito e significado, estabelecendo objetivos para a mesma; (5) o *Domínio do Meio*, referente à capacidade do indivíduo lidar com as exigências e oportunidades contextuais de forma bem-sucedida, escolhendo e criando ambientes adequados às suas necessidades e valores e controlando ambientes complexos; e (6) as *Relações Positivas com os Outros*, relativas à capacidade de amar, sentir empatia, intimidade e afeto pelos seres humanos, assim como manter relações caracterizadas por amizade e identificação com o outro (Kernis, 2003; Novo, 2003, 2005; Ryff, 1989, 1995; Ryff & Keyes, 1995).

Ao contrário das concetualizações de bem-estar subjetivo até então, em que a satisfação com a vida e os afetos são vistos como contributos para o bem-estar, estas seis dimensões postuladas por Ryff são vistas como componentes do próprio bem-estar (Novo, 2003), o que permite uma compreensão mais rigorosa dos processos psicológicos subjacentes ao mesmo. Porém, o modelo de bem-estar psicológico proposto apresenta-se limitado se considerarmos o facto de apenas incluir dimensões associadas a um funcionamento psicológico positivo, sendo defendido que a saúde mental e o bem-estar devem ter em conta tanto a presença de indicadores positivos de funcionamento como a ausência de sintomatologia (e.g., Bizarro, 1999, Diener, 1994), pelo que seria importante a existência de domínios ligados a índices sintomatológicos.

2.1.4. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista de Bem-Estar Psicológico na Adolescência

O modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico foi o selecionado para enquadrar o presente estudo, constituindo o mesmo uma tentativa de integrar as perspetivas atuais da concetualização do bem-estar (Bizarro, 1999, 2001). Numa revisão de literatura às várias concetualizações e resultados empíricos

relativos ao bem-estar, Bizarro (1999, 2001) verifica que a maior parte da investigação existente é relativa à população adulta. No entanto, também na adolescência parece relevante estudar as alterações do bem-estar, em particular por tratar-se de um período de múltiplas e simultâneas mudanças desenvolvimentistas a nível físico, cognitivo, social e emocional – muitas delas rápidas, acentuadas, profundas e radicais (Bizarro, 1999, 2001; Harter, 1999; Weiner, 1995), existindo uma vulnerabilidade ao sofrimento aumentada que pode afetar tanto os jovens como os restantes indivíduos que com eles interagem (Ferreira & Nelas, 2006). A autora verifica que não existiam, assim, instrumentos de avaliação do bem-estar adaptados às especificidades da adolescência, e que: (1) a maioria dos instrumentos baseava-se num modelo de bem-estar psicológico onde a ausência de sintomas de perturbação era interpretado como sinalizador de bem-estar, sendo que também é importante ter em conta aspetos positivos do funcionamento psicológico como o grau de satisfação com a vida e os afetos positivos (Ryff & Keyes, 1995); (2) várias das medidas existentes não se baseavam em fundamentação teórica, sendo elaboradas apenas após a análise dos resultados advindos da sua aplicação (Diener, 1994); (3) os instrumentos existentes tendiam a avaliar o bem-estar psicológico nos adolescentes recorrendo a outros informadores significativos da vida dos mesmos, não se acedendo à perspectiva dos próprios quanto ao seu bem-estar (Bizarro, 2001).

Bizarro propõe-se então à construção e validação para a população portuguesa de um instrumento de avaliação do bem-estar psicológico dos adolescentes – a Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA; Bizarro, 2001) – tendo presente as ideias de que: (1) o bem-estar psicológico inclui uma componente subjetiva, que não será adequadamente avaliada se baseada em indicadores externos ao sujeito (Ryff & Keyes, 1995); (2) o bem-estar psicológico será melhor compreendido enquanto um construto multidimensional, onde se incluem domínios afetivos e cognitivos (Diener, 1994); (3) a operacionalização do bem-estar psicológico varia de autor para autor, assentando na ausência de sintomas de perturbação (Langer, Gersten, & McCarthy, 1986, citado por Bizarro, 2001), na presença de indicadores positivos de funcionamento psicológico (Ryff & Keyes, 1995), ou na integração destes dois últimos (Diener, 1994); (4) o bem-estar psicológico tem vantagens em ser estudado como uma experiência alargada no tempo e não como algo momentâneo, pois só a primeira terá interesse clínico (Diener & Larsen, 1993; Lazarus, 1991; citado por Bizarro, 2001); (5) é mais adequado estudar o bem-estar psicológico em termos de frequência de experiências subjetivas ao invés da intensidade

destas, pois a frequência das experiências é apontada como um preditor mais forte de bem-estar psicológico do que a sua intensidade (Diener, Sandvik, & Pavot, 1991). Assim, o modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico foi aquele que pareceu o mais adequado para integrar todas estas perspectivas de concetualização do bem-estar psicológico, pois: (1) baseia-se numa concetualização do funcionamento psicológico que evidencia aspetos cognitivos e a sua relação com padrões de comportamento e expressão emocional (Beck, 1976, 1991; Ellis, 1962; citado por Bizarro, 2001); (2) é desenvolvimentista, promovendo a elaboração de um instrumento de avaliação do bem-estar tendo em conta as características da população a que se destina (Ryff & Keyes, 1995); (3) possibilita uma relação entre a avaliação e a intervenção (Hart & Morgan, 1993; Zarb, 1992; citado por Bizarro, 2001), por permitir identificar domínios de funcionamento e eventuais dificuldades nos sujeitos (Bizarro, 2001). Mais especificamente, este modelo compõe-se em cinco dimensões, sendo duas destinadas à avaliação das dificuldades nos adolescentes – *Dimensão Ansiedade* e *Dimensão Cognitiva-Emocional Negativa* – e três à avaliação de recursos pessoais considerados positivos para o bem-estar psicológico dos adolescentes – *Dimensão Cognitiva-Emocional Positiva*, *Dimensão Apoio Social* e *Dimensão Perceção de Competências*.

A *Dimensão Ansiedade* deve-se à sintomatologia ansiosa ser comum entre os jovens, afigurando-se como potencial resposta aos desafios desenvolvimentistas com que se deparam e com os quais tentam lidar; se, por um lado, estas respostas podem ser transitórias e normativas, quando são frequentes e persistentes podem limitar o bem-estar psicológico e a adaptação do sujeito (e.g., Clark, Smith, Neighbors, Skerlec, & Randall, 1994; Muris, 2007). As *Dimensões Cognitiva-Emocional Negativa* e *Cognitiva-Emocional Positiva* advêm de as abordagens cognitivo-comportamentais destacarem as variáveis cognitivas como promotoras de bem-estar ou dificuldades psicológicas – como acontece com as autoverbalizações ou diálogo interno, que têm influência sobre os estados emocionais (sejam de valência mais negativa ou mais positiva) e sobre as respostas comportamentais (e.g., Beck, 1976; Ellis, 1962; Kendall, 1993; Mahoney, 1991, 1993; Meichenbaum, 1995; citado por Bizarro, 2001). A *Dimensão Apoio Social* visa essencialmente a perceção quanto ao apoio social disponível, advenha este de pais, professores, pares ou outros significativos, dado ser esta perceção que se tem mostrado mais significativamente associada ao bem-estar psicológico dos adolescentes (e.g., Gotlieb, 1991; Kalafat, 1997; citado por Bizarro, 2001), ao passo que um défice ou

ausência de apoio social parece relacionar-se com dificuldades psicológicas (e.g., Windle, 1992). O apoio social é visto, aliás, como promovendo a percepção de valor pessoal e de autoeficácia – através, por exemplo, de apoio emocional, partilha de atividades, companheirismo, revelação de pensamentos e de emoções e de ajuda instrumental –, o que poderá auxiliar o jovem perante tarefas e desafios desenvolvimentistas (e.g., Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; Wills & Cleary, 1996; citado por Bizarro, 2001). Por fim, a *Dimensão Percepção de Competências* revela-se fundamental pois é a integração de capacidades pessoais que permite ao jovem funcionar adequadamente no seu meio, influenciando as suas reações afetivas e a orientação motivacional para os desempenhos (e.g., Garmezy, 1992; Harter, 1990, 1992; Shrik & Harter, 1996; citado por Bizarro, 2001). A autopercepção de competências em áreas relacionadas com fazer amigos, sucesso escolar, resolver problemas com amigos ou com os pais são algumas das consideradas importantes para os adolescentes (e.g., Hartup, 1992; Putallaz & Sheppard, 1992; Quamma & Greenberg, 1994; citado por Bizarro, 2001) e vislumbram-se como relevantes para a adaptação e para o bem-estar (Bizarro, 2001).

Não havendo, além disso, estudos relativamente às trajetórias desenvolvimentistas dos adolescentes em relação ao seu bem-estar psicológico, Bizarro (1999, 2001) pretendeu, também, procurar quais as tendências da população portuguesa relativamente às mesmas. O que verificou foi uma tendência para a diminuição do bem-estar psicológico com a idade: adolescentes entre os 12 e os 13 anos e meio são os que demonstram maior bem-estar tanto a nível total, como nas várias dimensões do modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico, verificando-se, de seguida, uma diminuição acentuada entre os 14 e os 15 anos e meio – período etário frequentemente associado ao “núcleo” da adolescência – e, por fim, uma nova diminuição, menos demarcada, entre os 16 e os 17 anos e meio. A única dimensão do modelo que não revelou diferenças significativas conforme a idade foi a dimensão *Apoio Social* – ainda que também pareça sinalizar uma tendência para níveis de bem-estar progressivamente mais baixos (Bizarro, 1999, 2001). No que respeita a diferenças entre os sexos, o sexo feminino aparenta demonstrar menores níveis de bem-estar psicológico que o sexo masculino, tanto a nível do bem-estar total como ao longo das várias dimensões do modelo – com a exceção da dimensão *Apoio Social*, em que é tendencialmente o sexo masculino a apresentar valores mais baixos (Bizarro, 1999).

Um aspeto específico do funcionamento psicológico que também tende a ser considerado como tendo impacto no bem-estar dos adolescentes respeita à autoestima, sendo frequentemente alvo de intervenções clínicas. Considere-se, assim, o construto e as suas tendenciais manifestações no período desenvolvimentista em questão.

2.2. AUTOESTIMA

2.2.1. Construto de Autoestima

2.2.1.1. A Dicotomia da Autoestima

A imagem que se tem de si próprio apresenta-se central à vida de cada sujeito, na medida em que tem influência nos seus pensamentos, emoções e comportamentos, e constitui-se numa atitude – isto é, em factos, opiniões e valores – relativa ao *self*, que pode ter uma orientação favorável ou desfavorável (Rosenberg, 1965). Assim, enquanto que o autoconceito se constitui pelas várias perceções que os sujeitos desenvolvem acerca das suas características pessoais (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003), a autoestima tem sido definida enquanto componente avaliativa do mesmo (Rosenberg, 1965), podendo pender para uma avaliação mais positiva ou negativa dos atributos do autoconceito (Santos & Maia, 2003). De facto, por respeitar à forma como os sujeitos se sentem acerca de si mesmos, a autoestima tem sido vista como bastante importante à experiência da vida diária, influenciando as relações que os indivíduos estabelecem nos contextos em que se movimentam e dos quais fazem parte (Kernis, 2003). É, na verdade, alegado que a autoestima está associada à motivação, ao desempenho e ao bem-estar (Deci & Ryan, 1995), assim como à felicidade (Baumeister et al., 2003).

A autoestima tem sido concetualizada de forma dicotómica, podendo manifestar-se elevada ou baixa. A autoestima elevada tem sido referida enquanto a presença de sentimentos de satisfação em relação a si mesmo, assim como de sentimentos de respeito, de aceitação e de valor próprio, reconhecendo as próprias limitações e existindo desejo de crescer e melhorar (Rosenberg, 1965). A autoestima baixa tem sido definida enquanto a presença de sentimentos de infelicidade e de insatisfação consigo mesmo, rejeitando-se e tendo pouco respeito pelo *self*, sentindo que merece desprezo, que não tem valor, e existindo o desejo de ser de outra maneira (Kernis, 2003; Rosenberg, 1965). Em particular, a baixa autoestima tem sido desde cedo alvo de preocupação clínica. Se, por um lado, pode ser vista como derivada de uma compreensão precisa e fundamentada das falhas do próprio enquanto pessoa, por outro lado poderá advir de um sentido de

insegurança e de inferioridade distorcidos e, até, patológicos (Baumeister et al., 2003). Em todo o caso, níveis baixos de autoestima tendem a ser associados a problemáticas como a depressão (Baumeister et al., 2003; Harter, 2005; Rosenberg, 1965), desesperança face ao futuro (Harter, 2005) e a tendências suicidas em casos de depressão mais grave, inclusivamente entre crianças e adolescentes (Harter, 2005). Mais recentemente, tem sido também associada a labilidade emocional e a um baixo *locus* de controlo interno (Baumeister et al., 2003). Adicionalmente, comparativamente a uma autoestima mais baixa, uma elevada autoestima tem sido associada a uma imagem mais positiva de si, a uma perceção de maior posse de competências sociais e a uma maior capacidade para ultrapassar problemas (Santos & Maia, 2003); tem sido associada, ainda, a comportamentos mais eficientes e ajustados (Deci & Ryan, 1995), assim como a maior iniciativa e a sentimentos e emoções prazerosos (Baumeister et al., 2003). Não são raras, por isso, as tentativas de intervenção para aumentar os níveis de autoestima e os esforços para proteger esses níveis elevados (Baumeister et al., 2003; Harter, 2005).

Existem, contudo, perspectivas que colocam em causa as características supramencionadas da autoestima baixa e elevada. É alegado que a baixa autoestima poderá estar antes associada a confusão, incerteza ou ambivalência dos sujeitos relativamente aos afetos que têm em relação a si mesmos, nutrindo maioritariamente sentimentos neutros (Kernis, 2003). Tal asserção advém, por exemplo, da constatação de que indivíduos com baixa autoestima tendem a dar respostas nos pontos médios das escalas para avaliação da autoestima (Baumeister, Tice, & Hutton, 1989, citado por Kernis, 2003) – o que poderá dever-se à validade facial de algumas escalas e a preocupações quanto à forma como se apresentam a si próprios (Baumeister et al., 2003; Kernis, 2003). O facto de existirem sujeitos com baixa autoestima que também parecem conseguir realizar julgamentos favoráveis em relação a si mesmos, reconhecendo qualidades pessoais, também coloca em questão a ideia de que pessoas com baixa autoestima creem não ter quaisquer qualidades (Brown & Marshall, 2006; Kernis, 2003). Contudo, não parecem existir dados empíricos suficientes para clarificar estas controvérsias (Kernis, 2003). Já quanto à elevada autoestima, esta é questionada enquanto sendo desejável, capaz de conferir bem-estar afetivo e psicológico e promover um funcionamento comportamental adaptativo, sendo defendida a sua heterogeneidade: as pessoas podem apresentar elevada autoestima por realizarem autoavaliações precisas, fundamentadas e equilibradas acerca do seu valor enquanto pessoa e acerca dos seus

sucessos e competências, ou devido a uma atitude pretensiosa, inflacionada, grandiosa e injustificada face a si próprias, e a um sentido de superioridade face aos outros (Baumeister et al., 2003). Baumeister e colaboradores (1996) referem que os indivíduos que fazem uma avaliação favorável do *self* mas esta é irrealista e inflacionada, para além de incerta, instável e fortemente dependente de validação externa, estão sujeitos a sentimentos de ameaça e vulnerabilidade perante avaliações desfavoráveis feitas pelos outros. Ao recusarem aceitar e internalizar essas avaliações externas, aumenta a probabilidade de adotarem comportamentos agressivos direcionados à fonte das avaliações desfavoráveis, usando estratégias autoprotetoras e de autopromoção face aos outros sem as quais a autoestima baixa. Por outro lado, Rogers (1974) defende que os indivíduos com elevada autoestima se aceitam a si próprios mesmo com imperfeições, raramente tentando aumentar os sentimentos de valor próprio através de estratégias autoprotetoras e autopromocionais e que reflitam tentativas de se sentirem superiores aos outros; na verdade, Rosenberg (1965) defende ideias semelhantes, alegando ainda que os indivíduos com elevada autoestima sentem-se satisfeitos por serem colocados num plano igualitário face aos outros. O facto de estes sentimentos de valor próprio não serem facilmente postos em causa não significa que os indivíduos não reajam emocionalmente aos acontecimentos percebidos como positivos e negativos – porém, o seu valor próprio e autoaceitação não depende de validação contínua nem é vulnerável a ameaças dos contextos e circunstâncias de vida (Deci & Ryan, 1995).

A autoestima, enquanto parte integrante do sistema psicológico da pessoa, coexiste com traços e características de personalidade, predisposições afetivas, tendências motivacionais e formas de processamento cognitivo distintas, o que sugere que a sua influência no funcionamento de cada indivíduo pode, também, ser distinta. Kernis (2003) sublinha-o e diferencia as perspetivas anteriormente expostas relativamente à autoestima elevada, alegando que se tratarão de descrições de autoestima elevada *frágil* e, por outro lado, autoestima elevada *segura*. Para isso, baseia-se: (1) nas ideias de autoestima defensiva e autoestima verdadeira, na medida em que existem sujeitos que desejam de tal forma ser aceites pelos outros que não admitem sentimentos desagradáveis em relação a si mesmos para não serem rejeitados; (2) nas ideias de autoestima implícita e explícita, sendo defendido que à medida que a incongruência entre a autoestima explícita (ou consciente) e a autoestima implícita (ou não consciente) aumenta, maior é a probabilidade de os sujeitos realizarem comportamentos autoprotetores e autopromocionais face a essa

incongruência; (3) na contingência da autoestima, isto é, à extensão na qual os sentimentos de valor pessoal estão dependentes dos resultados que advêm das atividades de vida diária e da contínua validação por parte do *self* e dos outros – sendo defendido que quanto maior a contingência, menores os níveis de autoestima; (4) na estabilidade da autoestima, na medida em que flutuações nos sentimentos de valor próprio tendem a associar-se a uma vulnerabilidade aumentada a sintomas depressivos, menor motivação intrínseca e baixo ajustamento e bem-estar. Por tudo isto, Kernis (2003) diferencia autoestima elevada de autoestima *ótima*, alertando que as intervenções desenhadas para promover a autoestima elevada poderão não estar a ter em conta, por exemplo, se esta é instável ou contingente (Brinthaupt & Lipka, 2002). Ao contrário da autoestima elevada por si só, Kernis (2003) defende que a autoestima *ótima*: envolve sentimentos favoráveis de valor próprio implícitos, advindos de uma gestão bem-sucedida dos desafios de vida; não é contingente a resultados ou ganhos específicos; mantém-se relativamente estável transversalmente a vários contextos e situações. Para além disso, o autor alega que os comportamentos dos sujeitos com autoestima *ótima* são realizados de acordo com o seu *self* verdadeiro, e que manter relações interpessoais nas quais se é valorizado por quem se é e não por aquilo que se consegue alcançar é favorável à mesma – o que inclui a capacidade de expor comportamentos ou aspetos do *self* percecionados como negativos e não haver um forte desejo de ser aprovado por terceiros (Kernis, 2003). É então argumentado que a autoestima *ótima* poderá ser vista, nas suas qualidades, como análoga à autoestima elevada segura (Kernis, 2003). Não parecem existir ainda, porém, medidas específicas que permitam diferenciar a autoestima elevada segura e frágil, apesar de existirem tentativas recentes de, por exemplo, medir a autoestima implícita através de métodos subtis como medir os tempos de reação a pensamentos agradáveis e desagradáveis, podendo estes ser emparelhados com o *self* (Greenwald & Farnham, 2000).

2.2.1.2. Unidimensionalidade e Multidimensionalidade das Autoavaliações

A autoestima pode ainda diferenciar-se quanto à autoestima global e quanto à autoestima específica; enquanto que a primeira se refere a sentimentos relativos ao *self*, a segunda parece relacionar-se, principalmente, com pensamentos relacionados com o *self* (Dutton & Brown, 1997; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Com efeito, a autoestima pode ser avaliada tanto a nível global como quanto a aspetos

específicos que constituem o autoconceito, e é considerado que concepções mais globais ou mais específicas da autoestima podem complementar-se em certo ponto (Santos, 2008; Santos & Maia, 2003): as autoavaliações específicas que as pessoas fazem acerca de características ou qualidades suas podem prestar-se a predizer a autoestima global – no entanto, apenas no caso de respeitarem a características ou qualidades centrais para a pessoa (Brown & Marshall, 2006; Kernis, 2003; Rosenberg et al., 1995).

Estas concepções de autoestima têm importância distinta para a compreensão e predição do comportamento humano, sendo defendido que a autoestima específica de determinado domínio é mais relevante para predizer determinado comportamento ou competência relacionados com esse mesmo domínio e que a autoestima global é mais relevante para predizer o bem-estar psicológico (Dutton & Brown, 1997; Rosenberg et al., 1995). De facto, se a autoestima específica se poderá relacionar, de certa forma com as teorias de autoeficácia e de autoatribuição – tendo o sujeito confiança de que consegue atingir ou não determinados níveis de desempenho e, posteriormente, assumindo ou não os resultados desse desempenho como indicadores dos seus níveis de competência (Dutton & Brown, 1997; Rosenberg et al., 1995) – a autoestima global tende a associar-se à autoaceitação e ao respeito pelo *self* (Rosenberg et al., 1995). No que respeita a níveis de desempenho em determinado domínio, a autoestima global parece relacionar-se, principalmente, com reações emocionais ao sucesso ou à falha advindos desse desempenho independentemente das crenças e avaliações dos sujeitos quanto a esse último (Dutton & Brown, 1997): pessoas com baixa autoestima global que, porém, reconhecem em si qualidades positivas, sentem-se mais humilhadas e envergonhadas perante falhas de desempenho do que pessoas com elevada autoestima global. Tal vai no sentido da independência dos construtos de autoestima global e de autoestima específica.

Numa perspetiva histórica, terão sido autores como William James e Charles Cooley os primeiros a falar da autoestima (Harter, 1999). Especificando, James (1892, citado por Harter, 2005) refere que a autoestima está em parte dependente das avaliações que o sujeito faz quanto à sua competência e nível de adequação perante domínios de vida em que considera importante ser-se bem-sucedido. Já Cooley (1902, citado por Harter, 2005) refere a existência de um *looking glass self* – isto é, postula que as avaliações realizadas face ao *self* são influenciadas por sujeitos significativos para a pessoa, que funcionam como espelhos sociais: quando os outros aprovam, apoiam e tecem considerações positivas acerca da pessoa, tal tende a levá-la a avaliar-se de formas mais

positivas (Harter, 2005). Atualmente, considera-se que tanto a percepção de competência em domínios de importância para o sujeito como a percepção de apoio por parte de pessoas significativas para si influenciam a sua autoestima: crianças, adolescentes e adultos, ao perceberem baixa adequabilidade em domínios específicos que avaliam como importantes para si, e ao perceberem, ao mesmo tempo, baixo apoio e aprovação por parte de sujeitos significativos, demonstram, tendencialmente, baixa autoestima global (Harter, 2005). Nesta sequência, nas perspectivas teóricas atuais acerca do *self*, este é visto como um construto cognitivo e social. De um ponto de vista cognitivo, e de acordo com os teóricos neo-Piagetianos e do *self*, é postulado que os seres humanos criam ativamente teorias sobre o mundo e atribuem significado às suas experiências – o que inclui uma teoria acerca do *self* (Harter, 2008, 2012). Assim, e, ainda, de acordo com uma perspectiva cognitivo-desenvolvimentista, preveem-se mudanças inevitáveis nas características atribuídas ao *self* e na organização conceitual das representações que os sujeitos constroem de si próprios ao longo do seu desenvolvimento, de acordo com as capacidades e limitações cognitivas particulares de cada período desenvolvimentista (Harter, 2008, 2012). Já de um ponto de vista social, teóricos do interacionismo simbólico e da vinculação apontam para a importância das experiências de socialização – como a interação das crianças com cuidadores, pares, professores e com o contexto sociocultural – na construção do *self* e das representações de si mesmos (Harter, 2008, 2012; Rosenberg, 1965). Mais especificamente, é através da interpretação da reação dos outros significativos face a si mesmo, assim como através de determinados critérios de avaliação derivados do contexto histórico e social do qual os indivíduos fazem parte, que os sujeitos realizam autoavaliações quanto às características do seu *self* (Harter, 2008, 2012; Rosenberg, 1965). Tal parece ter o poder de exercer influência, também, na sua autoestima: tanto a nível global, como a nível específico (Harter, 2005, 2008, 2012).

Se, nos anos 60 do séc. XX, Coopersmith (1967, citado por Harter, 1999) e Piers e Harris (1964, citado por Harter, 1999) foram dos primeiros investigadores da autoestima global a conceitualizarem-na enquanto unidimensional, atualmente tem-se considerado também modelos multidimensionais do *self* para descrever o fenómeno das autoavaliações, pois reconhece-se a existência de diversos domínios do autoconceito e que os sujeitos se autoavaliam de formas diferentes ao longo de diferentes domínios (Harter, 1999). Rosenberg (1979, citado por Harter, 1999) terá sublinhado a importância de reter tanto a noção de autoestima global como atentar a constituintes específicos da

autoestima por ambos fazerem parte do funcionamento de cada indivíduo enquanto entidades separadas e distintas. Isto levou a que surgissem modelos hierárquicos que postulam possíveis relações entre autoavaliações globais e específicas (Harter, 1999). Brown e Marshall (2006) reveem-nas segundo dois modelos: o modelo cognitivo (*bottom-up*) da autoestima e o modelo afetivo (*top-down*) da autoestima.

No modelo cognitivo (*bottom-up*), o *feedback* avaliativo – como sucessos ou falhas, ou a aceitação ou rejeição interpessoal – é visto como influenciando as autoavaliações específicas dos sujeitos e, conseqüentemente, estas últimas são vistas como determinando os sentimentos de valor próprio e a autoestima global (Brown & Marshall, 2006). A autoestima global é, então, baseada em crenças elementares acerca de qualidades particulares que se têm – ou seja, baseia-se em autoavaliações particulares; porém, são apenas as autoavaliações relativas a domínios de maior importância para o indivíduo que influenciam a sua autoestima global (Brown & Marshall, 2006). Já no modelo afetivo (*top-down*), é defendido que a autoestima global e o *feedback* avaliativo, em conjunto, influenciam as autoavaliações e sentimentos de valor próprio, sendo esta interação mais pronunciada face a *feedback* negativo (como falhas em determinado domínio ou rejeição interpessoal): ao passo que pessoas com baixa autoestima realizam autoavaliações mais negativas e apresentam menores níveis de valor próprio perante *feedback* negativo, pessoas com autoestima elevada mantêm as suas autoavaliações elevadas e tentam proteger ou recuperar os seus sentimentos de valor próprio (Brown & Marshall, 2006). Tal é alegado como uma vantagem da autoestima elevada, pois permite que os sujeitos cometam erros sem porem em causa o seu valor pessoal (Brown & Marshall, 2006; Dutton & Brown, 1997). Por fim, através da sua revisão de literatura, os autores apontam para diferenças entre considerar que se tem bom desempenho em determinados domínios e ter uma elevada autoestima (Brown & Marshall, 2006).

Sintetizando, e respeitando a autoestima específica a reações cognitivas face a determinados resultados em determinados domínios, e a autoestima global a um construto constituído por emoções face ao *self* (Dutton & Brown, 1997; Rosenberg et al., 1995), tem sido a autoestima global aquela que mais tem sido alvo de interesse de investigações (Santos, 2008), pois, por estarem menos ligados à afetividade, os domínios específicos da autoestima apresentam-se menos apropriados para compreender como é que as pessoas se sentem acerca de si próprias quando se veem perante falhas, obstáculos, rejeições ou desilusões (Dutton & Brown, 1997). Por outras palavras, apesar dos sujeitos poderem ou

não reconhecer em si certas qualidades, tal não permite necessariamente prever como é que se sentem em relação a si mesmos – sendo os afetos acerca de si próprios aqueles que mais parecem relacionar-se com o bem-estar (Rosenberg et al., 1995) e, como tal, aqueles que presumivelmente apresentam maior interesse clínico.

2.2.2. Autoestima e Bem-Estar na Adolescência

2.2.2.1. O Autoconceito na Adolescência

O autoconceito, enquanto forma como os sujeitos se percebem e experienciam a si mesmos, providencia um sentido de continuidade central para o processo de maturação, pois integra os diversos papéis e valores dos sujeitos e, dessa forma, possibilita que estes se relacionem com os mais diversos contextos sem violarem a sua integridade pessoal (Rogers, 1981). De facto, segundo Erikson (1968, citado por Bizarro, 1999), a tarefa principal do desenvolvimento do autoconceito consiste em desenvolver uma percepção estável e coerente de si mesmo que integre experiências do passado, presente, e um sentido de orientação para o futuro. Assim, desde a teorização deste autor sobre a crise de identidade da adolescência que os investigadores consideram este período desenvolvimentista como um momento de exploração do *self* (Steinberg & Morris, 2001). Porém, ao contrário do por Erikson postulado, atualmente a construção da identidade é considerada como ocorrendo, em grande parte, aquando do final da adolescência e do início da idade adulta (Harter, 2008; Steinberg & Morris, 2001; Weiner, 1995): devido às capacidades cognitivas que tendencialmente se manifestam nessas fases, apenas durante as mesmas parece emergir uma compreensão mais clara e estável acerca de quem se é, em que é que se acredita e o que é que se pretende para a vida (Weiner, 1995), sendo então possível a edificação de uma teoria do *self* consistente, coerente, testável e empiricamente válida (Harter, 2008). Isto levou a que a maioria da investigação em torno da adolescência se focasse mais no desenvolvimento de autoconceções do que da identidade (Steinberg & Morris, 2001).

Na transição da infância para a adolescência, devido à aquisição de novas capacidades cognitivas, os jovens tendem a deixar de ver a realidade de forma tão concreta como acontecia na infância, e a adotar progressivamente perspetivas mais abstratas e complexas sobre a mesma – e, em consequência, sobre si próprios (Bizarro, 1999; Harter, 2005). Enquanto que as crianças tendem a conceções muito concretas sobre si mesmas, usando conceitos egocêntricos e orientados para o presente (Bizarro, 1999) –

como atributos pessoais e posses, características do corpo e do *self* categorial, atividades que tipicamente realizam e preferem (Rosenberg, 1986, citado por Brinthaupt & Lipka, 2002) – na adolescência ocorre uma mudança na forma como os sujeitos se conceitualizam a si próprios. Os jovens começam a orientar-se também para o futuro e a utilizar mais construtos relacionados com dimensões internas e psicológicas (Harter, 2008, 2012; Rogers, 1981), como características pessoais, interpessoais, ideias e estados emocionais para se descreverem (Bizarro, 1999), progressivamente baseando-se menos na comparação com os outros e mais nas suas crenças e nos seus padrões pessoais (Harter, 2012). Rosenberg (1986, citado por Brinthaupt & Lipka, 2002) descreve esta mudança desenvolvimentista como *percepção do conceito*, em que as concepções sobre o *self* mudam de primariamente visuais e observáveis para mais abstratas. Desta forma, o autoconceito do adolescente apresenta-se mais diferenciado (Harter, 2008; Bizarro, 1999) comparativamente ao da criança, que é mais simples e global, havendo uma capacidade progressivamente maior de distinguir vários domínios do *self* e integrar percepções acerca de si mesmo numa conceitualização mais ampla do *self* (Harter, 2005, 2008, 2012). Porém, por tudo isto, o autoconceito do adolescente também se apresenta mais vulnerável a distorções cognitivas quanto à forma como se percebem a si mesmos e às suas competências (Harter, 2012), o que por sua vez impacta a sua autoestima. Quando a capacidade de abstração se manifesta, por se tratar de uma nova aquisição no repertório cognitivo do sujeito, este ainda não detém total controlo na mesma, o que por vezes leva a generalizações quanto às avaliações que o sujeito faz em relação a si mesmo – generalizações, estas, que podem modificar-se dramaticamente conforme as situações vivenciadas (Harter, 2005, 2012). Por outro lado, devido à capacidade de abstração, o jovem consegue também, progressivamente, contrastar mais facilmente o seu *self real* com o seu *self ideal* – o que, perante discrepâncias, poderá levá-lo a querer proteger e enaltecer o seu *self ideal*, levando-o a vieses atribucionais (por exemplo: atribuindo sucessos à sua inteligência e falhas a aspetos externos como à dificuldade de um teste) e/ou a apenas considerar aspetos que considera como positivos enquanto características centrais do seu *self* (Harter, 2012).

Mais especificamente, na adolescência inicial – tipicamente conceitualizada, numa perspetiva cronológica, entre os 11-12 anos e os 13 anos (Bizarro, 1999; Ferreira & Nelas, 2006; Harter, 2008, 2012) e onde tendem a ocorrer as mudanças físicas da puberdade (Bizarro, 1999) – verifica-se uma maior consciência do *self* enquanto um fenómeno

subjetivo (Brinthaupt & Lipka, 2002; Harter, 2012), assim como uma maior consciência de que a pessoa é um objeto social, sujeito à observação dos outros (Harter, 2012). Isto leva a que no início da adolescência haja uma maior preocupação e incerteza quanto à forma como se é visto pelas outras pessoas, tentando o jovem perceber que características, afinal, constituem a sua identidade (Harter, 2012). Na tentativa de internalizar essas características, o jovem verifica que existem opiniões diferentes relativamente a si próprio ao longo dos mais variados contextos relacionais (por exemplo: na relação com os pais, com os amigos próximos, com parceiros românticos e com colegas de turma), o que leva a uma proliferação de *selves* e torna o seu autoconceito variável (Brinthaupt & Lipka, 2002; Harter, 1999, 2012); para além disso, a experiência de diversos papéis em função dos contextos e relações interpessoais também leva a mudanças nesse autoconceito (Brinthaupt & Lipka, 2002). Existem alguns autores que consideram, de facto, esta fase da adolescência como aquela em que ocorrem maiores flutuações na estabilidade do *self* (Brinthaupt & Lipka, 2002), procurando o adolescente discernir qual é a verdade (Harter, 2012). Por tudo isto, o jovem enverga numa maior introspeção, autorreflexão e ruminação (Brinthaupt & Lipka, 2002; Harter, 2012) – no entanto, deparando-se apenas com incertezas que dificultam a compreensão de si próprio, e sem conseguir identificar potenciais contradições e inconsistências em relação às representações de si mesmo (Harter, 2008, 2012). Em parte, tal parece dever-se a um pensamento *tudo-ou-nada* a nível do pensamento abstrato no início da adolescência (Harter, 2012). Verifica-se, assim, uma compartimentação das diferentes características e atributos do *self* ao invés de uma integração das mesmas no autoconceito – o que reduz a probabilidade de atributos negativos se generalizarem de determinado domínio de vida para todos os outros. De facto, esta incapacidade de o jovem comparar e integrar características suas aparentemente contraditórias no seu autoconceito parece, de alguma forma, salvaguardá-lo da vivência de um potencial conflito intrapsíquico (Harter, 2012). Não obstante, verifica-se uma preocupação do jovem em tentar não adotar comportamentos de um *self falso* e evitar que tal falsidade seja detetada por terceiros. O jovem reconhece em si, efetivamente, alguns comportamentos de *self falso*, escondendo por vezes aquilo que realmente pensa e sente; de forma semelhante, está particularmente alerta para possíveis contradições nos argumentos, crenças, valores e comportamentos dos outros, sujeitando-os a escrutínio e criticismo (Harter, 2012).

A adolescência intermédia – tipicamente concetualizada entre os 14 e os 16 anos (Bizarro, 1999; Harter, 2012), sendo considerada o “núcleo” da adolescência por ocorrer uma maior orientação para os pares, para a independência e para a autonomia (Bizarro, 1999) – já tende a caracterizar-se pela consciência de descrições ocasionalmente discrepantes relativamente a si mesmos (Harter, 2012). Enquanto que, anteriormente, as competências de abstração dos jovens os levavam a conceções várias do *self* isoladas umas das outras, a meio da adolescência já são realizadas comparações entre estas conceções, conseguido os adolescentes elaborar verbalmente as características opostas em conflito; porém, a incapacidade de integrá-las num todo coerente mantém-se (Harter, 2008, 2012). Tal não só leva a representações instáveis do *self* (até porque ainda se verifica a presença de um pensamento tudo-ou-nada), como mantém ausente a perceção do *self* como agente causal e detentor de controlo, o que provoca confusão e *distress* nos jovens (Harter, 2012). Isto, juntamente com o conhecimento ser visto como contextual e relativo – isto é, dependente das situações e dos diferentes argumentos de diferentes pessoas – leva os jovens, muitas vezes, a ficar paralisados, perplexos e confusos perante a necessidade de tomar decisões, pois não encontram critérios que determinem o que está correto e incorreto (Harter, 2012). Verifica-se um grande desejo em definir o *self* verdadeiro, tentando os adolescentes defini-lo na relação com os outros (Gilbert & Irons, 2009; Harter, 1999, 2012). A perceção de falta de controlo sob as abstrações relativas aos múltiplos *selves* pode levar, ainda, a confusões entre as perspetivas do próprio e do outro – ocorrendo uma generalização, em que os adolescentes acreditam que os outros estão tão interessados nos seus comportamentos como eles próprios estão. Ao mesmo tempo, um dos maiores desafios desta fase da adolescência é o processo de individuação – mais especificamente, há uma procura de separação face aos pais (ainda que, simultaneamente, se pretenda manter uma certa conexão com os mesmos; Harter, 2012).

A adolescência final – a partir dos 17 anos (Bizarro, 1999; Harter, 2012) e associada ao final da escolaridade, à maior independência da família e ao assumir de responsabilidades da vida adulta (o que, precisamente, por vezes leva-a a ser alargada, em termos cronológicos, até idades mais tardias que os 18-19 anos mencionados por alguns autores; Bizarro, 1999) – tende a relacionar-se com a integração das abstrações que antes eram contradições. Estas contradições tendem, muitas vezes, a ser normalizadas e consideradas, até, como desejáveis ao longo dos vários contextos relacionais (Harter, 2012). Para além disso, os adolescentes parecem usar conceitos mais abstratos do que

anteriormente para se descreverem – por exemplo, alegando serem flexíveis e adaptáveis –, o que subjuga as aparentes inconsistências anteriores a uma concepção mais abrangente e coerente de si (Harter, 2008, 2012). Verifica-se, ainda, um maior sentido de agência e uma maior internalização de crenças, valores e padrões pessoais, assim como um maior foco em potenciais *selves* futuros (Harter, 2008, 2012) – pois a maior liberdade e autonomia que os jovens conquistam permitem que estes encontrem mais oportunidades e vivências que vão ao encontro destes últimos (Harter, 2012). Dependendo da qualidade das suas relações interpessoais, os jovens poderão também tornar-se mais capazes de comparar as suas próprias perspectivas em relação a si próprios com as dos outros, apreciando os múltiplos pontos de vista destes últimos – verificando-se, assim, não só a diminuição de conflito face a contradições nas autorrepresentações, como maiores competências de tomada de perspectiva (Harter, 2008, 2012). Em resultado, as competências desta fase final da adolescência permitem uma avaliação mais realista e equilibrada do *self* – onde os jovens serão presumivelmente capazes de apreciar tanto as suas características e competências que constituem pontos fracos, como aquelas que constituem pontos fortes (Harter, 2012).

É também durante a adolescência que as mudanças corporais, fisiológicas e hormonais poderão começar a ter maior influência no sentido de identidade e na sensação de *self* do jovem (Brinthaupt & Lipka, 2002). Adicionalmente, em caso de transição escolar, a mudança de contexto académico poderá trazer novas expectativas quanto ao desempenho escolar e novos critérios de comparação social, o que também poderá impactuar as noções de autoconceito (Harter, 2012; Robins & Trzesniewski, 2005). Para além disso, é ainda na adolescência que começam a surgir ilusões de um *self* onipotente, único e invulnerável, o que pode contribuir para a formação de um *self* distorcido. Se, por um lado, estas distorções narcisistas são algo normativas e transitórias na adolescência, sendo frequentemente referidas enquanto *fábula pessoal* e esbatendo-se ao longo do desenvolvimento, é também nesta fase que algumas perturbações narcisistas se começam a cristalizar (Harter, 2012).

Como referido anteriormente, o desenvolvimento do autoconceito não respeita a um processo isolado: para além de estar ligado às mudanças cognitivo-desenvolvimentistas é influenciado pela interação com os outros. Por exemplo: caso os outros sejam demasiado críticos ou inconsistentes na avaliação que fazem do jovem, este poderá enfrentar maiores dificuldades na compreensão de si mesmo, assim como

alterações no seu bem-estar psicológico (Bizarro, 1999). Na adolescência em particular, para além de estar presente o fenómeno *looking glass* – que promove a contínua introspeção do jovem, levando-o a rever o seu autoconceito particularmente conforme as opiniões dos sujeitos que, para si, são mais significativos –, este último é acompanhado por um processo de imaginação quanto a qual seria a reação de terceiros perante determinado aspeto ou comportamento – isto é, são colocadas hipóteses quanto às potenciais reações de uma *audiência imaginária* face a si próprio (Harter, 2012; Rogers, 1981). Para além disso, como já mencionado, as autoconceções dos adolescentes poderão variar conforme os contextos (Bizarro, 1999; Steinberg & Morris, 2001) – sendo diferente a forma como estes se veem a si mesmos, por exemplo, quando estão com pares comparativamente a quando estão com pais e professores.

Em suma, na adolescência, a imagem que os jovens têm de si mesmos vai-se cimentando; ao mesmo tempo, a grande variedade e quantidade de experiências que caracterizam este período desenvolvimentista levam à constante reavaliação do *self* e à experiência de sentimentos de adequação e de falha (Rogers, 1981). Apenas gradualmente, à medida dos avanços desenvolvimentistas e da experimentação de vários papéis e de situações, é que os jovens vão sendo capazes tanto de realizar autoavaliações mais equilibradas e precisas em relação a si próprios, como de definir os seus autoconceitos (Harter, 2008, 1999; Rogers, 1981). Associado ao desenvolvimento do autoconceito está inevitavelmente o da autoestima, sendo importante considerar o impacto desta última no bem-estar dos adolescentes.

2.2.2.2. A Autoestima na Adolescência

A autoestima dos adolescentes, à semelhança do que acontece noutros períodos desenvolvimentistas, pode ser avaliada quanto aos seus níveis globais e no que respeita a dimensões distintas do autoconceito, sendo que a ligação entre estas dimensões e a perceção de valor próprio global varia ao longo dos mais variados domínios (Steinberg & Morris, 2001) consoante a valorização desses domínios (Brown & Marshall, 2006; Kernis, 2003; Rosenberg et al., 1995). Tendem a ser considerados como importantes para os adolescentes os domínios de aparência física, aceitação dos pares, competência escolar, habilidade atlética e conduta, sendo que a autoestima derivará da perceção de competência – mais especificamente, a perceção de autonomia e sucesso – nestes últimos (Bizarro, 1999). No entanto, ocorrem variações entre os jovens quanto à importância

destes domínios para a sua autoestima: no que respeita ao domínio da aparência, por exemplo, o autoconceito físico das raparigas parece exercer uma influência significativa na autoestima das mesmas – uma influência maior do que aquela que se verifica nos rapazes –, o que resulta numa tendência para a baixa autoestima quando não existe satisfação face ao aspeto físico (Robins & Trzesniewski, 2005; Steinberg & Morris, 2001). Associado a isto, poderá considerar-se não só os diferentes efeitos da puberdade nos rapazes e nas raparigas, sendo alegado que as raparigas se mostram mais insatisfeitas com o seu corpo durante as fases iniciais da mesma (Baldwin & Hoffmann, 2002; Robins & Trzesniewski, 2005), como a influência das imagens de beleza física idealizadas a nível cultural quanto às mulheres (Robins & Trzesniewski, 2005; Santos, 2008). Tal poderá explicar algumas das diferenças na autoestima que se verificam consoante o sexo, pois embora a magnitude do efeito das diferenças entre o sexos se revele pequena (Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999), os indivíduos do sexo masculino são aqueles que, ao longo da vida, parecem demonstrar níveis de autoestima global mais elevados (Baldwin & Hoffmann, 2002; Feliciano & Afonso, 2012; Kling et al., 1999; Romano, Negreiros, & Martins, 2008; Santos, 2008; Santos & Maia, 2003), sendo na adolescência que se verifica, precisamente, uma maior diferença entre raparigas e rapazes (Robins & Trzesniewski, 2005).

Já no que respeita a mudanças desenvolvimentistas da autoestima, a investigação tem sido inconsistente. Se alguns autores alegam que a autoestima aumenta ao longo da adolescência (e.g., Baldwin & Hoffmann, 2002; Feliciano & Afonso, 2012; Harter, 2008, 2012), outros alegam que diminui (e.g., Robins & Trzesniewski, 2005) e outros não encontram diferenças significativas da autoestima em relação à idade (e.g., Romano et al., 2008). Estas inconsistências tendem a ser justificadas não só por potenciais padrões desenvolvimentistas e de socialização específicos do sexo feminino e do sexo masculino que contribuem para a assunção de papéis diferenciados entre ambos (Baldwin & Hoffmann, 2002; Kling et al., 1999; Romano et al., 2008), como por ser concedida ainda pouca atenção pela comunidade científica a potenciais mudanças intraindividuais na autoestima ao longo do tempo (Baldwin & Hoffmann, 2002).

Na generalidade da literatura, no entanto, tal como o autoconceito, a autoestima apresenta-se como um processo contínuo e dinâmico, sujeito a flutuações que refletem mudanças maturacionais e no ambiente social (e.g., Baldwin & Hoffmann, 2002; Feliciano & Afonso, 2012; Harter, 1999, 2008, 2012; Robins & Trzesniewski, 2005). Na

adolescência inicial, uma preocupação com a congruência entre o *self* real e o *self* ideal começa a intensificar-se, e a aparência física torna-se especialmente saliente para a predição do valor global – tendendo os jovens a criar metateorias acerca da ligação, por exemplo, da atratividade percebida com a autoestima e da aprovação dos pares com a autoestima (Harter, 2012). Para além disso, a tentativa de gestão das numerosas mudanças físicas, cognitivas, sociais e emocionais que os jovens enfrentam desde o início da adolescência pode comprometer o sentido de continuidade do sujeito, ameaçando a sua autoestima (Harter, 2008). De facto, uma evidência que parece surgir de forma transversal na literatura é a de que a autoestima se apresenta relativamente alta na infância, diminuindo aquando da passagem para a adolescência – sendo tal justificado pelas mudanças cognitivas que se verificam (Robins & Trzesniewski, 2005). Porém, Harter (1999) alega ainda um declínio da autoestima entre a adolescência inicial e intermédia: na adolescência intermédia, a maior consciencialização de informações contraditórias acerca de si mesmo, a maior introspeção do jovem e uma discrepância mais clara entre o *self* real e o *self* ideal leva a uma maior vulnerabilidade da autoestima, assim como a diferentes níveis de autoestima específica conforme o contexto. O domínio relativo à aparência física parece também permanecer aquele com maior influência na autoestima nesta fase (Harter, 2012). Por fim, a autoestima parece aumentar quando o adolescente: através da sua própria experiência, reconhece as suas competências, resolve os seus problemas intrapessoais e interpessoais e lida com a falha e com a decepção; reconhece os seus esforços e que pode aprender com os seus erros; sente que é aceite por pessoas significativas (como pais e pares) e que se aceita a si próprio nas características que percebe como positivas e negativas (Bizarro, 1999). Desta forma, não é surpreendente que, no final da adolescência, haja autores que defendam um novo aumento da autoestima (e.g., Baldwin & Hoffmann, 2002; Harter, 1999, 2012). O reconhecimento das próprias fraquezas não prejudica forçosamente a autoestima global na medida em que, por exemplo: há presumivelmente uma maior tendência para não atribuir importância ao sucesso ou à falha em domínios nos quais não se sente competente, o que diminui a discrepância entre o *self* real e o *self* ideal; dado o ganho de maior autonomia e liberdade de escolha, o jovem encontra mais oportunidades para seleccionar domínios nos quais se sente competente; a maior autonomia e liberdade também possibilita escolher grupos sociais apoiantes e que tenham considerações positivas acerca do jovem, o que auxilia a promover a sua autoestima (Harter, 2008, 2012).

Nesta sequência, é defendida uma relação curvilínea da autoestima com o avançar da adolescência (Baldwin & Hoffmann, 2002; Feliciano & Afonso, 2012), podendo mudanças intraindividuais na autoestima dever-se, por exemplo, a eventos de vida stressantes e à coesão familiar (Baldwin & Hoffmann, 2002). Enquanto que eventos de vida percebidos como negativos e stressantes põem a autoestima dos jovens em risco – parecendo ser as raparigas as mais afetadas, talvez por uma maior tendência à internalização das suas reações a dificuldades, o que poderá levá-las a desenvolver sintomatologia depressiva –, uma família coesa e apoiante parece estar associada a níveis de autoestima mais elevados (Baldwin & Hoffmann, 2002). Aparenta ser importante, assim, procurar construir um modelo abrangente e integrativo sobre os vários processos e fatores envolvidos no desenvolvimento e nas mudanças da autoestima, tentando derivar, daí, conclusões teóricas mais consensuais acerca da trajetória da autoestima ao longo da vida (Robins & Trzesniewski, 2005).

Todas estas flutuações na autoestima ao longo do desenvolvimento e em função de vários fatores e acontecimentos de vida parecerem ter um impacto relevante no bem-estar dos adolescentes. Para além disso, se, por um lado, uma autoestima elevada parece estar associada à promoção e manutenção desse bem-estar, as intervenções realizadas para aumentar a autoestima são, por vezes, como supramencionado, questionadas como um meio indubitável para a saúde mental – nem sempre estando em causa a promoção de uma autoestima elevada segura. Considere-se, por isso, a proposta do construto de autocompaixão em alternativa – já inclusivamente considerada na literatura enquanto uma aproximação à definição de autoestima ótima proposta por Kernis (Neff, 2011; Neff & Vonk, 2009), e podendo os benefícios de uma autoestima saudável complementar-se com os da autocompaixão (Neff, 2011).

2.3. AUTOCOMPAIXÃO

2.3.1. Construto de Autocompaixão

A autocompaixão trata-se de um construto que tem raízes no pensamento filosófico oriental e, em particular, no Budismo, respeitando a uma atitude face ao *self* que tem recebido recentemente cada vez mais atenção por parte da psicologia (Neff, 2003a, 2003b). Para melhor compreender o construto, considere-se o significado mais geral de compaixão: envolve ser-se contagiado pelo sofrimento do outro, consciencializando-o ao invés de o evitar – o que permite que surjam sentimentos

calorosos para com o outro e o desejo de aliviar o seu sofrimento (Neff, 2003a, 2003b). Implica, ainda, uma atitude compreensiva perante as falhas e os erros do outro, sendo estes últimos vistos no contexto de uma falibilidade humana partilhada (Neff, 2003a, 2003b, 2008). Por seu turno, a autocompaixão refere-se a quando a compaixão e as capacidades compassivas são dirigidas ao próprio perante sofrimento devido a falhas e inadequações pessoais, ou devido a fatores externos ao sujeito e circunstâncias de vida que são difíceis de suportar (Cunha, Xavier, & Vitória, 2013; Neff, 2008; Neff & McGehee, 2010; Neff, Whittaker, & Karl, 2017) – podendo ser considerada uma estratégia de regulação emocional (Neff, 2003a).

Kristin Neff (2003a, 2003b) foi a primeira autora a investigar sistematicamente a autocompaixão, concetualizando-a num conjunto de componentes concetualmente distintos que se interligam e interagem de forma recíproca: (1) *Calor/Compreensão versus Autocrítica*, isto é, a tendência para se ser caloroso, amável e compreensivo consigo mesmo ao invés de se autoflagelar sendo duro, autocrítico ou julgador perante falhas, erros ou inadequações pessoais e momentos de dor, aceitando o facto de se ser um ser humano imperfeito e dirigindo-se a si mesmo numa atitude de apoio e tranquilização; (2) *Sentimentos de Condição Humana versus Isolamento*, ou seja, a tendência de reconhecer que todas as pessoas por vezes falham, cometem erros e sentem-se inadequadas, perspetivando a imperfeição, as dificuldades, e o sofrimento como fazendo parte da condição e experiência humana, o que aumenta os sentimentos de ligação e conexão para com os outros ao invés alimentar uma perceção e sentimentos de isolamento; (3) *Mindfulness versus Sobre-identificação*, isto é, a tendência para consciencializar com abertura e clareza a experiência no momento presente tal como ela é e de forma equilibrada – sem supressão, evitamento, ruminação ou exagero de aspetos não desejados do *self* ou da vida –, verificando-se uma atitude de aceitação de pensamentos e emoções dolorosos sem uma identificação excessiva do sujeito com estes.

Apesar de o construto ser frequentemente apesentado como tendo três componentes que contêm, cada um, um par de componentes que se opõem um ao outro, na realidade a autora explicita-o como sendo constituído por seis componentes separáveis, mas que interagem mutuamente para criarem uma atitude compassiva (Neff, 2003a, 2003a, 2003b, 2016; Neff et al., 2017) – sendo geralmente mencionado em três componentes por questões meramente heurísticas (Neff, 2016). Mais especificamente, Neff (2016) defende que ensinar os sujeitos a tornarem-se mais autocompassivos envolve

auxiliá-los a compreender que, perante o seu sofrimento, podem escolher: (1) a forma como respondem emocionalmente ao mesmo – sendo compreensivos e calorosos consigo mesmos (componente *Calor/Compreensão*) ou frios e críticos (componente *Autocrítica*); (2) como é que interpretam cognitivamente a situação – enquanto uma experiência comum aos seres humanos (componente *Sentimentos de Condição Humana*) ou algo que apenas lhes acontece a si (componente *Isolamento*); (3) como é que prestam atenção a esse sofrimento – se atentam à experiência de forma clara e equilibrada (componente *Mindfulness*) ou de forma dramática e exagerada (componente *Sobre-identificação*). A autocompaixão tem, pois, subjacente um processo de equilíbrio entre estas diferentes formas de relação *self-para-self*, verificando-se simultaneamente mais *Calor/Compreensão* e menos *Autocrítica*, mais *Sentimentos de Condição Humana* e menos *Isolamento*, e maior *Mindfulness* e menor *Sobre-identificação* (Neff, 2016; Neff et al., 2017). Tudo isto, no seu conjunto, permite espaço para ocorrerem comportamentos proativos e efetivos no sentido do desenvolvimento pessoal e de tentativas de melhorar determinadas situações (Neff, 2003a, 2003b, 2008; Neff & McGehee, 2010).

De facto, a autocompaixão deve ser diferenciada de autoindulgência, assim como da passividade e inação (Neff, 2003a, 2003b, 2008). A autocompaixão é associada a uma motivação intrínseca para o crescimento e mudança, pois o sujeito, ao consciencializar as suas falhas, pode escolher adotar comportamentos que vão no sentido de um funcionamento ótimo e da saúde (Neff, 2003a, 2003b). Já a autoindulgência associa-se à mera procura de sensações de prazer (Neff, 2008) – o que não se traduz necessariamente, como já supramencionado, em bem-estar e saúde psicológicos. Para além disso, há que distinguir a autocompaixão de sentimentos de pena de si próprio: no último caso, os sujeitos tendem a imergir nos seus próprios problemas e a sentir que são os únicos que sofrem no mundo – estando, por isso, presentes sentimentos egocêntricos e de separação face aos outros, o que muitas vezes resulta numa amplificação e dramatização do sofrimento pessoal (Neff, 2003a, 2008; Neff & Vonk, 2009). A autocompaixão, ao invés, assenta numa atitude compassiva e compreensiva face às experiências dolorosas de todos os seres humanos – *self inclusive* – o que permite uma integração equilibrada de preocupação e cuidado com o *self* e com os outros (Neff, 2008).

Apesar de se tratar de um interesse empírico recente, existem evidências que apontam para maior saúde psicológica, bem-estar e resiliência entre sujeitos autocompassivos por comparação àqueles que carecem de autocompaixão (Neff, 2003a,

2008; Neff & Vonk, 2009). O construto tem-se demonstrado positivamente correlacionado com a satisfação com a vida, com a inteligência emocional – em particular, com a capacidade de identificar, compreender e discriminar claramente as emoções, assim como regulá-las – e com maiores níveis de conectividade interpessoal (Neff, 2003a). Pelo contrário, tem-se mostrado negativamente correlacionado com autocriticismo, depressão, ruminação, supressão de pensamentos, perfeccionismo neurótico, ansiedade (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009), comparação social e raiva (Neff & Vonk, 2009).

Tem-se verificado que a autocompaixão e a autoestima se sobrepõem em certa medida, pois ambas providenciam afeto positivo em relação ao *self* e um forte sentido de aceitação (Neff, 2008, 2011; Neff & Vonk, 2009). Tanto a autoestima global como a autocompaixão têm-se mostrado, aliás, preditoras equivalentes no que respeita à felicidade, ao otimismo e ao afeto positivo (Neff & Vonk, 2009), tendo-se vindo a demonstrar correlações moderadas entre medidas de autocompaixão e medidas de autoestima (Neff, 2003a, 2011). No entanto, os dois construtos diferem em aspetos importantes. Gilbert e Irons (2005) referem que as diferenças poderão assentar em diferentes sistemas internos associados a cada um deles, baseando-se na teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1989, citado por Gilbert & Irons, 2005) – assente em princípios da biologia evolutiva, neurobiologia e teoria da vinculação. Os autores propõem que a autocompaixão desativa um sistema de ameaça associado ao sistema límbico (relacionado com sentimentos de insegurança e de defensividade) e ativa um sistema de *self-soothing* ligado ao sistema de oxitocinas (opiáceo; relacionado com sentimentos de vinculação segura e de segurança). Por outro lado, sugerem que a autoestima se relaciona com uma avaliação de superioridade ou inferioridade que auxilia a posicionar o *self* em relação aos outros numa classificação social estável, o que se associa a ativação dopaminérgica, a estados de alerta e a impulsos de energia (Gilbert & Irons, 2005; Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009). Desta forma, a autocompaixão apresenta-se relacionada com o bem-estar porque auxilia os sujeitos a sentirem-se seguros e a reduzirem emoções de ansiedade e isolamento, e a autoestima porque auxilia-os a sentirem-se superiores e confiantes (Gilbert & Irons, 2005).

Aprofundando, Gilbert (1989, citado por Gilbert, 2005) sugere que diferentes conjuntos de motivações, emoções, hábitos processamento de informação e hábitos comportamentais levam a diferentes padrões internos de atividade neurofisiológica que, por sua vez, são influenciados por sinais externos (isto é, pela forma como os outros se

comportam face ao *self*), dando significado a esses mesmos sinais. Estes padrões podem ser designados de *mentalidades sociais* – padrões que criam papéis sociais em resposta a desafios sociais particulares. O autor advoga que existe uma constante interação de sistemas internos responsivos aos sinais externos, sistemas estes que produzem efeitos recíprocos entre si e sendo a forma como interagem que leva ao desenvolvimento de padrões maturados pela genética e por experiências pessoais (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Esta interação de sistemas compõe-se por um sistema de ameaça, que procura obter proteção e segurança através da ativação ou inibição de determinados comportamentos, e por dois sistemas diferentes de afeto positivo (Gilbert, 2005). Por um lado, o afeto positivo poderá ligar-se a um sistema de ativação, procura e focado em recursos, mediado por sistemas dopaminérgicos – orientado para a persecução de para recompensas e objetivos. Tal faz com que, perante a incapacidade de alcançar o pretendido, possam surgir emoções como frustração defensiva, medo ou tristeza. Por outro lado, este mesmo sistema pode desativar-se quando estão presentes sentimentos de segurança, contentamento e conetividade com os outros, onde não se verifica uma tendência para a procura destas recompensas e objetivos – isto é, quando um sistema de *soothing* ou calor e afiliação, mediado por sistemas de oxitocinas, se ativa.

Existem evidências crescentes que estes diferentes tipos de sistemas de afetos positivos podem, na verdade, explicar alguma variação fenotípica dos temperamentos dos sujeitos, fundamentando o facto de alguns aparentarem ser mais calorosos do que outros (Gilbert, 2005). Estes sistemas dão origem a padrões que se refletem em relações sociais *internas*, isto é, em formas de relação *self-para-self* que auxiliam os sujeitos a movimentarem-se e reagir no mundo social – pois constituem-se num sentido de *self* e identidade de *self* (Gilbert, 2005). É sugerido por Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005) que o autocrítico respeito a uma das possíveis formas de relação *self-para-self* onde a autorregulação do sujeito ocorre através da segurança submissiva e de estratégias defensivas. É considerado que o autocrítico, na verdade, pode atuar como um ensaio interno de uma interação social submissa à ameaça, ensaio este que, por se compor em acusações, condenações e até sentimentos de ódio face a si mesmo, pode levar a que os sujeitos reforcem sentimentos de inferioridade e insegurança, se sintam alienados e à parte dos outros e, a longo prazo, formem um esquema negativo de *self* (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005, 2009). A autocompaixão, por outro lado, respeitante a uma orientação mais calorosa e aceitante face ao *self*, associa-se a um

sistema de *self-soothing* que pode auxiliar a regular o sistema de ameaça (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005).

A autocompaixão não só parece assegurar muitos dos benefícios da autoestima como evitar algumas das controvérsias apontadas a esta última (Neff, 2003a, 2003b, 2011; Neff & Vonk, 2009; Neff & McGehee, 2010). Ao contrário do que acontece na autoestima, no seio da autocompaixão os afetos positivos direcionados ao *self* e a autoaceitação não implicam uma autoavaliação favorável ou desfavorável de desempenho e de valor pessoal face aos outros e que, em consequência, possa levar a uma necessidade de se sentir superior aos outros (Neff, 2003a, 2008; Neff & Vonk, 2009). Um menor julgamento de si próprio relativamente a sentimentos de inadequação também permite, aliás, um menor julgamento dos outros, não sentindo os sujeitos autocompassivos a necessidade de se compararem com terceiros para aumentar ou defender a sua autoestima (Neff, 2003b). Assim, enquanto que a autoestima tende, por vezes, a associar-se a uma necessidade de se ser especial e de se destacar face aos outros – mostrando-se, a propósito, positivamente associada ao narcisismo –, a autocompaixão foca as semelhanças ao invés de diferenças entre sujeitos por se basear no conhecimento de que existem aspetos comuns à experiência de vida de todos os seres humanos (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009). Adicionalmente, a autoestima pode depender do alcance de determinados ideais e de sucesso em objetivos e domínios de vida específicos; porém, a autocompaixão é sentida, precisamente, perante erros do próprio e perante momentos difíceis (Neff & Vonk, 2009). A autocompaixão mostra-se, na verdade, associada a sentimentos mais estáveis de valor próprio por comparação à autoestima (Neff & Vonk, 2009). Enquanto a autoestima, muitas vezes, é contingente a determinadas circunstâncias de vida e se associa a uma representação cognitiva específica do *self*, a autocompaixão engloba todos os aspetos da experiência pessoal (Neff & Vonk, 2009) e não promove a procura de uma perspectiva irrealista de si mesmo – algo que pode acontecer no que respeita à autoestima (Neff, 2003b). Tal poderá justificar, inclusivamente, uma maior facilidade em adotar intervenções para aumentar a autocompaixão – pois algumas intervenções para aumentar a autoestima baseiam-se na realização de elogios por vezes irrealistas e incongruentes para com as crenças que os sujeitos têm de si próprios, o que leva à sua ineficácia (Neff, 2003b). Por outro lado, as intervenções para aumentar a autoestima também poderão revelar-se perigosas por não permitirem que os sujeitos consciencializem determinados padrões de comportamento não-adaptativos (Damon, 1995, citado por Neff, 2003b).

Em particular, na adolescência, encorajar os jovens a elevados níveis de autoestima poderá reforçar a sua tendência para a autoavaliação, o que se não se traduzir em avaliações positivas de si mesmos poderá aumentar as avaliações negativas acerca do *self* – estando estas, como já referido, muitas vezes associadas a problemáticas a nível da saúde mental (Neff, 2003b). No entanto, dado que a autocompaixão, se fomentada, está disponível quando a pessoa erra e se sente inadequada – e, portanto, eventualmente, quando a sua autoestima se revela baixa – poderá providenciar resiliência emocional (Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009). Existem, aliás, evidências que apontam para uma correlação negativa entre autocompaixão e depressão e ansiedade quando a autoestima é controlada (Neff, 2003a). Desta forma, tratando-se a autocompaixão de uma potencial atitude adaptativa e saudável face ao *self* perante inadequações pessoais e situações de vida difíceis por se associar ao *self-soothing*, e tendo em conta as mudanças na adolescência e respetivas características associadas, parece importante investigá-la neste período de vida e ao seu impacto no bem-estar dos jovens. Acrescente-se ainda a relevância deste estudo na medida em que ainda existem poucas investigações relativas à autocompaixão em adolescentes, inclusivamente na população portuguesa (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013).

2.3.2. Autocompaixão e Bem-Estar na Adolescência

Enquanto seres sociais, os humanos têm a sua sobrevivência e oportunidades reprodutivas dependentes da forma como se relacionam com os outros e de como é que estes veem e se relacionam com o *self*. Tal leva à necessidade de criar afeto positivo face a si mesmo na mente dos outros – sendo a partir do final da infância e durante a adolescência que a comparação social e uma competição por atratividade social se tornam mais intensas (Gilbert & Irons, 2009). Isto leva, muitas vezes, a sentimentos de vergonha associados a uma perceção de não se ter sido capaz de criar afeto positivo nos outros e que os outros veem o próprio de forma negativa, o que resulta em autocrítico e avaliações do *self* enquanto inadequado e, potencialmente, numa autoimagem negativa no geral (Bluth & Blanton, 2015; Gilbert & Irons, 2009).

A autocompaixão poderá ser uma estratégia protetora na adolescência por, ao relacionar-se com a experiência de sentimentos de apoio e calorosos perante erros ou dificuldades (Cunha et al., 2016), auxiliar os jovens a lidar com a experiência de sentimentos e acontecimentos difíceis, dolorosos e de *distress* associados a alguns

desafios desta fase de vida, permitindo-os ser menos críticos em relação a si próprios (Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010). A capacidade de enquadrar as experiências difíceis à luz de uma condição humana comum poderá auxiliar os jovens a lidar com o receio da rejeição social e com potenciais sensações de isolamento promovidos pela fábula pessoal, associada a sentimentos de unicidade, para além da componente *mindful* da autocompaixão prevenir ruminação obsessiva sobre pensamentos e emoções desagradáveis (Bluth & Blanton, 2015; Bluth, Campo, Futch, & Gaylord, 2017; Neff & McGehee, 2010). Pelo contrário, caso estas capacidades de autocompaixão sejam diminutas, poderá ocorrer uma exacerbação de sintomatologia depressiva e ansiosa (Neff & McGehee, 2010). Com efeito, as poucas evidências existentes dentro da escassez de estudos da autocompaixão na adolescência sugerem que esta está fortemente relacionada com o bem-estar dos jovens, e que poderá ser um alvo de intervenção efetivo perante visões negativas do *self* (Neff & McGehee, 2010).

É sugerido que a autocompaixão é um preditor significativo de saúde mental nos adolescentes e que, quanto maior a autocompaixão, menores os níveis de depressão, ansiedade (Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010), *stress* percebido, (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) e afeto negativo (Bluth & Blanton, 2015), e maior a conectividade interpessoal (Neff & McGehee, 2010) e a satisfação com a vida (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017). Estes resultados vão ao encontro daqueles encontrados na idade adulta (Neff, 2003a; Neff & Vonk, 2009). São ainda encontradas correlações positivas entre a autocompaixão e o apoio materno, um funcionamento familiar harmonioso (Neff & McGehee, 2010), memórias emocionais positivas (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) e competências de autotranquilização (Cunha et al., 2013), e correlações negativas entre a autocompaixão e as experiências de fábula pessoal (Neff & McGehee, 2010).

Dento do contexto português, Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) foram os primeiros a estudar a autocompaixão em adolescentes tendo, para isso, utilizado a *Self-Compassion Scale* (SCS; Neff, 2003b) adaptada para a população

adolescente portuguesa (Pinto-Gouveia, Cunha, Xavier, & Castilho, 2011)¹. Os resultados encontrados respeitantes à variação da autocompaixão em relação ao sexo vão no mesmo sentido daqueles encontrados na literatura com população adulta (Neff, 2003a, 2011; Neff & McGehee, 2010; Neff & Vonk, 2009) e adolescente (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017): as raparigas revelam menores níveis de autocompaixão por comparação aos rapazes. Em particular, as raparigas apresentam-se menos *mindful* no que respeita às suas experiências e mostram maiores níveis de autocritica, isolamento e sobre-identificação com pensamentos e emoções indesejados e dolorosos (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013). Tal poderá ser explicado por uma tendência de as mulheres serem mais frequentemente autocríticas acerca de aspetos negativos de si (DeVore, 2013) e ruminarem mais persistentemente acerca de experiências de *distress* por comparação aos homens (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Johnson & Whisman, 2013). Já os rapazes, mostraram-se mais calorosos e compreensivos para consigo mesmos e com uma consciência mais *mindful* (Cunha et al., 2016) – apesar de um primeiro estudo com uma amostra mais pequena não verificar diferenças entre sexos na componente de calor/compreensão (Cunha et al., 2013). No que respeita à componente de condição humana, não se verificam diferenças entre sexos em nenhum dos estudos relativos à população adolescente portuguesa (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013).

Em concordância com o primeiro estudo realizado com população adolescente – este correspondente aos EUA e a adolescentes com idades entre os 14 e os 17 anos (Neff & McGehee, 2010) –, os resultados dos estudos de Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) – com jovens de idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos – não encontraram diferenças nos níveis de autocompaixão em relação à idade. Porém, o trabalho de Bluth e colaboradores (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017) – este também com uma amostra dos EUA – sugeriu que, na adolescência, as raparigas mais velhas apresentam menores níveis de autocompaixão por comparação a raparigas mais novas e a rapazes de todas as idades. Para além disso, é sugerido por estes autores que quanto menor a autocompaixão, maior o afeto negativo e sintomatologia depressiva, e

¹ A adaptação da presente escala para a população portuguesa foi realizada por autores diferentes daqueles que avaliaram a qualidade dessa mesma adaptação. Não existindo qualquer artigo dos autores originais da escala (Pinto-Gouveia et al., 2011), incluiu-se na lista de referências do presente estudo aquela encontrada no artigo de Cunha e colaboradores (2013), que aponta para um manuscrito em preparação.

que esta associação se revela particularmente mais forte entre adolescentes mais velhos (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017). Adicionalmente, as evidências sugerem que quanto maior a autocompaixão, menores os níveis de ansiedade entre os rapazes na adolescência final por comparação às raparigas nesta mesma fase, o que sugere um efeito protetor especialmente relevante da autocompaixão face à ansiedade no sexo masculino no fim da adolescência (Bluth et al., 2017). Sendo assim, parece importante que eventuais intervenções para desenvolver competências autocompassivas sejam realizadas desde o início da adolescência para tentar evitar que ocorra um declínio da autocompaixão entre a adolescência intermédia e a adolescência final – tomando-se especial atenção às raparigas (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017). Porém, a relação entre autocompaixão e idade respeita a uma questão a ser melhor explorada pois, de facto, no geral, a investigação não é clara neste ponto (Neff, 2011). Uma das hipóteses que é colocada pelos autores para não encontrarem correlações significativas entre idade e autocompaixão é que esta possa dever-se à homogeneidade de idades nas amostras (Cunha et al., 2016; Neff & McGehee, 2010).

Uma forma de estudar mais fielmente o efeito protetor da autocompaixão face a vários fatores adversos poderá ser através da aplicação e posterior avaliação de programas de intervenção para aumentar e promover competências autocompassivas ou através de estudos longitudinais, que fornecem pistas acerca da causalidade existente nas associações entre variáveis (Bluth et al., 2017). Num estudo longitudinal, Marshall e colaboradores (Marshall, Parker, Ciarrochi, Sahdra, Jackson, & Heaven, 2015) analisaram a interação entre autoestima e autocompaixão em adolescentes australianos do 9º ano com o intento de averiguarem potenciais mudanças na saúde mental no ano seguinte, tendo-se baseado num modelo contextual-comportamental para colocar a hipótese de que o efeito da autoestima na saúde mental depende da autocompaixão. Os autores argumentam que num contexto em que os jovens sejam encorajados a realizar autoavaliações intolerantes para com falhas e que devem ambicionar a ter elevada autoestima para serem bem-sucedidos, levá-los-á a estar mais vulneráveis a uma perceção de inutilidade perante tais falhas, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de uma pobre saúde mental. Por outro lado, num contexto em que os jovens sejam ensinados que todos os seres humanos são imperfeitos, que por vezes se sentem inadequados e que passam por momentos de dificuldade – podendo, no entanto, dirigir-se a si mesmos com amabilidade, paciência e perdão –, uma perceção de inutilidade perante falhas não se

mostra tão provável de prejudicar a saúde mental (Marshall et al., 2015). Efetivamente, os resultados apontaram para um efeito moderador da autocompaixão: entre aqueles que demonstraram elevados níveis de autocompaixão, a baixa autoestima não teve tanto impacto na saúde mental ao final de 1 ano. Já aqueles com baixa autocompaixão, revelaram uma maior relação entre baixa autoestima e decréscimos na saúde mental (Marshall et al, 2015). Estes resultados são consistentes com a ideia de que autocompaixão, se fomentada, está disponível e é útil para proteger os sujeitos de sentimentos de inadequação e de autocríticas negativas (Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009). Os sujeitos com elevada autoestima, contudo, mostraram melhorias na saúde mental passado 1 ano revelassem elevados ou baixos níveis de autocompaixão (Marshall et al, 2015), o que também é congruente com a ideia de que a autoestima elevada se associa a afeto positivo e aceitação do *self* (Neff, 2008, 2011; Neff & Vonk, 2009).

Posto tudo isto, e tendo em conta que ainda não existem estudos, no contexto português, que avaliem a relação entre a autoestima global, a autocompaixão e o bem-estar psicológico dos adolescentes, a presente investigação propõe-se a estudar essa questão. Tal tem o intento de alargar não só o conhecimento científico da temática, como, consequentemente, o de reunir potenciais pistas quanto a que fatores deverão ser considerados quando está em causa a implementação de estratégias de prevenção ou intervenção face ao bem-estar psicológico dos adolescentes.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO, OBJETIVOS, HIPÓTESES E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo constitui-se por uma metodologia quantitativa de natureza não experimental pois não pretende a manipulação de variáveis, sujeitos ou condições – apenas a sua observação e descrição (Field, 2009; Marôco, 2014). Para isso, baseia-se em três questionários de autorrelato de resposta fechada, selecionados para integrar esta investigação não só por permitirem aceder às perceções subjetivas dos sujeitos como por corresponderem àqueles aferidos e adaptados a adolescentes na população portuguesa para medir os construtos em vista.

Consistindo o objetivo geral deste estudo em melhor compreender os conceitos de autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência, pretende-se analisar possíveis relações entre níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico, avaliando ainda as diferenças nestas variáveis em relação às variáveis demográficas sexo e idade. Assim, com base na revisão de literatura efetuada, foram definidos os seguintes objetivos específicos, hipóteses e questões de investigação:

Objetivo 1 – realizar o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados, para avaliar se a estrutura fatorial e/ou a consistência interna já avaliadas noutros estudos se demonstram adequadas.

Objetivo 2 – explorar a relação entre níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico nos adolescentes.

(1) Hipótese: espera-se uma associação positiva moderada entre os níveis de autoestima global e os níveis de autocompaixão total.

(1) Questão de Investigação: quais as relações entre os níveis de autoestima global e os níveis nas dimensões de autocompaixão?

(2) Hipótese: espera-se uma associação positiva forte entre os níveis de autoestima global e os níveis de bem-estar psicológico total.

(2) Questão de Investigação: quais as relações entre os níveis de autoestima global e os níveis nas dimensões de bem-estar psicológico?

(3) Hipótese: espera-se uma associação positiva forte entre níveis de autocompaixão total e os níveis de bem-estar psicológico total.

(3) Questão de Investigação: quais as relações entre os níveis nas dimensões de autocompaixão e os níveis de bem-estar psicológico total?

(4) Questão de Investigação: quais as relações entre os níveis de autocompaixão total e os níveis nas dimensões do bem-estar psicológico?

(5) Questão de Investigação: quais as relações entre os níveis nas dimensões de autocompaixão e os níveis nas dimensões do bem-estar psicológico?

(4) Hipótese: espera-se uma associação positiva mais forte entre os níveis de autocompaixão total e os níveis de bem-estar psicológico total do que entre os níveis de autoestima global e os níveis de bem-estar psicológico total.

(5) Hipótese: espera-se que os níveis de autoestima global e que os níveis de autocompaixão total expliquem uma variância significativa nos níveis do bem-estar psicológico total.

(6) Hipótese: espera-se que os níveis de autocompaixão total sejam melhores preditores do que os níveis de autoestima global em relação aos níveis de bem-estar psicológico total.

Objetivo 3 – analisar as diferenças nos níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico em relação ao sexo e à idade dos adolescentes.

(7) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem menores níveis de autoestima global do que os adolescentes do sexo masculino.

(6) Questão de Investigação: quais as diferenças nos níveis de autoestima global entre idades?

(8) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem menores níveis de autocompaixão total do que os adolescentes do sexo masculino.

(9) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem menores níveis de autocompaixão nas dimensões *Autocrítica*, *Isolamento*, *Mindfulness* e *Sobre-identificação* do que os adolescentes do sexo masculino.

(10) Hipótese: não se esperam diferenças significativas nos níveis de autocompaixão na dimensão *Condição Humana* entre sexos.

(7) Questão de Investigação: quais as diferenças nos níveis de autocompaixão na dimensão *Calor/Compreensão* entre sexos?

(8) Questão de Investigação: quais as diferenças nos níveis de autocompaixão entre idades?

(11) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem menores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes do sexo masculino.

(12) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem menores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes do sexo masculino.

(13) Hipótese: espera-se que os adolescentes do sexo feminino apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico na dimensão *Apoio Social* do que os adolescentes do sexo masculino.

(14) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia).

(15) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia).

(16) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final).

(17) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final).

(18) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final).

(19) Hipótese: espera-se que os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e

Perceção de Competências do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final).

(20) Hipótese: não se esperam diferenças significativas nos níveis de bem-estar psicológico na dimensão *Apoio Social* entre idades.

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

3.3.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

Com o objetivo de medir a autoestima global dos adolescentes visados na amostra, selecionou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale* – RSES; Rosenberg, 1965), traduzida e adaptada por Santos e Maia (2003) para a população adolescente portuguesa. Esta representa uma das escalas mais utilizadas para a avaliação da autoestima global, uma vez que se caracteriza por um número reduzido de itens, linguagem simples, e facilidade e brevidade na aplicação e cotação (Santos, 2008).

A escala é constituída por 10 itens, cinco formulados positivamente e cinco formulados negativamente, avaliados através de uma escala de *Likert* de quatro pontos (1 – discordo fortemente; 2 – discordo; 3 – concordo; 4 – concordo fortemente). Após as devidas inversões, o resultado total da escala, que representa os níveis de autoestima global, é obtido através do somatório dos resultados de todos os itens, podendo os valores variar entre 10 e 40. Desta forma, os resultados mais elevados correspondem a níveis mais elevados de autoestima e os mais baixos a níveis mais reduzidos. Mais especificamente, elevados níveis de autoestima na RSES correspondem à presença de sentimentos de valor próprio e respeito por si mesmo; já baixos níveis de autoestima apontam para desvalorização, insatisfação e falta de respeito por si próprio (Santos & Maia, 2003).

Existem, contudo, algumas controvérsias quanto à sua estrutura fatorial. Após recorrerem à análise fatorial confirmatória, Santos e Maia (2003) apontam para um modelo unidimensional; porém, um estudo realizado por Romano e colaboradores (2008), também com população portuguesa, aponta para um modelo bidimensional, que correlaciona autoestima positiva com autoestima negativa. Santos e Maia (2003) sugerem que uma potencial explicação para as variações na estrutura fatorial se ligue a um *method effect*, devido à existência de itens de orientação positiva e negativa. À semelhança destes autores, também Rosenberg descreve a escala na sua forma original como unidimensional (Rosenberg, 1965), e a maioria dos autores parece sugerir o modelo unidimensional

(Santos & Maia, 2003). São ainda revelados bons níveis de consistência interna, apresentando valores de *alfa de Cronbach* entre .84 e .92 (Santos & Maia, 2003).

3.4.2. Escala de Autocompaixão (SCS-A)

A Escala de Autocompaixão (*Self-Compassion Scale* – SCS; Neff, 2003a), traduzida e adaptada para adolescentes por Pinto-Gouveia e colaboradores (*Self-Compassion Scale-Adolescents* – SCS-A; 2011), foi a selecionada para estudar o construto de autocompaixão na amostra da presente investigação por representar, até à data, a única escala adaptada à população adolescente portuguesa. Esta pretende medir a autocompaixão enquanto capacidade de tolerar o sofrimento numa atitude calorosa e de aceitação, constituindo-se por 26 itens divididos entre seis subescalas, três relativas a dimensões adaptativas da autocompaixão (*Calor/Compreensão*, *Condição Humana* e *Mindfulness*) e três relativas a dimensões não-adaptativas (*Autocrítica*, *Isolamento* e *Sobre-identificação*). Mais especificamente, os itens dividem-se em: cinco na subescala *Calor/Compreensão*; cinco na subescala *Autocrítica*; quatro na subescala *Condição Humana*; quatro na subescala *Isolamento*; quatro na subescala *Mindfulness*; quatro na subescala *Sobre-identificação*. A escala constitui-se numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 – quase nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – muitas vezes; 5 – quase sempre), e as pontuações de cada subescala são calculadas pela média dos resultados dos itens de cada uma. Após realizadas as inversões necessárias, o resultado total de autocompaixão é calculado através da média total dos resultados dos itens – representando pontuações mais elevadas maiores níveis de autocompaixão (Cunha et al., 2013).

À semelhança do encontrado por Neff (2003a) no estudo da escala original de autocompaixão, Cunha e colaboradores (2016) encontraram, através de análises fatoriais confirmatórias, um modelo de seis fatores, assim como um modelo de segunda ordem no que respeita à autocompaixão, que emerge da combinação das seis subescalas. Tal permite que a autocompaixão seja avaliada tanto através das suas seis dimensões, como através do resultado total da escala. Considere-se, contudo, que um estudo recente de Neff e colaboradores (2017) pretendeu replicar a estrutura fatorial da escala de autocompaixão original, tendo apoiado o modelo de seis fatores – porém, sugerindo que o resultado total da escala é mais apropriadamente medido com base num modelo bifatorial. No modelo bifatorial, os itens tendem agrupar-se tanto num fator geral – a medida de autocompaixão

total – como em subescalas ou fatores “de grupo” – constituindo estes fatores “de grupo” as seis subescalas de autocompaixão (Neff et al., 2017).

Quanto aos estudos levados a cabo por Cunha e colaboradores, são demonstrados bons níveis de consistência interna: o resultado total de autocompaixão demonstra um *alfa de Cronbach* entre .85 (Cunha et al., 2013) e .88 (Cunha et al., 2016) e as subescalas ora entre .69 e .75 (Cunha et al., 2013) ora entre .70 e .79 (Cunha et al., 2016).

3.4.3. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)

A Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA; Bizarro, 2001) foi a escolhida para medir aspetos associados ao bem-estar psicológico na adolescência, uma vez que a sua construção se baseia no supramencionado modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista do Bem-Estar Psicológico (Bizarro, 1999, 2001). Esta é constituída por 28 itens distribuídos em cinco subescalas representativas das componentes do modelo considerado – três relativas a componentes positivas do bem-estar psicológico (*Cognitiva-Emocional Positiva*, *Perceção de Competências* e *Apoio Social*) e duas relativas a componentes negativas desse bem-estar (*Cognitiva-Emocional Negativa* e *Ansiedade*). Assim, seis itens fazem parte da subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* (respeitante a aspetos cognitivos e emocionais positivos do bem-estar), outros seis da subescala *Apoio Social* (que mede a existência de apoio emocional concedido por pessoas com quem o jovem se relaciona), quatro da subescala *Perceção de Competências* (que avalia a perceção de competências no geral, em particular competências do domínio escolar e de resolução de problemas), seis da subescala *Cognitiva-Emocional Negativa* (respeitante a aspetos cognitivos e emocionais negativos do bem-estar) e seis da subescala *Ansiedade* (que mede sintomas associados a ansiedade e queixas somáticas).

As respostas são avaliadas através de uma escala de *Likert* de 6 pontos (1 – nunca, 2 – raras vezes, 3 – algumas vezes, 4 – bastantes vezes, 5 – a maior parte das vezes, 6 – sempre) e avaliam ocorrências relativas às últimas três a quatro semanas à data da aplicação da escala. A cotação de cada subescala é realizada através da média das respostas aos itens dessa subescala, podendo os resultados oscilar entre 1 e 6. Desta forma, quanto maior a frequência de ocorrência em 16 itens – respeitantes às subescalas *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Apoio Social*, e *Perceção de Competências* –, maior a ocorrência de bem-estar e, quanto maior a frequência de ocorrência em 12 itens – respeitantes às subescalas *Cognitiva-Emocional Negativa* e *Ansiedade* – menor a

ocorrência de bem-estar. Após a realização das devidas inversões de itens, é possível também calcular um índice total de bem-estar psicológico, que respeita à média das médias de cada subescala, oscilando os resultados, igualmente, entre 1 e 6. Assim, maiores resultados representam maior bem-estar psicológico total (Bizarro, 1999, 2001).

Através da análise fatorial, de facto, é sugerido um modelo de cinco fatores respeitante à estrutura da escala (Bizarro, 1999, 2001), estes correspondentes às cinco subescalas supramencionadas. São demonstrados bons índices de consistência interna tanto para cada uma das subescalas – variando os valores de *alfa de Cronbach* entre .79 e .90 nas quatro aplicações da versão final da escala realizadas por Bizarro (1999) – como para o índice de bem-estar total – com valores entre .90 e .94 (Bizarro, 1999).

3.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados do presente estudo foram recolhidos a partir de uma amostra final de 366 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos ($M= 14,89$ e $dp= 1,92$), sendo 205 (56%) do sexo feminino. Dada a investigação se basear num modelo desenvolvimentista, a idade foi analisada com base numa distribuição por grupos correspondentes às diferentes fases da adolescência. Fazem parte da amostra assim 113 sujeitos (30,9%) dos 12-13 anos (adolescência inicial) e 157 sujeitos (42,9%) dos 14-16 anos (adolescência intermédia), respeitando os restantes a adolescentes dos 17-19 anos (adolescência final). No que concerne ao nível de escolaridade, a amostra constitui-se por 92 sujeitos (25,1%) do 7º ano, 54 sujeitos (14,8%) do 8º ano, 62 sujeitos (16,9%) do 9º ano, 35 sujeitos (9,6%) do 10º ano e 70 sujeitos (19,1%) do 11º ano, sendo os restantes adolescentes do 12º ano. Como indicado pela Tabela 1, a maioria dos jovens é de nacionalidade portuguesa, sendo que a maioria da amostra não-portuguesa se constitui por 5 sujeitos (1,4%) de nacionalidade brasileira, 4 sujeitos (1,1%) de nacionalidade ucraniana, 3 sujeitos (0,8%) de nacionalidade guineense e 2 sujeitos (0,5%) de nacionalidade cabo verdiana.

Tabela 1

Nacionalidade dos participantes

| Nacionalidade | N | % |
|----------------|-----|------|
| Portuguesa | 337 | 92,1 |
| Não-portuguesa | 29 | 7,9 |

3.6. PROCEDIMENTOS

3.6.1. Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos presencialmente, através de distribuição de questionários em turmas de escolas com 3º Ciclo e Ensino Secundário do distrito de Lisboa. Após solicitada e concedida a autorização da Direção Geral de Educação para proceder à recolha de dados, a amostra foi recolhida a partir de janeiro de 2017 até atingir o tamanho planeado e conforme o número de turmas autorizado pelas Direções das Escolas e disponibilizadas pelos professores respetivos. Previamente à recolha de dados, por vários adolescentes serem menores de idade do ponto de vista legal, foi também solicitada a autorização dos encarregados de educação através de consentimentos informados, onde era esclarecido brevemente o âmbito do estudo, o seu caráter voluntário, anónimo e confidencial, e disponibilizado um endereço eletrónico para eventuais esclarecimentos adicionais.

O preenchimento das escalas levou em média entre 15 e 20 minutos, sendo realizado em sala de aula com a presença da investigadora, numa única sessão. Previamente à aplicação, foi explicado aos participantes tanto oralmente como por escrito na folha de rosto dos questionários em que consistia o estudo e sublinhada a sua natureza voluntária, anónima e confidencial. Salvaguardou-se ainda junto dos jovens que estes podiam desistir da sua participação a qualquer momento, sem serem prejudicados. Na folha de rosto foram ainda recolhidos dados sociodemográficos dos participantes fundamentais para a presente investigação (idade e sexo) e para fins de caracterização da amostra (ano de escolaridade e nacionalidade). Não foram recolhidos quaisquer dados que permitissem a identificação dos sujeitos.

De forma a garantir a proteção dos dados dos participantes, todos os questionários foram distribuídos e recolhidos pela investigadora. Os dados foram unicamente trabalhados pela investigadora e utilizados apenas para o presente estudo. De forma a manter o anonimato e a confidencialidade e facilitar a análise de dados, foi atribuído um código numérico a cada protocolo. Após introdução na base de dados, os questionários foram armazenados em local seguro.

3.6.2. Metodologia de Análise de Dados

Os dados foram analisados através do programa *IMB SPSS Statistics*, versão 24. Começou-se por verificar a normalidade da distribuição através do Teste de Kolmogorov-

Smirnov. No Teste de Kolmogorov-Smirnov, resultados não significativos ($p > .05$) sugerem uma distribuição normal; no entanto, em amostras de grande dimensão, é usual verificarem-se valores significativos (Pallant, 2011). Efetivamente, segundo este teste, a distribuição da presente amostra não se revela normal na RSES, na SCS-A e na EBEPa ($p = .00$). Porém, a utilização de testes paramétricos demonstra-se bastante robusta mesmo quando o pressuposto de normalidade não é cumprido – desde que “*as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam extremamente pequenas*” (Marôco, 2014, p. 189). Ao avaliar os valores de assimetria (*skewness*) e de achatamento (*kurtosis*) das escalas, apesar de estes não serem iguais a zero em qualquer uma delas (o que sugeriria uma distribuição normal perfeita; Pallant, 2011), são geralmente próximas de zero, e sempre inferiores a 3 quanto à assimetria e a 8-10 quanto ao achatamento – o que apoia a preservação da robustez dos testes paramétricos (Kline, 2011). Adicionalmente, a dimensão da presente amostra é superior a 25-30 participantes ($N = 366$) o que, com base no teorema do limite central, permite assumir uma distribuição da média amostral aproximadamente normal (Marôco, 2014).

Tendo em conta que as estruturas fatoriais dos instrumentos utilizados já detêm estudos no seio da população adolescente portuguesa, apenas se procedeu à análise fatorial da EBEPa pela orientadora desta investigação, também autora da escala em questão (Bizarro, 2001), demonstrar interesse em verificar a estrutura fatorial da mesma na presente amostra. Desta forma, realizou-se a análise de componentes principais com rotação *Varimax* apoiada no valores obtidos nos testes Kaiser-Meyer-Okin (KMO) – que mede a adequação da amostra e sendo .60 o valor mínimo para advogar uma boa análise fatorial – e de Esfericidade de Bartlett – cujo valor deve ser significativo ($p < .05$) para a análise fatorial ser considerada apropriada (Pallant, 2011; Tabachnick & Fidell, 2013). O número de fatores a reter foi analisado através do critério de Kaiser (fatores com *eigenvalues* superiores a 1) e do teste *scree* de Catell onde são representados os *eigenvalues* dos fatores, considerando-se a retenção de fatores acima da inflexão da curva presente no gráfico (Marôco, 2014; Pallant, 2011). Já a consistência interna dos instrumentos foi avaliada pelo coeficiente *alfa de Cronbach*. Apesar de não existir uma regra fixa de quão elevados devem ser os valores do coeficiente para serem considerados como indicativos de uma boa precisão, no geral, valores em torno de .70 assumem-se adequados, em torno de .80 muito bons e em torno de .90 excelentes (Kline, 2011).

Para analisar a correlação entre as variáveis contínuas do presente estudo e analisar a força e a direção da relação entre elas, recorreu-se ao coeficiente de *Pearson* – cujos valores podem variar entre -1 e +1, em que quanto maior o valor maior a força da relação, e em que o sinal aponta para a direção da correlação (positiva, que indica que quando os valores de uma variável aumentam os da outra também aumentam, ou negativa, que indica que quando os valores de uma variável aumentam os da outra diminuem). Já uma correlação de 0 indica ausência de relação entre variáveis (Pallant, 2011). Mais especificamente, pode considerar-se que se está perante uma correlação fraca com valores entre .10 e .29, uma correlação moderada com valores entre .30 e .49, e uma correlação forte com valores entre .50 e 1 (Field, 2009). Adicionalmente, para analisar a quantidade de variância passível de ser explicada pela autoestima global e pela autocompaixão total no bem-estar psicológico total e analisar a contribuição relativa de cada uma destas variáveis para o bem-estar psicológico total, recorreu-se à regressão linear múltipla *standard*.

Por fim, para estudar diferenças entre os grupos em questão neste estudo (sexo e idade), recorreu-se à análise univariada de variância (ANOVA) para analisar a variância da autoestima global, da autocompaixão total e do bem-estar psicológico total. No que concerne às subescalas da autocompaixão e do bem-estar psicológico recorreu-se à análise multivariada de variância (MANOVA), utilizando-se o teste de Lambda de Wilk (sendo necessário, para se considerar a existência de diferenças significativas, valores de $p < .05$). Optou-se por realizar análises univariadas de variância para os índices totais de autocompaixão e de bem-estar psicológico ao invés de incluí-los nas análises multivariadas de variância com as subescalas que lhes são correspondentes por, segundo Pallant (2011), a junção de índices totais com as subescalas que os constituem violar o pressuposto de multicolinearidade e singularidade da MANOVA quando se verificam correlações fortes (em torno de .80 ou .90) entre estes índices e as restantes variáveis dependentes. Após verificar as correlações em questão, e seguindo a sugestão da autora, excluíram-se os índices totais das análises MANOVA – que, em junção com as restantes variáveis, formariam pares fortemente correlacionados (Pallant, 2011).

De forma a averiguar, especificamente, em que grupos existem diferenças significativas e diminuir a probabilidade de erro tipo 1, recorreu-se ao teste post-hoc de Tukey (Tukey HSD) nas ANOVA por, perante amostras grandes, ser “*dos mais potentes e robustos aos desvios da normalidade e homogeneidade das variâncias*” (Marôco, 2014,

p. 216). No que respeita às MANOVA, após averiguar a eventual presença de efeitos principais e de interação dos grupos, foi realizado o ajustamento de Bonferroni para averiguar em que subescalas concretamente se verificam estas diferenças significativas relativamente aos grupos considerados – diminuindo, assim, igualmente, a probabilidade de erro tipo 1 (Pallant, 2011).

4. RESULTADOS

4.1. ESTUDO PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.1.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

A análise da consistência interna da RSES revelou um bom *alfa de Cronbach* ($\alpha = .85$) que se aproxima dos valores encontrados por Santos e Maia (2003) – entre .84 e .92. Após calculado o índice de autoestima global, no que respeita à análise descritiva da escala, encontrou-se uma média de 29,78 e um desvio-padrão de 5,01.

4.1.2. Escala de Autocompaixão (SCS-A)

No que concerne à SCS-A, as subescalas apresentam níveis de consistência interna considerados adequados, e o índice de autocompaixão total demonstra um bom *alfa de Cronbach* (Tabela 2). Estes níveis aproximam-se aos encontrados por Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) tanto para as subescalas (com valores entre .69 e .79) como para o índice de autocompaixão total (com valores entre .85 e .88). Na Tabela 2 são ainda discriminados a média e o desvio-padrão de cada uma das subescalas e do índice de autocompaixão total, assim como as correlações entre eles, que se revelam quase todas estatisticamente significativas, à exceção de uma.

Tabela 2

Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da SCS-A e do índice de autocompaixão total

| | M | dp | α | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------|------|------|----------|---|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 1. CC | 3,00 | 0,79 | .74 | – | -.34** | .46** | -.40** | .64** | -.43** | .77** |
| 2. AC | 2,84 | 0,77 | .68 | | – | -.10 | .60** | -.21** | .62** | -.70** |
| 3. CH | 3,08 | 0,81 | .66 | | | – | -.16** | .41** | -.21** | .52** |
| 4. ISOL | 2,83 | 0,96 | .74 | | | | – | -.33** | .70** | -.77** |
| 5. MIND | 3,17 | 0,75 | .63 | | | | | – | -.44** | .69** |
| 6. SI | 2,83 | 0,93 | .74 | | | | | | – | -.81** |
| 7. ACT | 3,12 | 0,59 | .88 | | | | | | | – |

Nota. CC= Calor/Compreensão; AC= Autocrítica; CH= Compreensão Humana; ISOL= Isolamento; MIND= *Mindfulness*; SI= Sobre-identificação; ACT= Autocompaixão Total.

** $p < .01$

Verifica-se uma correlação negativa moderada da subescala *Calor/Compreensão* com as subescalas *Autocrítica*, *Isolamento* e *Sobre-identificação*, uma correlação positiva moderada com a subescala *Condição Humana*, e uma correlação positiva forte com a subescala *Mindfulness* e com o índice de autocompaixão total. A subescala *Autocrítica* apresenta uma correlação negativa fraca com a subescala *Mindfulness* e, apesar de também apesar de apresentar uma correlação negativa fraca com a subescala *Condição Humana*, esta última não é significativa. Verifica-se, ainda, uma correlação negativa forte da subescala *Autocrítica* com o índice de autocompaixão total e uma correlação positiva forte com as subescalas *Isolamento* e *Sobre-identificação*. Adicionalmente, a subescala *Condição Humana* revela uma correlação negativa fraca com as subescalas *Isolamento* e *Sobre-identificação*, uma correlação positiva moderada com a subescala *Mindfulness* e uma correlação positiva forte com o índice de autocompaixão total. Averigua-se ainda uma correlação negativa moderada entre as subescalas *Isolamento* e *Mindfulness*, uma correlação positiva forte entre as subescalas *Isolamento* e *Sobre-identificação* e uma correlação negativa forte entre a subescala *Isolamento* e o índice de autocompaixão total. Por fim, as subescalas *Mindfulness* e *Sobre-identificação* apresentam uma correlação negativa moderada e, enquanto a subescala *Mindfulness* apresenta uma correlação positiva forte com o índice de autocompaixão total, a subescala *Sobre-identificação* apresenta uma correlação negativa forte com este mesmo índice.

4.1.3. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)

É sugerida adequabilidade da análise fatorial da EBEPA através dos valores dos testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.93) e Esfericidade de Bartlett ($p=.00$), pelo que se prosseguiu com a análise dos restantes resultados. A análise de componentes principais com rotação *Varimax* revelou a presença de quatro fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicam 58,36% da variância total. Apesar de ser sugerido por Bizarro (1999, 2001) um modelo de cinco fatores quanto à estrutura da escala, a autora menciona ter encontrado quatro fatores num dos estudos por si realizados (Bizarro, 1999) – pelo que optou-se por assumir os quatro fatores que, além disso, mantêm sentido teórico. Na Tabela 3 é apresentada a distribuição dos itens da escala por fatores e o seu respetivo peso fatorial, sendo destacados os valores que representam saturações iguais ou superiores a .40 por ter sido esse o critério utilizado pela autora da escala (Bizarro, 2001).

Tabela 3

Estrutura fatorial da EBEPA

| Itens | Fatores | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|
| | I | II | III | IV |
| 23. Senti dificuldade em me acalmar | .79 | | | |
| 11. Senti-me nervoso, tenso | .77 | | | |
| 14. Senti-me a ponto de explodir | .74 | | | |
| 6. Andei irritado | .74 | | | |
| 20. Senti-me ansioso, preocupado | .74 | | | |
| 26. Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar | .56 | | | .42 |
| 17. Tive dores de cabeça | .50 | | | |
| 5. Gostei de mim próprio | | .69 | | |
| 7. Consegui ver o lado positivo das coisas | | .69 | | |
| 1. Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros | | .67 | | |
| 10. Gostei das coisas que fazia | | .66 | | |
| 18. Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia a dia | | .65 | | |
| 12. Senti-me uma pessoa feliz | | .63 | | |
| 3. Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar | | .62 | | |
| 24. Aconteceram na minha vida coisas de que gostei | | .60 | | |
| 13. Estive empenhado nas coisas que fazia | | .53 | | |
| 9. Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas | | | .86 | |
| 19. Achei que tinha alguém com quem podia desabafar | | | .84 | |
| 2. Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo | | | .77 | |
| 25. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo | | | .73 | |
| 28. Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar | | | .67 | |
| 15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres | | | .56 | |
| 27. Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os meus amigos | | | .46 | |
| 22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito | | | | .72 |
| 21. Achei que não tinha nada a esperar do futuro | | | | .65 |
| 8. Achei a minha vida sem qualquer interesse | | | | .64 |
| 16. Achei que nada aconteceu como eu esperava | | | | .61 |
| 4. Senti-me tão triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena | .44 | | | .59 |

O primeiro fator (que explica 35,88% da variância total) constitui-se pelos mesmos itens da subescala *Ansiedade* da escala original (Bizarro, 1999, 2001), pelo que se optou por manter a mesma designação. O segundo fator (que explica 11,91% da variância total) corresponde ao agrupamento de todos os itens da subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* com os itens da subescala *Percepção de Competências* da escala original – à exceção do item 27 (“*Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os meus amigos*”), que mostrou maior saturação no terceiro fator. A análise do conteúdo dos itens do segundo fator reflete aspetos cognitivos e emocionais de valência positiva, pelo que se optou por preservar a designação *Cognitiva-Emocional Positiva*. Já quanto ao terceiro fator (que explica 6,36% da variância total), dado o único item da subescala original de *Percepção de Competências* se relacionar com a capacidade de resolução de problemas com amigos – o que, presumivelmente, permite a manutenção da qualidade das relações de amizade que, desta forma, poderão estar disponíveis para o sujeito em caso de necessidade –, e sendo os restantes itens os pertencentes à subescala *Apoio Social*, optou-se por manter essa designação para este fator. Por fim, o quarto fator corresponde ao exato conjunto de itens que a autora (Bizarro, 2001, 1999) encontrou para a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*, pelo que escolheu-se manter a mesma designação. Destaque-se que o item 26 (“*Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar*”), que foi identificado por Bizarro (1999, 2001) como pertencendo à subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*, encontrou uma saturação mais elevada no fator *Ansiedade* do que neste último; porém, de forma a ir ao encontro do sentido teórico destas subescalas, e tendo em conta que o item em questão também apresenta saturação superior a .40 no quarto fator, resolveu-se prosseguir as análises assumindo-o como parte integrante da subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*.

No que respeita à análise da consistência interna, como é possível verificar pela Tabela 4, todos os fatores que constituem, então, as subescalas consideradas no presente estudo, apresentam bons níveis de *alfa de Cronbach*, assim como o índice de bem-estar psicológico total calculado – níveis que se aproximam dos encontrados por Bizarro (1999), que variam entre .79 e .90 para as subescalas e entre .90 e .94 para o índice de bem-estar psicológico total. Como, igualmente, apresentado na Tabela 4, no que respeita às correlações entre os fatores e este último índice, são encontradas correlações estatisticamente significativas. Na Tabela 4 são ainda discriminados a média e o desvio-padrão de cada uma das subescalas e do índice de bem-estar psicológico total.

Tabela 4

Média, desvio-padrão, consistência interna e correlações das subescalas da EBEPA e do índice de bem-estar psicológico total

| | M | dp | α | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------|------|------|----------|---|--------|--------|--------|--------|
| 1. ANS | 3,11 | 1,14 | .86 | – | -.47** | -.24** | .70** | -.78** |
| 2. CEP | 4,27 | 0,93 | .88 | | – | .52** | -.62** | .82** |
| 3. AS | 4,77 | 1,07 | .86 | | | – | -.34** | .66** |
| 4. CEN | 2,56 | 1,14 | .88 | | | | – | -.86** |
| 5. BEPT | 4,34 | 0,84 | .93 | | | | | – |

Nota. ANS= Ansiedade; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa; BEPT= Bem-estar Psicológico Total.

** $p < .01$

É, assim, possível verificar que a subescala *Ansiedade* apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* e uma correlação negativa fraca com a subescala *Apoio Social*. Apresenta, ainda, uma correlação negativa forte com o índice de bem-estar psicológico total e uma correlação positiva forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*. A subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* apresenta uma correlação positiva forte com a subescala *Apoio Social* e com o índice de bem-estar psicológico total, e uma correlação negativa forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*. A subescala *Apoio Social* apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa* e uma correlação positiva forte com o índice bem-estar psicológico total. Por fim, o índice de bem-estar psicológico total apresenta uma correlação negativa forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*.

4.2. ANÁLISE DE RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS

4.2.1. Correlações entre as Variáveis

Através do cálculo do coeficiente de *Pearson*, foi possível verificar correlações positivas fortes entre os níveis de autoestima global e de autocompaixão total, entre os níveis de autoestima global e bem-estar psicológico total, e entre os níveis de autocompaixão total e bem-estar psicológico total. Verificou-se uma maior correlação entre os níveis de autoestima global e bem-estar psicológico total do que entre os níveis de autocompaixão total e bem-estar psicológico global (Tabela 5).

Tabela 5

Correlações entre autoestima global, autocompaixão total e bem-estar psicológico total

| | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------|---|-------|-------|
| 1. Autoestima Global | – | .67** | .75** |
| 2. Autocompaixão Total | | – | .69** |
| 3. Bem-estar Psicológico Total | | | – |

** p<.01

Já no que concerne às correlações entre os níveis de autoestima global e as subescalas de autocompaixão, verificou-se uma correlação positiva forte da autoestima global com a subescala *Calor/Compreensão* e correlações negativas fortes com as subescalas *Isolamento* e *Sobre-identificação*. Para além disso, emergiu uma correlação negativa moderada com a subescala *Autocrítica* e uma correlação positiva moderada com a subescala *Mindfulness*. Por fim, verificou-se uma correlação positiva fraca com a subescala *Condição Humana*. No que respeita às correlações entre os níveis de bem-estar psicológico total e as subescalas de autocompaixão, verificou-se igualmente uma correlação positiva forte com a subescala *Calor/Compreensão*, correlações negativas fortes com as subescalas *Isolamento* e *Sobre-identificação* e, adicionalmente, uma correlação negativa forte com a subescala *Autocrítica*. Quanto à subescala *Mindfulness*, verificou-se uma correlação positiva moderada e, por fim, no que concerne à subescala *Condição Humana*, uma correlação positiva fraca. No geral, verificaram-se maiores correlações entre o bem-estar psicológico total e as subescalas de autocompaixão do que entre a autoestima global e estas mesmas escalas. A única exceção residiu nas subescalas *Autocrítica* e *Mindfulness* (Tabela 6).

Tabela 6

Correlações entre autoestima global e bem-estar psicológico total com subescalas da SCS-A

| | CC | AC | CH | ISOL | MIND | SI |
|-----------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| Autoestima Global | .52** | -.48** | .26** | -.59** | .45** | -.53** |
| Bem-estar Psicológico Total | .54** | -.53** | .24** | -.63** | .43** | -.54** |

Nota. CC= Calor/Compreensão; AC= Autocrítica; CH= Compreensão Humana; ISOL= Isolamento; MIND= *Mindfulness*; SI= Sobre-identificação.

** p<.01

Analisando as correlações entre os níveis de autoestima global com as subescalas de bem-estar psicológico, verificou-se uma correlação positiva forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* e correlações negativas fortes com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa*. Verificou-se, ainda, uma correlação positiva moderada com a subescala *Apoio Social*. No que toca aos níveis de autocompaixão total, emergiram, igualmente, uma correlação positiva forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva*, correlações negativas fortes com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa* e uma correlação positiva moderada com a subescala *Apoio Social*. Na generalidade, averiguaram-se maiores correlações entre a autoestima global e as subescalas de bem-estar psicológico do que entre a autocompaixão total e estas mesmas subescalas. A única exceção residiu na subescala *Ansiedade* (Tabela 7).

Tabela 7

Correlações entre autoestima global e autocompaixão total com subescalas da EBEPA

| | CEP | AS | ANS | CEN |
|---------------------|-------|-------|--------|--------|
| Autoestima Global | .71** | .41** | -.52** | -.71** |
| Autocompaixão Total | .63** | .31** | -.58** | -.65** |

Nota. CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; ANS= Ansiedade; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa.

** p<.01

Por fim, analisando as correlações entre as subescalas de autocompaixão e as subescalas de bem-estar psicológico, verificou-se que a subescala *Calor/Compreensão* demonstra uma correlação positiva forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva*, uma correlação negativa forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa*, uma correlação positiva moderada com a subescala *Apoio Social* e uma correlação negativa moderada com a subescala *Ansiedade*. No caso da subescala *Autocrítica*, esta mostrou correlações positivas fortes com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa*, uma correlação negativa moderada com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* e uma correlação negativa fraca com a subescala *Apoio Social*. Já a subescala *Condição Humana* demonstrou correlações fracas com todas as subescalas de bem-estar psicológico – à exceção da subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* com a qual demonstrou uma correlação positiva moderada –, sendo estas correlações positiva no que

respeita à subescala *Apoio Social* e negativas quanto às subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa*. A subescala *Isolamento* revelou uma correlação negativa forte com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva*, correlações positivas fortes com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa* e uma correlação negativa fraca com a subescala *Apoio Social*. No que concerne à subescala *Mindfulness*, verificou-se uma correlação positiva moderada com a subescala *Cognitiva-Emocional Positiva*, correlações negativas moderadas com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa* e uma correlação positiva fraca com a subescala *Apoio Social*. Finalmente, no que respeita à subescala *Sobre-identificação*, verificaram-se correlações positivas fortes com as subescalas *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa*, uma correlação negativa moderada com a subescala *Cognitiva-Emocional Negativa* e uma correlação negativa fraca com a subescala *Apoio Social* (Tabela 8).

Tabela 8

Correlações entre subescalas da SCS-A e da EBEPA

| | CEP | AS | ANS | CEN |
|------|--------|--------|--------|--------|
| CC | .55** | .32** | -.36** | -.46** |
| AC | -.40** | -.18** | .54** | .52** |
| CH | .31** | .17** | -.11* | -.19** |
| ISOL | -.51** | -.29** | .54** | .63** |
| MIND | .44** | .22** | -.30** | -.38** |
| SI | -.47** | -.15** | .55** | .53** |

Nota. CC= Calor/Compreensão; AC= Autocrítica; CH= Compreensão Humana; ISOL= Isolamento; MIND= *Mindfulness*; SI= Sobre-identificação; CEP= Cognitiva-Emocional Positiva; AS= Apoio Social; ANS= Ansiedade; CEN= Cognitiva-Emocional Negativa.

** p<.01; *p<.05

4.2.2. Valor Preditivo da Autoestima Global e da Autocompaixão Total no Bem-Estar Psicológico Total

Ao correr a regressão linear múltipla *standard* para aceder ao valor preditivo da autoestima global e da autocompaixão total relativamente ao bem-estar psicológico total, foi possível averiguar uma influência significativa de pelo menos uma destas variáveis no bem-estar psicológico, explicando o presente modelo cerca de 62% ($R^2=.62$, $F(2, 363)= 301,95$, $p<.001$) da variância do bem-estar psicológico total.

Na Tabela 9 são apresentados os resultados relativos a cada variável. Verificou-se que tanto a autoestima global como a autocompaixão total contribuem significativamente para o bem-estar psicológico total; no entanto, é a autoestima global aquela que mais fortemente contribui para a explicação deste bem-estar.

Tabela 9

Resumo de regressão para variáveis predictoras do bem-estar psicológico total

| Variáveis | B | SE B | β |
|---------------------|------|------|---------|
| Autoestima global | .086 | .007 | .512*** |
| Autocompaixão total | .496 | .061 | .350*** |

$R^2=.62$; *** $p<.001$

4.3. ANÁLISE DESENVOLVIMENTISTA DA AUTOESTIMA

Por forma a procurar diferenças de tipo desenvolvimentista entre idades e sexos para a autoestima global, realizou-se uma análise univariada de variância (ANOVA). Na Tabela 10 são apresentados os resultados da ANOVA entre idades e sexo (3x2 fatores) x autoestima global (1 fator). Verificou-se um efeito de interação e um efeito principal da variável sexo significativos no que respeita à autoestima global; não se verificou um efeito principal da variável idade.

Tabela 10

Resultados da ANOVA para a autoestima global

| | F | Sig. |
|--------------|-------|------|
| Sexo | 28,38 | .000 |
| Idade | 0,98 | .376 |
| Sexo x Idade | 4,57 | .011 |

Quanto ao efeito de interação entre idade e sexo, este apenas se mostrou significativo para o sexo masculino ($F(2, 158)= 3,94$, $p<.05$). Mais especificamente, verificaram-se diferenças significativas nos níveis de autoestima global para rapazes entre as idades de 12-13 anos e de 17-19 anos, apresentando os adolescentes entre os 17-19 anos maiores níveis de autoestima global (Tabela 11).

No que concerne ao efeito principal da variável sexo, verificou-se que os adolescentes do sexo masculino apresentam maiores níveis de autoestima global ($M=31,32$ e $dp=4,57$) por comparação aos adolescentes do sexo feminino ($M=28,58$ e $dp=5,02$).

Tabela 11

Diferenças entre níveis de autoestima global entre idades para o sexo masculino

| | | N | M | dp | Sig. |
|-------|-------|----|-------|------|-------|
| 12-13 | 14-16 | 68 | 31,10 | 4,59 | .526 |
| | 17-19 | 47 | 32,74 | 4,61 | .018* |
| 14-16 | 12-13 | 46 | 30,17 | 4,20 | .526 |
| | 17-19 | - | - | - | .134 |

* $p<.05$

4.4. ANÁLISE DESENVOLVIMENTISTA DA AUTOCOMPAIXÃO

Para identificar diferenças de tipo desenvolvimentista entre idades e sexos para a autocompaixão total realizou-se, igualmente, uma análise univariada de variância (ANOVA) entre idades e sexo (3x2 fatores) x autocompaixão total (1 fator). Verificou-se um efeito de interação e um efeito principal da variável sexo significativos no que respeita à autocompaixão total; não se verificou um efeito principal da variável idade (Tabela 12).

Tabela 12

Resultados da ANOVA para a autocompaixão total

| | F | Sig. |
|--------------|-------|------|
| Sexo | 19,13 | .000 |
| Idade | 0,36 | .339 |
| Sexo x Idade | 1,18 | .028 |

No que respeita ao efeito de interação entre idade e sexo, este apenas se mostrou significativo para o sexo feminino ($F(2, 202)=4,50$, $p<.05$). Mais especificamente, como disposto na Tabela 13, verificaram-se diferenças significativas nos níveis de autocompaixão total para raparigas entre as idades de 12-13 anos e de 14-16 anos (apresentando adolescentes com 14-16 anos menores níveis de autocompaixão total), e

entre as idades de 12-13 anos e de 17-19 anos (apresentando adolescentes de 17-19 anos menores níveis de autocompaixão total).

Quanto ao efeito principal da variável sexo, verificou-se que os adolescentes do sexo masculino apresentam maiores níveis de autocompaixão total ($M= 3,27$ e $dp= 0,56$) por comparação aos adolescentes do sexo feminino ($M= 3,00$ e $dp= 0,59$).

Tabela 13

Diferenças entre níveis de autocompaixão total entre idades para o sexo feminino

| | | N | M | dp | Sig. |
|-------|-------|----|------|------|-------|
| 12-13 | 14-16 | 89 | 2,94 | 0,58 | .035* |
| | 17-19 | 49 | 2,87 | 0,57 | .015* |
| 14-16 | 12-13 | 67 | 3,18 | 0,60 | .035* |
| | 17-19 | - | - | - | .771 |

* $p<.05$

Seguidamente, para analisar diferenças de tipo desenvolvimentista entre idades e sexos nas várias subescalas da SCS-A, foi realizada uma análise multivariada de variância (MANOVA). Os resultados da MANOVA entre idades e sexo (3x2 fatores) x subescalas de autocompaixão (6 fatores) são apresentados abaixo. Tendo em conta que, no teste de homogeneidade de variâncias, a subescala *Isolamento* mostrou um valor significativo ($p<.05$), como sugerido por Pallant (2011), quanto a esta variável e para determinar a sua significância nos testes F univariados, o nível do alfa foi ajustado para .01.

Verificaram-se efeitos principais entre sexos e entre idades. Não se verificou um efeito de interação significativo (Tabela 14).

Tabela 14

Resultados da MANOVA para as subescalas da SCS-A

| | Lambda de Wilk | F | Sig. |
|--------------|----------------|------|------|
| Sexo | .911 | 5,81 | .000 |
| Idade | .924 | 2,38 | .005 |
| Sexo x Idade | .947 | 1,63 | .079 |

Após realizar o ajustamento de Bonferroni e, mais especificamente, no que respeita ao sexo, verificam-se diferenças significativas entre adolescentes do sexo

masculino e do sexo feminino nas subescalas *Autocrítica*, *Isolamento*, *Mindfulness* e *Sobre-identificação* (Tabela 15). Quanto à subescala *Autocrítica* foram as raparigas a evidenciar maiores valores médios por comparação aos rapazes ($M_{\text{Feminino}}=2,96$ e $dp_{\text{Feminino}}=0,05$; $M_{\text{Masculino}}=2,70$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,06$), assim como na subescala *Isolamento* ($M_{\text{Feminino}}=3,03$ e $dp_{\text{Feminino}}=0,07$; $M_{\text{Masculino}}=2,57$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,08$) e na subescala *Sobre-identificação* ($M_{\text{Feminino}}=3,04$ e $dp_{\text{Feminino}}=0,06$; $M_{\text{Masculino}}=2,57$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,07$). Apenas na subescala *Mindfulness* é que se verificaram maiores valores médios nos rapazes por comparação às raparigas ($M_{\text{Feminino}}=3,05$ e $dp_{\text{Feminino}}=0,05$; $M_{\text{Masculino}}=3,34$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,06$).

No que concerne à idade, verificam-se diferenças significativas entre adolescentes na subescala *Autocrítica* (Tabela 15). Como verificável na Tabela 16, verificam-se diferenças significativas para os níveis de *Autocrítica* entre as idades de 12-13 anos e de 14-16 anos (apresentando adolescentes com 12-13 anos menores níveis de *Autocrítica*), assim como entre as idades de 12-13 anos e de 17-19 anos (apresentando os adolescentes de 12-13 anos menores níveis de *Autocrítica*).

Tabela 15

Resultados F univariados de idade e sexo nas subescalas da SCS-A

| | | df | F | Sig. |
|-------|---------------------|----|-------|------|
| Sexo | Calor/Compreensão | 1 | 3,82 | .051 |
| | Autocrítica | 1 | 10,52 | .001 |
| | Condição Humana | 1 | 0,00 | .981 |
| | Isolamento | 1 | 20,92 | .000 |
| | Mindfulness | 1 | 13,81 | .000 |
| | Sobre-identificação | 1 | 23,84 | .000 |
| Idade | Calor/Compreensão | 2 | 0,51 | .598 |
| | Autocrítica | 2 | 6,07 | .003 |
| | Condição Humana | 2 | 0,75 | .472 |
| | Isolamento | 2 | 0,17 | .841 |
| | Mindfulness | 2 | 1,47 | .232 |
| | Sobre-identificação | 2 | 1,63 | .198 |

Tabela 16

Diferenças entre níveis de Autocrítica entre idades

| | | N | M | dp | Sig. |
|-------|-------|-----|------|------|-------|
| 12-13 | 14-16 | 157 | 2,91 | 0,74 | .015* |
| | 17-19 | 96 | 2,98 | 0,76 | .004* |
| 14-16 | 12-13 | 113 | 2,64 | 0,79 | .015* |
| | 17-19 | - | - | - | .724 |

*p<.05

4.5. ANÁLISE DESENVOLVIMENTISTA DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

De modo a procurar diferenças desenvolvimentistas entre idades e sexos para o bem-estar psicológico total realizou-se, uma vez mais, uma análise univariada de variância (ANOVA), esta entre idades e sexo (3x2 fatores) x bem-estar psicológico total (1 fator). Como indicado na Tabela 17, verificou-se um efeito principal significativo da variável sexo em relação ao bem-estar psicológico total, não se tendo, contudo, averiguado um efeito principal da variável idade nem um efeito de interação. Averiguaram-se maiores níveis de bem-estar psicológico total quanto a adolescentes do sexo masculino (M=4,57 e dp=0,79) por comparação a adolescentes do sexo feminino (M=4,16 e dp=0,83).

Tabela 17

Resultados da ANOVA para o bem-estar psicológico total

| | F | Sig. |
|--------------|-------|------|
| Sexo | 21,53 | .000 |
| Idade | 1,66 | .191 |
| Sexo x Idade | 2,31 | .101 |

De seguida, para verificar diferenças desenvolvimentistas entre idades e sexos nas subescalas da EBEP, foi realizada uma análise multivariada de variância (MANOVA). Os resultados da MANOVA entre idades e sexo (3x2 fatores) x subescalas de bem-estar psicológico (4 fatores) são então apresentados.

Foram revelados efeitos principais entre sexos e entre idades. Não se demonstrou a existência de um efeito de interação significativo (Tabela 18).

Tabela 18

Resultados da MANOVA para as subescalas da EBEPA

| | Lambda de Wilk | F | Sig. |
|--------------|----------------|-------|------|
| Sexo | .894 | 10,61 | .000 |
| Idade | .928 | 3,41 | .001 |
| Sexo x Idade | .959 | 1,88 | .060 |

Procedeu-se ao ajustamento de Bonferroni e, quanto ao sexo, encontraram-se diferenças significativas entre adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino nas subescalas *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Cognitiva-Emocional Negativa* (Tabela 19). Relativamente à subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* foram os rapazes a evidenciar maiores valores médios por comparação às raparigas ($M_{\text{Feminino}}=4,03$ e $dp_{\text{Feminino}}= 0,06$; $M_{\text{Masculino}}=4,55$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,07$). Em relação à subescala *Ansiedade* foram as raparigas a evidenciar maiores valores médios por comparação aos rapazes ($M_{\text{Feminino}}=3,32$ e $dp_{\text{Feminino}}= 0,08$; $M_{\text{Masculino}}=2,79$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,09$), assim como na subescala *Cognitiva-Emocional Negativa* ($M_{\text{Feminino}}=2,74$ e $dp_{\text{Feminino}}= 0,08$; $M_{\text{Masculino}}=2,26$ e $dp_{\text{Masculino}}=0,09$).

Quanto à idade, encontraram-se diferenças significativas entre adolescentes na subescala *Ansiedade* (Tabela 19). Como apresentado na Tabela 20, verificam-se diferenças significativas para os níveis de *Ansiedade* apenas entre as idades de 12-13 anos e de 14-16 anos, sendo os adolescentes entre os 14-16 anos a apresentar maiores níveis de *Ansiedade*.

Tabela 19

Resultados F univariados de idade e sexo nas subescalas da EBEPA

| | | df | F | Sig. |
|-------|------------------------------|----|-------|------|
| Sexo | Cognitiva-Emocional Positiva | 1 | 29,33 | .000 |
| | Apoio Social | 1 | 0,55 | .460 |
| | Ansiedade | 1 | 20,78 | .000 |
| | Cognitiva-Emocional Negativa | 1 | 16,04 | .000 |
| Idade | Cognitiva-Emocional Positiva | 2 | 0,98 | .377 |
| | Apoio Social | 2 | 0,23 | .797 |
| | Ansiedade | 2 | 5,97 | .003 |
| | Cognitiva-Emocional Negativa | 2 | 3,37 | .035 |

Tabela 20

Diferenças entre níveis de Ansiedade entre idades

| | | N | M | dp | Sig. |
|-------|-------|-----|------|------|-------|
| 12-13 | 14-16 | 157 | 3,33 | 1,18 | .001* |
| | 17-19 | 96 | 3,08 | 1,12 | .274 |
| 14-16 | 12-13 | 113 | 2,84 | 1,04 | .001* |
| | 17-19 | - | - | - | .197 |

*p<.05

5. DISCUSSÃO

A presente investigação pretendeu aprofundar os conhecimentos relativamente aos conceitos de autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência, analisando potenciais relações entre os mesmos e, ainda, potenciais diferenças considerando o sexo e a idade dos jovens. Dada a escassez de estudos existentes que analisem as interações entre estas variáveis e que se baseiem numa análise desenvolvimentista quanto às mesmas no seio da adolescência, e considerando a inexistência de estudos deste âmbito relativos a jovens de nacionalidade portuguesa, a presente investigação teve o intento de prestar contribuições nesse sentido. Para além disso, dada a relevância clínica do bem-estar, particularmente durante a adolescência – onde as várias mudanças desenvolvimentistas podem aumentar a vulnerabilidade ao sofrimento dos jovens enquanto estes mobilizam esforços de adaptação face a esse período de vida (Bizarro, 1999, 2001; Ferreira & Nelas, 2006; Weiner, 1995) – pretendeu-se que esta investigação permitisse melhor compreender que componentes deverão ser consideradas aquando de tentativas de promoção do bem-estar psicológico junto dos jovens quer a nível preventivo, quer interventivo.

O primeiro objetivo desta investigação pretendeu-se, antes de mais, com o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados. No que concerne à Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), foi possível verificar que esta parece consistir numa boa medida para avaliar a autoestima global dos adolescentes. Tal como a consistência interna, os valores médios de autoestima e respetivo desvio-padrão foram semelhantes àqueles encontrados por Santos e Maia (2003), revelando que os adolescentes da presente amostra apresentam, em média, níveis de autoestima relativamente moderados.

Quanto à Escala de Autocompaixão (SCS-A), também se verificou que esta parece uma boa medida para avaliar a autocompaixão entre os jovens, tendo-se encontrado bons níveis de consistência interna e, ainda, valores médios e desvios-padrões semelhantes aos indicados nos estudos de Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013). Enquanto o índice de autocompaixão total revela que a presente amostra apresenta, em média, níveis relativamente moderados de autocompaixão, ao comparar as médias e desvios-padrões das subescalas averiguou-se que os adolescentes portugueses em causa demonstram níveis mais elevados de competências de *mindfulness* e menores níveis tanto de sobre-identificação com pensamentos e emoções dolorosos, como de isolamento

perante a percepção de falhas, dificuldades e sofrimento. Já nos estudos de Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013) se havia averiguado um padrão semelhante, o que sugere que estes resultados poderão refletir características culturais da população adolescente portuguesa no que respeita a atitudes autocompassivas. De atentar ainda que estes resultados, à semelhança do verificado nos estudos das autoras supramencionadas, poderão também dever-se ao facto da presente amostra ter sido recolhida na comunidade, onde a presença de psicopatologia poderá estar mais esbatida (Cunha et al., 2013) – isto é, podendo não ser tão facilmente detetada –, o que justificaria os maiores níveis médios encontrados para as dimensões adaptativas da autocompaixão comparativamente àqueles encontrados para as dimensões não-adaptativas.

No que respeita à Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA), após o estudo da sua estrutura fatorial, também esta se mostrou um instrumento de medida adequado para avaliar o bem-estar psicológico dos adolescentes, sendo os seus níveis de consistência interna, valores médios e desvios-padrões semelhantes aos encontrados por Bizarro (1999, 2001). Primeiramente, e no que respeita à análise da estrutura fatorial, esta terá sido realizada por interesse da autora da escala em verificá-la na presente amostra, tendo emergido um modelo de quatro fatores ao invés dos cinco que constituem a escala original (Bizarro, 2001). Contudo, o agrupamento dos itens em quatro fatores manteve o sentido teórico da escala, e um agrupamento semelhante também já se terá verificado noutros estudos, inclusivamente conduzidos pela autora (Bizarro, 1999). Especificamente, verificou-se um agrupamento entre todos os itens da subescala *Cognitiva-Emocional Positiva* com aqueles da subescala *Percepção de Competências* da escala original – tendo-se optado por manter a designação de *Cognitiva-Emocional Positiva* para o presente agrupamento de itens dado que a subescala original de *Percepção de Competências* refere-se a aspetos cognitivos e emocionais de valência positiva. De resto, todas as subescalas mantiveram o seu conjunto original de itens – com exceção do item 27 (“*Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os meus amigos*”) que, originalmente pertencente à subescala *Percepção de Competências*, encontrou maior saturação na subescala *Apoio Social* (o que preserva sentido teórico pois a capacidade de resolução de problemas com amigos poderá ser importante para o jovem continuar a perceber apoio social disponível por parte das amigadas em questão), e com exceção do item 26 (“*Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar*”) que, apesar de ter encontrado maior saturação na subescala *Ansiedade* do presente estudo, foi assumido

como parte integrante da subescala *Cognitiva-Emocional Negativa* por também encontrar uma saturação elevada nesta última e tendo em conta ser nesta que se integra na escala original (preservando-se assim, também, o sentido teórico). Já a análise das médias e desvios-padrões encontrados na presente amostra sugere que os adolescentes portugueses demonstram, em média, níveis moderados de bem-estar psicológico total e, considerando as subescalas, é aquela associada à perceção de apoio social disponível a que revela maiores níveis médios e a subescala cognitiva-emocional negativa, relativa a emoções e cognições de valência negativa, que revela níveis médios inferiores. Uma vez mais, este padrão, semelhante ao encontrado por Bizarro (1999, 2001), pode sugerir uma variação cultural da população adolescente portuguesa no que respeita ao bem-estar psicológico. Adicionalmente, estes resultados poderão ainda dever-se à presença de psicopatologia poder não ser tão facilmente detetável em amostras recolhidas na comunidade (Cunha et al., 2013), justificando-se assim os maiores níveis médios encontrados para as componentes positivas do bem-estar psicológico por comparação àqueles encontrados para as componentes negativas.

O segundo objetivo desta investigação teve o intento de explorar as relações entre níveis de autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico nos adolescentes. Relativamente à associação entre autoestima e autocompaixão, foi colocada a hipótese de (1) uma associação positiva moderada entre níveis de autoestima global e níveis de autocompaixão total, e questionou-se (1) quais seriam as relações entre os níveis de autoestima global e os níveis nas dimensões de autocompaixão. A hipótese em questão não foi confirmada, tendo-se, antes, encontrado uma associação positiva forte entre as duas variáveis. Este resultado poderá ser explicado pela autoestima e a autocompaixão refletirem afeto positivo relativamente ao *self* (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005; Neff, 2008, 2011; Neff & Vonk, 2009). De considerar ainda que se, por um lado, a investigação tende a demonstrar correlações positivas moderadas entre estas variáveis (Neff, 2003a, 2011), por outro lado, formas de autoestima segura são consideradas semelhantes ao construto de autocompaixão (Neff, 2011). Adicionalmente, os estudos anteriormente realizados quanto à associação entre a autoestima e a autocompaixão dirigiram-se a população não-portuguesa, podendo estar também em causa uma variação cultural relativa a adolescentes portugueses. Já no que respeita à pergunta de investigação quanto às relações entre níveis de autoestima global e os níveis nas dimensões de autocompaixão, os resultados mostram que à medida que a autoestima global aumenta, os níveis nas

dimensões *Calor/Compreensão*, *Mindfulness* e *Condição Humana* da autocompaixão tendem a aumentar, ao passo que os níveis nas dimensões *Isolamento*, *Sobre-identificação* e *Autocrítica* tendem a diminuir. Por outras palavras, verificou-se que quanto maior a autoestima global nos jovens, menos estes são críticos consigo mesmos, menos se sentem isolados no seu sofrimento e menos se identificam com os seus pensamentos e emoções dolorosos, adotando atitudes mais compreensivas e calorosas para consigo mesmos, sentindo mais o seu sofrimento como uma experiência associada à condição humana e aceitando a experiência de uma forma mais equilibrada e clara. Tendo em conta que se verificou uma elevada correlação entre a autoestima global e a autocompaixão total, faz sentido que as correlações encontradas entre a autoestima global e as dimensões da autocompaixão sigam a mesma direção daquelas entre a autocompaixão total e as dimensões que a constituem.

Em relação à associação entre autoestima e bem-estar psicológico, foi colocada a hipótese de que (2) uma associação positiva forte entre níveis de autoestima global e níveis de bem-estar psicológico total, e questionou-se (2) quais seriam as relações entre os níveis de autoestima global e os níveis nas dimensões de bem-estar psicológico. Esta segunda hipótese foi corroborada pelos resultados encontrados, indo ao encontro da literatura, que aponta para a autoestima global como preditora do bem-estar psicológico (Dutton & Brown, 1997; Rosenberg et al., 1995). Desta forma, faz sentido que, quanto a esta segunda pergunta de investigação, os resultados também tenham demonstrado que à medida que a autoestima global aumenta, maiores os níveis nas dimensões *Cognitiva-Emocional Positiva* e *Apoio Social* e menores nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa* e *Ansiedade* do bem-estar psicológico. Isto é: à medida que a autoestima global aumenta, mais os adolescentes vivenciam cognições e emoções agradáveis, mais se percebem enquanto detentores de competências e de apoio social, e menos vivenciam cognições e emoções desagradáveis e sintomatologia ansiogénica e somática.

Quanto à relação entre autocompaixão e bem-estar psicológico, foi colocada a hipótese de (3) uma associação positiva forte entre níveis de autocompaixão total e os níveis de bem-estar psicológico total. Questionou-se, ainda: (3) quais as relações entre os níveis nas dimensões de autocompaixão e os níveis de bem-estar psicológico total; (4) quais as relações entre os níveis de autocompaixão total e os níveis nas dimensões do bem-estar psicológico; (5) quais as relações entre os níveis nas dimensões de autocompaixão e os níveis nas dimensões do bem-estar psicológico. No que respeita a

esta terceira hipótese, os resultados encontrados apoiam a sua corroboração e vão ao encontro aos dados da literatura, onde a autocompaixão se mostra relacionada com o bem-estar (Neff, 2003a, 2008; Neff & McGehee, 2010; Neff & Vonk, 2009), fazendo, por isso, também sentido que, como demonstrado pelos nossos resultados (e respondendo à terceira pergunta de investigação colocada), à medida que aumenta o bem-estar psicológico total, maiores os níveis das dimensões *Calor/Compreensão*, *Condição Humana* e *Mindfulness* e menores os das dimensões *Autocrítica*, *Isolamento* e *Sobre-identificação* da autocompaixão. De maneira semelhante e quanto à quarta pergunta de investigação, os resultados sugerem que quanto maiores os níveis de autocompaixão total, maiores os níveis nas dimensões *Cognitiva-Emocional Positiva* e *Apoio Social* e menores nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa* e *Ansiedade* do bem-estar psicológico. Para além de serem defendidas correlações positivas entre a autocompaixão e o bem-estar no seio da comunidade científica, a verdade é que a autocompaixão também tem sido associada a menores níveis de depressão, ansiedade, *stress* percebido e afeto negativo entre adolescentes (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010) – variáveis estas cujas algumas características são abrangidas pelas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa* e *Ansiedade* do bem-estar psicológico. Mantendo esta mesma congruência e respondendo, por fim, à quinta pergunta de investigação, os resultados sugerem que as dimensões de valência positiva do bem-estar psicológico se correlacionam de forma positiva com as dimensões adaptativas da autocompaixão e de forma negativa com as dimensões não-adaptativas, e que as dimensões de valência negativa do bem-estar psicológico se correlacionam de forma negativa com as dimensões adaptativas de autocompaixão e de forma positiva com as dimensões não-adaptativas.

Por fim, quanto às relações entre autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico, foram colocadas as hipóteses de: (4) uma associação positiva mais forte entre os níveis de autocompaixão total e os níveis de bem-estar psicológico total do que entre os níveis de autoestima global e os níveis de bem-estar psicológico total; (5) ambos os níveis de autoestima global e de autocompaixão total explicarem uma variância significativa nos níveis do bem-estar psicológico total; (6) os níveis de autocompaixão total serem melhores preditores do que os níveis de autoestima global em relação aos níveis de bem-estar psicológico total. Apenas a quinta hipótese foi confirmada – indo ao encontro do facto de ambas as variáveis serem associadas ao bem-estar (Dutton & Brown,

1997; Neff, 2003a, 2008; Neff & McGehee, 2010; Neff & Vonk, 2009; Rosenberg et al., 1995). Quanto à quarta hipótese, o que se verifica é uma maior correlação entre autoestima global e bem-estar psicológico total por comparação à autocompaixão total e bem-estar psicológico total, sendo que a sexta hipótese também não é apoiada precisamente por ser a autoestima global aquela que se revela uma melhor preditora do bem-estar psicológico total por comparação à autocompaixão global. Uma explicação possível para este resultado prende-se tanto com a propensão natural dos seres humanos para criarem teorias acerca do mundo e atribuem significado às suas experiências de forma a conferir significado àquilo que os rodeia (Harter, 2008, 2012), como com a propensão natural para procurarem criar afeto positivo na mente dos outros face a si mesmos em prol da sua sobrevivência e oportunidades reprodutivas (Gilbert & Irons, 2009). Ao perceberem, por parte dos outros, afeto negativo dirigido a si mesmos, os sujeitos tendem, pois, a avaliar-se também de forma negativa, construindo a sua autoimagem em consonância (Bluth & Blanton, 2015; Gilbert & Irons, 2009) – o que faz com que a avaliação de si próprios (e, portanto, a autoestima) se possa assumir enquanto um processo-chave e vital da condição humana, com um papel, então, preponderante no bem-estar dos indivíduos. Na adolescência, esta avaliação poderá apresentar-se como particularmente central, pois é precisamente ao longo deste período desenvolvimentista que os sujeitos ganham maior consciência de si próprios, dos outros e das relações interpessoais em contexto (Harter, 2012; Steinberg & Morris, 2001), alicerçando-se numa maior introspeção e numa reavaliação contínua de si próprios dado um forte desejo de definirem o seu autoconceito (Harter, 2012; Rogers, 1981), de integrarem as várias perspetivas de si mesmos (Harter, 2012; Nurmi, 2004), e de definirem um lugar na hierarquia social consoante as qualidades do seu *self* (Gilbert & Irons, 2009; Harter, 1999, 2012). Assim, apesar de a autocompaixão também se mostrar importante para o bem-estar psicológico dos adolescentes da presente amostra, faz sentido que seja a autoestima a surtir um maior impacto no bem-estar psicológico pela adolescência ser considerada o período desenvolvimentista de exploração do *self* (Steinberg & Morris, 2001). Para além destas potenciais razões desenvolvimentistas, outra possível explicação para estes resultados prende-se com o facto de formas de autoestima saudável poderem assegurar benefícios semelhantes ou complementar-se àquelas da autocompaixão (Neff, 2011; Neff & Vonk, 2009), podendo ser o caso de, na adolescência, formas de autoestima segura se mostrarem mais relevantes do que atitudes autocompassivas. O presente estudo, contudo,

carece de informação acerca de ter sido medida uma autoestima global segura ou frágil. Adicionalmente, considere-se que, tendo em conta a inexistência de investigações com estas variáveis no que toca a adolescentes portugueses, estes resultados também poderão ser atribuídos a uma variação cultural: poderá ser o caso, por exemplo, de competências autocompassivas não estarem grandemente fomentadas entre a população portuguesa adolescente, acabando esta por não se associar tanto ao bem-estar psicológico por essa razão. Mais investigações serão necessárias com o intento de esclarecer esta questão. De denotar ainda que, na presente investigação, ao analisar as correlações entre autoestima global e dimensões de bem-estar psicológico total e as correlações entre autocompaixão total e estas mesmas dimensões, verifica-se que a autocompaixão total se correlaciona negativamente e mais fortemente com a dimensão *Ansiedade* do bem-estar psicológico do que a autoestima global se correlaciona com esta última. Tomando em consideração os resultados do estudo de Marshall e colaboradores (2015), em que adolescentes com elevada autoestima revelaram melhorias na sua saúde mental após 1 ano independentemente dos seus níveis de autocompaixão, e em que adolescentes com baixa autoestima revelaram menor deterioração na sua saúde mental quando dispunham de elevados níveis de autocompaixão ao invés de baixos níveis de autocompaixão, é possível pensar que a autocompaixão seja uma estratégia protetora do bem-estar psicológico quando estão em causa experiências de *distress*. De facto, o processo de autoavaliação que se associa ao desenvolvimento da autoestima poderá ser ansiogénico para o adolescente por poder levar a um questionamento contínuo do seu valor pessoal perante a perceção de falhas, defeitos ou imperfeições (Brown & Marshall, 2006; Dutton & Brown, 1997; Kernis, 2003; Rogers, 1974; Rosenberg, 1965), pelo que competências autocompassivas poderão contribuir para tornar os jovens mais resilientes face à ansiedade que possa advir desse questionamento. Na verdade, ao contrário do que acontece com a autoestima, a autocompaixão é defendida como permitindo a experiência de sentimentos de apoio e de calor perante erros e dificuldades (Cunha et al., 2016), auxiliando a gerir alguns dos desafios da adolescência ao contribuir para a diminuição de aspetos como: a autocrítica face ao *self*; o receio e as sensações de rejeição social e de isolamento; a ruminação em torno de pensamentos e emoções desagradáveis (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010). Como tal, faz sentido verificar-se a existência de uma correlação negativa mais forte entre a autocompaixão total e a dimensão *Ansiedade* do bem-estar psicológico.

No que se refere ao terceiro e último objetivo da presente investigação – analisar as diferenças entre sexos e idades nos níveis de autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico –, e no que respeita à autoestima, foi colocada a hipótese de (7) os adolescentes do sexo feminino apresentarem menores níveis de autoestima global do que os adolescentes do sexo masculino, e questionou-se (6) quais as diferenças nos níveis de autoestima global entre idades. Os dados do presente estudo corroboraram a sétima hipótese – sendo que os menores níveis de autoestima nas raparigas se poderão justificar pela tendência de domínios como a aparência física exercerem maior influência entre as raparigas, verificando-se uma maior insatisfação entre as jovens quanto ao seu corpo aquando da entrada na puberdade e considerando a influência de imagens culturais idealizadas de beleza relativas às mulheres (Baldwin & Hoffmann, 2002; Robins & Trzesniewski, 2005; Santos, 2008; Steinberg & Morris, 2001). Quanto à sexta pergunta de investigação, o que se verificou foi uma inexistência de diferenças significativas nos níveis de autoestima global entre jovens na adolescência inicial, intermédia e final. Tal está em concordância com as descobertas de Romano e colaboradores (2008) quanto à população adolescente portuguesa, podendo justificar-se a ausência de diferenças por estarem ora implicados papéis diferenciados de desenvolvimento entre os sexos, ora por estarem envolvidos potenciais fatores intraindividuais não-identificados que exerçam influência nas variações dos níveis de autoestima global (Baldwin & Hoffmann, 2002; Kling et al., 1999; Romano et al., 2008). Porém, os resultados da presente investigação apontam para um efeito de interação significativo entre a idade os níveis de autoestima no que concerne ao sexo masculino, verificando-se que os rapazes na adolescência final apresentam maiores níveis de autoestima global por comparação aos rapazes na adolescência inicial. Havendo evidências que apontam para as raparigas como aquelas que tendem a ser mais afetadas por fatores intraindividuais como eventos de vida negativos e stressantes dada uma maior tendência das mesmas para internalizarem as suas reações às dificuldades (Baldwin & Hoffmann, 2002; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009), poderão, por isso, verificar-se mais facilmente diferenças desenvolvimentistas nos níveis de autoestima global entre rapazes. Desta forma, estes resultados vão ao encontro do defendido por outros autores, que indicam que a autoestima global tende a aumentar ao longo da adolescência (Baldwin & Hoffmann, 2002; Feliciano & Afonso, 2012; Harter, 2008, 2012), pois é quando do final da adolescência, que o jovem, presumivelmente, é mais capaz de: reconhecer aquelas que são e não são as suas competências; resolver

problemas, reconhecer os seus esforços, e reconhecer e gerir erros e decepções; ser mais autónomo nas suas escolhas; sentir-se aceite por si e pelos outros independentemente das suas características (Bizarro, 1999; Harter, 2008, 2009).

No que concerne às diferenças desenvolvimentistas da autocompaixão, colocaram-se as hipóteses de: (8) os adolescentes do sexo feminino apresentarem menores níveis de autocompaixão do que os adolescentes do sexo masculino; (9) os adolescentes do sexo feminino apresentarem menores níveis de autocompaixão nas dimensões *Autocrítica*, *Isolamento*, *Mindfulness* e *Sobre-identificação* do que os adolescentes do sexo masculino; (10) não existirem diferenças nos níveis de autocompaixão na dimensão *Condição Humana* entre sexos. Adicionalmente, questionou-se (7) quais as diferenças nos níveis de autocompaixão na dimensão *Calor/Compreensão* entre sexos e (8) quais as diferenças nos níveis de autocompaixão entre idades. Todas as hipóteses foram confirmadas. De facto, quanto à oitava e à nona hipótese, vários autores apontam para menores níveis de autocompaixão entre sujeitos do sexo feminino por comparação aos do sexo masculino (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017; Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013; Neff, 2003a, 2011; Neff & McGehee, 2010; Neff & Vonk, 2009), sendo relatada na literatura uma tendência para ocorrer preponderância de níveis mais elevados de autocrítica quanto a aspetos de si percecionados como negativos e para a ruminação quanto a experiências de *distress* em sujeitos do sexo feminino (DeVore, 2013; Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009; Johnson & Whisman, 2013). Quanto à décima hipótese, o facto de não se terem verificado diferenças entre sexos no que respeita à dimensão *Condição Humana* da autocompaixão poderá dever-se ao egocentrismo característico da adolescência, que reflete a tendência geral dos jovens em considerarem as suas experiências como acontecendo só a si, dificultando que reconheçam o sofrimento e as dificuldades enquanto experiências vivenciadas, de alguma forma, por todos os seres humanos (Cunha et al., 2016). De facto, é esta dimensão da autocompaixão aquela que apresenta correlações mais fracas com as restantes variáveis do estudo ao longo da grande generalidade das análises realizadas. Relativamente à sétima pergunta de investigação, também não se verificaram diferenças significativas nos níveis de autocompaixão da dimensão *Calor/Compreensão* entre rapazes e raparigas, o que vai ao encontro dos resultados encontrados num dos estudos de Cunha e colaboradores (2013) mas não de um outro, onde foram os rapazes a demonstrar-se mais calorosos e compreensivos consigo próprios relativamente às raparigas (Cunha et al., 2016). Estes

resultados poderão ser explicados por fatores intraindividuais que não tenham sido considerados neste estudo relativamente às variações nas dimensões de autocompaixão entre sexos: Cunha e colaboradores (2013), por exemplo, destacam que sujeitos com elevados níveis de autocompaixão tendem a dispor de um maior conjunto de memórias de calor e segurança com figuras significativas. Apesar de as autoras em questão não terem realizado análises para averiguar diferenças significativas entre sexos no que respeita à presença deste tipo de memórias, a força das correlações entre a autocompaixão total e estas mesmas memórias apresentou-se moderada tanto para rapazes como para raparigas (Cunha et al., 2013). A verdade é que, segundo Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005), o tipo de relação *self-para-self* que os sujeitos adotam deriva de estratégias inatas que são maturadas através das relações interpessoais, e Marshall e colaboradores (2015) também sublinham que as diferenças contextuais quanto à forma como os jovens são incentivados a lidar com as suas falhas pode ter influência no respeito à forma como estes efetivamente lidarão com essas falhas. Desta forma, na eventualidade dos sujeitos da nossa amostra tenderem, na sua maioria, a deter memórias precoces de calor e segurança com figuras significativas, poderão não ser conjeturáveis diferenças entre grupos no que respeita às atitudes calorosas e compreensivas que dirigem a si mesmos. Trata-se, pois, este de um fenómeno a ser melhor esclarecido em investigações futuras. Já no que respeita à oitava pergunta de investigação, não se verificaram diferenças nos níveis de autocompaixão total entre jovens da adolescência inicial, intermédia e final, o que vai ao encontro da generalidade dos resultados nas investigações existentes (Cunha et al., 2016; Cunha et al., 2013; Neff & McGehee, 2010). Verificam-se, contudo, diferenças desenvolvimentistas relativamente à idade na dimensão *Autocrítica* da autocompaixão, sendo os jovens no início da adolescência a revelar menores níveis de autocrítica por comparação aos jovens na adolescência intermédia e na adolescência final (não se encontrando diferenças significativas nos níveis de autocrítica entre estes dois últimos). Uma possível explicação destes resultados poderá relacionar-se com os jovens na adolescência inicial terem maior dificuldade do que aqueles na adolescência intermédia e na adolescência final em identificar contradições e inconsistências quanto às representações de si próprios, o que reduz a probabilidade potenciais representações negativas do *self* em determinado domínio da vida do jovem se generalizarem para os restantes domínios no início da adolescência (Harter, 2012). Adicionalmente, os resultados deste estudo demonstram um efeito de

interação significativo entre a idade e os níveis de autocompaixão no sexo feminino, verificando-se que os níveis de autocompaixão total são progressivamente menores ao longo da adolescência entre as raparigas, verificando-se menores níveis de autocompaixão total entre as jovens na adolescência intermédia e final (níveis entre os quais não se verificam diferenças significativas) por comparação àquelas na adolescência inicial. Este resultado está em concordância com aqueles encontrados por Bluth e colaboradores (Bluth & Blanton, 2015; Bluth et al., 2017), podendo associar-se a fatores biológicos e psicossociais que, em particular, parecem constituir maiores fatores de risco para adolescentes do sexo feminino a partir da puberdade por comparação a adolescentes do masculino (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Por exemplo: as raparigas parecem demonstrar uma maior orientação interpessoal do que os rapazes e uma maior vulnerabilidade perante a vivência de *distress* interpessoal; de forma semelhante, a adoção de estilos cognitivos negativos (como a ruminação) parece constituir um maior fator de risco para as raparigas por comparação aos rapazes quanto ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva; existem, também, evidências de um maior risco genético das raparigas experienciarem maior *distress* perante eventos de vida negativos (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009). Estes aspetos poderão estar na base de progressivamente menores atitudes autocompassivas ao longo da adolescência da mesma forma como parecem estar na base do aumento de sintomas depressivos a partir da puberdade entre as raparigas quando não se verifica a adoção de estratégias de *coping* adequadas (Hilt & Nolen-Hoeksema, 2009).

Finalmente, em relação às diferenças desenvolvimentistas do bem-estar psicológico, colocaram-se as hipóteses de: (11) os adolescentes do sexo feminino apresentarem menores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes do sexo masculino; (12) os adolescentes do sexo feminino apresentarem menores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Perceção de Competências* do que os adolescentes do sexo masculino; (13) os adolescentes do sexo feminino apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico na dimensão *Apoio Social* do que os adolescentes do sexo masculino; (14) os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia); (15) os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico nas

dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia); (16) os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia) apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final); (17) os adolescentes entre os 14-16 anos (na adolescência intermédia) apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final); (18) os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentarem maiores níveis de bem-estar psicológico total do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final); (19) os adolescentes entre os 12-13 anos (na adolescência inicial) apresentem maiores níveis de bem-estar psicológico nas dimensões *Cognitiva-Emocional Negativa*, *Cognitiva-Emocional Positiva*, *Ansiedade* e *Percepção de Competências* do que os adolescentes entre os 17-19 anos (na adolescência final); (20) não existirem diferenças significativas nos níveis de bem-estar psicológico na dimensão *Apoio Social* entre idades. Quanto às hipóteses relativas às variações nos níveis de bem-estar psicológico consoante o sexo dos adolescentes, apenas a décima terceira hipótese não foi confirmada, não se tendo verificando diferenças entre sexos no que respeita à dimensão de *Apoio Social* do bem-estar psicológico. Quanto às hipóteses relativas às diferenças entre idades no bem-estar psicológico, apenas a vigésima hipótese foi confirmada, relativa à ausência de diferenças na dimensão *Apoio Social* do bem-estar psicológico em jovens na adolescência inicial, intermédia e final. Serem as raparigas a demonstrar menores níveis de bem-estar psicológico tanto no que respeita ao bem-estar psicológico como no que concerne às dimensões deste vai ao encontro do relatado na literatura (Bizarro, 1999); contudo, a inexistência de diferenças na dimensão *Apoio Social* entre sexos não está de acordo com os resultados encontrados por Bizarro (1999) aquando da procura de padrões desenvolvimentistas para o bem-estar psicológico na adolescência. Tendo em conta que a dimensão *Apoio Social* é aquela do bem-estar psicológico que revela maiores níveis médios na presente amostra, poderá ser o caso de, neste estudo em específico, a generalidade dos adolescentes dispor efetivamente de redes de apoio social, o que faz com que não se verifiquem diferenças entre grupos. Esta mesma razão poderá explicar a ausência de diferenças de idades nesta mesma dimensão do bem-estar psicológico – embora, neste último caso, os nossos resultados tenham ido ao encontro dos apontados

por Bizarro (1999). Ao contrário do esperado e do defendido na literatura – que aponta para uma diminuição desenvolvimentista progressiva nos níveis de bem-estar psicológico (Bizarro, 1999) –, não se encontraram, igualmente, diferenças no bem-estar psicológico total entre a adolescência inicial, intermédia e final – tendo-se verificado, contudo, que jovens na adolescência inicial apresentam maiores níveis de bem-estar psicológico na dimensão *Ansiedade* do que aqueles na adolescência intermédia. Ao passo que as diferenças encontradas na dimensão *Ansiedade* do bem-estar psicológico se poderão atribuir ao facto de os jovens, a partir da adolescência intermédia, já tenderem a conseguir elaborar contradições quanto aos seus autoconceitos mas ainda não conseguirem integrá-las num todo coerente (Harter, 2008, 2012) – o que é defendido como podendo resultar em experiências de *distress* (Harter, 2012) – a ausência de diferenças no bem-estar psicológico total ao longo da adolescência poderá ser atribuído a fatores intraindividuais dos sujeitos da presente amostra que não tenham sido tidos em conta. O facto é que todas as fases da adolescência abrangidas na presente investigação comportam, cada uma, os seus próprios desafios desenvolvimentistas a nível físico, cognitivo, social e emocional, pelo que, sendo todos eles diferentes e podendo surtir um impacto distinto em cada jovem dependendo das suas características subjetivas e dos recursos que têm ou não disponíveis, as diferenças no bem-estar psicológico ao longo da adolescência poderão não ser tão facilmente identificáveis. De considerar ainda que o instrumento utilizado para avaliar o bem-estar psicológico foi o único da presente investigação a medir a variável para a qual foi concebido tendo por base um intervalo de tempo, solicitando aos sujeitos para assinalar a frequência com que haviam tido determinados sentimentos, pensamentos e opiniões durante as últimas 3 a 4 semanas; já a RSES e a SCS-A respeitam a instrumentos que avaliam, respetivamente, os níveis de autoestima e de atitudes autocompassivas tendo em conta aquilo que os sujeitos percecionam como sendo habitual. Desta forma, os presentes resultados relativamente às variações desenvolvimentistas do bem-estar psicológico poderão ser atribuídos ao momento em que ocorreu a recolha de dados – enfrentando determinados jovens maiores dificuldades e outros menos dadas circunstâncias de vida específicas e não devido a desafios desenvolvimentistas normativos.

5.1. LIMITAÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS

Algumas limitações deverão ser consideradas perante a análise dos presentes resultados. Uma delas, prende-se com o facto de o bem-estar psicológico ter maior relevância clínica ao ser estudado ao longo do tempo ao invés de num único momento (Diener & Larsen, 1993; Lazarus, 1991; citado por Bizarro, 2001) – quando, no presente estudo, os dados foram recolhidos apenas uma vez para cada sujeito. Como tal, poderá ser relevante estudar as relações entre autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico nos adolescentes e as respetivas diferenças desenvolvimentistas destas variáveis em estudos longitudinais, por forma a esclarecer a confiabilidade da generalização dos presentes resultados – pois estes poderão apresentar-se diferentes. Adicionalmente, as características desta investigação não permitem a inferência de relações de causalidade entre variáveis – quando, pelo contrário, os estudos longitudinais se apresentam mais adequados no que respeita a reunir pistas quanto a relações desta natureza (Bluth et al., 2017), podendo ser relevantes para esclarecer mais aprofundadamente as interações das variáveis em causa. Poderá ser ainda interessante seguir a sugestão já realizada por Bluth e colaboradores (2017) para averiguar um potencial efeito protetor da autocompaixão: a de aplicar programas de intervenção para aumentar e promover competências autocompassivas e, posteriormente, avaliar os resultados. Sugerimos, em específico, que se comparem resultados entre um grupo experimental e um grupo de controlo, avaliando em ambos tanto a autocompaixão, como a autoestima e o bem-estar psicológico em condições pré e pós-teste.

Outra limitação respeita à impossibilidade de distinguir as formas de autoestima global avaliadas neste estudo: se estão em causa formas de autoestima segura ou formas de autoestima frágil. Dada a relevância desta diferenciação – pois a autoestima nem sempre deriva de uma autoavaliação precisa, fundamentada, equilibrada e estável do valor próprio (Baumeister et al., 2003; Kernis, 2003) – e uma vez que as definições e os benefícios da autocompaixão e de formas de autoestima elevada segura são defendidos como semelhantes e complementares, a procura por medidas específicas que permitam aceder a estas diferentes manifestações de autoestima deverá continuar a ser alvo de investigações no campo da psicologia.

Estando em causa a recentidade do estudo da autocompaixão e da sua interação com outras variáveis, sugere-se, ainda, que se continuem a realizar estudos no âmbito da mesma quanto a população adolescente, tentando replicar os resultados desta investigação

noutras amostras para melhor compreender os construtos em causa e a sua manifestação particular entre os jovens. Por exemplo: poderá ser útil avaliar potenciais diferenças nas interações entre autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico no seio de população clínica adolescente, comparando esses resultados com resultados encontrados na comunidade, por forma a melhor entender se poderá haver maior relevância clínica em focar determinados fatores em ações interventivas e outros em ações preventivas, ou se a relevância dos fatores a ter em conta na implementação de qualquer uma dessas ações é semelhante entre si. Para melhor esclarecer algumas das interações das variáveis e diferenças entre grupos encontradas no presente estudo, deverá ainda ser atentada a potencial interferência de variáveis intrapessoais nos resultados – como por exemplo, a supramencionada presença ou ausência de memórias precoces de calor e segurança.

Para além disso, apesar de também ter as suas vantagens, a utilização de instrumentos de autorrelato comporta a dificuldade de garantir tanto a total compreensão dos itens por parte dos sujeitos, como a sinceridade dos mesmos perante os itens, o que, conseqüentemente, torna difícil controlar tanto potenciais respostas fruto de uma menor compreensão, como respostas dadas ao acaso. Poderá ser importante, assim, também avaliar as presentes variáveis através de outras metodologias no futuro – como metodologias qualitativas.

5.2. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A presente investigação presta-se a contribuições essenciais. A primeira prende-se com o facto de as características psicométricas dos instrumentos utilizados apoiarem a continuação da utilização dos mesmos para avaliar os construtos respetivos. Foi possível reunir evidências que apoiam qualidades psicométricas adequadas para a RSES, para a SCS-A e para a EBEPa, tanto no que respeita aos seus níveis de consistência interna, como no que respeita (no caso de estarem em causa estas análises) à estrutura fatorial e/ou direção das correlações entre subescalas e com os índices totais. No entanto, particularmente no que respeita à EBEPa, o facto da estrutura fatorial da escala ter diferido ligeiramente da estrutura original da mesma – sem pôr em causa o sentido teórico que lhe subjaz – deverá ser tido em consideração futuramente.

Outra implicação da presente investigação associa-se ao facto do campo da autocompaixão ainda ser bastante recente no seio das investigações da psicologia, e ainda mais recente no que respeita às suas manifestações e impactos na adolescência. Apesar

dos desenvolvimentos teóricos relativos aos potenciais benefícios da autocompaixão e da autoestima para o bem-estar e saúde mental, a efetiva relação e comparação entre manifestações de autocompaixão, de autoestima e de bem-estar psicológico escasseiam em evidências empíricas e, em particular, a população portuguesa não conhece ainda quaisquer estudos que avaliem as interações destas variáveis e as diferenças desenvolvimentistas das mesmas entre os jovens. Considerando as relações entre variáveis no presente estudo, verificaram-se correlações no sentido esperado entre autoestima e autocompaixão, entre autoestima e bem-estar psicológico e entre autocompaixão e bem-estar psicológico – sugerindo-se, quanto aos índices global e totais, que à medida que os níveis de uma variável aumentam, os da outra também aumentam, ou que quando os níveis de uma variável diminuem, os da outra também diminuem. Em particular, descobriu-se uma maior correlação entre autoestima e bem-estar psicológico do que entre autocompaixão e bem-estar psicológico, e que é a autoestima global aquela que parece ser melhor preditora do bem-estar – apesar de tanto a autoestima global como a autocompaixão total revelarem contribuir significativamente para o mesmo.

Ao ser sugerida uma maior relevância da autoestima para o bem-estar psicológico ao invés de ser a autocompaixão a prestar maiores contribuições para o mesmo, outra implicação do presente estudo relaciona-se com o facto de permitir conjecturar que intervenções clínicas e ações de prevenção para promover o bem-estar psicológico nos adolescentes deverão continuar a atentar à autoestima dos mesmos enquanto um fator relevante e, em alguns casos, primordial. Contudo, considerando a correlação forte e positiva encontrada entre autoestima e autocompaixão e que algumas das intervenções realizadas para aumentar a autoestima poderão revelar-se ineficazes ou nocivas por não incentivarem, garantidamente, formas seguras de autoestima elevada, poderá ser importante que tentativas de aumentar a autoestima sejam realizadas a par de tentativas de implementar e cimentar atitudes autocompassivas entre os jovens – cujos benefícios são teorizados como se aproximando àqueles de uma autoestima elevada segura. De facto, em particular, os nossos resultados parecem sugerir uma maior pertinência de atitudes autocompassivas relativamente ao bem-estar psicológico quando está em causa uma maior ansiedade entre os adolescentes. Considerando que sintomas ansiogénicos e somáticos são bastante comuns em resposta aos desafios desenvolvimentistas da adolescência, tal sugere que a autocompaixão poderá constituir-se um fator de importante complementaridade à autoestima em ações de intervenção e prevenção face ao bem-estar.

Na presente investigação, o estudo desenvolvimentista da autoestima, da autocompaixão e do bem-estar psicológico em adolescentes revelou ainda que são as raparigas aquelas a mostrar menores níveis nas três variáveis consideradas por comparação aos rapazes. Adicionalmente, as únicas variações encontradas entre jovens na adolescência inicial, intermédia e final remeteram para: maiores níveis de autoestima global em rapazes na adolescência inicial por comparação a rapazes na adolescência final; menores níveis de autocritica entre jovens na adolescência inicial por comparação a jovens nas adolescências intermédia e final; maiores níveis de autocompaixão total em raparigas na adolescência inicial por comparação a raparigas nas adolescências intermédia e final; e menores níveis de ansiedade em jovens na adolescência inicial por comparação àqueles na adolescência intermédia. Em consequência, estes resultados sugerem que, no geral, parece mais premente atentar à autoestima, à autocompaixão e ao bem-estar psicológico entre raparigas em intervenções clínicas, assim como em adolescentes mais velhos de ambos os sexos. Por outro lado, sugere-se que eventuais programas de carácter preventivo sejam implementados a partir do início da adolescência por forma a, desde cedo, prevenir a diminuição do bem-estar, da autoestima e da autocompaixão ao longo da mesma – tomando especial atenção tanto a raparigas, como a potenciais jovens de ambos os sexos que reflitam, desde logo, baixos níveis de autoestima, de autocompaixão e de bem-estar psicológico.

Concluindo, apesar das diferenças encontradas, tanto a autoestima como a autocompaixão mostram-se relevantes para a promoção do bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. São, assim, conjeturáveis vantagens através do presente estudo em considerar ambas, de forma complementar ao invés de alternativa, aquando de tentativas de intervenção e prevenção junto dos jovens no que respeita à sua saúde mental, adaptação e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldwin, S. A., & Hoffmann, J. P. (2002). The dynamics of self-esteem: A growth-curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *31*(2), 101-113. doi: 10.1023/A:1014065825598
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *American Psychological Society*, *4*(1), 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, *103*, 5-33. doi: 10.1037/0033-295X.103.1.5
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência* (Dissertação de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Bizarro, L. (2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, *35*, 81-116.
- Bluth, K., & Blanton, P. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol*, *10*(3), 219-230. doi: 10.1080/17439760.2014.936967
- Bluth, K., Campo, R. A., Futch, W. S., & Gaylord, S. A. (2017). Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large adolescent sample. *J Youth Adolescence*, *46*, 840-853. doi: 10.1007/s10964-016-0567-2
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64* (4), 646-653. doi: 10.1037/0022-3514.64.4.646
- Brinthaupt, T. M., & Lipka, R. P. (2002). Understanding early adolescent self and identity: An introduction. In T. M. Brinthaupt & R. P. Lipka (Eds.), *Understanding early adolescent self and identity: Applications and interventions*. New York: SUNY series, Studying the Self.

- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 4-9). New York: Psychology Press.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M., & Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review, 14*(2), 113-137. doi: 10.1016/0272-7358(94)90012-4
- Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2016). Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the self-compassion scale. *Personality and Individual Differences, 93*, 56-62. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.023
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2013). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: Adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 4*(2), 95-117.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human agency: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-50). New York: Plenum.
- DeVore, R. (2013). Analysis of gender differences in self-statements and mood disorders. *McNair Scholars Research Journal, 9*(1), 5-12.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157. doi: 10.1007/BF01207052
- Diener, E., Lucas, R.E. e Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder, C. & Lopez, S. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: University Press.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology, 39* (4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 119-139). Oxford: Pergamon Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276

- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 139-148. doi: 10.1037/0022-3514.73.1.139
- Feliciano, I. P., & Afonso, R. M. (2012). Estudo sobre a auto-estima em adolescentes dos 12 aos 17 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 252-265. doi: 10.15309/12psd130208
- Ferreira, M., & Nelas, P. B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium Journal of Education, Technologies, and Health*, 32, 141-162.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3^a ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 329-342. doi: 10.14417/ap.595
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychological approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). New York, NY: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). New York, NY: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism and self-compassion in adolescence. In Nicholas B. Allen & Lisa B. Sheeber (Eds.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (pp. 195-214). Cambridge University Press.
- Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1022-1038. doi: 10.1037/0022-3514.79.6.1022
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, NY: The Guilford Press.
- Harter, S. (2005). Self-concepts and self-esteem, children and adolescents. In C. B. Fisher & R. M. Lerner (Eds.), *Encyclopedia of applied developmental science* (pp. 973-977). doi: 10.4135/9781412950565.n368

- Harter, S. (2008). The developing self. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Child and adolescent development: An advanced course* (pp. 216-260). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Harter, S. (2012). Emerging self-processes during childhood and adolescence. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (2^a ed., pp. 680-715). New York, NY: The Guilford Press.
- Henderson, L.W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 196-221. doi: 10.5502/ijw.v2.i3.3
- Hilt, L. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 111-135). New York, NY: Routledge.
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Pers Individ Dif*, 55(4), 367-374. doi: 10.1016/j.paid.2013.03.019
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. doi: 10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kline, R. B. (2011). Data preparation. In *Principles and practice of structural equation modeling* (3^a ed., pp. 46-74). New York, NY: The Guilford Press.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470-500. doi: 10.1037/0033-2909.125.4.470
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6^a ed.). Lisboa: ReportNumber.
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., Sahdra, B., Jackson, C. J., & Heaven, P. C. L. (2015). Self-compassion protects against the negative effects of low-self-esteem: A longitudinal study in a large adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 74, 116-121. doi: 10.1016/j.paid.2014.09.013
- McMahan, E. A., & Estes, D. (2011). Hedonic versus eudaimonic conceptions of well-being: Evidence of differential associations with self-reported well-being. *Social Indicators Research*, 103(1), 93-108. doi: 10.1007/s11205-010-9698-0
- Moore, K. A., & Keyes, C. L. M. (2003). A brief history of the study of well-being in children and adults. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A.

- Moore, & The Center for Child Well-being (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 1-11). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Muris, P. (2007). Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents. In *Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents* (pp. 1-30). Massachusetts, MA: Elsevier.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H. A. Wayment (Eds.). *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego* (95-105). APA Books, Washington DC.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Compass*, 5(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi (2016). *Mindfulness*, 7(3), 791–797. doi:10.1007/s12671-016-0531-y
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways to relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-49. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of Personality Assessment*, 1-12. doi: 10.1080/00223891.2016.1269334
- Novo, R. F. (2003). Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico: Diferentes faces da eudaimonia. In *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada* (pp. 21-75). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *RIDEP*, 20(2), 183-203.
- Nurmi, J. (2004). Socialization and self-development: Channeling, selection, adjustment, and reflection. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2ª ed., pp. 85-124). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4ª ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2011). *Escala de Auto-Compaixão para Adolescentes*. Manuscrito em preparação.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *American Psychological Society*, 14(3), 158-162. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Rogers, C. R. (1974). *A terapia centrada no paciente* (M. C. Ferreira, Trans.) (2ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, D. (1981). Self-concept and personality. In *Adolescents and youth* (4ª ed., pp. 30-57). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2008). Contributos para a validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156. doi: 10.2307/2096350
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In Ana Paula Noronha, Carla Machado, Leandro Almeida, Miguel Gonçalves, Sara Martins & Vera Ramalho (Organizadores), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. XIII) [CD-Rom]. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Principal components and factor analysis. In *Using multivariate statistics* (6^a ed., pp. 612-680). New Jersey, NJ: Pearson Education.
- Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in europe* (pp. 11-48). Eötvös: University Press.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678
- Weiner, I. B. (1995). Normalidade e anormalidade na adolescência. In *Perturbações psicológicas na adolescência* (F. Andersen, Trans.) (pp. 1-26). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Windle, M. (1992). Temperament and social support in adolescence: Interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(1), 1-21. doi: 10.1007/BF01536980

ANEXOS

Anexo A – Autorização da Direção Geral de Educação para recolha de dados em meio escolar

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0571900001

1 mensagem

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

2 de janeiro de 2017 às 15:21

Para: ██████████@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0571900001, com a designação *Autoestima, Autocompaixão e Bem-estar Psicológico na Adolescência*, registado em 07-12-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Maria Meireles Ramos

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções do Agrupamentos de Escolas do ensino público (Escola ██████████ e Escola ██████████) a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque algo sensíveis e onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei n.º 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de recolha de dados de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve mencionar-se nos instrumentos de recolha de dados a escola de pertença do aluno nem haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo B – Requerimento às Direções das escolas para colaboração na investigação



Pedido de Autorização



Exmo(a). Senhor(a) Diretor(a),

O meu nome é Maria Ramos e frequento o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Como discente desta instituição estou, neste momento, a dar início à parte prática da minha dissertação de mestrado, com supervisão da Professora Doutora Luísa Bizarro, cujo tema é “Autoestima, Autocompaixão e Bem-estar Psicológico na Adolescência”. Os objetivos desta investigação prendem-se com a avaliação do bem-estar psicológico dos adolescentes, visando, para isso, averiguar como é que os níveis globais de autoestima e a atitude de autocompaixão se interinfluenciam e comportam face a esse bem-estar.

Para a prossecução dos meus objetivos, gostaria de requerer a vossa autorização para a aplicação de três questionários, com duração total aproximada de 15 a 20 minutos, aos alunos da vossa instituição.

O questionário será conduzido numa base estritamente confidencial e nenhum aluno será identificado, sendo que as informações disponibilizadas destinar-se-ão exclusivamente a fins de investigação académica. A participação dos alunos é voluntária e será precedida pela autorização dos respetivos Encarregados de Educação.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora através do seguinte endereço de e-mail: XXXXXXXX@gmail.com.

Grata, desde já, pela atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

(Professora Orientadora)

(Discente)



Participação em Investigação



Caro(a) Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação,

Vimos por este meio solicitar a participação do seu educando(a) num projeto de investigação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, realizado por Maria Ramos com a coordenação da Professora Doutora Luísa Bizarro. A dissertação de mestrado tem como tema “Autoestima, Autocompaixão e Bem-estar Psicológico na Adolescência”, sendo que o objetivo desta investigação será a avaliação do bem-estar psicológico dos adolescentes, visando, para isso, averiguar como é que os níveis globais de autoestima e a atitude de autocompaixão se interinfluenciam e comportam face a esse bem-estar. Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração do seu educando(a) no preenchimento de 3 questionários em sala de aula, com duração aproximada de 15 a 20 minutos, numa única sessão.

A participação no estudo é voluntária, pelo que seu educando(a) poderá desistir do mesmo a qualquer momento e não será, de forma alguma, prejudicado(a). A informação facultada no questionário é anónima e destina-se apenas a fins de investigação académica, sendo completamente confidencial. Para qualquer esclarecimento adicional ou se desejar conhecer os resultados da presente investigação, poderá contactar a investigadora através do seguinte endereço de e-mail: XXXXXXXX@gmail.com.

Desde já agradeço a vossa atenção e preciosa colaboração,

A aluna de mestrado,

A orientadora,

Maria Ramos

Professora Doutora Luísa Bizarro

Eu, _____, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo e compreendo que a participação do meu educando é estritamente voluntária, anónima e confidencial. Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido(a) em todos os aspetos que considero importantes e autorizo a participação nesta investigação.

Data: ___/___/_____

(Assinatura do/a Encarregado/a de Educação)



Instruções



Estamos interessados em saber o que pensas e como te sentes relativamente a ti próprio. As tuas respostas ajudar-nos-ão a compreender os jovens da tua idade. É muito importante que leias atentamente e respondas a todas as questões.

Os questionários que irás encontrar apresentam, no início, instruções de preenchimento. Não há respostas certas ou erradas, e interessa-nos apenas a tua opinião. Deverás escolher a resposta que mais se identifica contigo.

Relembramos que as respostas são anónimas e estritamente confidenciais, sendo utilizadas apenas para este estudo. A tua participação é totalmente voluntária, por isso, se quiseres desistir, podes fazê-lo em qualquer momento do preenchimento dos questionários sem que sejas prejudicado.

Sempre que tiveres dúvidas pergunta ao técnico presente.

Obrigada pela tua colaboração!

1- Sexo: M F

2- Idade: ____ anos

3- Ano de Escolaridade: ____

4- Nacionalidade: _____

Nas páginas seguintes encontrarás os questionários!

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti próprio(a). À frente de cada uma delas assinala com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

| | Concordo fortemente | Concordo | Discordo | Discordo fortemente |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sinto que tenho algumas qualidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adopto uma atitude positiva para comigo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCS-A

(Neff, K., 2003)

(Versão portuguesa para adolescentes: Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P., 2011)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Lê, por favor, cada afirmação com cuidado antes de responder.

Para cada item, indica com um X na coluna que melhor traduz quantas vezes (*Quase nunca, Raramente, Algumas vezes, Muitas vezes, Quase sempre*) é que te comportas dessa forma em momentos difíceis.

| | Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre |
|--|-------------|-----------|---------------|--------------|--------------|
| 1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e preocupações. | | | | | |
| 2. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência a ficar agarrado(a) e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado. | | | | | |
| 3. Quando as coisas me correm mal, vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa. | | | | | |
| 4. Quando penso acerca das minhas inquietações e defeitos, sinto-me mais à parte e desligado(a) do resto do mundo. | | | | | |
| 5. Tento ser afectuoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer (ex., fazer ou dizer algo que seja reconfortante para mim). | | | | | |
| 6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim, torturo-me com sentimentos de inadequação (fracasso). | | | | | |
| 7. Quando estou “em baixo” lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu. | | | | | |
| 8. Quando passo por tempos difíceis tenho tendência a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a). | | | | | |
| 9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções). | | | | | |
| 10. Quando me sinto inadequado(a) ou fracassado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo. | | | | | |
| 11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos de minha personalidade de que não gosto. | | | | | |
| 12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida, sou compreensivo(a) e afectuoso(a) comigo mesmo(a). | | | | | |

| | Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre |
|--|-------------|-----------|---------------|--------------|--------------|
| 13. Quando me sinto “em baixo” tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu. | | | | | |
| 14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação. | | | | | |
| 15. Tento ver os meus erros e falhas como fazendo parte da condição humana (os humanos erram). | | | | | |
| 16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto, fico muito “em baixo”. | | | | | |
| 17. Quando falho em alguma coisa importante para mim, tento analisar as coisas sem dramatizar | | | | | |
| 18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tenho tendência a pensar que, para as outras pessoas, as coisas são mais fáceis. | | | | | |
| 19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento. | | | | | |
| 20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece, deixo-me levar pelos meus sentimentos. | | | | | |
| 21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento. | | | | | |
| 22. Quando me sinto “em baixo” tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura (isto é, sem os julgar ou os tentar afastar). | | | | | |
| 23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações (fracassos). | | | | | |
| 24. Quando alguma coisa dolorosa acontece, tenho tendência a exagerar a sua importância. | | | | | |
| 25. Quando falho nalguma coisa importante para mim, tenho tendência a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso. | | | | | |
| 26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto. | | | | | |

Sempre **A maior parte das vezes** **Bastantes vezes** **Algumas vezes** **Raras vezes** **Nunca**

Durante as últimas semanas ...

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 - Senti-me nervoso, tenso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 - Senti-me uma pessoa feliz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 - Estive empenhado nas coisas que fazia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 - Senti-me a ponto de explodir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 - Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 - Achei que nada aconteceu como eu esperava | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 - Tive dores de cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 - Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia a dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 - Achei que tinha alguém com quem podia desabafar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 - Senti-me ansioso, preocupado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 - Achei que não tinha nada a esperar do futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 - Achei que não era capaz de fazer nada bem feito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 - Senti dificuldade em me acalmar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 - Aconteceram na minha vida coisas de que gostei . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 - Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

USO SUJEITO A AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES

Sempre **A maior parte das vezes** **Bastantes vezes** **Algumas vezes** **Raras vezes** **Nunca**

Durante as últimas semanas...

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26 - Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 - Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 - Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Verifica se respondeste a todas as perguntas.

Obrigada pela tua colaboração!

USO SUJEITO A AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES