



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**VINCULAÇÃO, AJUSTAMENTO EMOCIONAL
E IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA**

Raquel Varela Domingos

Orientação: Professora Doutora Maria João Carapeto

Professora Doutora Guida Veiga

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**VINCULAÇÃO, AJUSTAMENTO EMOCIONAL
E IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA**

Raquel Varela Domingos

Orientação: Professora Doutora Maria João Carapeto

Professora Doutora Guida Veiga

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Évora, 2018

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria João Carapeto, pela disponibilidade e entrega em aceitar este desafio, por ter estado sempre disponível para reunir comigo, para esclarecer dúvidas e me orientar no melhor sentido, e por todas as sugestões e comentários feitos de forma a tornar todo este trabalho, num trabalho consistente.

À minha orientadora, Professora Doutora Guida Veiga, também por toda a disponibilidade e acessibilidade demonstrada ao longo deste percurso, por todo o apoio e incentivo prestados, através de uma motivação constante, e pela capacidade de clarificar todos os momentos mais difíceis.

A todos os outros intervenientes (Ministério da Educação, escolas, professores, pais e adolescentes), que de uma forma ou de outra, participaram no presente estudo, pois sem eles a concretização do mesmo não era possível.

A todos os professores do Departamento de Desporto e Saúde e à própria Universidade de Évora, que contribuíram ao longo de todo o meu percurso académico, desde a licenciatura até aqui, para o meu crescimento profissional, mas também pessoal.

Aos meus pais e à minha irmã por me concederem mais uma vez a oportunidade de alargar os meus horizontes, por terem estado sempre presentes e por nos momentos mais difíceis me terem prestado toda a segurança e conforto de que necessitava para seguir em frente.

Ao André Caeiro por toda a paciência ao longo deste percurso, por me ter apoiado em todos os momentos e por ter valorizado sempre os meus esforços e as minhas conquistas.

À Carolina Carvalho e à Rita Rodrigues que me acompanharam também assiduamente ao longo desta caminhada e que demonstraram sempre a sua capacidade empática para comigo, bem como um apoio incondicional, dizendo as palavras certas nos momentos certos e ajudando-me a traçar o melhor caminho, sem nunca baixar os braços.

A todos os meus amigos, de uma forma geral, por todos os conselhos e por todos os momentos de descontração, que sem dúvida foram também pedras preciosas ao longo deste percurso.

Vinculação, Ajustamento Emocional e Imagem Corporal na Adolescência

Resumo

Objetivos. Examinar as diferenças de género, as associações da vinculação, do ajustamento emocional e da imagem corporal com a idade e as associações da vinculação com o ajustamento emocional e a imagem corporal, na adolescência.

Método. Duzentos e seis adolescentes, dos 12 aos 16 anos, preencheram questionários sobre a vinculação, o ajustamento emocional e a imagem corporal.

Resultados. As raparigas reportaram maior prevalência de vinculação ansiosa/ambivalente, de capacidades de consciência corporal das emoções e de atender às emoções dos outros. Os rapazes apresentaram maiores capacidades de diferenciação das emoções e valores mais elevados na imagem corporal atual e ideal. A vinculação segura foi associada a uma melhor consciência emocional e a menos sintomas internalizados, ao invés da vinculação insegura.

Conclusões. Verificaram-se diferenças de género na vinculação, na consciência emocional e na imagem corporal dos adolescentes. A vinculação segura associou-se a um melhor ajustamento emocional, ao invés da vinculação insegura.

Palavras-Chave: vinculação segura, consciência emocional, sintomas internalizados, apreciação corporal, adolescentes.

Attachment, Emotional Adjustment and Body Image in Adolescence

Abstract

Objectives. Examine gender differences, associations between attachment, emotional adjustment and body image with age and associations between attachment, emotional adjustment and body image, in adolescence.

Method. Two hundred and six adolescents, from 12 to 16 years old, filled out questionnaires regarding attachment, emotional adjustment, and body image.

Results. Girls reported a higher prevalence of anxious/ambivalent attachment, capacities of body awareness and of attending to others' emotions. Boys showed greater capacities of emotional differentiation and higher values in current and ideal body image. Secure attachment was positively related to a better emotional awareness and to fewer internalized symptoms, rather than insecure attachment.

Conclusions. There are gender differences in attachment, emotional awareness and body image. Secure attachment is associated with good emotional adjustment, rather than insecure attachment.

Keywords: secure attachment, emotional awareness, internalize symptoms, body appreciation, adolescents

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Índice Geral.....	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Índice de Anexos.....	vii
Lista de Siglas.....	viii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	4
2.1. Adolescência.....	4
2.2. Vinculação.....	8
2.2.1. Vinculação na Adolescência.....	12
2.3. Ajustamento Emocional.....	15
2.3.1. Ajustamento Emocional na Adolescência.....	19
2.4. Imagem Corporal.....	22
2.4.1. Imagem Corporal na Adolescência.....	24
2.5. Vinculação, Ajustamento Emocional e Imagem Corporal na Adolescência...	25
3. Método.....	31
3.1. Objetivos do Estudo.....	31
3.2. Desenho do Estudo.....	31
3.3. Participantes.....	32
3.4. Instrumentos de Avaliação.....	33
3.4.1. Questionário Sociodemográfico (QSD).....	33
3.4.2. Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA)..	34
3.4.3. Questionário de Consciência Emocional (QCE).....	35
3.4.4. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EDAS).....	36
3.4.5. Escala de Avaliação da Imagem Corporal (EAIC).....	37

3.4.6. Medidas Complementares da Imagem Corporal.....	38
3.5. Procedimentos.....	38
3.5.1. Recolha de Dados.....	38
3.5.2. Análise Estatística.....	39
4. Apresentação e Análise dos Resultados.....	41
4.1. Estatísticas Descritivas e Diferenças de Género.....	41
4.1.1. Vinculação.....	42
4.1.2. Ajustamento Emocional.....	43
4.1.3. Imagem Corporal.....	43
4.2. Correlações da Vinculação, do Ajustamento Emocional e da Imagem Corporal com a Idade.....	46
4.3. Correlações entre Vinculação, Ajustamento Emocional e Imagem Corporal.....	47
5. Discussão dos Resultados.....	50
5.1. Diferenças de Género na Vinculação, no Ajustamento Emocional e na Imagem Corporal na Adolescência.....	51
5.2. Relações da Vinculação, do Ajustamento Emocional e da Imagem Corporal com a Idade na Adolescência.....	53
5.3. Relações entre a Vinculação e a Consciência Emocional na Adolescência.....	55
5.4. Relações entre a Vinculação e os Sintomas Internalizados na Adolescência.....	56
5.5. Relações entre a Vinculação e a Imagem Corporal na Adolescência.....	57
6. Limitações do Estudo.....	58
7. Implicações para a Prática e para a Investigação Futura.....	59
8. Conclusão.....	61
9. Referências Bibliográficas.....	62
Anexos.....	84

Índice de Tabelas

Tabela 1. Pedidos de consentimento informado autorizados (distribuídos).....	38
Tabela 2. Estatísticas descritivas (médias \pm DP) da vinculação (IVIA), da consciência emocional (QCE), dos sintomas internalizados (EDAS), da imagem corporal (EAIC) e do IMC, e estatísticas do teste t.....	42
Tabela 3. Estatísticas descritivas do IMC. Os resultados são apresentados como frequências (%).....	44
Tabela 4. Estatísticas descritivas da insatisfação com a imagem corporal (EAIC). Os resultados são apresentados como frequência (%).....	44
Tabela 5. Estatísticas descritivas da apreciação da imagem corporal atual (QSD). Os resultados são apresentados como frequência (%).....	45
Tabela 6. Estatísticas descritivas da imagem corporal desejada (QSD). Os resultados são apresentados como frequência (%).....	46
Tabela 7. Correlações entre a vinculação (IVIA) e a consciência emocional (QCE)...	47
Tabela 8. Correlações entre a vinculação (IVIA) e os sintomas internalizados (EDAS).....	48
Tabela 9. Correlações entre a vinculação (IVIA), a imagem corporal (EAIC) e o IMC.....	49

Índice de Anexos

Carta de Pedido de Autorização nas Escolas	84
Pedido de Consentimento Informado (Pais).....	87
Pedido de Consentimento Informado (Participantes).....	89
Protocolo de Avaliação.....	91

Lista de Siglas

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSD – Questionário Sociodemográfico

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência

QCE – Questionário de Consciência Emocional

EDAS – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

EAIC – Escala de Avaliação da Imagem Corporal

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

1. Introdução

A adolescência é a fase de prologamento da infância até à adultez, vista como um período de transições no desenvolvimento humano, que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que se manifestam de diferentes formas, consoante os contextos sociais, culturais e económicos (Papalia & Feldman, 2013). Entre estas transições, tem sido dada ênfase, às que ocorrem ao nível da vinculação (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007), do desenvolvimento das competências emocionais (Arnett, 1999), do crescimento de problemas de internalização, especialmente no género feminino (Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo, & Couto, 2015), das alterações corporais (Papalia & Feldman, 2013) e da satisfação com o corpo (Grogan, 2008).

A vinculação na adolescência é caracterizada como o período de transição entre os vínculos de infância e outras ligações afetivas, que se estabelecem para além das relações familiares e que predominam na vida adulta. As múltiplas transformações, a nível cognitivo, emocional e comportamental, que ocorrem na adolescência contribuem para a organização singular e integrada nesta fase do desenvolvimento (Jongenelen et al., 2007), sendo que os comportamentos de vinculação desenvolvidos durante a adolescência diferenciam-se dos comportamentos de vinculação na infância (Soares, 2007b).

O desenvolvimento emocional na adolescência é caracterizado pelo aumento da autonomia na monitorização do comportamento, da emoção, da cognição e do relacionamento com o meio envolvente, o que torna os processos de consciência e regulação emocional mais vulneráveis (Compas, Jaser, & Benson, 2008) e, conseqüentemente aumenta a vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas comportamentais (problemas de externalização) e emocionais (problemas de internalização) (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008).

A imagem corporal é a imagem do nosso próprio corpo na nossa mente, ou seja, é o resultado da forma como o nosso corpo se expressa para nós (Schilder, 1968). A construção da imagem corporal na adolescência tem sido associada a fatores subculturais e interpessoais (Benedikt, Wertheim, & Love, 1998; Cash & Fleming, 2004; McKinley & Randa, 2005; O’Dea & Abraham, 1999), sendo as características físicas e a aparência os problemas que mais preocupam os adolescentes (Sprinthall & Collins, 2003).

Deste modo, surge a curiosidade acerca da forma como todos estes conceitos (vinculação, ajustamento emocional e imagem corporal) se relacionam entre si na adolescência, surgindo questões como: será que existem diferenças de género nestes diferentes aspetos do desenvolvimento adolescente? Será que mudam com a idade? E como é que a dimensão central da vinculação se relaciona com os outros? Algumas respostas encontram-se já na literatura existente, mas dispersas e fragmentadas, e são até escassas, para alguns destes aspetos do desenvolvimento, considerando a população portuguesa. Em particular, as respostas a estas questões seriam importantes contributos para a Psicomotricidade, e respetiva intervenção psicomotora, na medida em que, o conhecimento consistente do sistema comportamental de vinculação pode ajudar a clarificar o desenvolvimento do (des)ajustamento emocional e das questões relacionadas com a imagem corporal nos adolescentes. Mais especificamente, a compreensão de todo o processo de vinculação pode influenciar as perspetivas acerca do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal, que, conseqüentemente interferem no modo de intervenção.

Os objetivos do presente estudo partem destas questões e procuram examinar (i) as diferenças de género na vinculação, no ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e na imagem corporal na adolescência; (ii) as associações da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal com a idade na adolescência; (iii) as associações entre a vinculação e a consciência emocional, a vinculação e os sintomas internalizados, e a vinculação e a imagem corporal na adolescência.

Procurando dar resposta a estes objetivos, a dissertação está organizada em 4 partes (enquadramento teórico, método, apresentação e análise dos resultados e discussão dos resultados) seguidas das conclusões do estudo. Na secção destinada ao enquadramento teórico é realizada uma revisão da literatura acerca da adolescência, da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal, em geral e na adolescência. Na secção seguinte, sobre o método de investigação utilizado, é realizada a caracterização dos objetivos e do desenho do estudo, dos participantes, das variáveis e dos instrumentos de avaliação utilizados (Questionário Sociodemográfico, Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência, Questionário de Consciência Emocional, Escala de Depressão, Ansiedade e Stress, Escala de Avaliação da Imagem Corporal, Medidas Complementares

da Imagem Corporal) e dos procedimentos metodológicos (recolha de dados e análise estatística). Segue-se a apresentação e análise dos resultados, que mostra as estatísticas descritivas e diferenças de género das variáveis, as correlações entre a vinculação, o ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e a imagem corporal e a idade, bem como as correlações entre a vinculação e o ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados), e a vinculação e a imagem corporal. Na secção da discussão dos resultados é realizada a interpretação dos mesmos, em função da revisão da literatura e dos objetivos do estudo, e são ainda referidas, algumas limitações do estudo, bem como implicações para a prática e para a investigação futura. Por fim, são apresentadas as conclusões do estudo.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Adolescência

Granville Stanley Hall (1844-1924) foi o primeiro investigador a interessar-se pelo estudo da adolescência, encarando a mesma, de uma perspetiva evolucionista, como um estágio especial do desenvolvimento humano, em que ocorrem as principais transformações psicológicas e fisiológicas, que alteram a qualidade dos processos cognitivos e emocionais (Sprinthall & Collins, 2003).

Desde então, têm sido vários os estudos realizados em torno deste período do desenvolvimento.

A adolescência, nos dias de hoje, é vista como a fase de prolongamento da infância até à idade adulta, ou seja, é um período de transições no desenvolvimento humano, que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, manifestando-se de diferentes formas, consoante os contextos sociais, culturais e económicos, em que os indivíduos estão inseridos. O conjunto de mudanças biológicas e físicas que ocorrem na adolescência e que constituem o processo que leva à maturidade sexual (capacidade de reprodução) denomina-se de puberdade (Papalia & Feldman, 2013).

Segundo Papalia e Feldman (2013), o período da adolescência é compreendido entre os 11 e os 19 ou 20 anos de idade e, em geral, o seu início é assinalado pelas mudanças físicas da puberdade e o seu término pelas transições sociais para a vida adulta. Contudo, a identificação do início e do término da adolescência ainda se encontra difusa. Por exemplo, tradicionalmente, estima-se que a adolescência emerge por volta dos 13 anos de idade, mas cada vez mais, se tem vindo a verificar que a puberdade emerge, sensivelmente, aos 10 anos (Papalia & Feldman, 2013). Atualmente, o padrão mais comum da adolescência sugere um início mais precoce da puberdade e uma entrada na vida adulta e na atividade profissional mais tardia, como consequência de maiores períodos de tempo dedicados à educação (Larson & Wilson, 2004). Sawyer e colaboradores (2018) propõem que se considere o início da adolescência aos 10 anos de idade e a sua conclusão aos 24 anos, e que as transformações biológicas, como a ativação do eixo neuroendócrino hipotálamo-hipofisário-gonadal e o potencial máximo do desenvolvimento biológico, sejam usadas para delimitar o início e término da adolescência, respetivamente. De facto, hoje em dia, reconhece-se que a tentativa de

delimitar o período da adolescência em termos de idades cronológicas serve sobretudo interesses e funções sociais (Sawyer et al., 2018), o que contribui também para o consenso sobre a adolescência ser uma construção social, pois pode assumir diversas formas nas mais variadas culturas e ao longo da história das sociedades (Larson & Wilson, 2004). Desta forma, embora não exista uma proposta consensual sobre as idades de início e conclusão da adolescência, há consenso de que este período do desenvolvimento humano engloba um processo de transformações múltiplas, a nível biológico e corporal, mas também a nível cognitivo e das transições de papel social (Sawyer et al., 2018).

A multiplicidade de transformações físicas que ocorrem no início da adolescência são as modificações mais evidentes neste período do desenvolvimento humano, visíveis através da alteração do tamanho, da forma e da capacidade física do corpo, que acontecem durante o surto de crescimento dos adolescentes (Sprinthall & Collins, 2003). A puberdade é também marcada pela ativação das glândulas adrenais e pelo amadurecimento dos órgãos sexuais, que ativam o fluxo de atividade hormonal e levam à maturidade sexual (Papalia & Feldman, 2013). Durante a adolescência, é ainda desenvolvido um importante potencial cognitivo, com a emergência do pensamento formal, que possibilita o pensamento abstrato e oferece uma maior capacidade de pensar acerca de possibilidades, através de hipóteses, de planear e antever determinados resultados, de refletir sobre os próprios pensamentos e de ponderar sobre os pontos de vista de outras pessoas (Inhelder & Piaget, 1958; Sprinthall & Collins, 2003).

Ao nível do desenvolvimento sociocognitivo, os adolescentes tornam-se mais capazes de considerar uma variedade de circunstâncias e acontecimentos que podem ocorrer, o que pressupõe um melhor reconhecimento da discrepância entre o real e o possível. Por conseguinte, os adolescentes vão sendo, progressivamente, capazes de inferir as características pessoais, as motivações e outros aspetos que se encontram implícitos nos acontecimentos e comportamentos sociais. Os adolescentes também começam a tomar conhecimento de que os diferentes indivíduos, incluindo eles próprios, possuem perspetivas distintas acerca de um mesmo conjunto de circunstâncias (Sprinthall & Collins, 2003), e por isso, torna-se cada vez mais visível a influência dos pares e a necessidade de os adolescentes utilizarem estratégias regulatórias (Sawyer et al., 2018). Este conjunto de transformações sociocognitivas envolvem mudanças ascendentes na complexidade do raciocínio e das perceções sociais. Com a maturação destas capacidades, por intermédio das interações sociais, os adolescentes ultrapassam a fase

egocêntrica, que é frequente, ainda antes do pensamento formal estar completamente desenvolvido (Sprinthall & Collins, 2003).

Por outro lado, os adolescentes pensam acerca de si próprios, em termos de características, sentimentos e emoções internas, e de modo cada vez mais complexo comparativamente com etapas anteriores do ciclo de vida. A este respeito, a formação da identidade é uma tarefa central do desenvolvimento nesta etapa da vida (Erikson, 1968). Erik Erikson (1968), na sua teoria epigenética, explica que em cada estágio do desenvolvimento psicossocial, o indivíduo é confrontado com desafios especiais ou crises. A resolução bem-sucedida desses desafios ou crises prepara-o para enfrentar as tarefas subsequentes ligadas ao processo de desenvolvimento. Segundo Erikson (1968) a formação da identidade adulta resulta da maturação, das expectativas culturais e das pressões sociais, pelas quais o adolescente tem de passar, e engloba quer a história passada do indivíduo (e.g., as identificações da infância), quer as capacidades necessárias a uma vida psicológica e social saudável na idade adulta. O insucesso na formação da identidade durante a adolescência tem como consequência uma identidade adulta difusa.

A formação da identidade na adolescência está também associada à Teoria da Separação-Individuação (Blos, 1979) e ao conceito de autonomia. A Teoria da Separação-Individuação propõe que os adolescentes vivem o processo de ultrapassar a visão idealizada que têm dos pais e de reduzir a dependência psicológica em relação aos mesmos, em direção à autonomia (Cooper & Grotevant, 2011; Grotevant & Cooper, 1986). A autonomia (i.e., a dependência e/ou a autoconfiança) define-se como o grau em que os adolescentes se comportam, decidem ou pensam, em determinadas circunstâncias, sem que haja dependência em relação aos outros (Goossens, 2006). No entanto, hoje em dia defende-se que o objetivo desenvolvimental não é os adolescentes se afastarem dos pais mas, sim, transformar a relação hierárquica pais-filhos numa relação mais horizontal, na qual a construção da autonomia é essencial, a par e passo do estabelecimento de uma relação positiva com os pais (Cooper & Grotevant, 2011; Grotevant & Cooper, 1986). Quando o processo de separação-individuação ocorre normalmente, os adolescentes apresentam uma tomada de decisão mais independente, sobretudo a nível comportamental (Smetana, Campione-Barr, & Daddis, 2004), mas também a nível emocional e funcional (Hoffman, 1984). Por outro lado, quando ocorrem problemas no processo de separação-individuação, significa que houve uma falha no alcançar da independência (e.g., exibem

uma independência disfuncional ou uma dependência) e/ou na relação com os pais (Beyers, Goossens, Vansant, & Moors, 2003).

No decorrer do seu desenvolvimento, os adolescentes são confrontados com um conjunto de mudanças nos seus contextos de vida e nas expectativas sociais que sobre eles recaem (Coleman, 2011; Papalia & Feldman, 2013). As expectativas sociais de autonomia e responsabilidade crescem e em diferentes dimensões da sua vida, como por exemplo, na escola, na família, na gestão das amizades, nas relações românticas e noutras relações sociais, incluindo as virtuais, nas tomadas de decisão vocacional e nos planos para o futuro. Por outro lado, multiplicam-se os contextos de interação social, para além da família e da escola, no seio dos quais os adolescentes deixam de ter o acompanhamento próximo do adulto. Além disto, durante a adolescência também existem mudanças no uso do tempo e nos relacionamentos, na medida em que, os adolescentes diminuem o tempo de convívio com os seus familiares, não como uma forma de rejeição face aos mesmos, mas como uma resposta às necessidades de desenvolvimento. No início da adolescência o isolamento social é frequente, pois os adolescentes manifestam essa necessidade a fim de se libertarem das exigências das relações sociais, de reconquistar a estabilidade emocional e de refletir sobre as questões da identidade (Larson, 1997).

Como vimos, a adolescência permite um crescimento físico, cognitivo e social, que é conciliado com as relações de apoio com os pais, a escola e a comunidade (Youngblade, et al., 2007). Mas a adolescência também tem sido descrita como um período do ciclo de vida com especiais vulnerabilidades transitórias. Arnett (1999) identificou três dimensões problemáticas na vida adolescente, as quais, apesar disso, não costumam atingir níveis graves na generalidade dos adolescentes e não podem ser consideradas universais: o conflito com os pais, no início da adolescência; a instabilidade emocional (especialmente, os sintomas internalizados, como a depressão), na fase intermédia da adolescência; e os comportamentos de risco, no final da adolescência. Coloca-se inclusivamente a hipótese de que estas vulnerabilidades, em geral transitórias, serem uma consequência das próprias aquisições desenvolvimentais da adolescência, e contribuir, elas próprias, para a promoção do desenvolvimento humano (Carapeto & Feixas, 2018).

Além disso, nos dias de hoje, existem diversos fatores de risco que comprometem este desenvolvimento e, conseqüentemente, o bem-estar físico e psicológico dos

adolescentes (Eaton et al., 2008), nomeadamente, a destruturação familiar. O atraso da entrada no mercado de trabalho é também, socialmente, um acontecimento que acaba por comprometer a independência económica e, por sua vez, a maturidade dos adolescentes nos dias de hoje. Por último, a obesidade, as doenças sexualmente transmissíveis e os problemas de saúde mental, também têm vindo a afetar o desenvolvimento social dos adolescentes (Coleman, 2011).

Em suma, a adolescência é uma etapa do ciclo de vida caracterizada por marcantes oportunidades desenvolvimentais e pela aquisição de importantes competências, mas também por desafios e uma série de riscos para o ajustamento psicológico presente e futuro.

2.2. Vinculação

John Bowlby (1969) e Mary Ainsworth (1979) definem a vinculação como um sistema motivacional relacionado com a procura e manutenção do contacto do bebé com o(s) cuidador(es) principal(is), habitualmente a mãe. A este tipo de contacto entre o bebé e o(s) cuidador(es) principal(is), Ainsworth (1989), dá o nome de ligações afetivas, que são ligações persistentes e não transitórias, consistindo numa relação emocionalmente significativa, que envolve uma ou mais figuras específicas (geralmente, o cuidador principal) e a atração de um indivíduo (geralmente, o bebé) por essa(s) mesma(s) figura(s), havendo a necessidade de proximidade e contacto. Bowlby (1969; 1973; 1988), acrescenta ainda, que as ligações afetivas precoces entre o bebé e o(s) cuidador(es) principal(is) são essenciais para a sobrevivência do bebé, dada a prestação de cuidados de segurança, proteção e conforto, por parte do(s) cuidador(es) principal(is) (Soares, 2007a). Ao longo do desenvolvimento humano, podem ser criadas, quebradas e/ou reorganizadas várias ligações afetivas com outros indivíduos (Bowlby, 1969). Deste modo, o sistema multidimensional da vinculação é ativado precocemente, apresentando indícios biológicos e comportamentais (Hrdy, 2005; Miller & Rodgers, 2001), e possibilitando o desenvolvimento de uma ligação afetiva entre o bebé e o(s) cuidador(es) principal(is) (Grossmann & Grossmann, 2005), que é evolutiva, mediante a influência dos fatores condicionantes, e que é fundamental para o desenvolvimento sócio-emocional da criança (Soares, 2007a).

Como impulsionador dos estudos acerca dos efeitos da privação de cuidados maternos na interrupção da vinculação e das suas consequências possíveis no desenvolvimento da psicopatologia, Bowlby (1969) desenvolveu a teoria da vinculação que reconhece a importância da vinculação para a sobrevivência da espécie humana e vai buscar o conceito de sistema comportamental da etiologia. Assim, a teoria propõe que a vinculação do bebê ao(s) cuidador(es) principal(is) tem por base um sistema comportamental de vinculação, que consiste na organização de comportamentos de vinculação. Desta forma, o bebê nasce equipado de competências comunicacionais, que lhe permitem expressar-se emocionalmente e através de comportamentos, os quais, por norma, são melhor entendidos pelo(s) cuidador(es) principal(is), como necessidades físicas e/ou sociais, e, conseqüentemente, respondidos de uma melhor forma (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Trevarthen, 2005). Estes comportamentos dizem respeito a um determinado número de “respostas instintivas” ou padrões de comportamento específicos da espécie humana, os chamados comportamentos de vinculação: chupar, chorar, agarrar, seguir e sorrir. Os comportamentos de vinculação permitem a interação entre o bebê e o(s) cuidador(es) principal(is) (Ahnert, 2005) e são ativados por acontecimentos internos (e.g., fome) e/ou acontecimentos externos (e.g., a separação física do cuidador). Têm assim, uma função de estabelecimento e manutenção de proximidade física, bem como de um sentimento de segurança perante potenciais ameaças (Bowlby, 1969). Numa fase inicial, os comportamentos de vinculação são independentes uns dos outros, emergindo em tempos diferenciados, mas no decurso do desenvolvimento tornam-se organizados e direcionados para o(s) cuidador(es) principal(is), permitindo a criação de laços afetivos entre eles (Bowlby, 1958). A estabilidade dos laços afetivos criados entre o bebê e o(s) cuidador(es) principal(is), tornam este(s) último(s) na(s) figura(s) de vinculação. A prestação repetida de cuidados básicos que permitem ao bebê experiências de segurança, proteção e conforto, asseguram a sua sobrevivência e tornam-no progressivamente mais capaz de se confrontar com o mundo externo (Bowlby, 1969).

A presença da(s) figura(s) de vinculação significa “acessibilidade” e a sua ausência significa “inacessibilidade”, seja ela temporária (e.g., a separação) ou permanente (e.g., a perda) (Bowlby, 1973). No entanto, a “acessibilidade” não é suficiente para estabelecer a relação de confiança que a criança precisa, pois a(s) figura(s) de vinculação pode(m) estar acessível(is) fisicamente mas inacessível(is) emocionalmente. A criança necessita de experienciar a(s) figura(s) de vinculação como acessível(is), mas

também responsiva(s). Como Ainsworth e colaboradores (1978) defenderam, a sensibilidade da(s) figura(s) de vinculação aos sinais da criança aumenta a confiança desta em relação à sua disponibilidade e responsividade. Pelo contrário, a insensibilidade da(s) figura(s) de vinculação face aos sinais da criança, põe em causa a construção de um sentido de confiança pelo bebé, levando a expectativas de rejeição ou de não responsividade (Soares, 2007b).

Ao longo do primeiro ano de vida, durante as relações com a(s) figura(s) de vinculação, o bebé vai construindo, de forma gradual, um conjunto de conhecimentos e expectativas, quer sobre o modo como a(s) figura(s) de vinculação atua(m) perante as suas exigências, quer sobre o *self*, relativamente ao seu valor e à capacidade de influenciar os outros. Bowlby (1973) designou este conjunto de conhecimentos e expectativas como modelos internos dinâmicos de vinculação. Estes permitem à criança tomar decisões sobre os seus comportamentos de vinculação, antecipar o futuro e fazer planos. Além disso, constituem-se como guias para a interpretação das experiências e para a orientação dos comportamentos de vinculação e outros comportamentos relacionais (Soares, 2007b).

Para além do sistema comportamental de vinculação, Bowlby (1969) concebe outros sistemas comportamentais, como o sistema comportamental de medo, caracterizado por sinais naturais de perigo, como a não-familiaridade com algo, a mudança rápida de estimulação, a abordagem rápida ou indefinida e/ou o estar só. O sistema comportamental de vinculação e o sistema comportamental de medo, a maior parte das vezes, são desencadeados em conjunto e pelas mesmas circunstâncias; ou seja, quando a criança está assustada, ela evita a fonte de desconforto, ao mesmo tempo que procura a fonte de proteção e segurança. Se a(s) figura(s) de vinculação não está(ão) disponível(is), a criança acaba por enfrentar a situação de medo, não só por enfrentar o próprio medo, mas também por se encontrar privada do contacto com a fonte segura (Soares, 2007b).

Para uma melhor compreensão do sistema comportamental de vinculação, Ainsworth e colaboradores (1978) começaram por observar bebés em interação com as suas mães, num contexto naturalista e num laboratorial, através do procedimento experimental da Situação Estranha. Este procedimento experimental foi desenvolvido com o principal objetivo de se analisar os comportamentos dos bebés (exploração do meio, procura e manutenção de proximidade, resistência e evitação) face à separação e

reunião com as respectivas figuras de vinculação. Durante a realização do procedimento experimental, os bebês são separados das mães e expostos a figuras estranhas, sendo que, posteriormente, os bebês retomam o contacto com as mães. Todo este procedimento é registado em vídeo e depois analisado, a fim de se clarificar a forma como os bebês respondem à separação e reunião com a figura de vinculação. Esta resposta acaba por refletir a qualidade do vínculo estabelecido entre o bebé e a figura de vinculação. No fundo, o procedimento experimental da Situação Estranha possibilitou o estudo das diferenças individuais na organização dos comportamentos de vinculação, tendo sido este o ponto de partida para a proposta de diferentes padrões de vinculação e seu estudo, em termos da sua estabilidade, mudança e trajetórias do desenvolvimento, no sentido de melhor se compreenderem as implicações dos vínculos precoces ao longo da infância e da adolescência (Soares, 2007b).

Deste modo, os comportamentos de vinculação podem ser classificados em 3 categorias comportamentais e afetivas: vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante (Ainsworth et al., 1978). O padrão de vinculação segura é caracterizado pela procura ativa de proximidade e interação do bebé com a(s) figura(s) de vinculação. Quando este contacto é estabelecido, o bebé procura mantê-lo, não exibindo resistência ao mesmo ou à interação com a(s) figura(s) de vinculação, nem evitamento. O bebé pode ou não exibir protestos à ausência da(s) figura(s) de vinculação. Já o padrão de vinculação ansiosa/ambivalente caracteriza-se pela coexistência de comportamentos de resistência ativa ao contacto e de comportamentos de procura de contacto com a(s) figura(s) de vinculação. Esta procura ativa de contacto acaba por inibir ou dificultar a exploração do meio. Por outro lado, o bebé não revela ou revela pouco evitamento, mas exibe comportamentos que manifestam irritação ou passividade perante uma situação e/ou acontecimento. Por último, o padrão de vinculação evitante é caracterizado por comportamentos de evitamento do bebé face à(s) figura(s) de vinculação, ignorando-a ou afastando-se. Neste padrão, o bebé não revela tendência para resistir ao contacto físico, nem para protestar com a ausência da(s) figura(s) de vinculação (Soares, 2007b). Mais tarde, foi proposta uma nova categoria comportamental e afetiva: vinculação desorganizada e desorientada, que se caracteriza por comportamentos contraditórios e incoerentes, que impedem o bebé de utilizar estratégias organizadas para lidar com o stress (Main & Solomon, 1986).

Com o desenvolvimento dos estudos acerca da vinculação, o foco tem vindo a estender-se até à adolescência e à idade adulta, onde a conceptualização da vinculação foi realizada em termos representacionais e não tanto comportamentais, designadamente focando os modelos internos dinâmicos (Main & Goldwyn, 1985). A identificação de padrões de organização mental da vinculação em adultos, semelhantes aos padrões de organização comportamental identificados em bebés, permite também o estudo da transmissão intergeracional da vinculação, não por uma questão genética, mas pela possível existência de uma microcultura familiar (Bowlby, 1979). Estes estudos têm vindo a sugerir que as experiências precoces de vinculação influenciam, posteriormente, o desenvolvimento de perturbações psicológicas, das relações íntimas e amorosas e/ou até das relações terapêuticas (Soares, 2007b). Com isto, o desenvolvimento normativo da vinculação na infância e, depois, na adolescência, tal como as diferenças individuais na organização dos comportamentos de vinculação são questões fundamentais para a compreensão das trajetórias desenvolvimentais do funcionamento psicossocial (Carvalho, 2007).

2.2.1. Vinculação na Adolescência

Num capítulo de revisão sobre a vinculação na adolescência, Jongenelen e colaboradores (2007) identificaram duas tarefas normativas na adolescência implicadas no desenvolvimento da vinculação. Primeiro, a adolescência é caracterizada por ser um período de transição entre os vínculos de infância (essencialmente estabelecidos no contexto de relação pais-filhos), e outras ligações afetivas, que se estabelecem para além das relações familiares e que vão predominar na vida adulta. Segundo, relacionado com o primeiro, este período do desenvolvimento humano é também marcado por múltiplas transformações, ao nível dos sistemas cognitivo, emocional e comportamental, as quais, inevitavelmente, ocasionam mudanças nos conhecimentos e nos comportamentos (modelos internos dinâmicos), e levam à emergência de uma organização de vinculação singular e integrada (em vez das múltiplas vinculações que se foram construindo ao longo da infância).

Toda esta fase de mudança e aprendizagem vai permitir ao adolescente um sentido mais claro e complexo do *self* e a sua diferenciação em relação aos outros, permitindo ainda, a realização de uma análise mais profunda das relações de vinculação em estreita

articulação com a exploração do *self*, dos outros e do mundo. Além disso, com o surgir do pensamento formal, o adolescente adquire maiores capacidades cognitivas para refletir sobre a natureza do *eu* e para rever ou reorganizar os seus conhecimentos acerca das suas experiências relacionais, refletir sobre as suas experiências com a(s) figura(s) de vinculação e com os outros, isto é, reconstruir e sofisticar os seus modelos internos dinâmicos (Jongenelen et al., 2007).

Durante a adolescência, a par da necessidade de segurança, proteção e conforto a que o sistema comportamental de vinculação dá resposta, verifica-se uma valorização do sistema comportamental exploratório, traduzida por comportamentos de procura de autonomia, onde as figuras parentais passam a ser vistas como recursos disponíveis quando o adolescente é confrontado com situações de dificuldade e/ou stress. Assim, o adolescente pode explorar, emocionalmente e de modo seguro, a possibilidade de viver independente dos pais, porque sabe que pode recorrer a eles sempre que necessário (Soares, 2007b).

Também as transformações na relação com os pares podem ter impacto na vinculação. As relações com os pares adquirem um carácter de conforto e de apoio psicológico, uma vez que, é com os pares que os adolescentes ensaiam novas formas de ser, estar e pensar, enfrentam mudanças e desafios, ao mesmo tempo, que esboçam e validam a sua identidade pessoal. Verifica-se, por isso, uma extensão do domínio das relações de vinculação aos pares, com a particularidade de se tratar de possíveis relações de vinculação mais simétricas (relativamente à assimetria das vinculações de infância), em que o adolescente umas vezes recebe conforto e apoio, e outras vezes oferece-os ao(s) seu(s) par(es). Estas relações com os pares podem traduzir-se em relações românticas, que eventualmente podem resultar numa relação de vinculação duradoura e ativar o sistema comportamental sexual (Jongenelen et al., 2007).

Como já foi referido, a vinculação na adolescência está associada ao desenvolvimento interpessoal e psicológico, e quando se mostra segura é determinada por interações positivas entre o adolescente e a(s) figura(s) de vinculação. Estas interações envolvem apoio emocional, sensibilidade e responsividade, e uma sincronia na relação pais-filho (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969). De acordo com os estudos (Gallarín & Alonso-Arbiol, 2012; Kerns & Stevens, 1996; Minzi, 2006), o apoio parental, a perceção dos adolescentes sobre a aceitação e aprovação dos pais e a qualidade da interação pais-

filho são os fatores preditivos na condução à vinculação segura na adolescência. Além disto, a vinculação segura reflete um aumento do relacionamento dos adolescentes com os outros, a manifestação de sentimentos de agradabilidade e um aumento da consciência emocional. Os estudos desenvolvidos em torno da vinculação na adolescência também têm constatado que a vinculação segura é mais propícia em amostras de baixo risco, ou seja, que pertençam à classe média e que tenham crescido na mesma comunidade, e vivido com os pais biológicos durante toda a infância (Aikins, Howes, & Hamilton, 2009; Allen, McElhaney, Kuperminc, & Jodl, 2004; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000). Em contrapartida, a vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) na adolescência está associada a conflitos interpessoais desenvolvidos nas interações pais-filho (Armsden & Greenberg, 1987; Davila, Burge, & Hammen, 1997; Van Ryzin & Leve, 2012). Desta forma, as atitudes críticas, a expressão de emoções negativas e as pressões dos pais perante os adolescentes são comportamentos que levam à vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) e que aumentam a manifestação de comportamentos ansiosos e de evitação por parte dos adolescentes (Rice, Lopez, & Vergara, 2005; Scott, Briskman, Woolgar, Humavun, & O'Connor, 2011).

Em consonância com as premissas da teoria da vinculação, alguns estudos sugerem que existe relativa continuidade do sistema comportamental de vinculação desde a infância até à idade adulta (Allen et al., 2004; Ammaniti, Van IJzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000; Zimmermann & Becker-Stoll, 2002). No entanto, alguns estudos dão conta de alterações ao longo do desenvolvimento. Vondra, Shaw, Swearingen, Cohen e Owens (2001) verificaram que ao longo do segundo ano de vida, há um aumento, de forma consistente, dos padrões de vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante). De acordo com outro estudo (Moss, Cyr, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005), realizado no Canadá, com crianças com 3 anos e meio, os resultados apontam no mesmo sentido, uma vez que, refletem uma maior desorganização das crianças relacionada com acontecimentos de vida e alterações na qualidade da relação das crianças com os pais. Woodward, Fergusson e Belsky (2000) avaliaram também os efeitos da separação parental na qualidade da vinculação dos adolescentes aos progenitores e na percepção dos cuidados parentais e práticas parentais de sobreproteção na infância chegando à conclusão que a exposição à separação parental se associa a uma menor vinculação aos progenitores na adolescência e a percepções mais negativas sobre os cuidados parentais e a sobreproteção na infância. Estas conclusões

mostraram depender da idade da separação mas foram independentes do género da criança. Por fim, outro estudo (Bretherton & Munholland, 1999) mostrou que filhos de progenitores com pouca disponibilidade e pouco responsivos às suas necessidades têm maior probabilidade de apresentar dificuldades posteriores no desenvolvimento de relacionamentos estáveis com os pares e em servir de base segura para os seus próprios filhos.

Além da (des)continuidade da vinculação ao longo do desenvolvimento humano, o estudo das diferenças de género na vinculação tem merecido o interesse dos investigadores. Alguns autores afirmam que o género feminino está mais associado à vinculação segura do que o género masculino (Hazan & Shaver, 1987; Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000). O estudo recente de Szalai, Czeglédi, Vargha e Grezsa (2017) com adolescentes húngaros encontrou uma vinculação mais ansiosa e maior evitamento do pai nas raparigas, bem como, um evitamento mais elevado da mãe nos rapazes. Em Portugal, Carvalho (2007) relatou no seu estudo que não se verificaram diferenças significativas entre os géneros nas várias dimensões da vinculação. Os estudos não são pois consensuais a respeito das diferenças de género na vinculação dos adolescentes.

Em síntese, os comportamentos de vinculação desenvolvidos na adolescência vão diferenciar-se dos comportamentos de vinculação na infância (Soares, 2007b). Esta diferenciação deve-se sobretudo, ao facto de na adolescência a vinculação estar associada à regulação afetiva e na infância às questões da segurança e sobrevivência (Allen & Manning, 2007).

2.3. Ajustamento Emocional

As emoções têm um contributo importante no funcionamento diário do ser humano, na medida em que assumem o propósito de iniciar, manter ou modificar as relações com o meio envolvente, surgindo aquando do aparecimento de mudanças numa determinada situação e/ou acontecimento, e despoletam no indivíduo a capacidade de reação, de forma rápida e adaptativa (Frijda, 1986). As emoções são inatas e geradas de forma automática na parte mais primitiva, reptílica e límbica do cérebro (Steiner & Perry, 2000), funcionando como mecanismos que ajudam os indivíduos a reagir com rapidez

face a situações e/ou acontecimentos inesperados, a tomar decisões com prontidão e segurança e a comunicar com o outro (Martin & Boeck, 2002).

A experiência emocional começa quando há uma alteração na situação e/ou no acontecimento que o indivíduo está a vivenciar. Esta alteração pode ocorrer no envolvimento, mas também na mente da pessoa. Após a alteração da situação e/ou do acontecimento, o indivíduo começa a experienciar a emoção, ao mesmo tempo, que surge uma excitação emocional (*arousal*) associada a alterações fisiológicas (e.g., aumento da frequência cardíaca e respiratória), que leva o indivíduo a reagir, de forma rápida e adaptativa. A gestão e a regulação da intensidade da agitação emocional é realizada através das estratégias de *coping*, que acabam por influenciar os resultados da experiência emocional, nomeadamente, a expressão emocional e a tendência para agir (e.g., fugir) (Denham, 1998). A tendência para agir, ou seja, a prontidão para reagir a determinada situação e/ou acontecimento, não implica, necessariamente, agir imediatamente, de impulso. Isto porque, a socialização das emoções ajuda a pessoa a aprender a controlar o impulso inicial, no entanto, a prontidão para reagir à situação e/ou acontecimento permanece, juntamente com as alterações fisiológicas (Scherer, 2000). Contudo, o indivíduo também aprende a lidar com as alterações fisiológicas decorrentes da excitação emocional, podendo ignorá-las e focar-se apenas na situação e/ou acontecimento que despoletou determinada emoção. À posteriori, o indivíduo é capaz de refletir retrospectivamente acerca das sensações corporais desencadeadas pelas alterações fisiológicas (Veiga & Rieffe, 2015).

Ao longo da vida, as emoções evoluem e adaptam-se consoante as vivências experienciadas pelos indivíduos (Steiner & Perry, 2000), sendo através das experiências emocionais, que os indivíduos aprendem a tornar-se emocionalmente competentes, não só através da observação, mas também da interação com os outros. A competência emocional inclui várias habilidades, das quais vamos destacar a consciência emocional e a regulação emocional (Veiga & Rieffe, 2015).

A consciência emocional é um processo atencional que permite monitorizar e diferenciar as emoções, bem como, identificar os seus antecedentes e perceber as alterações fisiológicas associadas à experiência emocional (Rieffe, Miers, Meerum Terwogt, & LY, 2008). Conhecer as próprias emoções, implica ter consciência do que se quer manter ou modificar nas relações com o meio envolvente (Rieffe, Terwogt, &

Kotronopoulou, 2007). Por este motivo, os aspectos cognitivo e emocional são indissociáveis, uma vez que, para se compreender e interpretar as relações com o meio envolvente é necessário conjugar as competências cognitivas e emocionais (Martin & Boeck, 2002). Neste sentido, a consciência emocional é entendida como uma consciência autorreflexiva, onde a mente observa e investiga as experiências emocionais, e, por isso, as emoções nelas envolvidas. A consciência autorreflexiva permite que o indivíduo tenha consciência das emoções e dos pensamentos a propósito das mesmas (Goleman, 2006). Deste modo, a consciência emocional significa saber aquilo que sentimos e o que os outros sentem, a descoberta da causa desses sentimentos e o conhecimento do efeito das nossas emoções nos outros (Steiner & Perry, 2000). Somente quem aprende a interpretar e a aceitar as emoções é capaz de as controlar e explorar de uma forma mais profunda. Para isso, é necessário ter-se a percepção e a consciência do próprio mundo interno, sem que haja um domínio deste perante o indivíduo. É por isso fundamental haver um distanciamento interior em relação a nós próprios para que se perceba, controle e desenvolva as emoções de forma eficaz (Martin & Boeck, 2002).

A regulação emocional compreende a capacidade de gerir as emoções e de as expressar de forma adequada. Para isso, é necessário que haja um equilíbrio entre os desejos e as necessidades dos indivíduos e os objetivos e estratégias da sociedade, sem colocar em risco as relações com o meio envolvente (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012).

As experiências emocionais durante a primeira infância são fundamentais para o bem-estar físico e psicológico, bem como para o desenvolvimento social. Quando há um comprometimento nos vínculos precoces e uma exposição contínua a traumas relacionais, ou ainda, quando a(s) figura(s) de vinculação falham no reconhecimento dos seus estados emocionais internos, a criança pode apresentar dificuldades na consciência e na regulação das suas emoções (Veiga & Rieffe, 2015). A privação de interação social também compromete as capacidades de compreensão, regulação e expressão das emoções (Way, Yelsma, Van Meter, & Black-Pond, 2007). Dificuldades na monitorização da consciência emocional impossibilitam o indivíduo de lidar e resolver determinadas situações e/ou acontecimentos inesperados, o que por sua vez, compromete os processos de regulação emocional, que resultam em problemas de externalização e internalização (Van Der Kolk, 2005). Os problemas de externalização surgem normalmente na idade pré-escolar (McLeod & Fettes, 2007) e caracterizam-se por comportamentos que são disruptivos para

o próprio e para os outros (Carvalho, 2007), como os problemas de comportamento, nomeadamente, a hiperatividade e a impulsividade (Achenbach & Rescorla, 2004). Já os problemas de internalização também se podem desenvolver durante a idade pré-escolar, mas apresentam maior incidência no período da adolescência, envolvendo um conjunto de alterações nas emoções e nos estados de humor (Carvalho, 2007), nomeadamente, a tristeza, a depressão, a preocupação e a ansiedade (Achenbach & Rescorla, 2004). Ambos os tipos de problemas apresentam uma componente comportamental e afetiva, bem como aspetos cognitivos característicos, existindo uma comorbilidade substancial entre os problemas de externalização e de internalização (Carvalho, 2007).

A depressão resulta de reações de adaptação negativas, normalmente desencadeadas por perdas irreparáveis, como a morte de uma pessoa próxima, por perdas de objetivos, de posição e de poder, como a perda do emprego, pela discriminação, por traumas do passado, como os maus-tratos na infância e/ou por esgotamento (Martin & Boeck, 2002). No fundo, a depressão caracteriza-se pela presença de tristeza, vazio ou humor irritável, que se faz acompanhar por alterações somáticas, comportamentais e cognitivas. Além disso, quando atinge o nível de perturbação mental, este problema de internalização apresenta uma duração excessiva, provoca sofrimento psicológico clinicamente significativo, e afeta, de forma significativa, a capacidade do funcionamento do indivíduo. A ansiedade diz respeito, à antecipação de uma ameaça futura, associada a comportamentos de tensão muscular e a estados de vigilância em preparação para perigos futuros, bem como a comportamentos cautelosos e de evitamento (APA, 2014). A manifestação destes comportamentos, de forma moderada, é comum em qualquer ser humano, uma vez que, a ansiedade é característica do processo de desenvolvimento normal do indivíduo, pois fornece-lhe os meios necessários para se adaptar a novas situações, inesperadas e/ou perigosas. No entanto, a manifestação dos sintomas ansiosos pode variar com a idade e consoante as características do meio envolvente, podendo haver uma relação estreita entre os padrões de evolução da ansiedade e o nível de desenvolvimento cognitivo do indivíduo (Fonseca, 2010).

Por último, o stress é entendido como a interação entre a resposta a um elemento stressor, causado pelo ambiente externo (e.g., problemas no trabalho), e o sofrimento (Lazarus & Launier, 1978). Esta resposta manifesta-se através de alterações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas (e.g., sensação de tensão) (Ogden, 2004), interferindo assim, no bem-estar e na saúde física e mental do indivíduo (Serra, 2002).

Vários estudos (Canino, et al., 2004; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeeler, & Angold, 2003; Kim-Cohen, et al., 2003; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; Mesman, Bongers, & Koot, 2001; Nada-Raja, McGee, & Stanton, 1992) relatam que os problemas de externalização e internalização seguem um percurso homotípico desde a infância até à adolescência. Os resultados obtidos nestes estudos indicam que as perturbações ansiosas têm um início precoce, pelo que, as crianças em risco de as desenvolverem apresentam uma maior probabilidade de desenvolver uma perturbação ansiosa na infância e uma perturbação depressiva a partir da adolescência (Kovacs, Obrosky, Gatsonis, & Richards, 1997). Por sua vez, outros estudos (Canino, et al., 2004; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Garnefski, Kraaij, & Van Eten, 2005; Helstela & Sourander, 2001; Roussos, et al., 2001; Sourander, Niemela, Santalahti, Helenius, & Piha, 2008) também nos confrontam com a existência de diferenças de género, logo a partir da idade pré-escolar, quanto à manifestação de problemas de externalização e internalização, sendo que, o género masculino apresenta mais problemas de externalização, como a perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), a Perturbação do Comportamento e Oposição, bem como os comportamentos de agressão física, enquanto o género feminino apresenta mais problemas de internalização, como a depressão e ansiedade.

2.3.1. Ajustamento Emocional na Adolescência

O desenvolvimento emocional na adolescência é caracterizado pelo aumento da autonomia na monitorização do comportamento, da emoção, da cognição e do relacionamento com o meio envolvente. Este aumento da autonomia acaba por tornar os processos de consciência e regulação emocional mais vulneráveis, uma vez que o adolescente tende a não consultar outros significativos mais experientes (pais, professores), apoiando-se em si mesmo e nos seus pares. Por outro lado, esta vulnerabilidade é também influenciada pela grande variabilidade emocional, característica da adolescência (Arnett, 1999; Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002), que dificulta a resposta dos adolescentes face a determinadas situações e/ou acontecimentos (Compas, et al., 2008) e que por vezes leva ao desenvolvimento de problemas de externalização e de internalização (Jacobs, et al., 2008).

Outros estudos (Hackett & Hackett, 1999; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997; Stark, Humphrey, Crook, & Lewis, 1990) mostram que para além das

características individuais dos adolescentes, os fatores familiares e sociais estão também associados ao desenvolvimento de problemas de externalização e internalização. Desta forma, os principais fatores de risco dizem respeito, a problemas de psicopatologia parental e a práticas parentais negativas, bem como, a características sociodemográficas, práticas culturais e situações e/ou acontecimentos de vida stressantes (e.g., problemas financeiros, divórcio dos pais) (Epkins & Heckler, 2011; Hughes & Gullone, 2008). Existem também estudos (Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016; Jakobsen, Horwood, & Fergusson, 2012; Lins & Alvarenga, 2015; Hughes & Gullone, 2008), que nos indicam que os problemas de psicopatologia parental, os quais também desencadeiam práticas parentais negativas, são preditores do desenvolvimento de problemas de internalização nos adolescentes, sobretudo a depressão e a ansiedade.

A depressão na adolescência pode afetar o desenvolvimento normal dos adolescentes (Verduyn, Rogers, & Wood, 2009), contribuindo, de forma significativa, para o desenvolvimento de comportamentos de risco, de respostas desadaptativas e de problemas comórbidos (Alloy, Zhu, & Abramson, 2003). Segundo um modelo biopsicossocial integrado, as vulnerabilidades genética, neurobiológica e/ou psicossocial são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão na adolescência (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2013). Em termos clínicos, os principais sintomas depressivos que se manifestam na adolescência são a hipersônia, a reatividade à rejeição, a letargia, a perda de apetite, o isolamento social, os comportamentos suicidas, a insatisfação com a imagem corporal, os sentimentos de culpa, a desesperança e o desânimo (Rudolph, Hammen, & Daley, 2006). Aquando da ausência de uma intervenção clínica no âmbito da depressão na adolescência, a sua prevalência pode estender-se até à idade adulta. Desta forma, o diagnóstico e tratamento adequados, bem como, a prevenção deste tipo de problema de internalização durante a adolescência são aspetos cruciais (Alloy et al., 2003; Rao & Chen, 2009; Rudolph et al., 2006).

A ansiedade na adolescência pode expressar-se através de uma resposta motora, cognitiva e/ou fisiológica, o que leva ao desencadeamento de um conjunto de reações. A nível motor, os adolescentes podem demonstrar comportamentos de evitamento, irrequietude ou desassossego. A imobilidade e os pedidos insistentes de ajuda também fazem parte da sintomatologia motora. A nível cognitivo, os adolescentes podem demonstrar atitudes de apreensão e receio, bem como, distorções cognitivas, referentes à insegurança pessoal ou à falta de concentração. Por último, a nível fisiológico há uma

ativação do sistema nervoso autônomo, sendo que, os adolescentes podem manifestar sintomas como, o aumento do ritmo cardíaco e a transpiração intensa, o que leva à apresentação de queixas somáticas por parte dos mesmos (Fonseca, 2010).

O stress na adolescência pode manifestar-se a partir das alterações biológicas, cognitivas e sociais, que caracterizam esta etapa do desenvolvimento (Lipp, 1989) e que colocam os adolescentes à prova, no sentido em que, os adolescentes experienciam com frequência as suas possibilidades e capacidades para lidar com situações e/ou acontecimentos stressantes (Câmara & Carlotto, 2007). Estas situações e/ou acontecimentos stressantes, podem desencadear sintomas como, insegurança, timidez, ansiedade, baixa autoestima e falta de motivação (Rotta, 2006).

Vários estudos reportam os problemas de internalização como a depressão, a ansiedade, as queixas somáticas, a preocupação e a ruminação (Rieffe, Camodeca, & Lange, 2012; Rieffe, Oosterveld, & Meerum Terwogt, 2006; Rieffe, Terwogt, & Jellesma, 2008; Rieffe et al., 2007; Rieffe, Villanueva, Adrián, & Górriz, 2009). Mais especificamente, há estudos (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Nolen-Hoeksema & Hilt, 2013; Rudolph et al., 2006; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002) que revelam que a depressão tem uma maior prevalência nas raparigas do que nos rapazes, fundamentalmente dos 13 anos em diante, estando os fatores biológicos, cognitivos e psicossociais associados a estas diferenças de género (e.g., as raparigas apresentam uma maior sensibilidade perante situações e/ou acontecimentos negativos e/ou stressantes, principalmente, os que envolvem problemas nas relações interpessoais). Em Portugal, num estudo recente (Carvalho et al., 2015), constatou-se que o género feminino também apresenta mais sintomatologia depressiva do que o género masculino e que os sintomas depressivos aumentam com a idade. Em relação à ansiedade na adolescência, os estudos (Casullo, Cruz, González, & Maganto, 2003; March, Sullivan, & Parker, 1999; Ólason, Sighvatsson, & Smári, 2004; Villabo, Gere, Torgersen, March, & Kendall, 2012; Yen et al., 2010) relatam que as raparigas são mais vulneráveis ao desenvolvimento da ansiedade do que os rapazes e que a ansiedade tende a diminuir com o avanço da idade, o que pode ter a ver com o desenvolvimento das competências cognitivas, emocionais e comportamentais ao longo da adolescência, as quais permitem uma melhor capacidade para lidar com os sintomas da ansiedade. Por fim, quanto à manifestação do stress os estudos (Calais, Andrade, & Lipp, 2003; Tanganelli, & Lipp, 1998) revelam que também

existem diferenças de género, havendo uma predominância dos sintomas de stress nas raparigas, quando comparadas com os rapazes.

2.4. Imagem Corporal

A imagem corporal é uma experiência psicológica multifacetada (Cash & Pruzinsky, 1990), que engloba experiências de autoperceção e autoatitude, da pessoa em relação ao seu corpo, através de pensamentos, crenças, sentimentos e/ou de comportamentos (Cash, 2004). Por outras palavras, a imagem corporal é entendida como a imagem do nosso próprio corpo na nossa mente, ou seja, é o resultado da forma como o nosso corpo se expressa para nós, envolvendo uma perspetiva tridimensional que engloba aspetos psicológicos, fisiológicos e sociológicos, e que se encontra num processo constante de autoconstrução, diferenciação e integração desde o nascimento. O conceito da imagem corporal corresponde, por isso, à dimensão imagética do corpo e, em parte, ao inconsciente, tendo como suporte a afetividade e o conjunto de experiências com a realidade externa com a qual o indivíduo tem contacto (Schilder, 1968). A imagem corporal pode ser vista como a primeira representação inconsciente de si mesmo, que estabelece os limites entre o interno e o externo, entre o *eu* e os outros, estando dependente das relações que se estabelecem com os outros (Guiose, 2015).

Nos dias de hoje, a imagem corporal surge muito associada ao conceito de insatisfação com a imagem corporal, que se traduz nos pensamentos e sentimentos negativos que um indivíduo manifesta perante o seu corpo (Grogan, 2008). Esta insatisfação com a imagem corporal pode definir-se como a discrepância entre a avaliação que o indivíduo faz da sua imagem corporal atual e da sua imagem corporal ideal. Deste modo, esta discrepância é entendida como uma medida de satisfação ou insatisfação com a imagem corporal (Francisco, Narciso, & Alarcão, 2012). De acordo com as teorias socioculturais da imagem corporal, a insatisfação com a imagem corporal surge muitas vezes associada aos ideais corporais que cada sociedade transmite, através dos média, dos pares e da família (Tiggemann, 2011). Estes ideais corporais realçam a magreza para o género feminino e a musculosidade para o género masculino, o que, por vezes, acaba por desencadear o sentimento de insatisfação com a imagem corporal, devido aos ideais corporais que se tornam irrealis e quase impossíveis de alcançar (Tiggemann & Williams, 2012).

O conceito de imagem corporal positiva também tem vindo a ser desenvolvido e privilegia a apresentação de visões mais positivas acerca do corpo, chamando a atenção dos indivíduos para a estimulação das suas qualidades corporais (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Portanto, este conceito destaca a importância de uma opinião favorável acerca do seu próprio corpo, independentemente da aparência física atual, ou seja, sugere que o indivíduo deve aceitar o seu corpo tal como é, sem preocupações com o peso ou com as imperfeições e formato do corpo, envolvendo-se em comportamentos saudáveis, respondendo às suas necessidades e rejeitando os ideais corporais transmitidos sobretudo através dos média (Tylka, 2011). Contudo, é importante ressaltar, que esta visão da imagem corporal não implica uma satisfação completa com a imagem do corpo e não se oferece como fator protetor face aos ideais corporais que nos dias de hoje, apresentam grande relevo para as sociedades (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Os estudos de Lamb, Jackson, Cassiday e Priest (1993) e de Tiggemann (2004) realizados com as diferentes gerações têm vindo a mostrar que a insatisfação com imagem corporal e as preocupações com a aparência e o peso se mantêm ao longo da vida, apesar de serem mais frequentes no género feminino. Estes autores também relatam, que à medida que o corpo toma volume, como consequência do avanço da idade, o volume da imagem corporal ideal também aumenta, uma vez que as expectativas se tornam mais realistas.

À semelhança da influência que as experiências precoces têm para o desenvolvimento, também a imagem corporal apresenta um papel importante no desenvolvimento psicológico e interpessoal. É durante a fase da adolescência que a imagem corporal tem maior influência na autoestima, sobretudo nas raparigas, de tal forma que, uma imagem corporal negativa está frequentemente associada a uma baixa autoestima, à depressão e ansiedade, bem como, a tendências obsessivas-compulsivas (Levine & Smolak, 2002). Alguns investigadores (Cash & Pruzinsky, 1990; Smolak, Levine, & Thompson, 2001; Thompson, 1996) têm afirmado, que as normas e expectativas sociais levam as mulheres a estarem mais atentas e psicologicamente investidas na sua aparência física, o que pode levar, à desestabilização do bem-estar e contribuir para a desregulação alimentar, bem como, para a depressão ou outros problemas psicológicos. No caso dos rapazes, tem vindo a verificar-se, que a insatisfação com a imagem corporal tem por base os mesmos fatores mas que, no entanto, é menos frequente e menos severa do que nas raparigas.

2.4.1. Imagem Corporal na Adolescência

As características físicas e a aparência são das principais preocupações dos adolescentes, apesar de não resultarem de percepções incorretas de si próprios, uma vez que, na sua maioria, os adolescentes são capazes de identificar, num conjunto de perfis corporais, o perfil que mais se aproxima do seu. Portanto, as preocupações surgem dos juízos de valor que os adolescentes têm tendência a fazer acerca das próprias características físicas e da sua aparência. Os estereótipos da imagem do corpo e as normas culturais apresentam uma forte influência na percepção que os adolescentes têm do próprio corpo (Sprinthall & Collins, 2003).

Os estudos (Benedikt et al., 1998; Cash & Fleming, 2004; McKinley & Randa, 2005) acerca da imagem corporal têm cada vez mais vindo a considerar as influências subculturais, como as dos pais, pares e pares românticos. Como tal, os estudos (Lieberman, Gauvin, Bukowski, & White, 2001; Lunner, et al., 2000) têm sugerido, que os pares e as relações com os pares são agentes determinantes na influência da prática de dietas, para atingir a magreza. No fundo, a pressão dos pares para se obter um corpo ideal abrange todas as faixas etárias, o que demonstra que a insatisfação com a imagem corporal começa desde cedo e estende-se ao longo do desenvolvimento humano (Demarest & Allen, 2000; Grogan, 1999). Alguns estudos (Gerner & Wilson, 2005; Stice & Whitenton, 2002) acrescentam ainda, que existe uma associação entre a relação com os pares e a insatisfação com a imagem corporal, especialmente em adolescentes do género feminino, na medida em que os pares prestam pouco apoio neste sentido.

Segundo O’Dea e Abraham (1999) a imagem corporal está também associada a fatores interpessoais, que se têm demonstrado cruciais na sua construção durante o período da adolescência. Este fator interpessoal diz respeito, por exemplo, ao papel do par amoroso e à qualidade da relação amorosa. Como já vimos anteriormente, durante a adolescência, os adolescentes estão particularmente preocupados com a aparência física, pois é durante esta fase do desenvolvimento que começam a ter os primeiros relacionamentos com os indivíduos do género oposto, o que, conseqüentemente, leva a um aumento do contacto físico e a uma maior exposição do seu corpo à avaliação dos outros; a aparência física torna-se assim num fator importante na construção e satisfação da relação romântica. De facto, um dos principais obstáculos com que os adolescentes se deparam no início de uma relação amorosa é a falta de confiança perante a sua imagem

corporal, de tal forma que os indivíduos que não se sentem fisicamente atraentes são menos abordados pelos outros no sentido de iniciar um relacionamento. Desta forma, o par amoroso é também uma importante fonte de influência, através do feedback que fornece, na construção da imagem corporal (Sprecher, McKinney, & Orbuch, 1991).

Corson e Andersen (2002) apontam ainda para a existência de diferenças de género em relação à imagem corporal, uma vez que, os rapazes referem uma maior insatisfação com a forma do corpo, desejando ser mais musculados, ao passo que as raparigas são mais insatisfeitas em relação ao seu peso, desejando ser mais magras. Em geral, as raparigas com peso excessivo apresentam uma autoimagem negativa, sendo que, entre o 6º e o 7º ano de escolaridade, apresentam também uma maior tendência a considerar, erradamente, a perceção do seu peso (Sprinthall & Collins, 2003). De acordo com um estudo realizado em Portugal (Francisco et al., 2012), constatou-se que os rapazes apresentam uma maior satisfação com a imagem corporal, apesar de apresentarem Índices de Massa Corporal (IMC) mais elevados. Neste mesmo estudo verificou-se que uma percentagem considerável de rapazes (14.6%) e de raparigas (20.2%) estão extremamente magros, apresentando um IMC inferior a 17.5. Contudo, a maioria dos adolescentes (64.8%) apresenta peso normal e apenas 5.2% dos participantes apresentam excesso de peso e 1% apresenta obesidade. Neste seguimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também realizou um estudo internacional (Inchley et al., 2016) com adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade, onde constata que, em Portugal, o excesso de peso e a obesidade diminuem com o aumento da idade, estando os rapazes mais associados a este tipo de problemas do que as raparigas. Neste mesmo estudo também se pode concluir que, com o aumento da idade, as raparigas têm tendência a considerar-se mais gordas, ao invés dos rapazes.

2.5. Vinculação, Ajustamento Emocional e Imagem Corporal na Adolescência

Nas secções anteriores foram abordadas importantes transformações desenvolvimentais na adolescência, nomeadamente, ao nível da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal, abrindo-se assim caminho para uma abordagem relacional dos temas, como vai ser explorado nesta mesma secção.

As experiências precoces contribuem para o desenvolvimento e funcionamento psicológico. Neste sentido, os padrões de vinculação ajudam a explicar as diferenças individuais no modo como as crianças aprendem a lidar com as diversas situações que enfrentam, face à postura da(s) figura(s) de vinculação, bem como ao meio envolvente (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Lyons-Ruth, Melnick, Bornfman, Sherry, & Llanas, 2004).

Vários autores chamam a atenção para a importância da vinculação no ajustamento emocional dos adolescentes. Para Allen e Manning (2007), na adolescência, o sistema comportamental de vinculação evolui para uma espécie de sistema de regulação emocional em contexto social. Assinalando a escassez de estudos sobre o tema, Parrigon, Kerns, Abtahi e Koehn (2015) fizeram uma revisão compreensiva da literatura sobre as relações entre a vinculação e a competência emocional das crianças mais velhas e dos adolescentes, nomeadamente, a consciência emocional e a regulação emocional. O trabalho dos autores colocou em evidência que os adolescentes com vinculação segura apresentam uma melhor capacidade de reconhecer e identificar as emoções (i.e., consciência emocional), e de utilizar estratégias de *coping* (i.e., regulação emocional) do que os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante). Por outro lado, verificou-se que as interações de proximidade e conforto pais-filho(a), num relacionamento de vinculação segura, produzem mais sentimentos de alegria e felicidade e menos estados de humor negativos, pelo que, perante situações de perigo e de conflito com as mães, os adolescentes que reportam estilos de vinculação segura demonstram mais afeto positivo do que negativo. Os autores constataram também que os adolescentes com vinculação segura apresentam uma maior coerência entre a expressão e a autopercepção das emoções do que os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante), mostrando-se, por isso, mais conscientes e recetivos às suas próprias emoções. Foi ainda verificado que a vinculação atua como um fator de proteção contra o medo e a desregulação fisiológica, perante situações e/ou acontecimentos stressantes. Os adolescentes com vinculação segura parecem ser mais capazes de lidar com as emoções negativas, como a tristeza, a raiva e o medo, do que os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante). De facto, a vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) foi identificada como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de internalização, como a ansiedade e a depressão, uma vez que, os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) são

mais propensos a regular as emoções de forma desadaptativa. Por outro lado, os autores evidenciaram a relação entre a vinculação segura e o sucesso nas relações com os pares, relacionada com o facto de os adolescentes com vinculação segura aprenderem a regular as emoções durante as experiências emocionais com os pais, sendo capazes de transferir esta capacidade para as interações sociais com os pares (Warren, Denham, & Bassett, 2008).

Alguns estudos também têm mostrado a relação entre a vinculação na infância e a psicopatologia na adolescência. Um estudo longitudinal (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999) revelou que num grupo de crianças com desenvolvimento típico, aquelas que apresentavam um padrão de vinculação segura obtiveram índices mais baixos de psicopatologia na adolescência. O mesmo aconteceu num grupo de crianças com desenvolvimento atípico, em que as crianças associadas a um padrão de vinculação segura desencadearam em menor escala algum tipo de psicopatologia na adolescência, quando comparadas com as crianças com desenvolvimento atípico que apareceram mais associadas aos padrões de vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante). De facto, os padrões de vinculação são mais importantes do que os acontecimentos de vida na previsão da sintomatologia depressiva, sendo os padrões de vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) na infância preditores da sintomatologia depressiva na adolescência (Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001; Sund & Wichstrom, 2002). Quanto à ansiedade, destacamos uma metanálise desenvolvida com o intuito de investigar a associação entre a vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) e a ansiedade em crianças e adolescentes, onde se chegou à conclusão que essa associação é mais forte nos adolescentes do que nas crianças (Colonnesi et al., 2011). A explicação proposta pelos autores baseia-se na estabilidade relativamente maior do sistema comportamental de vinculação que é esperada na adolescência, a qual promoverá uma melhor monitorização do afeto (Bartholomew & Horowitz, 1991; Bowlby, 1973). Por outro lado, a vinculação segura na adolescência tem sido relacionada com a satisfação com a vida (Nickerson & Nagle, 2004), com a adaptação social (Allen, Porter, McFarland, Marsh, & McElhaney, 2005) e com um menor número de problemas de internalização, nomeadamente, a depressão e a ansiedade (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Rubin et al., 2004). Os adolescentes com vinculação segura apresentam uma menor probabilidade de iniciar o consumo de substâncias e de ter comportamentos agressivos, antissociais e de praticar atividades sexuais de risco (Allen et al., 2002; Cooper, Shaver, & Collins, 1998). Nestes

adolescentes, as transições sociais são alcançadas com mais sucesso (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998) e os relacionamentos com a família e os pares são mais positivos (Aviezer, Sagi, Resnick, & Gini, 2002; Granot & Maysel, 2001). A vinculação segura na adolescência encontra-se também relacionada com estratégias motivacionais organizadas (Soares, Lemos, & Almeida, 2005), com o comportamento interpessoal e a qualidade afetiva das relações de amizade (Ducharme, Doyle, & Markiewicz, 2002), bem como com os pares românticos (Matos & Costa, 2006). Este padrão de vinculação, ao invés dos padrões de vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante), também está associado a um menor número de preocupações com a solidão e com a rejeição social (Kerns & Stevens, 1996), bem como, com as estratégias de *coping* mais adaptativas (Zimmermann, Maier, Winter, & Grossmann, 2001).

Do ponto de vista da teoria da vinculação, os problemas de internalização evoluem a partir de alterações nas funções adaptativas da ansiedade em estádios desenvolvimentais precoces e, neste sentido, a reação de ansiedade à separação da(s) figura(s) de vinculação pode ser adaptativa; no entanto, quando não são assegurados os cuidados necessários por parte da(s) figura(s) de vinculação, a reação de ansiedade pode estabelecer um padrão de respostas, que se vê generalizado a outras fontes de medo, o que torna a criança vulnerável ao desenvolvimento de perturbações ansiosas (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Lyons-Ruth et al., 2004). Neste sentido, segundo um estudo (Allen et al., 2004) realizado com o objetivo de analisar a continuidade da segurança da vinculação por um período de 2 anos durante a adolescência, verificou-se que houve uma estabilidade moderada da segurança da vinculação, que foi dependente das fontes de ansiedade e stress. Num outro estudo (Feeney, 2006), realizado com o objetivo de se analisar o efeito da segurança da vinculação na infância sobre a segurança da vinculação nos adolescentes, verificou-se que existe uma transmissão intergeracional do padrão de vinculação, sendo que, os sinais de desconforto e ansiedade parental se associaram a relatos de desconforto, ansiedade e solidão nos adolescentes. Foi também realizado um estudo (Brown & Wright, 2003) com o objetivo de analisar a relação entre os padrões de vinculação na adolescência, a psicopatologia e as dificuldades interpessoais, tendo os resultados mostrado que os adolescentes com um padrão de vinculação ansiosa/ambivalente apresentam mais dificuldades interpessoais e mais sintomatologia psicopatológica, quando comparados com os adolescentes associados à vinculação segura e à vinculação evitante. Por fim, é também importante referir outro estudo (Buist, Dekovica, Meeus, & Van Aken, 2004)

realizado com o objetivo de analisar a relação entre a vinculação e os problemas de externalização e internalização, tendo os resultados mostrados que os adolescentes com vinculação segura apresentam menos problemas de externalização e internalização e, por outro lado, os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) desenvolvem mais problemas de externalização e internalização.

A capacidade de autorregulação das emoções influencia a segurança da vinculação e o comportamento social, uma vez que, as capacidades de regulação dos processos atencionais e emocionais, bem como de utilização das estratégias de *coping*, têm efeito na vinculação segura, ao nível da percepção de disponibilidade, confiança e comunicação com as figuras parentais, e também, ao nível das competências sociais (Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000). Por outro lado, o suporte parental é fundamental no ajustamento emocional (Papini & Roggman, 1992), uma vez que os progenitores têm um papel significativo na segurança da vinculação durante as transições sociais (Laursen & Williams, 1997). Deste modo, o suporte parental contribui para o desenvolvimento da autonomia, ao mesmo tempo, que assegura a monitorização contínua e a ligação emocional, através de uma disponibilidade psicológica, escuta ativa, monitorização do comportamento, estabelecimento de limites, aceitação da individualidade e da negociação de regras e responsabilidades (Allen et al., 1998).

As associações entre a vinculação e a imagem corporal também têm vindo a ser alvo de investigação. O primeiro estudo realizado neste sentido (Armstrong & Roth, 1989), relacionou a vinculação e as perturbações do comportamento alimentar em 27 adolescentes, tendo os resultados demonstrado, que 96% dos participantes apresentavam um padrão de vinculação ansiosa/ambivalente. Os resultados (Sharpe, et al., 1998) de um outro estudo, também mostraram que existe uma associação entre a vinculação ansiosa/ambivalente e as preocupações com o corpo na adolescência, mais especificamente, em indivíduos do género feminino, considerando esta relação um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Outros autores (Suldo & Sandberg, 2000; Broberg, Hjalms, & Nevonen, 2001) confirmam estes resultados, na medida em que revelam que o padrão de vinculação ansiosa/ambivalente tem uma maior prevalência nas populações cujas preocupações com o corpo são mais prevalentes. A importância da figura paterna na construção da imagem corporal também tem vindo a ser estudada, na medida em que, segundo um estudo (Domini, Johnson, & Koch, 2000) realizado com mulheres, os resultados mostram, que

aquelas que são diagnosticadas com perturbações alimentares veem o seu pai como uma figura de rejeição. Num outro estudo (Barbosa & Costa, 2001), realizado com 400 adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade, verificou-se um efeito significativo dos estilos de vinculação ao pai na imagem corporal, no sentido em que, os adolescentes com uma vinculação segura, em relação ao pai, estavam mais satisfeitos com o peso e menos centrados na aparência física, do que dos adolescentes com uma vinculação ansiosa/ambivalente, em relação à figura paterna. Aqueles que apresentavam uma vinculação evitante também demonstraram menos preocupação com a aparência física. Além disso, a vinculação na adolescência também tem sido associada à vida amorosa. Foi realizado um estudo (Cash, Theriault, & Annis, 2003) que explorou a vinculação e a vinculação romântica em adolescentes e a imagem corporal, encontrando-se uma relação positiva entre a vinculação segura e a imagem corporal. Verificou-se ainda, que na vinculação romântica, a ansiedade estava relacionada com uma menor satisfação com o corpo. Estes resultados vão ao encontro de outro estudo realizado (Brennan & Shaver, 1995), que mostrou que a insatisfação corporal está associada ao estilo de vinculação ansiosa/ambivalente, o que pode ser explicado pelo facto de aqueles que evidenciam níveis mais elevados de ansiedade nas suas relações de vinculação estarem mais atentos a determinados fenómenos sociais, como a aparência física (McKinley & Randa, 2005). Noutro estudo (Barbosa, Matos, & Costa, 2011) realizado com o objetivo de se testar um modelo preditivo da imagem corporal a partir da vinculação aos pais e aos pares românticos, chegou-se à conclusão, de que uma imagem corporal mais positiva está associada a uma melhor qualidade das relações interpessoais na adolescência.

Com a revisão da literatura verificou-se que a maioria dos estudos sobre a vinculação centra-se na 1ª e 2ª infância, sendo menos frequentes os estudos focados na adolescência. Além disto, os estudos que procuram examinar as relações entre a vinculação, o ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e a imagem corporal dos adolescentes são ainda menos frequentes. Dado que, a compreensão desta dinâmica ainda é pouco explorada existe uma forte necessidade de se fortalecer a investigação científica neste sentido. De facto, todo o contributo teórico se torna fundamental para o desenvolvimento de investigações experimentais futuras e até para o aperfeiçoamento da prática psicomotora com adolescentes com problemáticas ao nível da vinculação, do ajustamento emocional e da imagem corporal.

3. Método

3.1. Objetivos do Estudo

O presente estudo apresenta como objetivos principais examinar (i) as diferenças de género na vinculação, no ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e na imagem corporal na adolescência; (ii) as associações da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal com a idade na adolescência; (iii) as associações entre a vinculação e a consciência emocional, a vinculação e os sintomas internalizados, e a vinculação e a imagem corporal na adolescência.

3.2. Desenho do Estudo

O estudo apresenta um plano transversal, com base numa investigação quantitativa e correlacional (Coutinho, 2014). Este tipo de estudo permitiu a recolha de dados, num só momento, por amostragem não probabilística de conveniência (Coutinho, 2014), junto de um grupo de adolescentes a frequentar o 3º ciclo do ensino básico, através da aplicação de um protocolo de avaliação composto por diversos questionários de autorrelato, que envolveram a avaliação das questões sociodemográficas, das dimensões da vinculação (vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante), da consciência emocional (diferenciação das emoções, partilha verbal das emoções, não esconder as emoções, consciência corporal das emoções, atender às emoções dos outros e análise das próprias emoções), dos sintomas internalizados (depressão, ansiedade e stress) e da imagem corporal (imagens corporais atual e ideal, insatisfação com a imagem corporal e IMC). À posteriori, com o tratamento de dados foi possível proceder-se à caracterização detalhada dos participantes e à análise descritiva e correlacional das variáveis em estudo, seguindo-se a discussão dos resultados obtidos no presente estudo e respetivas conclusões.

3.3. Participantes

Os critérios de inclusão na amostra contemplaram (i) a participação de adolescentes que frequentem o 3º ciclo do ensino básico; (ii) a participação de adolescentes que aceitem participar no estudo de forma voluntária, com respetivo pedido de consentimento informado dos pais e dos próprios; (iii) a não existência de outras limitações (físicas, cognitivas, etc.) que comprometam a qualidade da participação do adolescente no estudo.

Da amostra inicial, constituída por 227 participantes, foram excluídos 21 (19 participantes pelo incumprimento das regras de preenchimento do protocolo de avaliação e 2 participantes por estarem integrados no quadro das Necessidades Educativas Especiais). A amostra total é então constituída por 206 participantes, 94 (45.6%) do género masculino e 112 (54.4%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos ($M = 13.53$ e $DP = 1.16$). A altura mínima dos participantes corresponde a 1.34m e a altura máxima a 1.93m ($M = 1.63$ e $DP = 0.09$). Quanto ao peso, o peso mínimo dos participantes é 34kg e o peso máximo é 106kg ($M = 54.41$ e $DP = 12.19$).

Relativamente ao ano de escolaridade, 82 (39.8%) participantes frequentam o 7º ano, 53 (25.7%) participantes o 8º ano e 71 (34.5%) participantes o 9º ano. Quanto às habilitações literárias do pai existem 60 (29.2%) participantes em que os pais apresentam estudos referentes ao 1º, 2º e/ou 3º ciclo do ensino básico, 58 (28.2%) participantes, cujos pais têm o ensino secundário e 66 (32.0%) participantes com os pais a ingressarem no ensino superior. Nos dados relativos às habilitações literárias da mãe, verificou-se que 28 (13.7%) participantes têm mães com o 1º, 2º e/ou 3º ciclo do ensino básico, 67 (32.5%) participantes com mães que frequentaram o ensino secundário e 90 (43.7%) participantes, cujas mães ingressaram no ensino superior.

Do total de participantes, também se pode verificar, que a grande maioria dos adolescentes ($n = 157$; 76.2%) vive com os pais, 34 (16.5%) adolescentes vivem com a mãe e apenas 3 (1.5%) adolescentes vivem com o pai. Existe também outra percentagem ($n = 12$; 5.9%) de adolescentes que vive com outras pessoas, como por exemplo, tios, avós e/ou família reconstruída. De entre os 206 participantes, 174 (84.5%) têm irmãos, sendo que o número de irmãos varia entre 1 a 5. No entanto, a grande maioria dos adolescentes ($n = 134$; 65.0%) tem apenas 1 irmão e quanto à posição de ordem entre os irmãos, 90 (43.7%) adolescentes são o irmão mais novo.

Quanto ao período de separação em relação aos pais verificou-se, que 152 (73.8%) participantes nunca estiveram separados dos pais, enquanto 53 (25.7%) participantes já tiveram algum período de separação. Este período de separação varia entre 1 a 3 separações, sendo que, 47 (22.8%) participantes estiveram apenas separados uma vez. As separações em relação ao pai (n = 36; 17.5%) foram as mais frequentes, ao passo que, estiveram apenas 4 (1.9%) adolescentes separados das mães, 8 (3.9%) adolescentes separados do pai e da mãe em simultâneo e 5 (2.4%) adolescentes separados do pai e da mãe em alternância. Quanto às idades no período de separação variam entre o 1 e os 15 anos de idade, havendo uma maior frequência aos 6 anos (n = 8; 3.9%). Ainda em relação à duração da separação verificou-se uma duração mínima de 15 dias e uma duração máxima de 13 anos, com maior frequência entre os 7 e os 24 meses de idade (n = 17; 8.3%). Por fim, o principal cuidador durante os períodos de separação foi a mãe (n = 34; 16.5%) e os principais motivos que levaram à separação foram o divórcio dos pais (n = 19; 9.2%) e os motivos profissionais (n = 13; 6.3%).

3.4. Instrumentos de Avaliação

3.4.1. Questionário Sociodemográfico (QSD)

O Questionário Sociodemográfico (QSD) foi construído com o objetivo de se reunir informações relevantes para o estudo e, que de certa forma, contribuíssem para a caracterização da amostra. Assim, o questionário reuniu informações referentes à identificação do adolescente (género e idade), bem como à sua situação escolar (ano de escolaridade). Permitiu também a recolha de informação acerca da família do adolescente (habilitações literárias dos pais) e da constituição do seu agregado familiar, bem como, acerca da existência ou ausência de algum período de separação do adolescente em relação aos pais. Adicionalmente, foram também abordadas as questões da apreciação corporal atual e desejada, bem como, os dados relativos à altura e peso atuais dos adolescentes, fornecendo assim, dados complementares para a análise da imagem corporal, como adiante se apresenta. O questionário é na sua maioria constituído por questões de resposta fechada, no entanto, no setor que aborda o período de separação dos pais, apresenta algumas questões de resposta aberta.

3.4.2. Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA)

O Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA; Carvalho, 2007) é composto por 24 itens, agrupados em 3 dimensões – Vinculação Segura, Vinculação Ansiosa/Ambivalente e Vinculação Evitante. Cada uma das dimensões compreende 8 itens, sendo que os itens da dimensão Vinculação Segura avaliam as questões da confiança no outro e nas próprias capacidades (e.g., *Gosto de me sentir próximo/a das outras pessoas; É bom estar próximo/a de outras pessoas*). A dimensão Vinculação Ansiosa/Ambivalente avalia a apreensão e as preocupações com os relacionamentos (e.g., *Preocupo-me com a possibilidade de ser abandonado/a; Preocupo-me com a possibilidade de ficar sozinho/a*), enquanto, a dimensão Vinculação Evitante avalia a dependência e evitação (e.g., *Preocupo-me se tiver que depender de outras pessoas; É difícil confiar totalmente nas outras pessoas*) (Carvalho, 2007).

O preenchimento do questionário é realizado com base numa escala tipo Likert, que varia de 1 a 5 (1 – *Nunca*; 2 – *Algumas vezes*; 3 – *Muitas vezes*; 4 – *Quase sempre*; 5 – *Sempre*), sendo que o indivíduo, para cada um dos itens terá de assinalar a classificação que melhor se adequa a cada afirmação. Quanto ao procedimento de cotação, as notas totais para cada dimensão são calculadas pelo somatório das respostas dos itens relevantes em cada dimensão, e podem variar entre 8 e 40. Os resultados mais elevados refletem uma maior frequência dos comportamentos e representações da vinculação avaliados em cada dimensão (Carvalho, 2007).

O IVIA apresenta bons níveis de fiabilidade. Na avaliação da consistência interna do instrumento de avaliação verificaram-se valores de α de Cronbach iguais a .83 (vinculação segura), .85 (vinculação ansiosa/ambivalente) e .71 (vinculação evitante). No que diz respeito, às correlações inter-itens os valores variaram entre .35 e .45, e nas correlações item-total variaram entre .40 e .70, o que demonstra a fiabilidade das dimensões (Carvalho, 2007). No presente estudo, também foi realizada a análise da consistência interna do instrumento de avaliação obtendo-se valores de α de Cronbach iguais a .74 (vinculação segura), .84 (vinculação ansiosa/ambivalente) e .64 (vinculação evitante). Os estudos das qualidades psicométricas mostram também adequadas validades de constructo e discriminante (Carvalho, 2007).

3.4.3. Questionário de Consciência Emocional (QCE)

O Questionário de Consciência Emocional (QCE – Emotion Awareness Questionnaire; Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt, & Ly, 2008) (adaptação para a população portuguesa de Veiga, Oosterveld, Fernandes, & Rieffe, 2017) é um questionário de autorrelato que permite analisar a forma como os adolescentes experienciam e entendem as emoções, em si e nos outros. O questionário é composto por 30 itens, que avaliam a consciência emocional através de 6 escalas. A escala Diferenciação das Emoções é composta por 7 itens e avalia a capacidade de diferenciar as emoções e identificar as suas causas (e.g., *Sinto-me muitas vezes confuso(a) ou baralhado(a) sobre o que estou a sentir; É difícil saber se estou a sentir-me triste ou zangado(a) ou outra coisa qualquer*). A escala Partilha Verbal das Emoções é compreendida por 3 itens e avalia a capacidade de falar acerca das emoções (e.g., *Tenho dificuldade em explicar como me sinto a um amigo; Tenho dificuldade em dizer o que sinto a qualquer pessoa*). A escala Não Esconder as Emoções é constituída por 5 itens e avalia a tendência de não inibir a expressão das emoções (e.g., *As outras pessoas não precisam de saber como me estou a sentir; Quando estou chateado(a) com alguma coisa, a maior parte das vezes guardo isso para mim*). A escala Consciência Corporal das Emoções é composta por 5 itens e avalia a atenção às sensações físicas das emoções (e.g., *Quando estou assustado(a) ou nervoso(a), sinto algo na minha barriga; Quando me sinto chateado(a), consigo sentir isso também no meu corpo*). A escala Atender às Emoções dos Outros é constituída por 5 itens e avalia o interesse nas emoções do outro (e.g., *É importante saber como os meus amigos se estão a sentir; Eu não quero saber como os meus amigos se estão a sentir*). A escala Análise das Próprias Emoções é constituída por 5 itens e avalia o interesse nas próprias emoções (e.g., *Quando estou zangado(a) ou chateado(a) tento compreender o porquê; Os meus sentimentos ajudam-me a compreender o que aconteceu*). Os adolescentes devem avaliar o grau de veracidade de cada item relativamente a si mesmos, numa escala de 1 a 3 (1 – *Não é verdade*; 2 – *Por vezes verdadeira*; 3 – *Muitas vezes verdadeira*), sendo que, a pontuação é invertida para 20 itens. Deste modo, o processo de cotação é realizado, com base na média de todos os itens respondidos, sendo que, a obtenção de uma pontuação mais alta corresponde a uma melhor consciência emocional. No caso específico da escala da Consciência Corporal das Emoções é realizada uma interpretação inversa: uma pontuação mais elevada corresponde a uma menor consciência corporal (Veiga et al., 2017).

O QCE foi adaptado para a população portuguesa, evidenciando a sua fiabilidade e validade de constructo. Em relação à fiabilidade, a escala apresenta consistências internas que variam entre .66 e .74, enquanto os valores das correlações médias inter-itens variam entre .29 e .40, o que significa, que as propriedades psicométricas da escala são adequadas para a população portuguesa. Por outro lado, os valores de fiabilidade composta, baseados nas cargas fatoriais, variam entre .67 e .76, o que também demonstra uma boa fiabilidade da escala (Veiga, et al., 2017). No presente estudo também foi examinada a consistência interna do instrumento de avaliação, verificando-se valores de α de Cronbach entre .67 e .71.

3.4.4. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EDAS)

A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EDAS – *Depression Anxiety Stress Scale*; Lovibond e Lovibond, 1995) (adaptação para a população portuguesa de Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro e Maroco, 2009) foi criada com o objetivo de identificar sintomas de depressão e ansiedade. No entanto, com o desenvolvimento dos estudos acerca da escala verificou-se a existência de um novo fator, o stress. A Escala de Depressão, Ansiedade e Stress consiste num questionário com 21 itens, que se encontram distribuídos por 3 dimensões – Depressão, Ansiedade e Stress. Cada dimensão é composta por 7 itens. A dimensão Depressão engloba sintomas como, disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia (e.g., *Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por exemplo: Não consegui parar de chorar; Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. Por exemplo: Não me apeteceu ver televisão, estudar e nem jogar computador*). A dimensão Ansiedade abrange os sintomas, relativos à excitação do Sistema Autónomo, aos efeitos músculo-esqueléticos, à ansiedade situacional e às experiências subjetivas de ansiedade (e.g., *Senti a boca seca; Senti dificuldade em respirar*). Por fim, a dimensão Stress inclui sintomas como, dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação fácil, irritação/reação exagerada e impaciência (e.g., *Tive dificuldades em acalmar-me; Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por exemplo: Apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula*) (Leal et al., 2009).

O preenchimento do questionário é realizado com base numa escala tipo Likert, que varia de 0 a 3 (0 – *Não se aplicou nada a mim*; 1 – *Aplicou-se a mim algumas vezes*;

2 – *Aplicou-se a mim muitas vezes*; 3 – *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Nesta escala, o adolescente deve avaliar e selecionar a frequência com que experienciou cada sintoma durante a última semana. Quanto ao processo de cotação é realizado o somatório dos itens em função das 3 dimensões, havendo por isso uma cotação mínima de 0 pontos e cotação máxima de 21 pontos, para cada uma das dimensões. Os resultados mais altos estão associados a estados afetivos mais negativos (Leal et al., 2009).

No que diz respeito, à consistência interna do instrumento de avaliação na adaptação para a população portuguesa podem verificar-se valores de α de Cronbach iguais a .78 (Depressão), .75 (Ansiedade) e .74 (Stress). Em relação às correlações item-dimensão, corrigidas para sobreposição, os valores variam entre .37 e .65 na dimensão Depressão, enquanto na dimensão Ansiedade variam entre .38 e .58, e na dimensão *Stress* variam entre .36 e .56, sendo que, em todas as dimensões a maioria dos valores se situa acima de .40 (Leal, et al., 2009). No presente estudo, verificou-se uma boa consistência interna, com os valores de α de Cronbach iguais a .86 (Depressão), .82 (Ansiedade) e .81 (Stress).

3.4.5. Escala de Avaliação da Imagem Corporal (EAIC)

A Escala de Avaliação da Imagem Corporal (EAIC – Contour Drawing Rating Scale; Thompson e Gray, 1995) (adaptação para a população portuguesa de Francisco et al., 2012) avalia a Imagem Corporal Atual e a Imagem Corporal Ideal, de forma relativamente rápida, através da apresentação de silhuetas ordenadas, do género masculino e feminino, desde as mais magras para as mais gordas, solicitando-se ao indivíduo, que indique, numa escala de 1 a 9, o número da figura que mais se identifica com a sua aparência atual e com aquela que será a aparência ideal. A escala permite avaliar também a Insatisfação com a Imagem Corporal, que envolve a discrepância entre a avaliação que o indivíduo faz da sua imagem corporal atual e da imagem corporal ideal.

A fiabilidade da escala foi avaliada através do estudo da estabilidade temporal (teste-reteste), obtendo-se como resultados $r = .91$, o que indica uma associação de magnitude elevada e uma forte estabilidade temporal da escala na população portuguesa. Mostrou-se ainda, que a escala apresenta uma boa validade convergente (Francisco et al., 2012).

3.4.6. Medidas Complementares da Imagem Corporal

Como acima referido, o questionário sociodemográfico inclui 4 questões relativas ao corpo e à satisfação com a imagem corporal: estimativa da altura atual, estimativa do peso atual, apreciação corporal atual e apreciação corporal desejada. As estimativas do peso e altura atual fornecidas pelos participantes têm revelado correlações fortes com o peso e a altura medidos pelos investigadores (Francisco et al., 2012), pelo que se considerou a opção de pedir as estimativas aos adolescentes, de modo, a calcular o IMC.

3.5. Procedimentos

3.5.1. Recolha de Dados

O projeto de investigação foi submetido à apreciação do Concelho Científico da Escola de Ciências e Tecnologia e à Comissão de Ética da Universidade de Évora. Após o aval de ambas as entidades, realizou-se um pedido de autorização ao Ministério da Educação para se proceder à aplicação do estudo em escolas públicas. Em seguida, estabeleceu-se o contacto com 3 escolas públicas da região Alentejo (Anexo I).

Após a cedência do consentimento de colaboração, por parte das 3 escolas envolvidas no estudo, foram distribuídos um total de 307 pedidos de consentimento informado aos pais (Anexo II) e aos adolescentes (Anexo III) de 10 turmas, dos quais, 227 (73.9%) foram devolvidos, com um parecer positivo, face à participação do adolescente no presente estudo.

Tabela 1

Pedidos de consentimento informado autorizados (distribuídos)

	7º ano	8º ano	9º ano	Total
Escola 1	48 (55)	38 (61)	43 (57)	129 (173)
Escola 2	19 (21)	16 (17)	28 (36)	63 (74)
Escola 3	19 (38)	16 (22)	-	35 (60)
Total	86 (114)	70 (100)	71 (93)	227 (307)

Seguidamente, procedeu-se à recolha dos dados propriamente dita, junto dos adolescentes, com a aplicação do protocolo de avaliação (Anexo IV), composto pelo

questionário sociodemográfico e pelos instrumentos de avaliação da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal. Assim, nos dias 23 e 24 de abril de 2018 foi realizada a recolha dos dados na escola 1 (n = 129; 56.83%). Em maio de 2018, nos dias 29 e 30, procedeu-se à recolha dos dados na escola 2 (n = 63; 27.75%). Por fim, recolheram-se os dados na escola 3, nos dias 5 e 7 de junho do presente ano civil (n = 35; 15.42%).

Seguindo os princípios da Declaração de Helsínquia, toda a informação foi recolhida de forma anónima e confidencial, tendo sido garantida a sua utilização somente para fins académicos. De forma a assegurar a privacidade da informação fornecida pelos participantes, os dados foram codificados de forma anónima, tratados com confidencialidade e armazenados num computador seguro.

3.5.2. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada na íntegra com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 (IBM, SPSS, Chicago, IL).

Numa primeira fase foi criada a base de dados com as variáveis em estudo e estudada a sua distribuição. Em particular, realizou-se o estudo da normalidade da distribuição das variáveis da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal para a amostra total e por género, através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, dado o tamanho da amostra ($n > 30$). Estudou-se também a homogeneidade das variâncias por género, através do teste de *Levene*.

À posteriori foi realizada a análise descritiva das variáveis, com base nas frequências, médias e desvios-padrão, na amostra total e por género. Constatou-se, que a maioria das variáveis não apresentava uma curva de distribuição normal. Por isso, no estudo das diferenças de género seguiu-se o procedimento recomendado por Fife-Shaw (2006) e realizaram-se testes paramétricos (teste *t*) e não paramétricos (teste de *Mann-Whitney*) para comparar a distribuição das variáveis por género. Como os resultados de inferência estatística foram no mesmo sentido em ambas as abordagens, optou-se por apresentar os resultados obtidos com o teste *t*. Além disso, como o tamanho da amostra é

superior a 30, a análise da diferença de médias através do teste *t* seria desde logo considerada adequada (Maroco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Relativamente à avaliação da imagem corporal, foram criadas duas variáveis categoriais. Uma destas variáveis categoriais define 5 níveis de (in)satisfação com a imagem corporal a partir dos valores da insatisfação com a imagem corporal na EAIC (Francisco et al., 2012): muito insatisfeitos (ideal menos volume), insatisfeitos (ideal menos volume), satisfeitos, insatisfeitos (ideal mais volume) e muito insatisfeitos (ideal mais volume). A outra variável categorial define 6 categorias relativas ao peso, a partir dos valores do IMC (baixo peso, peso normal, pré-obesidade, obesidade I, obesidade II e obesidade III), seguindo a classificação proposta pela Organização Mundial de Saúde (2005). Além disto, como medida complementar à avaliação da imagem corporal, procedeu-se ao cálculo do IMC, com base nas estimativas da altura e peso atuais, recolhidas através do QSD, de acordo com a fórmula:

$$IMC = \frac{peso}{altura^2}$$

Em relação às variáveis categoriais referentes à imagem corporal, foi estudada a sua associação com o género, mediante o teste de Qui Quadrado (χ^2). Quando não se verificaram os pressupostos para a sua utilização (e.g., quando alguma frequência esperada é inferior a 1, ou quando 20% ou mais das frequências esperadas são inferiores a 5) (Pestana & Gageiro, 2014) procedeu-se, simplesmente, a uma análise descritiva baseada nas frequências (%).

Por fim, procedeu-se à verificação das correlações existentes entre (I) a vinculação e a consciência emocional; (II) a vinculação e os sintomas internalizados; (III) a vinculação e a imagem corporal; através do teste *Ró de Spearman*, bem como entre a idade e essas mesmas variáveis.

Foram também avaliadas as qualidades psicométricas, através do cálculo da fiabilidade dos instrumentos de avaliação, tendo sido obtidos bons níveis de consistência interna para todos os instrumentos, como foi possível constatar na secção da descrição dos instrumentos de avaliação.

4. Apresentação e Análise dos Resultados

Nesta secção é realizada a apresentação e análise dos resultados obtidos através da análise estatística efetuada, começando pelas estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) das variáveis e pelos testes *t* relativos às diferenças de género. Em seguida, é apresentada a análise das correlações entre as dimensões da vinculação e as restantes variáveis (dimensões da consciência emocional, dos sintomas internalizados e da imagem corporal).

4.1. Estatísticas Descritivas e Diferenças de Género

Na tabela 2 são apresentadas as estatísticas descritivas (médias e desvios-padrão) das variáveis, por género, referentes aos instrumentos de avaliação – IVIA, QCE, EDAS, EAIC, bem como as estatísticas do teste *t* e respetivos níveis de significância.

Tabela 2

Estatísticas descritivas (médias \pm DP) da vinculação (IVIA), da consciência emocional (QCE), dos sintomas internalizados (EDAS), da imagem corporal (EAIC) e do IMC, e estatísticas do teste t.

	Masculino	Feminino	Total	t	g.l.	p
IVIA						
V _{segura}	33.06 \pm 4.72	33.65 \pm 4.11	33.38 \pm 4.40	-.955	204	.341
V _{ansiosa/ambivaelnte}	19.22 \pm 7.09	22.12 \pm 8.44	20.80 \pm 7.97	-2.674	204	.008
V _{evitante}	23.85 \pm 5.84	24.22 \pm 4.92	24.05 \pm 5.35	-.496	204	.620
QCE						
E _{dif.}	2.24 \pm 0.44	2.07 \pm 0.43	2.15 \pm 0.44	2.780	204	.006
E _{p. verbal}	2.03 \pm 0.56	1.99 \pm 0.53	2.01 \pm 0.54	.468	204	.640
E _{n. esconder}	1.94 \pm 0.44	1.94 \pm 0.49	1.94 \pm 0.47	-.072	204	.942
E _{consc. corp.}	1.97 \pm 0.56	1.79 \pm 0.50	1.87 \pm 0.54	2.380	204	.018
E _{outros}	2.59 \pm 0.38	2.77 \pm 0.28	2.69 \pm 0.34	-3.746	169.55	.000
E _{analisar}	2.38 \pm 0.46	2.47 \pm 0.39	2.43 \pm 0.42	-1.470	204	.143
EDAS						
Depressão	4.85 \pm 4.93	5.38 \pm 5.01	5.14 \pm 4.97	-.766	204	.445
Ansiedade	4.26 \pm 4.40	3.77 \pm 4.38	3.99 \pm 4.39	.794	204	.428
Stress	5.19 \pm 4.72	5.53 \pm 4.79	5.37 \pm 4.75	-.504	204	.615
EAIC						
IC _{atual}	5.67 \pm 1.27	4.85 \pm 1.31	5.21 \pm 1.35	4.392	202	.000
IC _{ideal}	5.21 \pm 0.81	4.09 \pm 0.98	4.59 \pm 1.06	8.733	200	.000
IC _{insatisfação}	- 0.46 \pm 1.44	- 0.76 \pm 1.39	- 0.62 \pm 1.42	1.478	200	.141
IMC						
	20.32 \pm 3.27	20.14 \pm 3.49	20.22 \pm 3.38	.363	199	.717

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; V_{segura} – Vinculação Segura; V_{ansiosa/ambivalente} – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; V_{evitante} – Vinculação Evitante; QCE – Questionário de Consciência Emocional; E_{dif.} – Diferenciação das Emoções; E_{p. verbal} – Partilha Verbal das Emoções; E_{n. esconder} – Não Esconder as Emoções; E_{consc. corp.} Consciência Corporal das Emoções; E_{outros} – Atender às Emoções dos Outros; E_{analisar} – Análise das Próprias Emoções; EDAS – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress; EAIC – Escala de Avaliação da Imagem Corporal; IC_{atual} – Imagem Corporal Atual; IC_{ideal} – Imagem Corporal Ideal; IC_{insatisfação} – Insatisfação com a Imagem Corporal; IMC – Índice de Massa Corporal.

4.1.1. Vinculação

Após a observação da tabela 2 é possível verificar que os resultados referentes ao IVIA apontam para a existência de diferenças significativas entre géneros na vinculação ansiosa/ambivalente, mostrando que este tipo de vinculação é mais elevado nas raparigas

do que nos rapazes. Na vinculação segura e na vinculação evitante não se verificam diferenças significativas entre os géneros.

4.1.2. Ajustamento Emocional

Ao nível do ajustamento emocional, nomeadamente, dos resultados do QCE, verificam-se diferenças significativas entre os géneros na diferenciação das emoções, na consciência corporal das emoções e no atender às emoções dos outros. Os rapazes apresentam uma maior capacidade de diferenciação das emoções, enquanto as raparigas apresentam uma maior consciência corporal das emoções, bem como uma maior capacidade de atender às emoções dos outros. Quanto à partilha verbal das emoções, ao não esconder as emoções e à análise das próprias emoções não se verificam diferenças significativas entre os géneros.

No que diz respeito aos resultados da EDAS não se verificam diferenças significativas entre os géneros em nenhuma das dimensões.

4.1.3. Imagem Corporal

Com a observação da tabela 2 é possível verificar, que existem diferenças significativas entre géneros na imagem corporal atual e na imagem corporal ideal, apresentando os rapazes uma média superior, em relação à das raparigas. No que diz respeito à insatisfação com a imagem corporal, não se verificam diferenças significativas entre os géneros, tal como no IMC.

Em seguida, é apresentada a tabela 3 referente às estatísticas descritivas da variável categorial do IMC, por género.

Tabela 3

Estatísticas descritivas do IMC. Os resultados são apresentados como frequências (%)

	Masculino	Feminino	Total
Classificação			
Baixo peso (< 18.5)	31 (33.7%)	35 (32.1%)	66 (32.8%)
Peso normal (18.5 – 24.9)	51 (55.4%)	64 (58.7%)	115 (57.2%)
Pré-obesidade (25.0 – 29.9)	9 (9.8%)	9 (8.3%)	18 (9.0%)
Obesidade I (30.0 – 34.9)	1 (1.1%)	1 (0.9%)	2 (1.0%)
Obesidade II (35.0 – 39.9)	-	-	-
Obesidade III (> 40.0)	-	-	-
Total	92 (100.0%)	109 (100.0%)	201 (100.0%)

Os participantes apresenta um IMC mínimo de 14.38 e um IMC máximo de 31.25 (M = 20.22 e DP = 3.38). Ao analisar a tabela 3 é possível constatar, que a maioria dos participantes, tanto do género masculino, como do género feminino (n = 51; 55.4% e n = 64; 58.7%, respetivamente) apresentam peso normal. No entanto, existe também uma percentagem considerável de participantes (n = 66; 32.8%) que apresentam baixo peso. Em contrapartida, 18 participantes (9.0%) estão a entrar na obesidade e 2 participantes (1.0%) já são classificados como obesos (classe I).

Na tabela 4 são apresentadas as estatísticas descritivas da variável categorial da insatisfação com a imagem corporal, por género, tendo como base, os níveis de (in)satisfação com a imagem corporal na EAIC (Francisco et al., 2012).

Tabela 4

Estatísticas descritivas da insatisfação com a imagem corporal (EAIC). Os resultados são apresentados como frequência (%)

	Masculino	Feminino	Total
Categorias			
Muito Insatisfeitos (ideal - volume)	5 (5.5%)	12 (10.8%)	17 (8.4%)
Insatisfeitos (ideal - volume)	39 (42.9%)	49 (44.1%)	88 (43.6%)
Satisfeitos	25 (27.5%)	34 (30.6%)	59 (29.2%)
Insatisfeitos (ideal + volume)	22 (24.2%)	14 (12.6%)	36 (17.8%)
Muito Insatisfeitos (ideal + volume)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	2 (1.0%)
Total	91 (100.0%)	111 (100.0%)	202 (100.0%)

(ideal - volume) – ideal menos volume; (ideal + volume) – ideal mais volume

Com a observação da tabela 4 é possível verificar, que a grande maioria dos participantes (n = 124; 61.4%) está insatisfeita com a imagem corporal, que 19 (9.4%) participantes estão até muito insatisfeitos com a imagem corporal, e que 59 (29.2%) participantes se encontram satisfeitos com a imagem corporal. A análise das percentagens da tabela 4 sugere uma possível tendência para que a insatisfação (ideal mais volume) seja mais frequente nos rapazes do que nas raparigas e para que mais raparigas apresentem insatisfação e muita insatisfação (ideal menos volume).

Em seguida, é apresentada a tabela 5 referente às estatísticas descritivas da apreciação da imagem corporal atual, tendo por base os dados recolhidos no QSD, por género.

Tabela 5

Estatísticas descritivas da apreciação da imagem corporal atual (QSD). Os resultados são apresentados como frequência (%)

	Masculino	Feminino	Total
Gordo(a)	15 (16.1%)	18 (16.1%)	33 (16.1%)
Nem gordo(a), nem magro(a)	54 (58.1%)	78 (69.6%)	132 (64.4%)
Magro(a)	24 (25.8%)	16 (14.3%)	40 (19.5%)
Total	93 (100.0%)	112 (100.0%)	205 (100.0%)

Em relação à apreciação da imagem corporal atual, é possível verificar que a maioria dos rapazes (n = 54; 58.1%) não se consideram nem gordos, nem magros, tal como as raparigas (n = 78; 69.6%). Dos restantes rapazes (n = 39) a maioria consideram-se magros (n = 24; 25.8%), já as restantes raparigas (n = 34) a maioria consideram-se gordas (n = 18; 16.1%). De um modo geral, 132 (64.4%) participantes não se consideram nem gordos, nem magros, 40 (19.5%) participantes consideram-se magros e 33 (16.1%) participantes consideram-se gordos. O teste de Qui Quadrado (χ^2) indica que as diferenças de género não são estatisticamente significativas na apreciação da imagem corporal atual, $\chi^2 (2, N = 205) = 4.514, p = .105$.

Por fim, é apresentada a tabela 6 referente às estatísticas descritivas da imagem corporal desejada, tendo por base os dados recolhidos no QSD, por género.

Tabela 6

Estatísticas descritivas da imagem corporal desejada (QSD). Os resultados são apresentados como frequência (%)

	Masculino	Feminino	Total
Perder peso	31 (33.3%)	55 (49.1%)	86 (42.0%)
Ganhar peso	11 (11.8%)	8 (7.1%)	19 (9.3%)
Manter o peso	51 (54.8%)	49 (43.8%)	100 (48.8%)
Total	93 (100.0%)	112 (100.0%)	205 (100.0%)

Quanto à imagem corporal desejada é possível verificar que a maioria dos rapazes ($n = 51$; 54.8%) pretende manter o peso, já a grande maioria das raparigas ($n = 55$; 49.1%) pretende perder peso. Dos restantes rapazes ($n = 42$) a maioria pretende perder peso ($n = 31$; 33.3%) e, por outro lado, das restantes raparigas ($n = 57$) a maioria pretende manter o peso ($n = 49$; 43.8%). Olhando também para os dados de um modo geral, 100 (48.8%) participantes pretendem manter o peso, 86 (42.0%) desejam perder peso e 19 (9.3%) desejam ganhar peso. O teste de Qui Quadrado (χ^2) sugere que as diferenças de género não são estatisticamente significativas na imagem corporal desejada, $\chi^2(2, N = 205) = 5.498$, $p = .064$. No entanto assinala-se uma tendência a que os casos de desejo de perder peso sejam mais frequentes entre as raparigas, e casos de desejo de manter ou até ganhar peso sejam mais frequentes entre os rapazes.

4.2. Correlações da Vinculação, do Ajustamento Emocional e da Imagem Corporal com a Idade

As correlações da vinculação, da consciência emocional, dos sintomas internalizados e da imagem corporal com a idade, variaram entre $r_s = .005$ (consciência corporal das emoções) e $r_s = .136$ (imagem corporal atual), e em nenhum caso atingem o limiar da significância estatística ($p < .05$). Já o IMC e a idade surgem significativamente associados, $r_s = .253$, $p = .000$.

4.3. Correlações entre Vinculação, Ajustamento Emocional e Imagem Corporal

Por fim, é apresentado um conjunto de tabelas, onde é possível analisar os coeficientes de correlação entre as variáveis em estudo, verificados através do teste *Ró de Spearman*. Na tabela 7 são apresentadas as correlações entre as dimensões da vinculação e as dimensões da consciência emocional.

Tabela 7

Correlações entre a vinculação (IVIA) e a consciência emocional (QCE)

	QCE					
	E _{dif.}	E _{p. verbal}	E _{n. esconder}	E _{consc. corp.}	E _{outros}	E _{analisar}
IVIA						
V _{segura}	.008	.191**	.229**	-.156*	.355***	.256***
V _{ansiosa/ambivalente}	-.424***	-.313***	-.069	-.400***	-.006	.118
V _{evitante}	-.217**	-.353***	-.316***	-.123	-.033	.086

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$, teste *Ró de Spearman*

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; V_{segura} – Vinculação Segura; V_{ansiosa/ambivalente} – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; V_{evitante} – Vinculação Evitante; QCE – Questionário de Consciência Emocional; E_{dif.} – Diferenciação das Emoções; E_{p. verbal} – Partilha Verbal das Emoções; E_{n. esconder} – Não Esconder as Emoções; E_{consc. corp.} Consciência Corporal das Emoções; E_{outros} – Atender às Emoções dos Outros; E_{analisar} – Análise das Próprias Emoções.

Verificam-se coeficientes de correlação positivos e significativos entre a vinculação segura e todas as dimensões da consciência emocional, à exceção das escalas da diferenciação das emoções e da consciência corporal das emoções, significando que quanto mais elevado o índice de vinculação segura, melhor a capacidade de consciência emocional reportada pelos adolescentes, nomeadamente, em termos das competências de partilha verbal das emoções, de não esconder as emoções, de atender às emoções dos outros e de analisar as suas próprias emoções. A correlação negativa e significativa com a escala da consciência corporal das emoções vai, no entanto, no mesmo sentido, pois quanto mais elevada a vinculação segura, maior a consciência corporal. Assim, só a diferenciação das emoções não apareceu associada à vinculação segura.

Por outro lado, a vinculação ansiosa/ambivalente correlaciona-se negativa e significativamente com três das dimensões da consciência emocional, nomeadamente, com a diferenciação das emoções, com a partilha verbal das emoções e com a consciência

corporal das emoções. Quere-se com isto dizer, que quanto maior o índice de vinculação ansiosa/ambivalente, maior a dificuldade em diferenciar as emoções e em partilhá-las verbalmente, mas maior a consciência corporal das emoções.

Por fim, verificam-se associações negativas significativas entre a vinculação evitante e a diferenciação das emoções, a partilha verbal das emoções e o não esconder as emoções, indicando que, quanto maior o índice de vinculação evitante, maior a dificuldade em diferenciar as emoções e em partilhá-las verbalmente, bem como em esconder as emoções.

Na tabela 8 são apresentadas as correlações entre as dimensões da vinculação e as dimensões dos sintomas internalizados.

Tabela 8

Correlações entre a vinculação (IVIA) e os sintomas internalizados (EDAS)

	EDAS		
	Depressão	Ansiedade	Stress
IVIA			
V _{segura}	-.238**	-.209**	-.147*
V _{ansiosa/ambivaelnte}	.479***	.382***	.410***
V _{evitante}	.220**	.278***	.270***

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$, teste *Ró de Spearman*

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; V_{segura} – Vinculação Segura; V_{ansiosa/ambivalente} – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; V_{evitante} – Vinculação Evitante; EDAS – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress.

Após a observação da tabela 8 é possível verificar que existem associações significativas entre todos os pares de variáveis em análise. A vinculação segura está associada negativamente à manifestação de sintomas internalizados, enquanto, os tipos de vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante estão associados positivamente à manifestação de sintomas internalizados.

Quanto às correlações entre a vinculação, a imagem corporal e o IMC não se verificam quaisquer tipos de associações significativas entre as variáveis, como é possível constatar na tabela 9.

Tabela 9

Correlações entre a vinculação (IVIA), a imagem corporal (EAIC) e o IMC

	Imagem Corporal			
	IC _{atual}	IC _{ideal}	IC _{insatisfação}	IMC
IVIA				
V _{segura}	-.086	-.010	.066	-.117
V _{ansiosa/ambivalente}	.027	-.083	-.107	.050
V _{evitante}	-.024	-.002	.041	-.048

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$, teste *Ró de Spearman*

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; V_{segura} – Vinculação Segura; V_{ansiosa/ambivalente} – Vinculação ansiosa/ambivalente; V_{evitante} – Vinculação evitante; EAIC – Escala de Avaliação da Imagem Corporal; IC_{atual} – Imagem Corporal Atual; IC_{ideal} – Imagem Corporal Ideal; IC_{insatisfação} – Insatisfação com a Imagem Corporal; IMC – Índice de Massa Corporal.

5. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivos estudar as diferenças de género numa amostra de adolescentes portugueses, ao nível da vinculação, do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e da imagem corporal, bem como, examinar as associações entre a vinculação, o ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e a imagem corporal com a idade dos adolescentes. Por fim, o estudo procurou examinar as associações entre a vinculação e a consciência emocional, a vinculação e os sintomas internalizados e a vinculação e a imagem corporal na adolescência.

A presente dissertação revelou que existem diferenças entre rapazes e raparigas ao nível da vinculação (vinculação ansiosa/ambivalente), da consciência emocional (diferenciação das emoções, consciência corporal das emoções e atender às emoções do outros) e das imagens corporais atual e ideal. Especificamente, as raparigas reportam valores mais elevados na vinculação ansiosa/ambivalente e apresentam uma maior consciência corporal das emoções e uma maior capacidade de atender às emoções dos outros. Por sua vez, os rapazes apresentam uma maior capacidade de diferenciação das emoções do que as raparigas, identificando-se e idealizando-se com silhuetas mais volumosas, comparativamente às raparigas. Salienta-se contudo, que não se identificaram diferenças significativas entre os géneros masculino e feminino nas restantes variáveis estudadas, designadamente, na vinculação (vinculação segura e vinculação evitante), na consciência emocional (partilha verbal das emoções, não esconder as emoções, análise das próprias emoções), nos sintomas internalizados (depressão, ansiedade e stress), na insatisfação com a imagem corporal e no IMC. Não foram também identificadas relações da idade dos adolescentes com os estilos de vinculação, o ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados) e a imagem corporal. Por fim, verificou-se que de um modo geral, a vinculação segura está associada a um melhor ajustamento emocional, enquanto os outros dois tipos de vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) se associaram a um pior ajustamento emocional. Não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões da vinculação e as dimensões da imagem corporal analisadas.

Discutem-se de seguida, os resultados em função dos objetivos de investigação propostos e à luz da literatura atual.

5.1. Diferenças de Género na Vinculação, no Ajustamento Emocional e na Imagem Corporal na Adolescência

De acordo com o enquadramento teórico, os estudos não se têm mostrado conclusivos quanto às diferenças de género na vinculação na adolescência. Em Portugal, num estudo realizado com crianças e adolescentes (Carvalho, 2007), cujo instrumento de avaliação utilizado para medir a vinculação foi o mesmo utilizado neste estudo, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os géneros em nenhuma das três dimensões da vinculação (vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante). Consistente com os resultados de Carvalho (2007), no presente estudo não se verificam diferenças significativas entre os géneros na vinculação segura e na vinculação evitante. Contudo foram encontradas diferenças de género ao nível da vinculação ansiosa/ambivalente, sendo que essa dimensão da vinculação foi mais alta nas raparigas do que nos rapazes, o que vai parcialmente no mesmo sentido do estudo de Szalai et al. (2017). Este resultado pode ser explicado se atendermos aos conteúdos dos itens que integram esta dimensão da vinculação no instrumento e que remetem para a apreensão e preocupação com as relações com os outros. Por exemplo, na subamostra portuguesa do estudo internacional de Inchley e colaboradores (2016), as raparigas, de 13 anos de idade referiram maiores dificuldades em falar com a mãe sobre um assunto que as preocupasse, do que os rapazes com a mesma idade, e em todas as idades (11, 13 e 15 anos) as raparigas referiram uma maior dificuldade em falar com o pai, do que os rapazes. Outros estudos referem também que os acontecimentos negativos interpessoais são mais reportados por raparigas do que por rapazes (Hankin & Abramson, 2001).

Em relação ao ajustamento emocional, nomeadamente, à consciência emocional verificam-se diferenças de género nas escalas da diferenciação das emoções, da consciência corporal das emoções e no atender às emoções dos outros. Segundo os resultados de um estudo (Van der Veek, Nobel, & Derkx, 2012) também desenvolvido com base no QCE, foram encontradas diferenças de género em todas as dimensões da consciência emocional, à exceção da partilha verbal das emoções, apresentando as raparigas piores capacidades de diferenciação das emoções e de não esconder as emoções, ao passo que, reportaram melhores capacidades de consciência corporal das emoções, de atender às emoções dos outros e de analisar as próprias emoções, em comparação com os rapazes. Em parte, os resultados do presente estudo estão em concordância com os de Van der Veek e colaboradores, pois em ambos os estudos as raparigas apresentam uma pior

capacidade de diferenciação das emoções e uma maior capacidade de atender às emoções dos outros e de consciência corporal das emoções, não se distinguindo dos rapazes na partilha verbal das emoções. Por outro lado, não foram encontradas diferenças de género significativas na presente amostra, mas na amostra holandesa verificaram-se essas diferenças de género, relativamente ao não esconder as emoções (mais elevada nos rapazes) e na análise das próprias emoções (mais elevada nas raparigas). As diferenças entre os estudos podem ser explicadas pelo intervalo de idades utilizado num estudo e noutro, sendo que o estudo desenvolvido por Van der Veek e colaboradores (2012) apresenta um intervalo de idades mais alargado (entre os 7 e os 18 anos de idade). Devem ainda considerar-se as possíveis diferenças nos contextos socioculturais em que os adolescentes se desenvolvem.

No que diz respeito aos sintomas internalizados, no presente estudo não se observaram diferenças significativas entre géneros em nenhuma das três dimensões avaliadas (depressão, ansiedade e stress), o que vai em sentido inverso à generalidade dos estudos (Canino et al., 2004; Crick & Zahn-Waxler, 2003; Garnefski et al., 2005; Helstela & Sourander, 2001; Roussos et al., 2001; Sourander et al., 2008), que indicam que as raparigas apresentam resultados superiores relativamente aos rapazes. O facto de as diferenças de género na depressão se acentuarem na segunda metade da adolescência (e.g., Hankin et al., 1998) pode ser válido para justificar esta discrepância, uma vez que, a amostra do presente estudo é composta essencialmente por adolescentes que se encontram ainda na fase inicial da adolescência. A ausência de diferenças de género na ansiedade vai no mesmo sentido que o estudo de Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley e Allen (1998) onde se constatou que as diferenças na pontuação dos sintomas de ansiedade também não se mostraram significativas na amostra de controlo sem perturbação. Além disto, os resultados obtidos podem dever-se, não só a outras características individuais dos adolescentes, mas também a fatores familiares e sociais (Hackett & Hackett, 1999; Sheeber et al., 1997; Stark et al., 1990), o que seria importante explorar em investigações futuras.

Por fim, quanto à imagem corporal os resultados obtidos acompanham parcialmente a literatura existente (Corson & Andersen, 2002; Francisco et al., 2012; Inchley et al., 2016), indicando a existência de diferenças de género ao nível da imagem corporal atual e ideal, mas divergindo, ao não encontrar diferenças relativamente à insatisfação com a imagem corporal e ao nível do IMC. Num estudo realizado em

Portugal (Francisco et al., 2012), verificou-se que os rapazes apresentam uma maior satisfação com a imagem corporal, apesar de apresentarem o IMC mais elevado, o que não está em concordância com os resultados obtidos no presente estudo e que pode ser explicado pelo elevado número de participantes, quer adolescentes, quer adultos, no estudo de Francisco e colaboradores (2012), em comparação com o presente estudo, onde só participaram adolescentes e sendo a amostra consideravelmente menor. Ainda no estudo de Francisco e colaboradores (2012) constatou-se que uma percentagem considerável de rapazes (14.6%) e de raparigas (20.2%) estão extremamente magros, apresentando um IMC inferior a 17.5. Contudo, a maioria dos adolescentes (64.8%) apresenta peso normal e apenas 5.2% dos participantes apresentam excesso de peso e 1% apresenta obesidade. De facto, apesar de o tamanho da amostra diferir com a do presente estudo, os resultados apontam no mesmo sentido, havendo uma percentagem considerável de adolescentes que apresentam baixo peso, uma percentagem maioritária com peso normal e uma percentagem mínima de adolescentes que apresentam sobrepeso. Também no estudo de Marques e colaboradores (2016) se constatou que, em geral, em ambos os géneros há uma porção relevante que está insatisfeita com a imagem corporal, sendo que os rapazes ambicionam o aumento de peso e as raparigas a perda de peso, uma tendência ligeira que se observou também no presente estudo quando analisadas as frequências das categorias da insatisfação com a imagem corporal. É importante referir que as discrepâncias entre os resultados do presente estudo e os resultados dos outros estudos mencionados podem dever-se às diferentes metodologias utilizadas em cada um dos estudos, a diferenças na origem geográfica dos participantes, ou, por exemplo, a variáveis de natureza socioeconómica ou cultural, questão que merece investigação mais aprofundada.

5.2. Relações da Vinculação, do Ajustamento Emocional e da Imagem Corporal com a Idade na Adolescência

No presente estudo, as correlações da idade com as dimensões da vinculação, da consciência emocional, dos sintomas internalizados e da imagem corporal não são estatisticamente significativas, não se apoiando assim, a hipótese das diferentes variáveis se modificarem com a idade na adolescência, como foi ilustrado e defendido por diferentes autores referenciados no enquadramento teórico.

Ao nível da vinculação, os resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Carvalho (2007), podendo ser explicados pela continuidade do sistema comportamental de vinculação, desde a infância até à idade adulta (Allen et al., 2004; Ammaniti et al., 2000; Waters et al., 2000; Zimmermann & Becker-Stoll, 2002).

Em relação às correlações entre a consciência emocional e a idade, os resultados do presente estudo não estão totalmente de acordo com os resultados obtidos no estudo de Van der Veek e colaboradores (2012), em que as capacidades de diferenciação das emoções, de partilha verbal das emoções e de atender às emoções dos outros dos adolescentes holandeses aumentam com o aumento da idade. Uma vez mais, tendo em conta a comparação com os resultados do estudo de Van der Veek e colaboradores (2012), as diferenças entre os estudos podem ser explicadas pelo intervalo de idades abrangido num estudo e noutro, mas também podem dever-se a possíveis diferenças nos contextos socioculturais em que os adolescentes se desenvolvem. Em Portugal, a implementação de programas de promoção de competências socioemocionais pratica-se com carácter pouco sistemático nas escolas, o que possivelmente influencia o desenvolvimento dessas mesmas competências nos adolescentes portugueses, não estando Portugal, ao mesmo nível do que se pratica noutros países. Por outro lado, a escassez de estudos em torno das associações entre a consciência emocional e a idade limita a interpretação dos resultados obtidos no presente estudo.

A ausência de associações significativas entre os sintomas internalizados com a idade pode ser explicada pela proposta do percurso homotípico dos problemas de internalização desde a infância até à adolescência (Canino et al., 2004; Costello et al., 2003; Kim-Cohen et al., 2003; Last et al., 1996; Mesman et al., 2001; Nada-Raja et al., 1992). Por outro lado, esta ausência de associações significativas entre os sintomas internalizados e a idade vai em sentido contrário à investigação que relata o aumento da manifestação de sintomatologia ao longo da adolescência. Um estudo interessante é o de Carvalho e colaboradores (2015) que avaliando a depressão através de três instrumentos de avaliação diferentes, dois deles revelaram variação da depressão ao longo da adolescência, mas o terceiro instrumento, o mesmo utilizado neste estudo, não detetou diferenças relativamente à idade. Assim, tal como no presente estudo, a ausência de associações entre os sintomas internalizados e a idade pode estar relacionada com alguma limitação da sensibilidade do instrumento de avaliação utilizado, para detetar mudanças na intensidade da sintomatologia com a idade.

A ausência de associações significativas das dimensões da imagem corporal com a idade também contraria alguns estudos, que sugerem que a insatisfação com a imagem corporal aumenta na adolescência (e.g., Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013). Os resultados também não estão de acordo com o estudo internacional realizado pela OMS (Inchley et al., 2016), com adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos de idade, em que o excesso de peso e a obesidade diminuíram com o aumento da idade nos adolescentes portugueses, sendo mais prevalentes nos rapazes do que nas raparigas. Ainda no estudo realizado pela OMS também se concluiu que com o aumento da idade as raparigas têm tendência a considerar-se mais gordas, ao invés dos rapazes. Desta forma, o facto de não se verificarem correlações significativas entre dimensões da imagem corporal com a idade pode dever-se à própria amostra, não sendo esta, uma amostra representativa. A ausência destas associações também se pode dever ao modo de vida sedentário, característico da região Alentejo, o que por sua vez, pode estar interligado, com a baixa pressão que os pares fazem em relação ao peso e forma corporal (Lieberman et al., 2001; Lunner et al., 2000; Sprinthall & Collins, 2003), influenciando assim a preocupação com o corpo. Por outro lado, o IMC surge significativamente associado com a idade, o que acaba por ir de encontro ao estudo de Inchley e colaboradores (2016).

5.3. Relações entre a Vinculação e a Consciência Emocional na Adolescência

Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro à literatura existente que argumenta que a vinculação segura, ao invés da vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante), está associada a uma melhor compreensão das emoções, no que diz respeito ao seu reconhecimento e identificação, bem como a uma maior coerência entre a expressão e a autoperceção das emoções, o que torna os adolescentes mais conscientes e recetivos às suas próprias emoções (Parrigon et al., 2015). No presente estudo, a vinculação segura foi associada significativamente à generalidade das dimensões da consciência emocional. Assim, quanto maior a confiança nos outros e nas suas próprias capacidades, melhores as competências de partilha verbal das emoções, de não esconder as emoções, da consciência corporal das emoções, bem como de atender às emoções dos outros e de analisar as suas próprias emoções. Contudo, os resultados obtidos indicam também que a vinculação segura não está associada significativamente à diferenciação

das emoções, o que se pode dever, ao facto de o período da adolescência ser marcado pela instabilidade emocional (Compas et al., 2008), o que pode dificultar a diferenciação das emoções, independentemente da confiança nos outros e nas suas próprias capacidades.

A vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) foi associada significativamente a uma menor capacidade de diferenciação das emoções e de partilha verbal das emoções, bem como a uma menor capacidade de não esconder as emoções (apenas na vinculação evitante) e a uma maior consciência corporal das emoções (apenas a vinculação ansiosa/ambivalente), o que em parte vai ao encontro do estudo de Parrigon e colaboradores (2015). O facto de a vinculação ansiosa/ambivalente estar associada a uma maior consciência corporal das emoções pode ter a ver com a apreensão e a preocupação dos adolescentes com os relacionamentos, estando mais atentos, às experiências emocionais que os pares lhes facultam e, por isso, mais conscientes aos estados fisiológicos desencadeados durante essas experiências. A ausência de correlações significativas entre a vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) e as restantes dimensões da consciência emocional pode dever-se às características do instrumento de avaliação utilizado para medir a vinculação, que reúne em cada dimensão da vinculação aspetos comportamentais e representacionais distintos. É por isso pertinente, que em investigações futuras se analisem as correlações entre a consciência emocional e outras medidas da vinculação.

5.4. Relações entre a Vinculação e os Sintomas Internalizados na Adolescência

Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro à investigação que associa a vinculação segura na adolescência a um menor número de problemas de internalização, nomeadamente, a depressão e a ansiedade (Allen et al., 1998; Rubin et al., 2004). Ao invés da vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante), a vinculação segura também tem sido associada a um menor número de preocupações com a solidão e com a rejeição social, e assumindo, que estes elementos são elementos stressores, a vinculação segura está também associada a uma menor prevalência de sintomas internalizados referentes ao stress, uma vez que, os adolescentes estão menos expostos a esses elementos e ao sofrimento por eles causado (Kerns & Stevens, 1996; Lazarus & Launier, 1978).

Por outro lado, as associações positivas entre as dimensões da vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) com as dimensões dos sintomas internalizados indicam que quanto maior a apreensão e a preocupação com os relacionamentos e/ou a dependência ou evitamento dos mesmos, maior a manifestação de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress. Estas evidências acabam por ir de encontro ao estudo de Buist e colaboradores (2004) que relata que os adolescentes com vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) desenvolvem mais problemas de externalização e internalização.

5.5. Relações entre a Vinculação e a Imagem Corporal na Adolescência

No presente estudo não se verificaram associações significativas entre a vinculação com as dimensões da imagem corporal e com o IMC, o que não vai de encontro à literatura que demonstra associações entre a vinculação ansiosa/ambivalente e as preocupações com o corpo na adolescência (Broberg et al., 2001; Sharpe et al., 1998; Suldo & Sandberg, 2000). Uma hipótese explicativa para a ausência de associações significativas é o facto de os adolescentes desta amostra não estarem suficientemente preocupados com o corpo. Outra hipótese que se pode levantar é o facto de não se ter estudado a vinculação aos pais. Por exemplo, segundo um estudo realizado em Portugal, com 400 adolescentes portugueses, com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade, há um efeito significativo dos estilos de vinculação ao pai na imagem corporal, no sentido em que os adolescentes com uma vinculação segura, em relação ao pai, estavam mais satisfeitos com o peso e menos centrados na aparência física, do que dos adolescentes com uma vinculação ansiosa/ambivalente em relação à figura paterna. Aqueles que apresentavam uma vinculação evitante também demonstraram menos preocupação com a aparência física (Barbosa & Costa, 2001). Comparando ainda o presente estudo com o estudo desenvolvido por Barbosa & Costa (2001) a ausência de relações significativas neste estudo também se pode dever à dimensão mais reduzida da amostra, às diferenças no intervalo de idades entre os estudos, bem como, aos distintos instrumentos de avaliação utilizados para avaliar a vinculação e a imagem corporal em ambos os estudos.

6. Limitações do Estudo

Uma das principais limitações do presente estudo foi o acesso limitado à literatura referente à vinculação na adolescência, à consciência emocional e à forma como esta se desenvolve no período da adolescência, bem como a estudos que já tivessem analisado em conjunto todos os conceitos abordados no presente estudo.

Outra limitação do presente estudo prende-se com a não representatividade da amostra, uma vez que não é uma amostra abrangente da população adolescente portuguesa, sendo apenas composta por adolescentes residentes na região do Baixo Alentejo, o que limita a generalização das conclusões.

7. Implicações para a Prática e para a Investigação Futura

Os resultados do presente estudo têm implicações pertinentes para a prática psicomotora. Quere-se com isto dizer que o estudo das associações entre a vinculação e o ajustamento emocional nos adolescentes torna-se fundamental para se perceber a forma como os diferentes tipos de vinculação podem ou não estar associados a diversas problemáticas ao nível da consciência emocional, dos problemas de internalização, mas também de externalização, e ainda, ao nível da imagem corporal. A análise e o estudo deste tipo de associações permitem, à posteriori, uma melhor interpretação dos casos clínicos que apresentam problemáticas nestas áreas e, conseqüentemente o psicomotricista torna as suas práticas mais eficazes, quer ao nível da avaliação, da elaboração do projeto terapêutico e da intervenção psicomotora, propriamente dita.

Por exemplo, no que diz respeito às diferenças de género, o facto de as raparigas repostarem com maior incidência a vinculação ansiosa/ambivalente sugere que o psicomotricista deverá dar particular atenção às dimensões da vinculação no seguimento terapêutico das raparigas adolescentes. Sobretudo, considerando que este estudo demonstrou que ambas as dimensões da vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) foram associadas à manifestação dos três sintomas internalizados estudados, bem como a uma menor consciência emocional. Da mesma forma o psicomotricista deverá ter presentes as relações entre a vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante) e o desajustamento emocional. Por exemplo, perante um quadro clínico de depressão, ansiedade e/ou stress, o psicomotricista deverá averiguar a prevalência de uma vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante), já que este entendimento compreensivo do paciente irá ser determinante na definição do programa de intervenção psicomotora.

Por outro lado, o facto de as raparigas terem reportado uma maior consciência corporal e valores mais baixos na imagem corporal atual e ideal, sugere que a intervenção psicomotora, no sentido de uma abordagem terapêutica de mediação corporal, deverá ser diferenciada considerando o género dos pacientes. Assim, os resultados do presente estudo sugerem que será importante desenvolver programas de intervenção que melhorem a apreciação da imagem corporal das raparigas e que as ajudem a usar os indicadores corporais emocionais de forma mais adaptativa. Por outro, com os rapazes poderá ser

importante tirar partido das suas capacidades de diferenciação das emoções para atuar ao nível de outras competências associadas (e.g., a regulação emocional).

Para investigação futura é pertinente o desenvolvimento de estudos que envolvam, a par de outros aspetos do ajustamento emocional, a consciência emocional na adolescência, mas também nas outras etapas do desenvolvimento humano. Os estudos acerca da vinculação na adolescência também ainda são escassos, e por isso, o seu desenvolvimento também se torna importante. Em particular, entre alguns temas que justificariam uma investigação futura, destacam-se as diferenças de género nos sintomas internalizados e na insatisfação com a imagem corporal; a superioridade dos rapazes na diferenciação das emoções; como é que, quer a vinculação segura quer a vinculação ansiosa/ambivalente se associam com a consciência corporal das emoções, e na mesma direção. Por fim, é levantada a hipótese de se desenvolver uma investigação, onde se estude a complexidade das relações entre a vinculação, a consciência emocional, os sintomas internalizados e a imagem corporal, em simultâneo, na adolescência, integrando-se ainda, dados sociodemográficos, como o género, a idade, entre outros.

8. Conclusão

O desenvolvimento do presente estudo permitiu concluir que as raparigas reportam valores mais elevados na vinculação ansiosa/ambivalente, uma maior consciência corporal das emoções e uma maior capacidade de atender às emoções dos outros. Já os rapazes apresentam uma maior capacidade de diferenciação das emoções e valores mais elevados na imagem corporal atual e ideal. A vinculação segura foi associada a uma maior consciência emocional e a uma menor prevalência de sintomas internalizados. Por outro lado, a vinculação ansiosa/ambivalente e a vinculação evitante foram associadas a uma menor consciência emocional e a uma maior prevalência de sintomas internalizados.

Os resultados obtidos no estudo demonstram as diferenças de género na vinculação, na consciência emocional e na imagem corporal dos adolescentes e a relação entre a vinculação segura e um melhor ajustamento emocional, ao invés da vinculação insegura (ansiosa/ambivalente e evitante). Não obstante das evidências demonstradas, são ainda necessárias investigações futuras para consolidar estes resultados.

9. Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). Empirically based assessment and taxonomy: Applications to infants and toddlers. Em R. DelCarmen-Wiggins, & A. Carter, *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 161-182). New York: Oxford University Press.
- Ahnert, L. (2005). Parenting and alloparenting: The impact on attachment in humans. Em C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser, *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge: MIT Press.
- Aikins, J., Howes, C., & Hamilton, C. (2009). Attachment stability and the emergence of unresolved representations during adolescence. *Attachment & Human Development*, pp. 491-512. DOI: 10.1080/14616730903017019
- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*. DOI: 0003-066X/79/3410-0932
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*. DOI: 0003-066X/44/4/709
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, W., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Allen, J. P., & Manning, N. (2007). From Safety to Affect Regulation: Attachment from the Vantage Point of Adolescence. *New Dir Child Adolesc Dev*, pp. 23-39. DOI: 10.1002/cd.192
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and Change in Attachment Security Across Adolescence. *Child Development*, pp. 1792-1805. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00817.x
- Allen, J. P., Moore, C. M., Kuperminc, G. P., & Bell, K. L. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, pp. 1406-1419. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06220.x
- Allen, J. P., Porter, M. R., McFarland, C. F., Marsh, P. A., & McElhaney, K. B. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social

- adaptation, and deviant behavior. *Child Development*, pp. 747-760. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2005.00875.x
- Allen, J. R., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K. B., Land, D. J., & Jodl, K. M. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56-66. DOI: 10.1037/0022-006x.70.1.56
- Alloy, L., Zhu, L., & Abramson, L. (2003). Cognitive Vulnerability to Depression: implications for adolescent risk behavior in general. Em D. Romer, *Reducing Adolescent Risk: Toward an Integrated* (pp. 171-182). London: Sage Publications.
- Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, pp. 328-346. DOI: 10.1080/14616730010001587
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 427-454. DOI: 10.1007/bf02202939
- Armstrong, J., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 141-155. DOI: 10.1002/1098-108x(198903)8:2<141::aid-eat2260080203>3.0.co;2-e
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, pp. 317-526. DOI: 10.1037/0003-006x.54.5.317
- Aviezer, O., Sagi, A., Resnick, G., & Gini, M. (2002). School competence in young adolescent: Links to early attachment relationships beyond. *International Journal of Behavioral Development*, 397-409. DOI: 10.1080/01650250143000328

- Barbosa, M. R., & Costa, M. E. (2001). A influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens. *Cadernos de Consulta Psicológica*, pp. 83-94.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). As Relações de Vinculação e a Imagem Corporal: Exploração de um Modelo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, pp. 273-282. DOI: 10.1590/s0102-37722011000300002
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 226-244. DOI: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Benedikt, R., Wertheim, E. H., & Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 43-57. DOI: 0047-2891/98/0200-0043
- Beyers, W., Goossens, L., Vansant, I., & Moors, E. (2003). A structural model of autonomy in middle and late adolescence: Connectedness, separation, detachment, and agency. *Journal of Youth and Adolescence*, 351-365. DOI: 0047-2891/03/1000-0351/0
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. Madison: International Universities Press.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: Associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, pp. 111-120. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.2.20806
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*.

- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, pp. 267-283. DOI: 10.1177/0146167295213008
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. Em J. C. Shaver, *The handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford.
- Broberg, A. G., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18-to-24 year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, pp. 381-396. DOI: 10.1002/ver.421
- Brown, L., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, pp. 351-367. DOI: 10.1348/147608303770584728
- Bucchianeri, M., Arikian, A., Hannan, P., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, pp. 1-7. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Buist, K. L., Dekovica, M., Meeus, W., & Van Aken, M. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of Adolescence*, 251-266. DOI: 10.1016/j.adolescence.2003.11.012
- Calais, S., Andrade, L., & Lipp, M. (2003). Diferenças de Sexo e Escolaridade na Manifestação de Stress em Adultos Jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, pp. 257-263. DOI: 10.1590/s0102-79722003000200005
- Câmara, S., & Carlotto, M. (2007). Coping strategies and gender in young people. *Psicologia em Estudo*, pp. 87-93. DOI: 10.1590/S1413-73722007000100011
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., . . . Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders

- in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, pp. 85-93. DOI: 10.1001/archpsyc.61.1.85
- Carapeto, M., & Feixas, G. (2018). Self-knowledge and depressive symptoms in late adolescence: a study using the repertory grid technique. *Journal of Constructivist Psychology*. DOI: 10.1080/10720537.2018.1433087
- Carvalho, C., Cunha, M., Cherpe, S., Galhardo, A., & Couto, M. (16 de Setembro de 2015). Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, pp. 46-57. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9_732
- Carvalho, M. A. (Março de 2007). Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: Implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no Início da Adolescência. pp. 1-303.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, pp. 1-5. DOI: 10.1016/s1740-1445(03)00011-1
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2004). Body image and social relations. Em T. F. Cash, & T. Pruzinsky, *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 277-286). Nova Iorque: Guilford Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. W. (2003). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 89-103. DOI: 10.1521/jscp.23.1.89.26987
- Casullo, M., Cruz, M., González, R., & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, pp. 135-151.
- Coleman, J. C. (2011). *The nature of adolescence*. Routledge.
- Colonnesi, C., Draijer, E., Stams, G., Van der Bruggen, C., Bögels, S., & Noom, M. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-

analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 630-645.
DOI: 10.1080/15374416.2011.581623

Compas, B. E., Jaser, S. S., & Benson, M. A. (2008). Coping and emotion regulation: Implications for understanding depression during adolescence. Em S. Nolen-Hoeksema, & L. M. Hilt, *Handbook of depression in adolescents* (pp. 420-434). New York: Routledge.

Cooper, C. R., & Grotevant, H. D. (2011). Autonomy or connections? Identities as inter-generational projects. Em C. R. Cooper, *Multiple worlds: Cultures, identities, and pathways to college*. New York: Oxford University Press.

Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1380-1397. DOI: 10.1037/0022-3514.74.5.1380

Corson, P. W., & Andersen, A. E. (2002). Body image issues among boys and men. Em C. & Pruzinsky, *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 192-199). New York: The Guilford Press.

Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, pp. 837-844. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.837

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Coimbra: Almedina.

Crick, N., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, pp. 719-742. DOI: 10.1017/s095457940300035x

Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 826-838. DOI: 10.1037/0022-3514.73.4.826

Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body Image: Gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 465-472. DOI: 10.1080/00224540009600485

- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. New York: Guilford Press.
- Domini, N. L., Johnson, W. B., & Koch, K. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology*, 23-40. DOI: 10.1080/00223980009600846
- Ducharme, J., Doyle, A., & Markiewicz, D. (2002). Attachment security with mother and father: Associations with adolescents' reports of interpersonal behavior with parents and peers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 203-231. DOI: 10.1177/0265407502192003
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, pp. 143-164. DOI: 10.1017/s0954579401001109
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., & Lim, C. (2008). *Youth risk behavior surveillance*. United States.
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical Child And Family Psychology Review*, pp. 329-376. DOI: 10.1007/s10567-011-0101-8
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Feeney, J. A. (2006). Parental attachment and conflict behavior: Implications for offspring's attachment, loneliness, and relationship satisfaction. *Journal of the International Association for Relationship Research*. DOI: 10.1111/j.1475-6811.2006.00102.x
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. *Research methods in psychology*, pp. 50-63.
- Fonseca, A. C. (2010). *Crianças e Adolescentes - Uma abordagem multidisciplinar*. Coimbra: Almedina.

- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). (In)Satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: contributos para o processo de validação da Contour Drawing Rating Scale. *RIDEP*, pp. 61-88.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Galambos, N., Leadbeater, B., & Barker, E. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 16-25. DOI: 10.1080/01650250344000235
- Gallarín, M., & Alonso-Arbiol, I. (2012). Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of Adolescence*, 1601-1610. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.07.002
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Van Eetten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 619-631. DOI: 10.1016/j.adolescence.2004.12.009
- Gerner, B., & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of eating disorders*, pp. 313-320. DOI: 10.1002/eat.20094
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Emocional*. Espanha: SÁBADO.
- Goossens, L. (2006). The many faces of adolescent autonomy: parent-adolescent conflict, behavioral decision making, and emotional autonomy. Em S. Jackson, & L. Goossens, *Handbook of adolescent development* (pp. 135-153). Hove: Psychology Press.
- Granot, D., & Mayseless, O. (2001). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 530-541. DOI: 10.1080/01650250042000366
- Grogan, S. (1999). *Body Image*. Londres: Routhledge.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. New York: Routledge.

- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (2005). Universality of human social attachment as an adaptive process. Em C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser, *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge: MIT Press.
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1986). Individuation in family relationships: A perspective on individual differences in the development of identity and role-taking skills in adolescence. *Human Development*, pp. 82-100. DOI: 10.1159/000273025
- Guiose, M. J.-C. (2015). Esquema Corporal e Imagem Corporal. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 29-52). Rio de Janeiro: WAK.
- Hackett, R., & Hackett, L. (1999). Child psychiatry across cultures. *International Review of Psychiatry*, pp. 225-235. DOI: 10.1080/09540269974410
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological bulletin*. DOI: 10.1037/0033-2909.127.6.773
- Hankin, B., Abramson, L., Moffitt, T., Silva, P., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*. DOI: 10.1037/0021-843x.107.1.128
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. DOI: 10.1037/0022-3514.52.3.511
- Helstela, L., & Sourander, A. (2001). Self-reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 381-385. DOI: 10.1080/08039480152693264
- Hoffman, J. A. (1984). Psychological separation of late adolescents from their parents. *Journal of Counseling Psychology*, 170-178. DOI: 10.1037/0022-0167.31.2.170
- Hrdy, S. B. (2005). Evolutionary context of human development: the cooperative breeding model. Em C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E.

- Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser, *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge: MIT Press.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2008). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical Psychology Review*, pp. 92-117. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.04.002
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., . . . Barnekow, V. (2016). Chapter 3. Health Outcomes. Em J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, . . . V. Barnekow, *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being* (pp. 69-106).
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The Growth of Logical Thinking From Childhood to Adolescence*. New York: Basic Books.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: a cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, pp. 759-782. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.10.006
- Jakobsen, I. S., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2012). Childhood anxiety/withdrawal, adolescent parent-child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 303-310. DOI: 10.1007/s10826-011-9476-x
- Jongenelen, I. C. (2007). Vinculação na Adolescência. Em I. Soares, *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (pp. 99-120). Braga: Psiquilibrios.
- Kerns, K. A., & Stevens, A. C. (1996). Parent-child attachment in late adolescence: Links to social relations and personality. *Journal of Youth and Adolescence*, 323-342. DOI: 10.1007/bf01537388
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., & Contreras, J. M. (2000). Attachment-based assessments of parent-child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, pp. 614-626. DOI: 10.1037/0012-1649.36.5.614

- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnosis in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, pp. 709-717. DOI: 10.1001/archpsyc.60.7.709
- Kovacs, M., Obrosky, D., Gatsonis, C., & Richards, C. (1997). First episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery. *Journal of the American Child Psychiatry*, 777-784. DOI: 10.1097/00004583-199706000-00014
- Lamb, C. S., Jackson, L. A., Cassiday, P. B., & Priest, D. J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles*, pp. 345-358. DOI: 10.1007/bf00289890
- Larson. (1997). The emergence of solitude as a constructive domain of experience in early adolescence. *Child Development*, pp. 80-93. DOI: 10.2307/1131927
- Larson, R., & Wilson, S. (2004). Adolescents across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood. Em R. M. Lerner, & L. Steinberg, *Handbook of adolescent psychology* (pp. 299-331). Hoboken: NJ: Wiley.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1502-1510. DOI: 10.1097/00004583-199611000-00019
- Laursen, B., & Williams, V. A. (1997). Perceptions of interdependence and closeness in family and peer relationships among adolescents with and without romantic partners. Em S. Shulman, & W. A. Collins, *Romantic relationships Attachment in Adolescence and Adjustment in adolescence: Developmental perspectives. New directions for child development*. San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. Em L. A. Pervin, & M. Lewis, *Perspectives in International Psychology* (pp. 287-327). Nova Iorque: Plenum Press.
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (28 de Julho de 2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EDAS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 277-284.

- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. Em T. Cash, & T. Pruzinsky, *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 74-81). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Seeley, J., & Allen, N. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 109-117. DOI: 10.1037/0021-843x.107.1.109
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W., & White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviours in adolescent girls: The role of peer modelling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating Behaviours*, pp. 215-236. DOI: 10.1016/S1471-0153(01)00030-7
- Lins, T., & Alvarenga, P. (2015). Controle psicológico materno e problemas internalizantes em pré-escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, pp. 311-319.
- Lipp, M. (1989). O tratamento do stress infantil. Em E. Silveiras, *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papyrus.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Lunner, K., Wertheim, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvarsson, R. (2000). A cross-cultural investigation of the role of teasing, and weight and dieting concerns in adolescent girls from Sweden and Australia. *International Journal of Eating Disorders*, 430-435.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Bornfman, E., Sherry, S., & Llanas, L. (2004). Hostile-helpless relational models and disorganized attachment patterns between parents and their young children: Review of research and implications for clinical work. Em & S. L. Atkinson, *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 65-94). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1985). *Adult attachment scoring and classification systems*. California.

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for classification of behaviour. Em M. Yogman, & T. Brazelton, *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood: NJ: Ablex.
- March, J., Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 349-358. DOI: 10.1016/s0887-6185(99)00009-2
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, M., Pimenta, J., Reis, S., Ferreira, L., Peralta, L., Santos, M., . . . Santos, E. (2016). (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Nascer e Crescer*, pp. 217-221.
- Martin, D., & Boeck, K. (2002). *QE - O que é a inteligência emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Matos, P. M., & Costa, M. E. (2006). Vinculação aos pais e ao par romântico em adolescentes. *Psicologia*, pp. 97-126. DOI: 10.17575/rpsicol.v20i1.379
- McKinley, N. M., & Randa, L. A. (2005). Adult attachment and body satisfaction. An exploration of general and specific relationship differences. *Body Image*, pp. 209-218. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.04.003
- McLeod, J. D., & Fettes, D. L. (2007). Trajectories of failure: The educational careers of children with mental health problems. *American Journal of Sociology*, 653-701. doi: 10.1086/521849
- Mesman, J., Bongers, I. L., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *J Child Psychol Psychiatry*, pp. 679-689. DOI: 10.1111/1469-7610.00763
- Miller, W. B., & Rodgers, J. L. (2001). *The ontogeny of human bonding systems. Evolutionary origins, neural bases, and psychological manifestations*. London: Kluwer Academic Publishers.

- Minzi, M. R. (2006). Loneliness and depression in middle and late childhood: The relationship to attachment and parental styles. *The Journal of Genetic Psychology*, 189-210. DOI: 10.3200/gntp.167.2.189-210
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabulsy, G., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, pp. 773-783. DOI: 10.1037/0012-1649.41.5.773
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, pp. 1390-1405. DOI: 10.2307/1132273
- Nada-Raja, S., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 471-485. DOI: 10.1007/bf01537898
- Nickerson, A., & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality of Life Measurement*, 35-60. DOI: 10.1023/b:soci.0000007496.42095.2c
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. (2013). The emergence of gender differences in depression in adolescence. Em S. Nolen-Hoeksema, & L. Hilt, *Handbook of depression in adolescents* (pp. 127-152). New York: Routledge.
- O'Dea, J., & Abraham, S. (1999). Association between self-concept and body weight, gender, and pubertal development among male and female adolescents. *Adolescence*, pp. 69-79.
- Ogden, J. (2004). Stress. Em J. Ogden, *Psicologia da Saúde* (pp. 255-279). Lisboa: Climepsi.
- Ólason, D., Sighvatsson, M., & Smári, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scandinavian Journal of Psychology*, 429-436. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2004.00424.x
- OMS. (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade. 1-28.

- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Papini, D. R., & Roggman, L. A. (1992). Adolescent perceived attachment to parents in relation to competence, depression, and anxiety: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 420-440. DOI: 10.1177/0272431692012004005
- Parrigon, K. S., Kerns, K. A., Abtahi, M. M., & Koehn, A. (2015). Attachment and Emotion in Middle Childhood and Adolescence. *Psychological Topics*, pp. 27-50. doi: 159.942.072-053.4/.6
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rao, U., & Chen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, pp. 45-62.
- Rice, K., Lopez, F., & Vergara, D. (2005). Parental/social influences on perfectionism and adult attachment orientations. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 580-605. DOI: 10.1521/jscp.2005.24.4.580
- Rieffe, C. O., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M., & LY, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and individual differences*, pp. 756-761. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.001
- Rieffe, C., Camodeca, M. P., & Lange, A. M. (2012). Don't anger me! Bullying, victimization, and emotiondysregulation in young adolescents with ADS. *European Journal of Developmental Psychology*, 351-370. DOI: 10.1080/17405629.2012.680302
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and individual differences*, pp. 123-133. DOI: 10.1016/j.paid.2005.05.013
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Meerum Terwogt, M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion

- Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, pp. 756-761. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.001
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Jellesma, F. C. (2008). Emotional competence and health in children. *Emotion Regulation*, pp. 184-201.
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Kotronopoulou, K. (2007). Awareness of single and multiple emotions in high-functioning children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 455-465. DOI: 10.1007/s10803-006-0171-5
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. E., & Górriz, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, pp. 459-464.
- Rotta, N. (2006). Dificuldades para a aprendizagem. Em T. Rotta, L. Ohlweiler, & R. Riesgo, *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 113-123). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Roussos, A., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A., & Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 47-53. DOI: 10.1007/s007870170046
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth, C. L., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose-Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 326-356. DOI: 10.1177/0272431604268530
- Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood Disorders. Em A. Wolf, & E. Mash, *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment and Treatment* (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. (17 de Janeiro de 2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, pp. 1-6.
- Scherer, K. R. (2000). Emotion. Em M. Hewstone, & W. Stroebe, *Introduction to Social Psychology: A European perspective*. Oxford: Blackwell.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Gallimard.

- Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humavun, S., & O'Connor, T. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1052-1062. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02453.x
- Serra, A. V. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G. C. - Gráfica de Coimbra, Lda.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., . . . Taylor, C. B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 39-44. DOI: 10.1002/(sici)1098-108x(199801)23:1<39::aid-eat5>3.0.co;2-2
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Child Psychology*, 333-344. DOI: 0091-0627/97/0800-0333
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Daddis, C. (2004). Longitudinal development of family decision-making: Defining healthy behavioral autonomy for middle-class African-American adolescents. *Child Development*, pp. 1418-1434. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00749.x
- Smolak, L., Levine, M. P., & Thompson, J. K. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 216-223. DOI: 10.1002/1098-108x(200103)29:2<216::aid-eat1011>3.0.co;2-v
- Soares. (2007)a. Vinculação e Cuidados Maternos. Em M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2007)b. *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soares, I., Lemos, M., & Almeida, C. (2005). Attachment and motivational strategies in adolescence: exploring links. *Adolescence*, pp. 129-154.
- Sourander, A., Niemela, S., Santalahti, I., Helenius, H., & Piha, J. (2008). Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16 year

- population-based time-trend study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 317-327. DOI: 10.1097/chi.0b013e318160b98f
- Sprecher, S., McKinney, K., & Orbuch, T. L. (1991). The effects of current sexual behavior on friendship, dating, and marriage desirability. *The Journal of Sex Research*, 387-408. DOI: 10.1080/00224499109551615
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, pp. 1-13. DOI: 10.1017/s0954579499001923
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 527-547. DOI: 10.1007/bf00911106
- Steiner, C., & Perry, P. (2000). *Educação Emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, pp. 669-678. DOI: 10.1037//0012-1649.38.5.669
- Suldo, S., & Sandberg, D. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 59-73. DOI: 10.1300/j035v15n01_07
- Sund, A. M., & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1478-1485. DOI: 10.1097/00004583-200212000-00020
- Szalai, T., Czeglédi, E., Vargha, A., & Grezsa, F. (2017). Parental Attachment and Body Satisfaction in Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 1007-1017. DOI: 10.1007/s10826-016-0626-z

- Tanganelli, M., & Lipp, M. (1998). Sintomas de stress na rede pública de ensino. *Estudos de Psicologia*, pp. 17-27.
- Thompson, J. K. (1996). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: DC: American Psychological Association.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, pp. 258-269. DOI: 10.1207/s15327752jpa6402_6
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, pp. 29-41. DOI: 10.1016/s1740-1445(03)00002-0
- Tiggemann, M. (2011). *Sociocultural perspectives on human appearance and body image*. New York: Guilford Press.
- Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women: A comprehensive test of objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, pp. 65-75. DOI: 10.1177/0361684311420250
- Trevarthen, C. (2005). Stepping Away from the Mirror: Pride and Shame in Adventures of Companionship: Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. Em C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, & N. Sachser, *Attachment and Bonding: A new synthesis*. Cambridge: MIT Press.
- Twenge, J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socioeconomic Status, and Birth Cohort Differences on the Children's Depressive Inventory: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 578-588. DOI: 10.1037/0021-843x.11.4.578
- Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image*, pp. 199-207. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.04.008

- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, pp. 118-129. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001
- Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, pp. 401-408.
- Van der Veek, S., Nobel, R., & Derkx, H. (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology & Health*, pp. 1359-1374. DOI: 10.1080/08870446.2012.685738
- Van Ryzin, M., & Leve, L. (2012). Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of multidimensional treatment foster care for delinquent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 588-596. DOI: 10.1037/a0027336
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção: intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 67-80). Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., & Rieffe, C. (2017). Validation of the Portuguese emotion awareness questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-11. DOI: 10.1080/17405629.2017.1344124
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive Behavior Therapy With Children and Young People*. . London: Routledge.
- Villabo, M., Gere, M., Torgersen, S., March, J., & Kendall, P. (2012). Diagnostic efficiency of the child and parent versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 75-85. DOI: 10.1080/15374416.2012.632350
- Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M., & Owens, E. B. (2001). Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology*, pp. 13-33. DOI: 10.1017/s095457940100102x

- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, pp. 75-80. DOI: 10.1590/s1413-73722002000100010
- Warren, H., Denham, S., & Bassett, H. (2008). The emotional foundations of social understanding. *Zero to Three*.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development*, pp. 678-683. DOI: 10.1111/1467-8624.00175
- Way, I., Yelsma, P., Van Meter, A. M., & Black-Pond, C. (2007). Understanding alexithymia and language skills in children: Implications for assessment and intervention. *Language, speech, and hearing services in schools*, pp. 128-139. DOI: 10.1044/0161-1461(2007/013)
- Weinfield, N., Sroufe, L., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, pp. 695-702. DOI: 10.1111/1467-8624.00178
- Wiefferink, C. H., Rieffe, C., Ketelaar, L., & Frijns, J. H. (2012). Predicting social functioning in children with a cochlear implant and in normal-hearing children: The role of emotion regulation. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 883-889. DOI: 10.1016/j.ijporl.2012.02.065
- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Belsky, J. (2000). Timing of parental separations and attachment to parents in adolescence: Results from a prospective study from birth to 16 years. *Journal of Marriage and the Family*, 162-174. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2000.00162.x
- Yen, C., Ko, C., Wu, Y., Ju-Yu Yen, J., Hsu, F., & Yang, P. (2010). Normative data on anxiety symptoms on the Multidimensional Anxiety Scale for Children in Taiwanese children and adolescents: Differences in sex, age, and residence and comparison with an American sample. *Child Psychiatry and Human Development*, pp. 614-623. DOI: 10.1007/s10578-010-0191-4
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I.-C., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A

contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, pp. 47-53. DOI: 10.1542/peds.2006-2089h

Zimmermann, P., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 107-124. DOI: 10.1006/jado.2001.0452

Zimmermann, P., Maier, M., Winter, M., & Grossmann, K. E. (2001). Attachment and adolescents' emotion regulation during joint problem-solving task with a friend. *International Journal of Behavioral Development*, 331-342. DOI: 10.1080/01650250143000157

10. Anexos

Anexo I – Carta de Pedido de Autorização nas Escolas

Exmo(a). Sr(a). Diretor(a) (nome da escola),

No âmbito da realização do mestrado em Psicomotricidade, na Universidade de Évora, estou a levar a cabo um estudo sobre as associações entre a vinculação, o ajustamento emocional e a imagem corporal na adolescência, sob a orientação da Prof.^a Doutora Maria João Carapeto e da Prof.^a Doutora Guida Veiga. Para tal, solicito a vossa colaboração, no sentido de possibilitar a recolha de dados, mediante a aplicação de questionários, junto dos alunos, que frequentam a vossa escola no 3º ciclo do ensino básico. O estudo teve parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar da Universidade de Évora, e foi também submetido à apreciação da Direção-Geral de Educação.

Este tipo de estudo torna-se pertinente, uma vez que, a maioria dos estudos sobre a vinculação centra-se na 1ª e 2ª infância, sendo pouco frequentes os estudos focados na adolescência, e em especial, que a relacionem com o ajustamento emocional e a imagem corporal. Uma vez que, a compreensão desta dinâmica ainda é pouco explorada e o seu contributo é de grande relevo para a intervenção psicossocial com adolescentes, destinada à promoção do seu bem-estar e desenvolvimento (incluindo na área da Psicomotricidade), existe uma forte necessidade de se fortalecer a investigação científica neste sentido.

Caso este pedido seja aceite, o processo de recolha de dados decorrerá durante uma aula (cerca de 20 minutos) a combinar com o(a) diretor(a) (ou outros professores) das turmas que se disponibilizem para o efeito. O processo conta também com o pedido prévio de consentimento informado aos encarregados de educação e aos próprios alunos, sendo eles informados de que a sua participação é de carácter voluntária e de que toda a informação recolhida será anónima e confidencial, bem como será utilizada somente para fins de investigação. Acrescento ainda, que após a conclusão do estudo, encontro-me ao dispor para dar a conhecer os resultados obtidos.

Assim, no presente documento, solicito a vossa autorização para a aplicação de questionários a alunos do 3º ciclo do ensino básico na vossa escola, no contexto de um

estudo que acreditamos vir a ser útil para o conhecimento científico sobre a vinculação, o ajustamento emocional e a imagem corporal na adolescência.

Fico a aguardar com expectativa a vossa resposta, a qual agradeço que seja efetuada para o seguinte contacto:

Raquel Domingos (Telemóvel: 925068988; E-mail: raquel_domingos@hotmail.com)

Subcrevo-me com cordiais cumprimentos,

Raquel Domingos (mestranda em Psicomotricidade)

Anexo II – Pedido de Consentimento Informado (Pais)

Pedido de Consentimento Informado

Título do Projeto: Vinculação, ajustamento emocional e imagem corporal na adolescência

Caro Encarregado de Educação do aluno participante,

No âmbito da realização do mestrado em Psicomotricidade, na Universidade de Évora, estou a levar a cabo um estudo sobre as associações entre a vinculação e o ajustamento emocional na adolescência, sob a orientação da Prof.^a Doutora Maria João Carapeto e da Prof.^a Doutora Guida Veiga. Para tal, foi solicitada a colaboração de algumas escolas públicas, onde será realizada uma avaliação da vinculação, do ajustamento emocional e da imagem corporal em adolescentes, que frequentem o 3º ciclo do ensino básico, através de questionários de autorresposta. Este processo de avaliação decorrerá durante uma aula a combinar com o diretor de turma.

Venho assim, por este meio, pedir a sua autorização para que o(a) seu(sua) educando(a) participe no presente estudo, informando, que a participação é de carácter voluntário e gratuita, sendo mantido o anonimato dos participantes. A informação recolhida será confidencial e utilizada somente para fins académicos. Os encarregados de educação e os adolescentes podem desistir da sua participação no estudo, mesmo após ter sido fornecido o consentimento para tal, sem que seja necessária uma justificação. Sempre que o encarregado de educação ou o adolescente ache pertinente pode solicitar um pedido de informação adicional, a qualquer momento, ao investigador.

Caso concorde com a participação do(a) seu(sua) educando(a) no estudo, destaque a parte de baixo do documento pelo tracejado e devolva-o ao(à) diretor(a) de turma, depois de preenchido e assinado.

(Raquel Domingos,
mestranda em Psicomotricidade)

(Prof. Doutora Guida Veiga)

(Prof. Doutra Maria João Carapeto)

Aceito que o(a) meu(minha) educando(a)

participe no estudo sobre as associações entre a vinculação e o ajustamento emocional na adolescência, a realizar-se na sua escola.

Assinatura do Encarregado de Educação do aluno participante

Anexo III – Pedido de Consentimento Informado (Participantes)

Pedido de Consentimento Informado

Título do Projeto: Vinculação, ajustamento emocional e imagem corporal na adolescência

Caro Participante,

No âmbito da realização do mestrado em Psicomotricidade, na Universidade de Évora, estou a levar a cabo um estudo sobre as associações entre a vinculação e o ajustamento emocional na adolescência, sob a orientação da Prof.^a Doutora Maria João Carapeto e da Prof.^a Doutora Guida Veiga. Para tal, foi solicitada a colaboração de algumas escolas públicas, onde será realizada uma avaliação da vinculação, do ajustamento emocional e da imagem corporal em adolescentes, que frequentem o 3º ciclo do ensino básico, através de questionários de autorresposta. Este processo de avaliação decorrerá durante uma aula a combinar com o diretor de turma.

Venho assim, por este meio, pedir a sua colaboração participando no presente estudo, informando, que a participação é de carácter voluntário e gratuita, sendo mantido o anonimato dos participantes. A informação recolhida será confidencial e utilizada somente para fins académicos. Os encarregados de educação e os adolescentes podem desistir da sua participação no estudo, mesmo após ter sido fornecido o consentimento para tal, sem que seja necessária uma justificação. Sempre que o encarregado de educação ou o adolescente ache pertinente pode solicitar um pedido de informação adicional, a qualquer momento, ao investigador.

Caso concorde com a sua participação no estudo, destaque a parte de baixo do documento pelo tracejado e devolva-o ao(à) diretor(a) de turma, depois de preenchido e assinado.

(Raquel Domingos,
mestranda em Psicomotricidade)

(Prof. Doutora Guida Veiga)

(Prof. Doutra Maria João Carapeto)

Eu, _____
aceito participar no estudo sobre as associações entre a vinculação e o ajustamento emocional na adolescência, a realizar-se na minha escola.

Assinatura do aluno participante

Anexo IV – Protocolo de Avaliação

Protocolo de Avaliação

No âmbito da realização do mestrado em Psicomotricidade, na Universidade de Évora, estou a levar a cabo um estudo sobre as associações entre a vinculação, o ajustamento emocional e a imagem corporal na adolescência.

Neste sentido, os questionários que se seguem procuram reunir informação sobre vários aspetos da tua experiência pessoal. Recordo que a tua colaboração no estudo é voluntária e os dados que disponibilizares serão mantidos anónimos e confidenciais.

É importante que leias atentamente e que respondas a todas as questões, sem deixares nenhuma em branco. Não há respostas certas nem erradas, somente importa o que é verdadeiro no teu caso. Se tiveres alguma dúvida, por favor pergunta.

Muito obrigada pela tua colaboração!

Questionário Sociodemográfico

EAIC

IVIA

Como me sinto

EDAS