

EDITORS

Adelinda Candeias (Coord.),
António Portelada, Catarina
Vaz Velho, Edgar Galindo,
Heldemerina Pires, Liberata
Borrvalho, Luísa Grácio, Nuno
Costa, Konrad Reschke, &
Evelin Witruk.

Multiple Approaches to
the Study and
Intervention in
STRESS

Proceedings of the
International Seminar

29 September, 2018
Évora | Portugal

EDITORS

Adelinda Candeias (Coord.), António Portelada, Catarina Vaz Velho, Edgar Galindo, Heldemerina Pires, Liberata Borralho, Luísa Grácio, Nuno Costa, Konrad Reschke, & Evelin Witruk.

Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress

Proceedings of the

**International Seminar: Multiple Approaches to the
Study and Intervention in Stress**

29th September, 2018

Évora | Portugal

Bibliographic information published by the Associação Portuguesa de Editores e Livreiros (APEL)
Portuguese Association of Publishers and Booksellers

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia,
I.P.



Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress

Proceedings of the International Seminar: Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress
(29th.September, 2018 | Évora, Portugal)

Copyright by the Authors © 2018

All Rights Reserved. No part of this book may be reproduced or utilized in any form or by any means,
electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval
system, without permission in writing from the editors.

Printed in Portugal in 2018

Editors:

Adelinda Candeias (Coord.), António Portelada, Catarina Vaz Velho, Edgar Galindo, Heldemerina Pires,
Liberata Borralho, Luísa Grácio, Nuno Costa, Konrad Reschke, & Evelin Witruk.

ISBN: 978-989-8550-67-5

CONTENTS

- 5 Foreword**
- 7 Key contributions from the Leipzig University's Institute of Psychology for research about stress and trauma**
Konrad Reschke
University of Leipzig
- 17 Assédio no trabalho, stress e burnout nos professores**
António Portelada, Adelinda Candeias, Ana João
Universidade de Évora, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Lezíria
- 30 Interoceptividade e consciência corporal na resposta ao stress**
José Marmeleira, Guida Veiga
Universidade de Évora
- 44 Assédio no trabalho e stress na profissão de enfermagem**
Ana João, Adelinda Candeias, António Portelada
ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Lezíria, Universidade Évora
- 52 Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de Relaxação**
Guida Veiga, Andreia Rodrigues, Elsa Lamy, José Marmeleira
Universidade de Évora
- 67 Vinculação e Desajustamento Emocional em Adolescentes**
Raquel Domingues, Maria João Carapeto, Guida Veiga
Universidade de Évora
- 79 Interrelation of psychophysiological indices of chronic stress with personal particularities of students**
Tapalova Olga, Besbayeva B., Zhiyenbayeva N., Uspanov Zh. T.
Kazakh Academy of Labor and Social Relations
- 91 Evaluación de la salud docente: Marco teórico y estudio empírico**
Victoria Puig, Ander Luser, Jordi Mayayo
Universidade Ramon Llull, Universidade Barcelona

FOREWORD

The University of Évora and the Institute for Psychology of the University of Leipzig, organized jointly the I International Seminar: Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress, with the purpose of consolidating academic and scientific cooperation between both institutions, fostering mutual knowledge of scholars, scientists and students, broadening common scientific production and reinforcing institutional relations.

The meeting was a forum of scientific discussion and interchange of information on the current research fields of the participants.

The main areas of research and intervention in Stress are discussed:

- Conceptualization and multiple approaches to stress
- Stress: Impact in the health of the professionals
- Intervention Programs – Stress management
- Intervention in Stress and Trauma

The aim of this volume is to inform other scientists on the current developments of Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress.

This volume, Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress contains the main contributions presented by scholars of Leipzig and Évora, as well as by guests from the University of Madeira, Portugal; University Autonoma, Portugal; as well as University of Westsächsische Hochschule Zwickau – Gesundheits - und Pflegewissenschaften Fakultät, Germany; Un. DPFA Hochschule Sachsen, Germany; Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Brasil; Abai Kazakh National Pedagogical University, Kazakhstan; and Universidad Ramon Llull – Faculty of Psychology, Education and Sport Sciences, Spain.

The Editors

***Key contributions from the Leipzig University's Institute of Psychology
for research about stress and trauma***

Konrad Reschke/ University of Leipzig

Abstract

Researchers of the Department of Psychology of the University of Leipzig look back on 30 years of research on stress and on about 25 years of trauma-research. The development of diagnostic and therapeutic techniques for stress management and trauma therapy will be reported in brief in this article. The article is focusing on the development of psychological assessment tools for stress and trauma.

1. Stress research

Stress is a common risk factor of health and influencing a broad variety of functions of body and mind. The analysis of stress of test-situations (the physicum of students of medicine) was the starting point of stress research at the Leipzig University. Beginning with these studies of stage fright and test anxiety in the eighties we developed some tools for describing and for assessing stress reactions (Scheuch & Schröder, 1990; Schröder & Reschke, 1992; Schumacher, Reschke & Schröder, 2002).

Later, in the time after the peaceful reunification of the two parts of Germany, the stress of the people during the transition and transformation in the society of eastern Germany was analysed. More and more research was done and in this tradition we developed the first stress management program for people suffering from stress especially in transitions of life. The limitations of elderly programs for stress management should be overcome by the use of new health psychological and resource oriented models. The development of new and evaluated stress management programs using progressive techniques was and is our current goal.

The evaluated program "Mastering stress optimistically" was published in 2000 and in a revision in 2010 by Reschke & Schröder (2010). Up today we developed programs for elderly people, teenagers and drivers, which based on the basis program version and focus on the special demands of the above mentioned high stressed subgroups. In the Journal "Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis" (VPP, number

3, 2017) an overview of all programs and some methods were given. Scientific work was carried out also to evaluate and modify the meditation technique of Herbert Benson (Benson, 1964), published in the book “The relaxation response”. The technique now is better structured and in a fixed format. In this form the method is unique include as a part in stress management programs.

2. Assessment of stress

During the work for effective treatment tools for stress, we were confronted with the need to measure stress in a valid and screening format. That was the point when we developed an own screening scale for the evaluation of the stress level of the participants of ours courses. The Scale is today described in an article by Reschke & Schröder (2017).

The Scale is called the “Leipziger Kurzfragebogen für chronischen Stress - LKCS”. In the tradition of the ultra-short screenings the scale contains of only seven items, with a proved validity for important dimensions of chronic stress. These are:

- Typ A behavior – high amount of pressure in daily life
- Sense of Coherence
- Amount of negative emotions
- Sleep disorders as first expression of psychosomatic symptoms
- Unability to relax
- Unsolved critical life events
- Lack of social support

Each item can be answered on a 4 point likert scale. Values from 7 to 28 are possible. The Test Analysis proposed a cut off value of a row value=17, people with a higher score are highly stressed identified people. The test fulfills all the criteria of validity, reliability and objectivity sufficiently. Norms were computed. The test exists in German, Russian, Chinese, Indonesian, Arab and Portuguese language. To illustrate the test a Portuguese form is shown here in the next pages (Galindo, Candeias, Grácio, Vaz-Velho & Reschke, 2018). The screening test can be used in different ways:

- Information about dimensions of chronic stress
- psycho education
- Evaluation of intervention effects
- Analysis of stress-levels of different groups
- Intercultural research
- Stress counseling, single case assessment

Stresse? O seu pequeno teste pessoal

(Galindo, Candeias, Grácio, Vaz-Velho & Reschke, 2018, use only with permission)

Responda às afirmações seguintes com ajuda da escala de avaliação (1 a 4), anotando o que corresponde à realidade.

Não corresponde = 1 / corresponde pouco = 2

Corresponde bastante = 3 / corresponde totalmente = 4

Afirmação:	1	2	3	4
1. Tenho o sentimento de estar sob pressão, acossado ou pressionado até ao limite.				
2. As vezes pergunto-me para que serve tanto esforço				
3. A insatisfação e a raiva acompanham diariamente a minha vida.				
4. Acordo regularmente durante a noite ou muito antes da hora de me levantar.				
5. Sinto-me cansado e sem vontade mesmo após uns dias ou horas de descanso,				
6. Na minha vida há assuntos sensíveis que me irritam quando penso neles.				
7. Quando tento discutir os meus problemas com alguém, normalmente não encontro uma pessoa que me escute.				

Avaliação

Pontuação:

Para obter a pontuação total do stresse, some os valores obtidos de 1 a 7.

O seu perfil de stresse:

Coloque o valor de cada uma das afirmações no esquema seguinte.

Campos de stresse	1	2	3	4
1. Perda de controlo				
2. Perda de sentido				
3. Raiva, insatisfação (frustração)				
4. Perturbação do sono				
5. Incapacidade de descanso				
6. Assunto pessoal que o preocupa				
7. Falta de apoio social				

Interpretação

Tem uma pontuação final de stresse maior de 18?

O stresse é evidentemente um problema para si. Deve começar a fazer alguma coisa que o combata imediatamente e com optimismo. Quanto mais tempo viver com esse stresse, mais difícil será para si encontrar uma maneira de o dominar.

Se a sua nota é inferior a 10?

Isso não significa que seja pouco stressada . Observe as suas reações indesejáveis perante o stresse. Pode ser uma mais-valia para si procurar estratégias razoáveis para gerir o stresse.

Se a sua pontuação for de 11 a 17?

Neste caso deve começar imediatamente a desenvolver técnicas para a gestão do stresse. Aqui começa a proteção da sua saúde.

Tem um valor de 4 em algum campo?

No campo no qual tem um valor de 4, melhor ainda se for de 3, deve definir, para esse campo um alvo pessoal e começar a realizá-lo.

3. PTSD Research

There was a long period of trauma research in the Division Clinical Psychology and Psychotherapy of the Department of Psychology of the Leipzig University from 1994 to 2018. The starting point was psychotherapeutic work in the Psychological Clinic of the department of Psychology and the necessity to treat people suffering from PTSD. The therapy was mostly trauma narrative counselling. Later, in 1994, the eye movement and reprocessing therapy was learned and in study analysed of the effects. The psychological assessment of patients suffering from PTSD was mostly done with the Impact of event Scale. But we looked for better diagnostic tools.

In the years more than 40 scientific publications were published in books, articles and other forms (Reschke, 2019). Experiences of traumatic events and therapeutic case work with trauma-patients were always related to the scientific research of trauma related issues. In this paper it is not possible to give a full overview about trauma research. One milestone was the publication of an manual for Imagery describing and reprocessing therapy for type 1 trauma (Schmucker, Reschke & Koegel, 2008) One example of own work will be reported more in detail. This is the development of the MPSS. The MPSS is the Modified PTSD Symptom Scale (Falsetti, Resick, Resnick & Kilpatrick, 1993). This questionnaire for PTSD evaluates the existence and the severity of the PTSD symptoms.

4. Assessment of PTSD

Successful treatment always requires thorough diagnostics (Carlson, 1997). For this purpose, a comprehensive repertoire of instruments for the diagnostic recording of post-traumatic stress disorders is available in Germany and above all in the Anglo-American region. In German-speaking procedures, the diagnostic interviews and self-assessment procedures shown in the following table are mainly used (Table 1).

The most widely used tools for imaging post-traumatic stress disorders are the Impact of Event Scale (IES) and its revised version (IES-R). These procedures relate to a single known trauma and record intensity-independent exclusively the symptom frequency.

The analysis of previous self-assessment instruments for the presentation of post-traumatic stress disorders has shown that these often do not raise the intensity of the symptoms or presuppose the knowledge of trauma. The Modified PTSD Symptom Scale (MPSS) (Falsetti et al., 1993) detects the symptom severity as a screening instrument, regardless of the type or number of traumas (Spitzer et al., 2001). The evaluation and the

first clinical application of the scale in German-speaking countries are reported in the work of Abraham (1999). The results of this work have been published in the Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy (Spitzer et al., 2001).

Table 1

Psychological assessment tools for PTSD in Germany often used

Name	Instrument	Author
Diagnostic Interviews		
SCID-PTSD	Structured Clinical Interview for DSM-IV	Spitzer & Williams, 1986
CAPS	Clinical Administered PTSD Scale	Blake et al., 1990; 1995
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen	Margraf et al., 1994
PTSD-I	PTSD-Interview	Watson, 1990; 1991
DIA-X	Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen	Wittchen et al., 1997
Self rating scales		
IES	Impact of Event-Skala	Horowitz et al., 1979
IES-R	revidierte Version der Impact of Event-Skala	Weiss & Marmar, 1996; Maercker & Schützwohl, 1997
PTSS-10	Post Traumatic Stress Scale-10	Raphael et al., 1989
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale	Foa et al., 1993
PSS	PTSD Symptom Scale	Foa et al., 1993
MPSS	Modified PTSD Symptom Scale	Falsetti et al., 1993
AFT	Aachener Fragebogen zur Traumaverarbeitung	Flatten & Wälte, 1998
ETI	Essener Trauma-Inventar	Tagay et al., 2004

4.1 The Modified PTSD Symptom Scale (MPSS)

As a screening method, regardless of the type or number of traumas, Foa and co-workers (1993) developed the PTSD Symptom Scale, self-report (PSS-SR, Winter, Wenninger & Ehlers 1992), which also records symptom frequency. Steil (1997) added a 4-level gamut of symptom relief to this version, which has so far been largely validated on accident victims. In the US, a modified version with the ability to map the symptom intensity on a 5-step scale has also been presented (Falsetti, Resick, Resnick & Kilpatrick, 1993).

The MPSS was used in clinical and non-clinical populations and showed good psychometric properties; their further advantage is that the results are internationally comparable. The disadvantage, however, is that the MPSS refers to the last 14 days before the examination and thus can only act as a screening method. The use of MPSS is recommended in patients with an unknown history of trauma, as is often the case with clinical samples (Carlson, 1997, Spitzer, Abraham, Reschke & Freyberger, p.160).

The MPSS contains 17 items that correspond to the symptoms of PTSD according to the DSM concept. Each item is estimated on a 4-level frequency scale (from 0 = not at all to 3 = almost always) and a 5-level severity scale (0 = not at all stressing to 4 = extremely stressful) in relation to the last two weeks. A categorical evaluation method according to the DSM algorithm detects symptoms that have a frequency of at least 1. Alternatively, a dimensional evaluation is possible in which the scores for the frequency and severity scales are added for the total and separately for the subscales intrusions, avoidance and hyper arousal "(Spitzer et al., p. 160).

4.2 Evaluation and clinical use of the MPSS - Scale

The aim of the work of Abraham (1999) was to provide a screening procedure that records the frequency and severity of typical German PTSD symptoms and their psychometric review.

Based on the MPSS (Falsetti, Resick, Resnick & Kilpatrick, 1992, Falsetti et al., 1993), a German adaptation was made. For this purpose, the original English-language scale was translated and compared with the German version of the DSM-IV and other scales for the assessment of PTSD symptoms (Abraham, 1999, p. 18).

The DIA-X interview (Wittchen & Pfister, 1997), the FDS (Freyberger et al., 1999) and the SCL-90 (Derogatis, 1977) were used as psychometric instruments for the

validation of MPSS. The clinical sample included 103 predominantly depressed patients with a mean age of 40 years (Abraham, 1999, pp. 19-24). The investigation of the psychometric properties of the MPSS revealed the following results:

As a measure of reliability, the internal consistency (Cronbach's alpha) was calculated. For the total scale this was .89 and for the subscales the following values were found: hyper arousal = .88; avoidance = .94 and intrusions = .94.

To verify the validity, the conformity of the various evaluation modes with a third-party assessment tool was determined. Using DIA-X, 44 (42.7%) of the 103 patients were diagnosed with PTSD. Of these, one reported on the use of war, three had experienced violence, eight had been victims of rape, four reported sexual abuse as a child, one about a natural disaster, three about serious accidents, one had been in captivity and 23 had experienced other traumas (such as eg the sudden death of a close relative or the diagnosis of a life-threatening illness).

According to the categorical evaluation method, a total of 63 patients (62%) are found with a PTSD. The sensitivity of the scale was thus 81.4%, the specificity 52.5% and the number of correctly identified cases 65%. The modified categorical evaluation proposed by the authors showed that 32 patients (31%) may have had PTSD. The sensitivity was 74.4%, the specificity was 79.6% and the overall agreement of correctly recognized cases was 77.5%.

In addition to the categorical evaluation, the MPSS provides a dimensional analysis for both the entire procedure and for the subscales, whereby symptom frequency and severity are included as total scores. In a variance analysis comparison, patients diagnosed with DIA-X with a PTSD consistently showed significantly higher values than those without PTSD [...] which can be considered as further evidence of validity (Spitzer et al., P. 161).

By means of the regression (test value $X = 0.107 * \text{intrusion score} + 0.0622 * \text{avoidance score} - 0.0589 * \text{hyper arousal} - 2.2883$) a total of 82.4% of the patients could be assigned diagnostically correct. A PTSD diagnosis was assigned for patients with a test value $X \geq .5$. The sensitivity according to this regression equation was 76.7% and the specificity 86.4% (Abraham, 1999, p. 33).

4.3 Conclusion

With the MPSS a reliable and valid screening instrument for trauma disorders is available, which can be evaluated depending on the task. If the discovery of as many

people as possible with PTSD is in the foreground, we recommend using the dichotomous evaluation method (sensitivity = 81.4%). However, prior to the diagnosis, further specific diagnostics are required, as this method leads to a significant number of false-positive categorizations (specificity = 52.5%). A relatively efficient categorical assessment succeeds using the modified evaluation method, in which the Symptom severity in addition to the symptom severity input. In this procedure, the diagnostic characteristics are comparatively balanced. The dimensional evaluation is complementary to other questions available and allows a differentiated assessment of the extent of symptoms between different groups.

The MPSS can provide reliable evidence of PTSD. Low-grade stressors have also been shown to produce nearly as much subjective PTSD symptoms as high-grade stressors. This finding contradicts the widely held belief that low-grade stressors rarely lead to PTSD. In addition, the close association between traumatization and dissociative psychopathology should be pointed out. In summary, it can be stated that the findings of the study regarding the reliability of the German version of the MPSS are at least as satisfactory as the Reliability scores of the MPSS original version and other diagnostic instruments in the German-speaking countries. The results of this research were published by Spitzer, Abraham, Reschke and Freyberger (Spitzer et al.)

References

- Abraham, G. (1999). *Evaluation und klinische Anwendung der Modifizierten PTSD Symptom Skala (MPSS)*. Diplomarbeit, Universität. Leipzig.
- Benson, H. (1964). *The relaxation response*. London: Collins.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessment. A clinicians guide*. New York: Guilford Press.
- Galindo, E., Candeias, A., Grácio, L., Vaz-Velho, C. & Reschke, K. (2018). *Gestao optimista stresse*. In press.
- Falsetti, S. A., Resick, P. A., Resnick, H. S. & Kilpatrick, D. G. (1992, November). *Posttraumatic stress disorder: The assessment of frequency and severity of symptoms in clinical and nonclinical samples*. Vortrag auf der 26. Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A. & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: a brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist* (16), 161–162.

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. & Rothbaum, B. O. (1993). *Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress* (6), 459–473.
- Reschke, K. & Schröder, H. (2016). *Der Leipziger Kurzfragebogen Chronischer Stress (LKCS)*. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 48 (3), 621-643.
- Scheuch, K & Schröder, H. (1990). *Mensch unter Belastung*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Schmucker, M., Reschke, K. & Kögel, B. (2008). *Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy, Behandlungsmanual für Typ I-Trauma*, Aachen: SHAKER Verlag.
- Schröder, H. & Reschke, K. (Hrsg.). (1992). *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung*. Regensburg: Roderer.
- Schumacher, J., Reschke, K. & Schröder, H. (2002). *Mensch unter Belastung: Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung*. Frankfurt a. M: VAS-Verlag für Akademische Schriften.
- Steil, R. (1997). *Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen*. Frankfurt: Lang.
- Winter, H., Wenninger, K. & Ehlers, A. (1992). *Deutsche Übersetzung der PTSD Symptom Scale-self-report (PSS)*, Psychologisches Institut der Universität Göttingen.

Assédio no trabalho, stress e burnout nos professores

António Fernando Saldanha Portelada/ Universidade Évora – aportelada@uevora.pt

Adelinda Araújo Candeias/ Universidade de Évora

Ana Lúcia da Silva João/ ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Lezíria

Resumo

Enquadramento: O assédio no trabalho é fenómeno comum em diversos contextos laborais, caracterizado pela repetição de condutas baseadas na desvalorização/desprestígio, intimidação e assimetria de poder que se repetem durante um período prolongado mais de seis meses, com uma frequência semanal de pelo menos duas vezes por semana.

Objetivo: O presente estudo de investigação tem como objetivo geral avaliar a prevalência de assédio moral no local de trabalho e sua relação com o *stress* e o *burnout*.

Método: O estudo desenvolvido é quantitativo, descritivo-correlacional e de natureza transversal. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário composto por uma avaliação sociodemográfica e profissional e pelas escalas LIPT-60, QVS-23 e MBI. A amostra total é constituída por 2003 professores, que exercem funções na docência do ensino pré-escolar ao universitário.

Resultados e discussão: Relativamente, ao assédio no trabalho constatou-se que 75,1% dos professores assinalaram sofrer pelo menos uma conduta referida na escala LIPT-60. Porém, apenas 22,5% da amostra reconheceu estar a ser vítima de agressão. No que concerne à relação do assédio trabalho com o *stress*, verificou-se que quanto menor a vulnerabilidade ao *stress* menor o assédio no trabalho. Ao nível do *burnout* laboral, verificou-se que os fatores exaustão e despersonalização são mais elevados nos professores com um índice mais alto de assédio.

Conclusão: O conhecimento deste fenómeno é fulcral, no sentido de evitar estas condutas nos professores, levando a que o local de trabalho seja um espaço caracterizado pelo respeito e colaboração.

Palavras-Chave

Assédio no trabalho, *stress*, *burnout*, professores.

Workplace harassment stress and burnout in teachers

Abstract

Background: Workplace harassment is a common phenomenon in a variety of employment contexts, characterized by repeated behaviors based on devaluation/discredit, intimidation and asymmetry of power that are repeated over a prolonged period of more than six months, with a weekly frequency of at least two times a week.

Objective: The present study aims at evaluating the prevalence of workplace bullying and its relation to stress and burnout.

Method: The study is quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional in nature. The data collection instrument used was a sociodemographic and professional evaluation and the LIPT-60, QVS-23 and MBI scales. The collected sample consists of 2003 teachers, who work in the level of education of pre-school to the university.

Results and discussion: In relation to harassment at work, it was observed that 75.1% of the teachers reported having undergone at least one of the behaviors mentioned in the LIPT-60 scale. However, only 22.5% of the sample admitted to being a victim of aggression. With regard to the relationship between harassment work and stress, it was found that the lower the vulnerability to stress the less the harassment at work. As for the burnout phenomenon, it was found that the factors of exhaustion and depersonalization are higher in teachers with a higher rate of harassment.

Conclusion: The knowledge of this phenomenon is important, in the sense of avoiding these behaviors in the teachers, promoting a workplace characterized by respect and collaboration.

Keywords

Workplace harassment, stress, burnout, teachers.

Introdução

O assédio no local de trabalho é uma problemática comum em diversos países a nível mundial e em distintas organizações, que é resultante de relações laborais nocivas estabelecidas como os colegas de trabalho ou com o superior hierárquico.

O estudo do assédio no trabalho iniciou-se com o investigador Leymann (1990), tendo o mesmo definido este fenómeno como uma deliberada degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas, que se caracterizam pela repetição, durante um longo tempo, de um comportamento hostil que um superior ou colegas desenvolvem contra um indivíduo que apresenta como reação um quadro de degradação física, psicológica e social duradoura.

Estes comportamentos de agressão ocorrem mais frequentemente por inveja ou pelo sentimento de ameaça que as vítimas causam no agressor. Deste modo, o agressor que se sente ameaçado inicia um conjunto de comportamentos nocivos com o objetivo de denegrir a imagem da vítima e levar a que a mesma abandone o seu local de trabalho. Estes atos são caracterizados pela desvalorização, humilhação, isolamento/exclusão, difamação e bloqueio à comunicação (Sá e Pereira, 2007).

Numa profissão, na qual a maior parte do tempo consiste em ensinar crianças, torna-se preocupante que os professores que servem de modelo aos seus alunos, exerçam condutas de agressão sobre os seus colegas de trabalho (Shaw, 2017).

Deste modo, torna-se imperativo a pesquisa na área do relacionamento interpessoal no local de trabalho e na avaliação do assédio e outros efeitos resultantes do mesmo, no sentido de intervir no campo da educação, para a saúde dos professores e das organizações escolares, bem como o crescimento económico (Vos e Kristen, 2015).

Este fenómeno tem efeitos de caráter negativo no *stress*, ressentimento, depressão, raiva, insegurança, sensação de impotência, sentimentos de medo e pavor e perturbações do sono (Blasé, Blasé e Du, 2008).

Os efeitos do aumento do *stress* relacionado com o assédio no trabalho podem-se manifestar através de sintomas físicos como hipertensão, cefaleias, taquicardia, dor pré-cordial não relacionada com problemas cardíacos, dor a nível lombar, tonturas e ataques de pânico (Vos, 2013).

O nível de satisfação no trabalho dos professores diminui com o aumento das experiências de assédio no trabalho relacionadas à profissão e às relações sociais, consequentemente os níveis de *burnout* também aumentam. No entanto, com o aumento nos níveis de satisfação no trabalho interno e externo dos professores, as perceções de *burnout* diminuem. O assédio no trabalho poderá ser considerado um forte indicador do nível de *burnout*.

No entanto, para além dos efeitos negativos que o assédio causa à integridade física e psicológica da vítima, o seu efeito pode afetar também os alunos e os seus

resultados escolares, causar desmotivação entre os professores/colegas de trabalho, conduzir a uma alta rotatividade e má qualidade no ensino (Wet e Jacobs, 2014).

1. Objetivos

No sentido de delinear o foco de investigação, foram construídos os seguintes objetivos:

- Avaliar a prevalência de assédio nos professores portugueses;
- Avaliar a prevalência de *burnout* nos professores portugueses;
- Analisar a vulnerabilidade dos professores portugueses ao fenómeno *stress*;
- Investigar a relação existente entre o assédio no trabalho, a vulnerabilidade ao *stress* e o *burnout*.

2. Método

O presente estudo de investigação desenvolvido é quantitativo, de caráter descritivo-correlacional e natureza transversal. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário, tendo sido o mesmo redigido em formato digital no programa *Google Docs*. O mesmo questionário era composto por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e pelas escalas de avaliação do assédio no trabalho (LIPT-60), vulnerabilidade ao *stress* (QVS-23) e *burnout* laboral (MBI). No texto introdutório foi incluída a informação de que os dados recolhidos se destinavam somente à realização de um estudo de investigação e que não lesavam ou danificavam a integridade física e psicológica dos participantes. Outro aspeto realçado, foi o facto de que os sujeitos participantes no estudo não teriam qualquer ganho remuneratório e que poderiam desistir a qualquer momento do preenchimento do questionário, não existindo penalizações de qualquer natureza.

Primeiramente, procedeu-se à aplicação de um pré-teste do questionário com uma amostra de 30 professores, no sentido de avaliar a compreensão do instrumento.

Subsequentemente, efetuou-se o registo do estudo na Comissão Nacional de Proteção de Dados e foi pedida a avaliação do estudo pela comissão de ética do Ministério da Educação, tendo o mesmo obtido autorização para aplicação, com o número de registo 0512600001.

Após a aprovação ética, foi divulgado o questionário, através do correio eletrónico, por todos os diretores escolares do país e pedida a sua colaboração na

divulgação do mesmo questionário pelos professores da respetiva instituição que representam.

O tratamento e análise de dados estatísticos foi efetuado nos programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21. No tratamento de dados, foram seguidos os princípios éticos, nos quais foram salvaguardados a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

A amostra total obtida é composta por 2003 professores que representam 1,14% do número total de professores em Portugal. No que concerne aos níveis de ensino lecionados pelos professores que participaram no presente estudo, 7,9% eram do ensino pré-escolar, 46,4% do ensino básico, 28,2% do ensino secundário e 17,4% do ensino superior/universitário.

Na sua grande maioria, os professores eram do sexo feminino (76,9%) e encontravam-se casados/união de facto (66,4%). A idade da amostra oscilou entre os 23 e 67 anos, sendo a média de idades 47,73 anos (DP=8,20).

Quanto às habilitações académicas verificou-se que mais de metade da amostra, ou seja 55,5% dos professores, apenas possuía como habilitação a licenciatura. Relativamente aos restantes graus académicos, 22,8% da amostra referiu ter mestrado e 13,1% doutoramento.

As instituições nas quais 88,3% dos professores desempenhavam funções eram de carácter público. O vínculo laboral da maioria dos professores era considerado estável, sendo que 69,8% apresentavam vínculo no quadro de nomeação definitiva e 9,9% um lugar no quadro de zona pedagógica. Apenas 18% dos professores encontrava-se na situação de contratados. A maioria da amostra, 93,3% dos professores, exercia um horário completo na instituição.

Por último, no que concerne à distância do local de trabalho, 80,9% da amostra residia a menos de 30 km e apenas 12,8% residia longe geograficamente da família.

3. Resultados

Após a análise estatística dos dados verificou-se que mais de metade da amostra, ou seja 54,5% já tinha ouvido falar sobre o assédio no trabalho/ *mobbing* e 42% referiram já ter observado condutas de assédio em colegas de trabalho.

Aquando o preenchimento da escala LIPT-60 com 60 itens que descrevem condutas de agressão no local de trabalho, 75,1% dos professores assinalaram sofrer pelo menos uma conduta referida na mesma escala. No entanto, apenas 22,5% da amostra

reconheceu estar a ser vítima de agressão, quando questionada após a aplicação da escala se tinha consciência de sofrer assédio no trabalho.

Relativamente às condutas de agressão mais vivenciadas pelas vítimas, constatou-se que foram as seguintes: “criticam o seu trabalho” (47,6%), “interrompem-no(a) quando fala” (43,6%) e “os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer” (41,6%), sendo que estas fazem referência a estratégias de agressão que visam o bloqueio à comunicação e difamação. As condutas menos verificadas são ataques físicos diretos, ataques que deixam marcas físicas, tais como, “recebe agressões sexuais físicas diretas” (0,9%), “ameaçam-no/a com violência física” (1,6%), “provocam-lhe danos na sua casa ou no seu lugar de trabalho” (1,6%).

No que concerne aos fatores que constituem a escala LIPT-60 (tabela 1), verificou-se uma maior intensidade no assédio caracterizado pelo “bloqueio à comunicação e difamação” (média=0,57), por outro lado o assédio menos frequente é o que é marcado por “ataques diretos” (média=0,06).

Tabela 1

Mínimos, máximos, médias e desvios padrão dos fatores da LIPT-60

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Bloqueio à comunicação e Difamação	0	4	,57	,73
Ataques Diretos	0	4	,06	,24
Isolamento	0	4	,17	,46
Desprestígio Laboral	0	4	,30	,52
Desprestígio Pessoal	0	4	,14	,40
Manipulação Profissional	0	4	,11	,38

Relativamente à vulnerabilidade ao *stress*, recorrendo à escala QVS-23, os itens que apresentaram um maior número de resposta relativamente à opção concordo em absoluto foram: “sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas” (47,7%) e “quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes” (44,1%). Relativamente aos fatores que constituem a escala, verificou-se que o fator que apresentou um valor médio de concordância mais elevado foi a “dramatização da existência”, e o que apresentou um valor de concordância mais reduzido foi a “carência de apoio social” (tabela 2).

Tabela 2

Mínimos, máximos, médias e desvios padrão dos fatores da QVS-23

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Inibição e dependência funcional	2003	1,33	4,50	3,25	,58
Carência de apoio social	2003	1,00	5,00	4,02	,75
Perfeccionismo	2003	1,00	5,00	2,52	,93
Intolerância à frustração	2003	1,00	5,00	3,68	,73
Condições de vida adversas	2003	1,00	5,00	3,72	1,04
Subjugação	2003	1,00	5,00	3,20	,77
Dramatização da existência	2003	,50	2,50	1,52	,38

O *burnout* laboral foi outra variável estudada no presente trabalho de investigação. O estudo do *burnout*, foi efetuado através da aplicação da escala MBI adaptada e validada por Martins (2008).

No sentido de avaliar o *burnout*, efetuou-se pontos de corte nos fatores, pois tal como refere Maslach e Jackson (1986), deverão ser identificados em cada fator os pontos que dividem a amostra em proporções iguais.

Deste modo, efetuou-se a identificação dos percentis que possibilitaram a divisão dos scores em três partes iguais.

Na dimensão “exaustão” um valor menor do que 25 é considerado baixo, de 25 a 38 é considerado médio e mais de 38 alto. Relativamente, à realização pessoal, o valor inferior a 37 é considerado baixo, de 37-43 valor médio, mais de 43 um valor alto. A despersonalização, com um valor inferior a 9 é considerado um valor baixo, 9-14 valor médio e mais de 14 um valor alto. Tendo em consideração os scores definidos, efetuou-se a avaliação descritiva do *burnout* nos professores (tabela 3).

Tabela 3

Prevalência do burnout nos professores

Dimensões da MBI	Baixo		Médio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Exaustão	592	29,6	745	37,2	666	33,3
Realização pessoal	621	31,0	805	40,2	577	28,8
Despersonalização	608	30,4	737	36,8	658	32,9

Após a obtenção dos resultados verificou-se que a prevalência de elevada exaustão nos professores era de 33,3% e de despersonalização 32,9%. Relativamente à realização pessoal, constatou-se que 31,0% dos professores sentiam um baixo nível de realização pessoal.

3.1 Assédio no trabalho versus *stress*

Foi efetuado o estudo do coeficiente de correlação de Pearson no sentido de avaliar a correlação estabelecida entre os fatores que compõem as escalas de avaliação do *stress* e *burnout*, nomeadamente entre a QVS-23 e a LIPT-60. A mesma relação poderá ser visualizada na seguinte tabela (tabela 4).

Tabela 4

Correlações entre as escalas LIPT-60 e QVS-23

	Bloqueio à comunicação e Difamação	Ataques Diretos	Isolamento	Desprestigio Laboral	Desprestigio Pessoal	Manipulação Profissional
Inibição e dependência funcional	-,069**	-,018	-,052*	-,066**	-,066**	-,012
Carência de apoio social	-,214**	-,120**	-,188**	-,175**	-,154**	-,142**
Perfeccionismo	-,066**	-,020	-,039	-,083**	-,066**	-,007
Intolerância à frustração	-,104**	-,050*	-,098**	-,110**	-,069**	-,021
Condições de vida adversas	-,081**	-,071**	-,037	-,118**	-,115**	-,039
Subjugação	-,326**	-,144**	-,224**	-,265**	-,212**	-,150**
Dramatização da existência	-,107**	-,018	-,073**	-,076**	-,048*	-,016

No que concerne à escala QVS-23 todos os fatores que a constituem se demonstraram correlacionados com a dimensão bloqueio à comunicação e difamação, primeiro fator da escala LIPT-60. O coeficiente de correlação da QVS-23 com a dimensão “bloqueio à comunicação e difamação” demonstrou-se negativo e muito fraco nas dimensões “inibição e dependência funcional” ($r=-0,069$), “perfeccionismo” ($r=-0,066$), “intolerância à frustração” ($r=-0,104$), “condições de vida adversas” ($r=-0,081$) e “dramatização da existência” ($r=-0,107$). Nas dimensões “carência de apoio social” ($r=-0,214$) e subjugação ($r=-0,326$) o coeficiente de correlação apresentou um valor negativo e fraco.

Relativamente à dimensão ataques diretos da escala LIPT-60, verificou-se correlações de índole negativa e muito fracas com as dimensões “carência de apoio social” ($r=-0,120$), “intolerância à frustração” ($r=-0,050$), “condições de vida adversas” ($r=-0,071$) e subjugação ($r=-0,144$) da escala QVS-23.

O fator “isolamento” da escala LIPT-60 correlaciona-se negativamente de modo muito fraco com as dimensões “inibição e dependência funcional” ($r=-0,052$), “carência de apoio social” ($r=-0,188$), “intolerância à frustração” ($r=-0,098$) e “dramatização da

existência” ($r=0,073$) e de modo fraco com a dimensão “subjugação” ($r=0,224$) da escala QVS-23.

Todas as dimensões da escala QVS-23 se correlacionam significativamente com a dimensão “desprestígio laboral” da escala LIPT-60, sendo a natureza das correlações negativa e muito fraca nos fatores “inibição e dependência funcional” ($r=-0,066$), “carência de apoio social” ($r=-0,175$), “perfeccionismo” ($r=-0,083$), “intolerância à frustração” ($r=-0,110$), “condições de vida adversas” ($r=-0,118$) e “dramatização da existência” ($r=-0,076$) e fraca no fator “subjugação” ($r=-0,265$).

No quinto fator da escala LIPT-60 denominado de “desprestígio pessoal” verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas com as todas as dimensões da escala QVS- 23, sendo o coeficiente de correlação negativo e muito fraco nos fatores “nos fatores “inibição e dependência funcional” ($r=-0,066$), “carência de apoio social” ($r=-0,154$), “perfeccionismo” ($r=-0,066$), “intolerância à frustração” ($r=-0,069$), “condições de vida adversas” ($r=-0,115$) e “dramatização da existência” ($r=-0,048$) e fraca no fator “subjugação” ($r=-0,212$).

Por último, apenas dois fatores que constituem a QVS-23 se correlacionam negativamente com o fator manipulação profissional da escala LIPT-60, sendo o coeficiente de correlação fraco nas dimensões “carência de apoio social” ($r=0,142$) e “subjugação” ($r=0,150$).

3.2 Assédio no trabalho versus *burnout*

No sentido de verificar a correlação entre o assédio no trabalho e o *burnout* laboral efetuou-se o estudo de coeficiente de correlação de *Pearson*. Deste modo, na tabela seguinte, poderão ser observadas a correlações entre as escalas LIPT-60 e MBI (tabela 5).

Tabela 5

Correlações entre as escalas LIPT-60 e MBI

	Exaustão	Realização Pessoal	Despersonalização
Bloqueio à comunicação e Difamação	,365**	-,105**	,422**
Ataques Diretos	,157**	-,055*	,280**
Isolamento	,213**	-,096**	,336**
Desprestígio Laboral	,356**	-,101**	,373**
Desprestígio Pessoal	,202**	-,056*	,311**
Manipulação Profissional	,154**	-,027	,252**

Todos os fatores que constituem a escala LIPT-60 se correlacionaram positivamente com a dimensão “exaustão” da escala MBI. Os fatores “ataques diretos”

($r=0,157$) e “manipulação profissional” ($r=0,154$) apresentaram um coeficiente de correlação significativo muito fraco; e os fatores “bloqueio à comunicação e difamação” ($r=0,365$), “isolamento” ($r=0,213$), “desprestígio laboral” ($r=0,356$) e “desprestígio pessoal” ($r=0,202$) um coeficiente de correlação significativo fraco.

Relativamente, à dimensão “realização pessoal” da escala MBI, os fatores “bloqueio à comunicação e difamação” ($r=-0,105$), ataques diretos” ($r=-0,055$), “isolamento” ($r=-0,096$), “desprestígio laboral” ($r=-0,101$) e “desprestígio pessoal” ($r=0,056$) correlacionam-se negativamente com o *assédio no trabalho*, sendo o coeficiente de correlação muito fraco.

Por último, o fator “despersonalização” que compõem a escala MBI correlaciona-se significativamente com todos os fatores da escala LIPT-60, sendo o coeficiente de correlação positivo e moderado no fator “bloqueio à comunicação e difamação” Nos restantes fatores, nomeadamente no ataques diretos” ($r=-0,280$), “isolamento” ($r=-0,336$), “desprestígio laboral” ($r=-0,373$) e “desprestígio pessoal” ($r=0,311$) e “manipulação profissional” ($r=0,252$), o coeficiente de correlação revelou-se fraco.

4. Discussão

Após a análise de dados verificou-se que mais de metade dos sujeitos que participaram no estudo (54,5%), já tinham ouvido falar sobre a temática do assédio, resultado que se encontra em consonância com o estudo de João e Portelada (2016) realizado nos enfermeiros.

No que concerne à prevalência do assédio nos professores, verificou-se que 75,1% dos professores assinalaram sofrer pelo menos uma conduta de assédio no local de trabalho. No entanto, apenas 22,5% da amostra reconheceu estar a ser vítima de agressão, quando questionada após a aplicação da escala se tinha consciência de sofrer assédio no trabalho. Este resultado, de acordo com os autores João e Portelada (2016) e Hirigoyen (2002) está relacionado com o objetivo do agressor ser o de controlar outro, atacando seus pontos mais fracos, levando a que a vítima perca a confiança em si mesma. Deste modo, as vítimas com autoestima destruída não se reconhecem como tal, culpando-se em alguns casos, pela agressão que estão sofrendo.

Os tipos de agressão mais verificados nos professores são relacionados com o bloqueio à comunicação e difamação, ou seja condutas dissimuladas e que não deixam provas físicas visíveis. Este resultado encontra-se em consonância com o facto de o tipo de agressão menos verificado nos professores ser os ataques diretos.

Os professores que apresentam uma maior vulnerabilidade ao *stress* apresentam um valor médio de assédio no trabalho mais elevado. De destacar que o bloqueio à comunicação e difamação e o desprestígio pessoal e laboral se relacionam com todos os fatores de vulnerabilidade ao *stress*.

O assédio no trabalho encontra-se correlacionado com todos os fatores da escala MBI que avalia o *burnout*. De acordo com Tanhan e Çam (2011), Sá (2008), Pines (2005) e Herranz (2005), existe um paralelismo entre o assédio no trabalho e o *burnout*, caracterizado por diminuição da resistência psicológica e emocional, relacionada com uma carga de sofrimento psicológico.

Quanto maior o índice médio de assédio no trabalho maior a exaustão e despersonalização. Por outro lado, na dimensão realização pessoal, verificou-se que quanto maior o índice médio de assédio no trabalho menor a realização pessoal, os mesmos resultados encontram-se em consonância com os dos autores Sá (2008), Einarsen e Skogstad (1998), no qual foram também verificados valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização em enfermeiros que sofriam um índice mais elevado de assédio no trabalho.

5. Conclusão

O assédio no trabalho é uma realidade no contexto laboral dos professores, sendo que em média $\frac{3}{4}$ dos docentes sofrem pelo menos uma conduta de agressão. No entanto, apenas $\frac{1}{5}$ dos professores têm consciência de ser vítimas deste fenómeno, estando este resultado relacionado com a destruição da autoestima da vítima, efetuada pelo agressor.

As condutas de agressão mais comuns verificadas no local de trabalho foram o bloqueio à comunicação e difamação, ou seja atos que são efetuados com o intuito de denegrir a imagem da vítima sem deixar provas físicas visíveis. No entanto, tal como refere Hirigoyen (2001), os efeitos na saúde mental poderão ser avassaladores, pois as experiências vivenciadas ficam na memória das vítimas e são revividas através de pensamentos, emoções intensas e repetitivas, o que leva à exaustão e ao desgaste psicológico.

A vulnerabilidade ao *stress* influencia a ocorrência de uma intensidade média mais elevada de assédio, bem como o assédio aumenta o *stress* no local de trabalho. Quando a exposição ao *stress* se transforma num processo crónico, e a pessoa não encontra recursos para fazer frente a este, o mesmo poderá transformar-se em *burnout*.

Os efeitos do *burnout* encontram-se relacionados com a vivência de condutas de assédio nos professores. Deste modo, os professores que sofrem um índice médio de assédio no trabalho apresentam um valor mais elevado de exaustão e despersonalização e um valor mais baixo significativamente de realização pessoal.

Após o desenvolvimento do presente estudo, considera-se importante a intervenção nas instituições escolares no sentido de evitar esses comportamentos, permitindo que os relacionamentos interpessoais sejam uma fonte de satisfação e bem-estar, com base na consideração e respeito mútuos.

Referências bibliográficas

- Blasé, J., Blasé, J., & Du, F. (2009). Teacher perspectives of school mistreatment: Implications for district level administrators. *Journal of Scholarship and Practice*, 6(1), 8-21. Recuperado de: http://www.aasa.org/uploadedFiles/Publications/Journals/AASA_Journal_of_Scholarship_and_Practice/JSP-Spring_09vFINAL%209-22-09.pdf
- Einarsen, S., Mathiesen, S., & Skogstad, A. (1998). Bullying, burnout and well-being among assistant nurses. *Journal of occupational health and safety*, 14(6).563-568. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/275340145_Bullying_burnout_and_well-being_among_assistant_nurses
- Herranz, J. (2005). Aspectos clinicos del acoso laboral. In: J. Rivera (Ed). *Las Claves del Mobbing* (pp. 101-120). Madrid: EOS.
- Hirigoyen, M. (2002). *O assédio no trabalho: Como distinguir a verdade*. Lisboa: Pergaminho.
- João, A., & Portelada, A. (2016). Mobbing and Its Impact on Interpersonal Relationships at the Workplace. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-16. doi: 10.1177/0886260516662850
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5, 119-126. Recuperado de: <http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990%282%29.pdf>
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635. doi: 10.1016/j.paid.2005.02.009

- Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros* (Tese de doutoramento). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7223>
- Sá, L., & Pereira, H. (2007). Contributos para o estudo do assédio moral em enfermagem, análise das propriedades psicométricas do Negative Acts Questionnaire, *Referência*, 4, 64.
- Shaw, S. (2017). *Teachers' perceptions of the manifestation of horizontal workplace bullying in the k-12 setting* (Tese de doutoramento). Recuperado de: <http://d-scholarship.pitt.edu/32831/1/Shaw%20Dissertation%20Final%20ETD%207.21.17.pdf>
- Tanhan, F., & Çam, Z. (2011). The relation between mobbing behaviors teachers in elementary schools are exposed to and their burnout levels. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15, 2704–2709. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.04.174
- Vos, J. (2013). *Teachers' experiences of workplace bullying and its effects on health: developing a multi-level intervention program* (Tese de doutoramento). Recuperado de: http://dspace.nwu.ac.za/bitstream/handle/10394/8674/De_Vos_J.pdf?sequence=1
- Vos, J., & Kristen, J. (2015). The nature of workplace bullying experienced by teachers and the biopsychosocial health effects. *South African Journal of Education*, 35 (3), 1-9 doi: 10.15700/saje.v35n3a1138
- Wet, C., & Jacobs, L. (2014). The Perpetrators of Workplace Bullying in Schools: A South African Study. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(16), 567-577. doi: 10.5901/mjss.2014.v5n16p567.

Financiamento

Este projeto foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através de uma bolsa de doutoramento (SFRH/BD/103804/2014) concedida a António Portelada.

Interoceptividade e consciência corporal na resposta ao stress

José Marmeleira/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e Tecnologia,
Universidade de Évora - jmarmel@uevora.pt

Guida Veiga/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e Tecnologia,
Universidade de Évora - gveiga@uevora.pt

Resumo:

Este trabalho destaca a importância do corpo na compreensão e intervenção em diversas condições de saúde associadas com o stress. Partindo da relação entre corpo e emoção, é apresentado e desenvolvido o conceito de interoceptividade, que reflete o estado fisiológico geral do organismo e tem um papel fundamental na consciência corporal e na construção e regulação dos afetos. São revistos os principais substratos e circuitos neuronais da interoceptividade e da consciência corporal, os quais são também um alicerce fundamental do *self*. Este artigo explora a conexão entre a competência interoceptiva e diversas perturbações psiquiátricas, entre elas a ansiedade, a depressão e a alexitimia. Por último, são apresentadas evidências de que é possível desenvolver a perceção e utilização dos sinais corporais interoceptivos, o que se traduz em melhorias na consciência corporal, autorregulação emocional e no bem-estar psicológico. A este propósito, a prática de mindfulness é colocada em destaque pela sua ligação próxima com o corpo, com os estados emocionais e com a resposta ao stress.

Palavras-chave

Interoceptividade, corpo, emoção, bem-estar psicológico

Interoception and body awareness in the response to stress

Abstract:

This work highlights the importance of the body in the comprehension and intervention in several health conditions associated with stress. Taking into consideration the relationship between the body and emotion, we develop the concept of interoception, which reflects the physiological state of the organism and have an essential role in body

awareness and in the construction and regulation of affect. We review the primary brain structures and neuronal circuits involved in interoception, which are also a central foundation of the self. This article examines the connection between interoceptive competence and some psychiatric perturbations, including anxiety, depression, and alexithymia. Also, we present evidence that it is possible to enhance the perception and use of interoceptive body signals, which translates into better body awareness, emotional self-regulation, and psychological well-being. In this respect, mindfulness practice is highlighted due to its linkage with the body, with emotional states and with the response to stress.

Keywords

Interoception, body, emotion, psychological well-being

1. Corpo e emoção

Uma ideia fundamental nas ciências cognitivas é a de que os processos psicológicos são influenciados pela morfologia corporal, sistemas sensoriomotores e emoções (Glenberg, 2010). O corpo e as emoções estabelecem relações importantes e, historicamente, quase todas as teorias psicológicas da emoção propuseram que as reações emocionais envolvem o corpo de alguma forma. Dixon (2012) dá-nos uma boa perspectiva histórica sobre as origens da palavra "emoção", elucidando que desde a sua origem esteve conotada com a ideia de perturbação física e movimento corporal. Charles Darwin, um pioneiro na relevância atribuída às emoções, afirmou que “Most of our emotions are so closely connected with their expression that they hardly exist if the body remains passive” (Darwin, 1890, p. 250). William James também considerou que as sensações corporais eram cruciais no processo emocional: “the bodily changes follow directly the perception of the exciting fact, and that our feeling of the same changes as they occur is the emotion” (James, 1884, p. 189). Atualmente, alguns dos cientistas que trabalham na neurociência afetiva assumem uma visão modificada da teoria James-Lange, na qual o feedback corporal modula a experiência da emoção (Dalglish, 2004), com estudos recentes a mostrarem que diferentes estados emocionais estão associados a sensações corporais universais topograficamente distintas (Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2014).

Damásio e Carvalho (2013) consideram que as emoções e impulsos (*drives*) são programas de ação, um conjunto de ações fisiológicas inatas (mudanças nas vísceras e no meio interno, músculo estriado e cognição) que são desencadeadas por mudanças internas

ou externas, visando manter ou restaurar a homeostasia. Os sentimentos são então experiências mentais que acompanham uma mudança no estado corporal, sentida pelo sistema interoceptivo. Dizem respeito à experiência consciente de estados fisiológicos que retratam um estado interno (por exemplo, fome ou sede) ou são estimulados por uma situação externa (por exemplo, compaixão ou admiração) (Damasio & Carvalho, 2013). As mudanças nos estados do corpo desempenham, portanto, um papel fundamental na experiência mental que é sentir e são mapeadas topograficamente no cérebro, especialmente no tronco cerebral e córtex cerebral. Por sua vez, Panksepp (2008) considera que os afetos são estados globais difusos gerados por estruturas cerebrais subcorticais profundas, interagindo com o corpo viscerossomático primitivo. Damásio (2008) propõe a existência de um *proto eu* construído a partir dos alicerces proporcionados pela estabilidade de um conjunto abrangente de indicadores fisiológicos corporais (e.g., pH sanguíneo, temperatura corporal, contração da musculatura lisa visceral) que estão constantemente a ser projetados/cartografados e regulados no cérebro. O “produto” essencial do *proto eu* são os sentimentos associados ao corpo, que nesta primeira fase do eu correspondem aos sentimentos primordiais de existência que refletem o estado do corpo, especialmente os resultantes do mapeamento de parâmetros viscerais – *interocepção*. Estes sentimentos traduzem-se em várias escalas de fundo, entre elas um continuum entre um estado subjetivo de dor e de prazer.

2.O que é a interoceptividade?

O fisiologista britânico Sherrington foi o primeiro a considerar a interoceptividade como um dos sistemas sensoriais fundamentais para o ser humano, a par da exteroceptividade e da propioceptividade. Para Sherrington, a interoceptividade diz respeito às sensações internas corporais, em oposição às sensações exteroceptivas resultantes da superfície corporal em contacto direto com o envolvimento (Ceunen, Vlaeyen, & Van Diest, 2016). Sherrington dividiu as sensações endógenas como proprioceptivas ou interoceptivas, consoante as mesmas serem provenientes dos músculos esqueléticos ou das vísceras, respetivamente. Atualmente, o significado de interoceptividade é mais abrangente e, de um modo geral, é referente a uma perceção fenomenológica abrangente, em vez de se referir apenas à localização e estimulação de recetores sensoriais específicos. De facto, atualmente o conceito de interocepção é usado de forma abrangente para se referir a um percepto integrado multissensorial e multimodal do estado corporal (Ceunen et al., 2016).

Para Craig (2003) a interoceptividade reflete a condição fisiológica de todo o corpo, assente em diversos *inputs* internos provenientes de diversas regiões do corpo incluindo vísceras, músculos, articulações, dentes e pele. A interocepção refere-se, portanto, à percepção de um grande conjunto de estados e sinais corporais, incluindo a frequência cardíaca, distensão da bexiga, estômago ou esófago, respiração, temperatura, toque afetivo, fadiga, fome, sede, saciedade, tônus muscular e dor (Ceunen et al., 2016; Craig & Craig, 2009). A informação interoceptiva é providenciada ao sistema nervoso central pelos nervos espinhais e cranianos e pela ação de químicos em estruturas cerebrais especializadas (Critchley & Harrison, 2013). A rede neuronal interoceptiva envolve diversas regiões, incluindo os córtices somatossensorial e somatomotor, córtex insular, córtex cingulado e córtices pré-frontais (Herbert & Pollatos, 2012), os quais transformam dados somáticos em bruto em sentimentos conscientes. As estruturas cerebrais referidas contribuem para monitorizar os estados emocionais e viscerosensoriais internos, para o processamento e reatividade emocional, para os sentimentos de emoções geradas internamente ou induzidas externamente, e para a autorregulação de sentimentos e do comportamento (Craig & Craig, 2009; Herbert & Pollatos, 2012).

Muitos dos sinais provenientes do corpo (e.g., mudanças no estado das vísceras e dor) projetam-se inicialmente na insula posterior e são depois progressivamente integrados com o contexto motivacional e informação hedónica à medida que progridem para a insula anterior (Herbert & Pollatos, 2012). Ao longo do percurso insula posterior – mediana – anterior, os sinais corporais e homeostáticos vão sendo integrados e trabalhados em ligação com estruturas como a amígdala, o hipotálamo, o córtex cingulado anterior, o córtex orbito-frontal e o córtex pré-frontal dorso-lateral (Ceunen et al., 2016). Em resultado de todo este processamento dos sinais corporais que tem lugar na insula anterior em concertação com outras regiões cerebrais, é edificada uma representação dos sentimentos do indivíduo que está na base do “self senciante” (Herbert & Pollatos, 2012) ou do “self material” (Craig, 2002).

A interoceptividade e/ou a consciência corporal, que lhe está intimamente associada, podem ser medidas de várias formas. O método mais comum é a estimação da frequência cardíaca. Neste método é pedido às pessoas que se concentrem no seu coração e procurem perceber (sem medir o pulso) quantas vezes o mesmo bateu durante diversos intervalos de tempos (e.g., 25, 35, 45 e 55 s) (Herbert, Muth, Pollatos, & Herbert, 2012). O nível de afastamento entre os valores estimados pelo sujeito e os valores medidos objetivamente (e.g., por oxímetro de dedo) corresponde ao nível de precisão

interoceptiva. Outro método (menos comum) é a estimacão da carga respiratória. Neste caso é manipulada a resistênciã oferecida por um espirômetro à expiração (efetuada de forma total, mas controlada), pedindo-se à pessoa que identifique o nível de resistênciã que sentiu (Pollatos, Herbert, Mai, & Kammer, 2016). Este valor estimado é depois confrontado com o valor objetivo de resistênciã à respiraçã. Dado o interesse atual entre a relaçaõ entre interocepçã e distúrbios alimentares, encontram-se alguns trabalhos que utilizaram uma tarefa de sensibilidade do enchimento gástrico (*water load test*) (Herbert et al., 2012). Para além destes métodos centrados em sinais fisiológicos específicos, é também comum a utilizaçã de questionários para avaliar diversas facetas da consciênciã interoceptiva. Provavelmente o *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) seja o mais comum, estando disponíveis em diversas línguas, inclusive em Português (Machorrinho, Veiga & Marmeleira, s/d, disponível em <https://www.osher.ucsf.edu/maia/>). A versã portuguesa tem 7 escalas. *Notar*, consciênciã de sensaçõs corporais confortáveis, desconfortáveis e neutras; *Nã se Distrair*, tendênciã para nã ignorar ou nã se distrair de sensaçõs de dor ou desconforto; *Nã se Preocupar*, tendênciã para nã se preocupar com sensaçõs de dor ou desconforto; *Regulaçaõ Emocional*, capacidade de controlar e manter a atençã em sensaçõs corporais; *Consciênciã Emocional*, consciênciã da relaçaõ entre sensaçõs corporais e estados emocionais; *Auto-Regulaçaõ*, capacidade de regular o stress negativo atravêss da atençã a sensaçõs corporais e de uma escuta ativa do corpo; *Confiar*, experienciar o próprio corpo como seguro ou de confiança.

3. Interoceptividade e saúde mental

Atualmente é notório o interesse na conexã entre a interoceptividade e perturbaçõs emocionais como a depressã e ansiedade (Domschke, Stevens, Pfliegerer, & Gerlach, 2010; Paulus & Stein, 2010). Tem sido demonstrado que pessoas mais sintonizadas com os seus sinais interoceptivos sã mais competentes a ler os seus próprios sentimentos emocionais e a regular as suas respostas emocionais (Craig, 2015; Füstös, Gramann, Herbert, & Pollatos, 2013).

A alexitimia tem sido um dos construtos mais relacionados com a interoceptividade, e caracteriza-se por dificuldades do indivíduo na identificaçã e descriçã das suas emoçõs (Brewer, Cook, & Bird, 2016). Vários estudos indicam que a alexitimia está associada com deficits na interoceptividade (e.g., Herbert, Herbert, & Pollatos, 2011); é uma característica frequente de pessoas com desordens alimentares

caracterizadas pela percepção reduzida de sinais de fome e saciedade (Santel, Baving, Krauel, Münte, & Rotte, 2006). A alexitimia também é frequente em pessoas com perturbação do espectro do autismo (Voos, Pelphrey, & Kaiser, 2013). A este propósito, existem evidências de que as pessoas com perturbação do espectro do autismo têm menor precisão na deteção da sua frequência cardíaca, o que faz sentido se se considerarem as suas dificuldades de autorregulação emocional e de compreensão das emoções de outras pessoas (Garfinkel et al., 2016). A alexitimia parece ainda ser uma característica comum de pessoas que sofrem de depressão (Herbert et al., 2011).

Em alguns casos a capacidade de deteção dos sinais interoceptivos pode também estar associada negativamente a problemas de saúde. Por exemplo, estar hipervigilante à frequência cardíaca ou ao sentimento de “borboletas” no estômago (e ter dificuldade em processar essa informação), pode revelar-se não-adaptativo em pessoas com perturbações de ansiedade (Dunn et al., 2010). Para ilustrar esta ideia, é de assinalar os resultados de um estudo muito interessante sobre níveis de ansiedade numa situação de stress – no caso, falar em público – em que se concluiu que as pessoas com maior precisão na deteção da sua frequência cardíaca, foram aquelas com mais sentimentos de medo quando confrontadas com a situação (Durlik, Brown, & Tsakiris, 2014).

4.A interoceptividade e a consciência corporal podem ser melhoradas?

Apesar de ainda existirem poucos estudos capazes de responder a esta questão, as evidências são francamente a favor de uma resposta afirmativa. Nesta seção é dada atenção particular à prática de mindfulness, uma vez que tem sido a mais associada a mudanças ao nível da interoceptividade e da consciência corporal. Embora a sua utilização no mundo ocidental como forma de promoção da saúde ser recente (Kabat-Zinn, 1982), a prática de mindfulness é cultivada há cerca de 2500 anos no Budismo e noutras tradições espirituais (Kabat-Zinn, 2003; Kerr, Sacchet, Lazar, Moore, & Jones, 2013). Encontram-se na literatura várias definições para mindfulness. Para Kabat-Zinn (2003), mindfulness tem a ver com a elevada qualidade de atenção dada à experiência vivida momento a momento, a qual se desenrola sem crítica ou julgamento. Feldman, Hayes, Kumar, Greeson e Laurenceau (2007) referem que há quatro componentes comuns à maior parte das definições de mindfulness: i) a habilidade para regular a atenção; ii) a orientação para a experiência presente ou imediata; iii) a consciência da experiência que está a ser vivida; e iv) uma atitude de aceitação ou de não julgamento direcionada para essa mesma experiência.

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente pela utilização do mindfulness como uma forma intervir sobre diversas condições e características pessoais relacionadas com o stress (Feltman, Robinson, & Ode, 2009; Ives-Deliperi, Solms, & Meintjes, 2011). As formas mais comuns de mindfulness que têm sido testadas em estudos experimentais clínicos são a terapia cognitiva baseada em mindfulness (*mindfulness based cognitive therapy*, MBCT) e a terapia para redução do stress baseada em mindfulness (*mindfulness based stress reduction*, MBSR). Estas duas formas de mindfulness têm vários aspetos em comum, envolvendo 8 semanas de treino, e incorporando três técnicas meditativas somáticas (pesquisa corporal, meditação sentada e mindful yoga) que procuram ajudar os participantes a cultivar uma consciência alargada e sem julgamento da experiência do momento presente (Kerr et al., 2013). Por exemplo, a prática de MBSR tem resultado (em populações clínicas e não clínicas) numa diminuição significativa de medidas gerais de afeto negativo e de stress psicológico, e numa diminuição de medidas específicas de humor e emoção, incluindo ansiedade, preocupação, depressão e fúria (Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, & Walach, 2011; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005).

Vários estudos experimentais clínicos têm demonstrado de forma consistente a eficácia dos programas de mindfulness na prevenção de desordens de humor em pessoas com risco elevado de depressão bem como na redução do stress em pessoas saudáveis envolvidas em situações difíceis de vida, como por exemplo a prestação de apoio a familiares com doença de Alzheimer (Fjorback et al., 2011). O mindfulness pode levar à diminuição de ruminação (Ramel, Goldin, Carmona, & McQuaid, 2004), ocorrendo assim um decremento das cognições repetitivas relacionadas com o próprio indivíduo que predominam na depressão major (Nolen-Hoeksema, 2000).

Recentemente, um estudo baseado em mindfulness e em exercício obteve bons resultados na reabilitação de ex-combatentes que sofriam de Perturbação de Stress Pós-Traumático (Mehling et al., 2018). O programa incluiu exercícios aeróbicos e de resistência, movimentos e posturas de yoga e incorporou diversos princípios baseados em mindfulness (e.g., treino de respiração, ênfase na manutenção de uma atitude sem julgamento e de aceitação). A intervenção multimodal realizada levou a melhorias significativas ao nível da consciência plena (autorregulação e na não-reatividade), em vários aspetos da consciência interoceptiva e nos estados mentais positivos.

Os efeitos positivos das práticas de mindfulness não são exclusivas dos adultos. Uma intervenção de mindfulness de 6 meses dirigida a centenas de adolescentes levou a

uma redução significativa de sintomas de depressão, colocando em destaque as potencialidades de mindfulness na saúde mental em jovens (Raes, Griffith, Van der Gucht, & Williams, 2014). Outro estudo com uma amostra de jovens que procuraram ajuda psicológica num serviço clínico, reportou que prática de mindfulness foi associada a níveis mais baixos de depressão, ansiedade, ruminação e atitudes disfuncionais, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida (Chambers et al., 2014).

Apesar de persistirem algumas dúvidas sobre os mecanismos através dos quais as práticas de mindfulness influenciam sintomas psicológicos (e.g., depressão, ansiedade e stress percebido), as mudanças na atitude e comportamentos relacionados com regulação emocional, incluindo a redução do medo e um aumento da vontade de experienciar emoções em vez de as suprimir, parece ser um dos mecanismos mais importantes (Robins, Keng, Ekblad, & Brantley, 2012).

5. Mindfulness e corpo

A prática de diversas formas de mindfulness está muito relacionada com a atenção prestada ao próprio corpo (Michalak, Burg, & Heidenreich, 2012). De acordo com os autores, na prática de pesquisa corporal (*body scan*), a atenção do praticante percorre as várias partes corporais e as respetivas sensações. Na “meditação sentado” as pessoas procuram ter uma consciência clara da respiração; quando surge uma emoção difícil durante esta prática, a instrução é para as pessoas não ruminarem acerca da mesma, mas, em alternativa, para focarem o padrão de sensações corporais associadas com a emoção. Também em alguns programas baseados em mindfulness, nas primeiras semanas os participantes escolhem uma rotina diária (e.g., subir escadas, lavar a loiça) e fazem-no com uma consciência centrada, conectando assim a mente e o corpo.

Tanto a MBCT como a MBSR (já referidas anteriormente) partilham um formato de 8 semanas de prática que envolve três técnicas meditativas somáticas que requerem atenção para a respiração e sentimentos corporais: pesquisa corporal, meditação sentada e *mindful* yoga, ajudando os participantes a cultivarem a consciência plena e uma atitude de não julgamento no momento presente (Kerr, et al., 2013). Segundo estes autores, a ênfase na atenção dirigida a certas regiões do corpo e a determinadas sensações em detrimento de outras (inibição), permite a aquisição de competências de modulação *top-down* de ondas cerebrais alfa, que são depois transferidas para outros tipos de conteúdos mentais, designadamente pensamentos e emoções. Dito de outro modo, os autores consideram que através do foco somático do mindfulness, os praticantes são

sensibilizados a detetar e regular quando a sua mente vagueia desse mesmo foco. Este acréscimo de regulação da mente vagueante tendo como referencial o corpo, pode transferir-se depois para a melhoria da regulação cognitiva e da metacognição. Com o desenvolvimento de processos metacognitivos, isto é, da capacidade de insight para os próprios processos de pensamento, os praticantes de mindfulness aprendem a monitorizar a sua experiência momento a momento, pelo que conseguem sair de pensamentos e emoções com carácter negativo e stressante de modo a considerá-los como eventos mentais passageiros (Kerr et al., 2013). Viana & De Sousa (2011), no seguimento de uma revisão de literatura sobre o assunto, referem que existem, pelo menos, três mecanismos que explicam a contribuição da prática de mindfulness para a saúde: (i) o aumento da capacidade do indivíduo para gerir as suas emoções e afetos negativos; (ii) a diminuição da ruminação, a qual está claramente associada à depressão; (iii) e maior desapego em relação a diversos acontecimentos da vida.

5.1 Mindfulness e atividade cerebral

Alguns estudos têm identificado a insula como uma das regiões mais relacionadas com a prática de mindfulness, quer em termos estruturais quer funcionais. Há evidências que a insula é mais espessa em praticantes de meditação e que apresenta maior conectividade ao nível da massa branca (Hölzel et al., 2008; Lazar et al., 2005). Apesar da insula desempenhar várias funções, a mais consistente (e mais estudada) prende-se com o seu envolvimento na interoceptividade, empatia e metacognição (Fox et al., 2016). Curiosamente, alguns estudos referem uma diminuição da atividade da insula e de outras regiões cerebrais em meditadores experientes enquanto meditam (Ives-Deliperi et al., 2011) ou observam outras pessoas envolvidas em situações dolorosas (Laneri et al., 2017). Um estudo sobre o tema reportou que durante a meditação mindfulness as estruturas corticais da linha mediana associadas com a interoceptividade, incluindo áreas da insula anterior, do córtex cingulado anterior, do córtex pré-frontal e do *precuneus*, tiveram uma atividade diminuída (Ives-Deliperi et al., 2011). Esta diminuição parece ir de encontro à ideia de que ocorre uma diminuição do sentimento do self durante a meditação. O meditador treinado mantém a sua atenção de uma forma equilibrada sobre os seus sentimentos e pensamentos negativos, não se “sobre-identificando” com os mesmos, o que permite uma redução da angústia em resposta aos estados afetivos negativos dos próprios e dos outros (Laneri et al., 2017). É necessário salvaguardar que alguns estudos realizados também com meditadores, especialmente aqueles com pouco

tempo de prática ou que usaram situações experimentais com pensamentos autorreferenciais, apontam para um aumento da atividade da ínsula (Farb et al., 2007).

6. Conclusão

Em síntese, este artigo colocou em destaque a importância que o corpo tem na emergência dos estados emocionais e na própria cognição, e como o enfoque em intervenções corpo-mente pode aumentar a resiliência ao stress. Um dos mecanismos chave nesta interação corpo-mente é o sistema interoceptivo, referente à capacidade da pessoa perceber e processar de forma competente os sinais fisiológicos que se originam no seu corpo. No Ser Humano existe um circuito cerebral dedicado ao tratamento da informação interoceptiva, no que se destaca o papel da ínsula e do córtex cingulado. A ínsula em particular, parece ter uma grande relevância, não só na recepção dos sinais fisiológicos do corpo, mas também no seu processamento em ligação com aquilo que está a ocorrer na mente, dando origem a sentimentos conscientes. É possível desenvolver a percepção e utilização dos sinais corporais interoceptivos, o que se traduz em melhorias na consciência corporal, autorregulação emocional e no bem-estar psicológico. Atualmente, a prática de mindfulness é uma das principais estratégias de intervenção alicerçadas no corpo, que ajuda na autorregulação emocional, na metacognição e na resposta ao stress.

Referências bibliográficas

Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10). doi: 10.1098/rsos.150664

Ceunen, E., Vlaeyen, J. W. S., & Van Diest, I. (2016). On the Origin of Interoception. *Frontiers in Psychology*, 7(743). doi:10.3389/fpsyg.2016.00743

Chambers, R., Gullone, E., Hased, C., Knight, W., Garvin, T., & Allen, N. (2014). Mindful Emotion Regulation Predicts Recovery in Depressed Youth. *Mindfulness*, 1-12. doi:10.1007/s12671-014-0284-4.

Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655-666. doi:10.1038/nrn894

Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13(4), 500-505. doi: 10.1016/S0959-4388(03)00090-4

Craig, A. D., & Craig, A. D. B. (2009). How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(1), 59-70. doi:10.1038/nrn2555

Critchley, Hugo D., & Harrison, Neil A. (2013). Visceral Influences on Brain and Behavior. *Neuron*, *77*(4), 624-638. doi:10.1016/j.neuron.2013.02.008

Dalgleish, T. (2004). The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience*, *5*(7), 583-589. doi:10.1038/nrn1432

Damásio, A. (2008). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (16ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.

Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*(2), 143-152. doi:10.1038/nrn3403

Darwin, C. (1890). *The expression of the emotions in man and animals*. 2d edition. Edited by Francis Darwin. London: John Murray. Retrieved from http://darwin-online.org.uk/converted/published/1890_Expression_F1146/1890_Expression_F1146.html

Dixon, T. (2012). "Emotion": The History of a Keyword in Crisis. *Emotion Review*, *4*(4), 338-344. doi:10.1177/1754073912445814

Dunn, B. D., Stefanovitch, I., Evans, D., Oliver, C., Hawkins, A., & Dalgleish, T. (2010). Can you feel the beat? Interoceptive awareness is an interactive function of anxiety- and depression-specific symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(11), 1133-1138. doi:10.1016/j.brat.2010.07.006

Durlik, C., Brown, G., & Tsakiris, M. (2014). Enhanced interoceptive awareness during anticipation of public speaking is associated with fear of negative evaluation. *Cognition and Emotion*, *28*(3), 530-540. doi:10.1080/02699931.2013.832654

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *2*(4), 313-322. doi:10.1093/scan/nsm030

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(3), 177-190. doi:10.1007/s10862-006-9035-8

Feltman, R., Robinson, M. D., & Ode, S. (2009). Mindfulness as a moderator of neuroticism-outcome relations: A self-regulation perspective. *Journal of Research in Personality*, *43*(6), 953-961. doi:10.1016/j.jrp.2009.08.009

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(2), 102-119. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x

Fox, K. C. R., Dixon, M. L., Nijeboer, S., Girn, M., Floman, J. L., Lifshitz, M., . . . Christoff, K. (2016). Functional neuroanatomy of meditation: A review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *65*, 208-228. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.03.021

Garfinkel, S. N., Tiley, C., O'Keeffe, S., Harrison, N. A., Seth, A. K., & Critchley, H. D. (2016). Discrepancies between dimensions of interoception in autism: Implications for emotion and anxiety. *Biological Psychology*, *114*, 117-126. doi:10.1016/j.biopsycho.2015.12.003

Glenberg, A. M. (2010). Embodiment as a unifying perspective for psychology. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *1*(4), 586-596. doi:10.1002/wcs.55

Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the Relationship Between Interoceptive Awareness and Alexithymia: Is Interoceptive Awareness Related to Emotional Awareness? *Journal of Personality*, *79*(5), 1149-1175. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00717.x

Herbert, B. M., Muth, E. R., Pollatos, O., & Herbert, C. (2012). Interoception across Modalities: On the Relationship between Cardiac Awareness and the Sensitivity for Gastric Functions. *PLoS One*, *7*(5), e36646. doi:10.1371/journal.pone.0036646

Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). The Body in the Mind: On the Relationship Between Interoception and Embodiment. *Topics in Cognitive Science*, *4*(4), 692-704. doi:10.1111/j.1756-8765.2012.01189.x

Hölzel, B. K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *3*(1), 55-61. doi:10.1093/scan/nsm038

Ives-Deliperi, V. L., Solms, M., & Meintjes, E. M. (2011). The neural substrates of mindfulness: An fMRI investigation. *Social Neuroscience*, *6*(3), 231-242. doi:10.1080/17470919.2010.513495

James, W. (1884). II.—What is an emotion? *Mind, os-IX*(34), 188-205.
doi:10.1093/mind/os-IX.34.188

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156.
doi:10.1093/clipsy.bpg016

Kerr, C. E., Sacchet, M. D., Lazar, S. W., Moore, C. I., & Jones, S. R. (2013). Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*, 12. doi:10.3389/fnhum.2013.00012

Laneri, D., Krach, S., Paulus, F. M., Kanske, P., Schuster, V., Sommer, J., & Müller-Pinzler, L. (2017). Mindfulness meditation regulates anterior insula activity during empathy for social pain. *Human Brain Mapping, 38*(8), 4034-4046.
doi:10.1002/hbm.23646

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., . . . Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16*(17), 1893-1897.

Mehling, W. E., Chesney, M. A., Metzler, T. J., Goldstein, L. A., Maguen, S., Geronimo, C., . . . Neylan, T. C. (2018). A 12-week integrative exercise program improves self-reported mindfulness and interoceptive awareness in war veterans with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 554-565.
doi:doi:10.1002/jclp.22549

Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness, 3*(3), 190-199.
doi:10.1007/s12671-012-0107-4

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology, 109*(3), 504.
doi:10.1037/0021-843X.109.3.504

Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 111*(2), 646-651.
doi:10.1073/pnas.1321664111

Panksepp, J. (2008). The affective brain and core consciousness: how does neural activity generate emotional feelings? In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotion* (pp. 47-67). New York: The Guilford Press.

Pollatos, O., Herbert, B. M., Mai, S., & Kammer, T. (2016). Changes in interoceptive processes following brain stimulation. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *371*(1708), 20160016. doi:10.1098/rstb.2016.0016

Raes, F., Griffith, J., Van der Gucht, K., & Williams, J. M. (2014). School-Based Prevention and Reduction of Depression in Adolescents: a Cluster-Randomized Controlled Trial of a Mindfulness Group Program. *Mindfulness*, *5*(5), 477-486. doi:10.1007/s12671-013-0202-1

Ramel, W., Goldin, P., Carmona, P., & McQuaid, J. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(4), 433-455. doi:10.1023/b:cotr.0000045557.15923.96

Robins, C. J., Keng, S.-L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(1), 117-131. doi:10.1002/jclp.20857

Santel, S., Baving, L., Krauel, K., Münte, T. F., & Rotte, M. (2006). Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures. *Brain Research*, *1114*(1), 138-148. doi:10.1016/j.brainres.2006.07.045

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, *12*(2), 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164

Viana, C. R., & De Sousa, C. (2011). *A Qualidade de Vida no Trabalho: A complementariedade do Mindfulness*. Paper presented at the II International Congress Interfaces of Psychology. Quality of Life. Living with Quality, Évora: Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais

Voos, A. C., Pelphey, K. A., & Kaiser, M. D. (2013). Autistic traits are associated with diminished neural response to affective touch. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(4), 378-386. doi:10.1093/scan/nss009

Assédio no trabalho e stress na profissão de enfermagem

Ana Lúcia da Silva João/ ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Lezíria –

alsjoao@hotmail.com

Adelinda Araújo Candeias/ Universidade de Évora

António Fernando Saldanha Portelada/ Universidade Évora

Resumo

Enquadramento: A vulnerabilidade ao stress, está relacionada com uma relação estabelecida entre o enfermeiro e uma determinada situação difícil de gerir, sendo que cada profissional possui diferentes mecanismos de *coping* face ao stress.

Objetivos: O presente estudo de investigação tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade ao stress dos enfermeiros portugueses, e estudar a natureza da sua relação com a vivência de condutas de assédio no local de trabalho.

Método: Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo correlacional, no qual foi utilizado um questionário redigido em formato digital. O mesmo instrumento de colheita de dados era constituído por 3 partes, uma componente que visava a avaliação sociodemográfica e profissional, a escala NAQ-R (Negative Acts Questionnaire-Revised) de Einarsen, Hoel e Notelaers (2009) e a escala QVS-23 (Questões para avaliação da vulnerabilidade ao stress com 23 itens) de Serra (2000). A amostra total obtida foi constituída por 2015 enfermeiros que exerciam funções na prestação de cuidados em diversas instituições do país.

Resultados: Após a aplicação da escala QVS-23 verificou-se que o fator perfeccionismo e dramatização da existência apresentou o valor médio mais elevado face aos restantes. Todos os fatores que constituem a escala QVS-23 apresentaram uma correlação estatisticamente significativa com a escala NAQ- R.

Conclusão: Os enfermeiros que apresentam uma maior vulnerabilidade ao stress, sofrem em média um valor significativamente mais elevado de assédio no local de trabalho. Deste modo, poder-se-á dizer que, avaliar a vulnerabilidade ao stress poderá ser um elemento importante no sentido de atuar na prevenção de situações de assédio no trabalho.

Palavras-Chave

Vulnerabilidade ao stress, assédio no trabalho, estudo quantitativo, enfermeiro.

Workplace harassment and stress in the nursing profession

Abstract

Background: The vulnerability to stress is associated to an established relationship between the nurse and a certain difficult situation to manage, and each professional has different coping mechanisms in the face of a stressful situation.

Objectives: This study aims to evaluate the vulnerability to stress of portuguese nurses, and to study the nature of their relationship with the experience of harassment in the workplace.

Method: A quantitative, descriptive, correlational study was developed in which a questionnaire written in digital format was used. The same data collection instrument consisted of 3 parts, a sociodemographic and professional assessment component, the NAQ-R (Negative Acts Questionnaire-Revised) scale of Einarsen, Hoel and Notelaers (2009) and the QVS-23 scale (Questions for evaluation of the vulnerability to stress with 23 items) of Serra (2000). The total sample obtained consisted of 2015 nurses who performed care functions in several institutions of the country.

Results: After the application of the QVS-23 scale, it was verified that the perfectionism and dramatization of existence factor had the highest average value in relation to the others. All the factors that constitute the QVS-23 scale presented a statistically significant correlation with the NAQ-R scale.

Conclusion: Nurses who are more vulnerable to stress suffer on average a significantly higher amount of harassment in the workplace. In this way, it can be said that, assessing vulnerability to stress can be an important element in acting to prevent harassment at work.

Keywords

Vulnerability to stress, workplace harassment, quantitative study, nurse.

Introdução

A palavra *stress* teve origem em duas expressões latinas “stringere” que significa esticar ou deformar e “strictus” que significa esticado, tenso ou apertado. (Serra, 2002).

O fenómeno *stress* começou a ser estudado pelo médico Hans Selye (1936), que o definiu com resposta geral do organismo perante um estímulo stressor ou uma situação geradora de *stress*. Para o mesmo autor, o *stress* encontra-se relacionado com o esforço de adaptação do organismo quando enfrenta situações que considera ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interno.

O *stress* pode causar alterações no sistema nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, sendo a alteração mais grave, quanto mais prolongada e intensa for a vivência do *stress* (Serra, 2002).

O autor Serra (2002) referiu que o *stress* está relacionado com os recursos que a pessoa possui para lidar com uma determinada problemática ou situação de tensão. Deste modo a avaliação da vulnerabilidade ao stress permite avaliar se as exigências perante uma determinada situação são ou não superiores aos recursos disponíveis do indivíduo. Os serviços de saúde são locais nos quais existe um confronto constante com situações emocionalmente intensas, pautadas pela doença e pela morte que causam situações de ansiedade e tensão, contribuindo para a ocorrência de episódios de *stress* intenso, fadiga física e mental (Rosa, 2013).

As relações interpessoais tóxicas estabelecidas com os colegas e/ou superiores hierárquicos também podem causar *stress*. Inclusivamente, Hauge, Skogstad e Einarsen (2011), num estudo transversal realizado com trabalhadores noruegueses, verificaram que a exposição ao assédio no trabalho causou ambiguidade dos papéis, conflito de funções e sobrecarga laboral.

Os trabalhadores podem ter uma tendência a tornarem-se alvos de assédio porque os elementos stressores geram reações afetivas e comportamentais que podem encorajar outros colegas/superiores hierárquicos a executar comportamentos de agressão (Neuman e Baron, 2003).

No estudo de Carvalho (2014) verificou-se que a vulnerabilidade ao *stress* explica 16% do assédio no trabalho do sistema público. No entanto, no sector privado não encontraram qualquer relação estatisticamente significativa. Deste modo, os resultados demonstram que o setor público apresenta um risco psicossocial mais elevado do que o setor privado.

O *stress* no local de trabalho é uma condição prevalente na profissão de enfermagem que afeta o indivíduo, a prestação de serviços e a qualidade do trabalho desenvolvido, sendo necessário atuar na sua prevenção (Castro, Zaragozab, Rovira, Edo, Puchol, Río, Sierra, Gil e Doval, 2017).

1. Objetivos

No desenvolvimento de um estudo de investigação é fundamental delinear o percurso e a finalidade do estudo, sendo assim necessário definir objetivos. Deste modo, tendo em conta o referido, definiu-se como objetivos:

- Avaliar a vulnerabilidade ao *stress* dos enfermeiros;
- Analisar a relação existente entre a vulnerabilidade ao *stress* e o assédio no trabalho dos enfermeiros.

2. Método

O trabalho de investigação desenvolvido é quantitativo, descritivo-correlacional e de natureza transversal.

O instrumento de colheita de dados elaborado foi o questionário composto por três partes, sendo que a primeira avaliava as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros. A segunda e terceira partes do questionário eram compostas pelas escalas NAQ-R (Negative Acts Questionnaire-Revised) de Einarsen, Hoel e Notelaers (2009) e pela QVS-23 (Questões para avaliação da vulnerabilidade ao *stress* com 23 itens) de Serra (2000).

Para aplicação de ambas as escalas foi pedida uma autorização formal aos autores, tendo sido a resposta dos mesmos, positiva.

A construção do questionário foi efetuada em formato digital, tendo sido realizado o pré-teste com uma amostra de 30 enfermeiros. O mesmo foi efetuado, no sentido de avaliar a clareza de compreensão e a facilidade de preenchimento.

Posteriormente, quando obtida a versão final do questionário foi solicitada a apreciação pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido a sua resposta favorável ao desenvolvimento do estudo. Foi efetuado o registo na Comissão Nacional de Proteção de dados.

A aplicação do questionário decorreu de 8 de Novembro de 2017 a 8 de Fevereiro de 2018. A amostra total obtida foi constituída por 2015 enfermeiros, sendo a sua maioria do género feminino (82,7%) e com média de idade de 38,51 anos. Cerca de metade dos

enfermeiros eram casados (48%). A quase totalidade da amostra possuía a licenciatura em enfermagem (99,4%) e 23,2% dos enfermeiros tinham mestrado.

3. Resultados

A nota global da escala QVS-23 de acordo com Serra (2000) pode variar de 0 e 92. A classificação de 43 valores representa o ponto de corte, ou seja, os profissionais de enfermagem que obtenham uma pontuação igual ou superior a este valor são considerados vulneráveis ao *stress*. Cada questão tem 5 possibilidades de resposta, assumindo valores de 0 a 4, sendo que os aspetos mais negativos assumem o valor mais elevado.

No presente estudo verificou-se que apenas 15,9% dos enfermeiros apresentaram vulnerabilidade ao *stress* (tabela 1).

Tabela 1

Distribuição da amostra de acordo com a vulnerabilidade ao stress

Vulnerabilidade ao <i>stress</i>	n	%
Não	1695	84,1
Sim	320	15,9
Total	2015	100,0

No presente estudo de investigação foram obtidos 5 fatores que constituem a QVS-23. Estes fatores representam aspetos que caracterizam a vulnerabilidade da pessoa ao fenómeno *stress*.

Verificou-se que os fatores nos quais os enfermeiros apresentaram um maior índice médio de vulnerabilidade ao *stress* foram o perfeccionismo e dramatização da existência (média=1,83), a intolerância à frustração e rejeição (média=1,17) e condições de vida adversas (média=1,17) (tabela 2).

Tabela 2

Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos fatores da QVS-23

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Perfeccionismo e dramatização da existência	,00	4,00	1,83	,79
Inibição e dependência funcional	,00	3,33	,97	,69
Carência de apoio social e deprivação de afeto	,00	4,00	,99	,78
Intolerância à frustração e rejeição	,00	4,00	1,17	,79
Condições de vida adversas	,00	4,00	1,17	1,11
QVS – Total	,00	3,65	1,29	,60

O fator perfeccionismo e dramatização da existência encontra-se correlacionado significativamente com todas as dimensões da escala NAQ-R, nomeadamente, o

isolamento, difamação e humilhação ($r=0,197$), bloqueio e desprestígio laboral ($r=0,198$), e intimidação ($r=0,070$) de modo positivo e muito fraco (tabela 3).

O fator inibição e dependência funcional encontra-se correlacionado de modo positivo com o isolamento, difamação e humilhação ($r=0,145$) e com o desprestígio laboral ($r=0,112$) sendo o coeficiente de correlação muito fraco (tabela 3).

O fator carência de apoio social e de privação de afeto apresentam-se correlacionados significativamente com o isolamento de modo positivo e fraco com a difamação e humilhação ($r=0,300$) e com o bloqueio e desprestígio laboral ($r=0,205$) e com a intimidação ($r=0,143$) de modo muito fraco (tabela 3).

O fator intolerância à frustração e rejeição encontra-se correlacionado significativamente com todas as dimensões da escala LIPT-60, sendo a natureza da correlação positiva e muito fraca (tabela 3).

Por último, o fator condições de vida adversas também se correlacionado significativamente com todas as dimensões da escala LIPT-60 de modo positivo e muito fraco (tabela 3).

Tabela 3

Correlações entre a NAQ-R e a QVS 23

	Isolamento Difamação Humilhação	Bloqueio Desprestígio Laboral	Intimidação	NAQ-R Total
Perfeccionismo e dramatização da existência	,197**	,198**	,070**	,207**
Inibição e dependência funcional	,145**	,112**	,028	,141**
Carência de apoio social e de privação de afeto	,300**	,205**	,143**	,289**
Intolerância à frustração e rejeição	,129**	,104**	,052*	,129**
Condições de vida adversas	,136**	,175**	,086**	,158**
QVS_Total	,245**	,215**	,098**	,250**

4. Discussão

Cerca de 1/6 dos enfermeiros foram identificados como vulneráveis ao *stress*, verificando-se a suscetibilidade para reagir a determinado tipo de acontecimentos relacionada com fatores pessoais, crenças e recursos disponíveis.

O fator perfeccionismo e dramatização da existência foi identificado com um valor mais elevado, tal como no estudo de Teixeira (2012). No estudo de Serra (2000) o perfeccionismo também se verificou como uma das principais vulnerabilidades.

Apesar do fator perfeccionismo e dramatização da existência serem os com valor médio mais elevado face aos restantes fatores da escala QVS-23, o valor médio obtido é baixo (1,85), tal como no estudo de Teixeira (2012).

Os restantes fatores também apresentam uma média baixa quando comparada com a escala de resposta que vai de 0 a 4, este resultado encontra-se em consonância com o estudo de Teixeira (2012).

Todas as dimensões da escala QVS se encontram correlacionadas com o assédio no local de trabalho de modo positivo, sendo que os enfermeiros mais vulneráveis ao *stress* apresentam um valor médio mais elevado de assédio moral. Hauge, Skogstad e Einarsen (2011), Carvalho (2014) referem que os profissionais que apresentam uma exposição prévia ao assédio no trabalho podem tornar-se mais vulneráveis ao *stress*.

5. Conclusão

A vulnerabilidade ao *stress* está relacionada com o assédio moral na profissão de enfermagem, o que poderá estar relacionado com o facto do enfermeiros mais vulneráveis ao *stress* terem vivenciado experiências anteriores relacionadas com o assédio moral.

É importante conhecer as características e as particularidades do contexto de trabalho no sentido de promover uma adequada preparação dos profissionais, através do desenvolvimento de recursos ajustados às exigências dos mesmos (Santos, 2014).

Pois tal como refere N. Aubert e M. Pages (1989) citado por Michel Delbrouck, (2006), “*o que é patogénico não é o conflito mas a impossibilidade de o expressar, de o enfrentar e, conseqüentemente, de o gerir. É esta que bloqueia as inevitáveis relações de poder, transformando-as em relações de dominação*” (p.173).

Referências bibliográficas

- Carvalho, L. (2014). *Mobbing e vulnerabilidade ao stress como fatores dissociativos no envolvimento com o trabalho* (Tese de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ismai.pt/handle/10400.24/272>
- Castro, J., Zaragozab, F., Rovira, T., Edo, S., Puchol, A., Ríó, B., Sierra, R., Gil, G., & Doval, E. (2017). How does emotional exhaustion influence work stress? Relationships between stressor appraisals, hedonic tone, and fatigue in nurses' daily tasks: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 43-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.002
- Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009) Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44. doi:10.1080/02678370902815673

- Hauge, L., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2011). Role Stressors and Exposure to Workplace Bullying: causes or consequences of what and why? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20 (5), 610-630. doi: 10.1080/1359432X.2010.482264
- Neuman, J., & Baron, R. (2003). Social antecedents of bullying: A social interactionist perspective. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp.185-202). London: Taylor & Francis.
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de enfermeiros - Os enfermeiros como beneficiários de Cuidados: Stress Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Tratamento* (Tese de Mestrado). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4721>
- Santos, M. (2014). O humor e o stresse dos enfermeiros que cuidam com pessoas em fim de vida (Tese de mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18345>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32. doi: 10.1038/138032a0
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor.
- Teixeira, I. (2012). *Vulnerabilidade ao stress e burnout em polícias* (Tese de mestrado). Recuperado de: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29909&pi_pub_r1_id=

Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de Relaxação

Guida Veiga / Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e
Tecnologia, Universidade de Évora

Andreia Rodrigues/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e
Tecnologia, Universidade de Évora

Elsa Lamy/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e
Tecnologia, Universidade de Évora

José Marmeleira/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e
Tecnologia, Universidade de Évora

Resumo

Este trabalho aborda o papel das técnicas de relaxação ao nível da regulação emocional. Quer os modelos teóricos, quer os estudos empíricos sustentam o papel importante do corpo no processamento emocional, compreendido por três passos básicos: a atenção, a avaliação e a resposta. Apesar do papel motriz das emoções nos nossos comportamentos e decisões, temos a capacidade de regulação emocional, isto é, conseguimos gerir os impulsos emocionais iniciais e modificá-los para formas socialmente aceitáveis, expressando-os adequadamente. Os contributos das técnicas de relaxação no âmbito da regulação emocional centram-se em três dimensões: (1) a promoção da consciência corporal, (2) a aprendizagem da modelação da resposta emocional e (3) o treino da atenção. Ao longo do trabalho são referenciados e descritos vários estudos que têm mostrado a eficácia de programas de relaxação no âmbito das perturbações e doenças associadas à desregulação emocional.

Palavras-chave

Corpo, Emoção, Desregulação Emocional, Psicomotricidade

Psychomotor therapy in stress management (with nurses)

Abstract

The present work focuses the role of relaxation techniques on emotion regulation.

Theoretical models and empirical studies support the importance of body on emotional processing which is comprised by three basic steps: attention, assessment and response. Despite the strong impact of emotions in our behaviors and decisions, we have the capacity of emotion regulation, that is, we are able to manage the initial emotional impulses and modify them and express them into socially acceptable ways. The present work discusses the contributes of relaxation techniques considering three dimensions: (1) promotion of body awareness, (2) modulation of emotional response, (3) attention training. Throughout the work multiple studies will be will be described, showing the effects of relaxation programs on emotion dysregulation.

Keywords

Body, Emotion, Emotion Dysregulation, Psychomotor Therapy

1. Corpo e emoção

Experienciamos as emoções diretamente no nosso corpo. Sentimos “uma pedra no estômago” ao recebermos uma má notícia, “frio na barriga” antes de uma entrevista de emprego, “um nó na garganta” perante uma tomada de decisão difícil, “o coração partido” após o fim de um relacionamento. Apesar de algumas das expressões que usamos para expressar as emoções serem meramente metafóricas, os especialistas da “emoção” têm mostrado que o teor de uma emoção se baseia em grande parte na percepção dos estados corporais (e.g., Damasio & Carvalho, 2013; Nummenmaa, Glerean, Hari, & Hietanen, 2014).

O primeiro mapa corporal das emoções foi recentemente publicado por um grupo de investigadores finlandeses. Nummenmaa e colaboradores (2014) desenvolveram 5 tarefas em que apresentaram a cerca de 700 indivíduos vários estímulos (i.e., palavras, expressões faciais, histórias, filmes curtos) evocadores de diferentes emoções. Numa das tarefas, após os participantes lerem uma palavra correspondente a uma emoção (por exemplo, medo), coloriam numa silhueta de um corpo as regiões corporais que sentiam ativar-se e numa outra silhueta as regiões que sentiam desativar-se perante a emoção apresentada (o procedimento foi repetido aleatoriamente para 13 emoções). Numa outra tarefa, após os participantes lerem uma frase evocadora de uma determinada emoção (por exemplo, evocadora de tristeza, “Numa visita ao hospital, vê uma criança que está a morrer e que quase não consegue manter os olhos abertos”), identificavam o que sentiam

no corpo quando a liam (o procedimento foi repetido cinco vezes para seis emoções e um estado emocional neutro aleatórios).

Independentes do background cultural (os participantes eram Finlandeses, Suecos e Taiwaneses), as diferentes emoções estudadas foram associadas a silhuetas de sensações corporais (zonas ativadas e desativadas, no espectro visível de vermelho a azul) distintas umas das outras. Das 5 tarefas surgiram cabeças quentes enraivecidas, pessoas felizes totalmente iluminadas dos pés à cabeça, ou figuras depressivas literalmente azuis (significando que é sentida uma diminuição geral da atividade corporal). Quase todas as emoções geraram mudanças na área da face, sugerindo alterações faciais (sorrisos, franzires de testa, lágrimas ou mudanças de temperatura da pele) e alterações ao nível cognitivo. As emoções básicas (i.e., raiva, medo, alegria, tristeza) foram associadas a sensações de ativação na zona superior do tronco, aparentemente relacionadas com as mudanças ao nível da respiração e da frequência cardíaca. O estudo de Nummenmaa e colaboradores (2014) veio reforçar a ideia de que as emoções conscientemente sentidas estão associadas a sensações corporais topograficamente distintas que parecem ser o cerne da experiência emocional.

Apesar de importantes, as alterações corporais não traduzem por si só o processamento emocional. É importante esclarecer que não estamos a falar nem de estados de humor, como sentirmo-nos tristes durante uma semana invernosa, nem de sensações, como a que sentimos quando comemos um bom chocolate. É necessário esclarecer: o que é então a emoção? As alterações fisiológicas, por exemplo a rapidez do ritmo cardíaco quando penso na conversa difícil que terei de ter no dia seguinte? A expressão motora, por exemplo a boca e os olhos a abrirem rapidamente quando dou conta que um carro vem na minha direção a toda a velocidade? A avaliação que faço do momento, de desprazer, da minha capacidade de fazer face à situação? A tendência para agir, por exemplo a vontade súbita de me esconder, de fugir? Ou o sentimento subjetivo que atribuo numa situação, i.e., estou triste/alegre/zangado/com medo, etc.? Para Scherer (2000) todos estes componentes constituem a emoção, traduzindo no fundo, a reação de um sujeito a situações significativas. As emoções estão associadas às situações que as evocam; se queremos saber que emoção sentimos e porque a sentimos, temos de identificar esta associação (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Existem vários modelos do processamento emocional, havendo consenso sobre três passos básicos: atenção, avaliação e resposta (ver Gross & Thompson, 2007; Scherer, 2000 para revisão). O processamento emocional decorre sempre de uma situação

significativa em termos dos objetivos e dos desejos do sujeito, que (por isso) desperta a sua atenção. A atenção dirigida à situação vai por sua vez influenciar a próxima etapa: a avaliação da situação elicitadora da emoção, em que se considera a capacidade de controlo da situação, bem como a relação entre a situação e a motivação e objetivos do próprio (Gross & Thompson, 2007; Scherer, 2000). Da avaliação irá decorrer uma resposta emocional, isto é, um determinado tipo de emoção, com uma determinada intensidade (Gross & Thompson, 2007; Sander, Grandjean, & Scherer, 2005; Scherer, 2000). Ou seja, imediatamente a seguir à avaliação, o sujeito irá sentir uma vontade de fazer alguma coisa (fugir perante o medo, esconder-se perante a vergonha, bater em alguém perante a raiva) embora não a faça necessariamente. A estas tendências de ação estão associadas alterações no sistema nervoso autónomo, no sistema musculoesquelético e no sistema neuroendócrino, expressas através da excitação fisiológica e da expressão motora. A perceção destes estados corporais desencadeia o sentimento subjetivo da emoção. Muitas vezes a resposta altera a situação que desencadeou a própria resposta (Gross & Thompson, 2007).

Por exemplo, imaginemos duas crianças. Uma delas é sobrinha de um domador de leões e vai ao circo com frequência, embora sem grande entusiasmo. A outra não gosta (de todo!) do circo, sentindo compaixão pelos animais e acreditando que não é correto os animais viverem aprisionados. Quando a escola anuncia uma visita ao circo, provavelmente a primeira criança irá sentir-se alegre, embora não muito excitada. Já a segunda criança, irá sentir-se profundamente triste. Ou seja, a avaliação da situação (vou outra vez ao circo *versus* vou ver animais que passaram o dia enjaulados), vai determinar quer a tendência de ação (evitar a ida ao circo, no caso da segunda criança), quer as respostas (corpo inclinado para baixo, sobrancelhas franzidas, canto dos lábios para baixo no caso da segunda criança), quer o sentimento subjetivo (estou alegre *versus* estou triste).

2. Regulação Emocional

Referimo-nos muitas vezes às emoções como forças motrizes que influenciam de tal forma os nossos comportamentos e decisões que quase nos fazem seus reféns. Felizmente, desenvolvemos várias formas de controlar ou regular as nossas emoções de forma a adaptarmo-nos, atenuando-as, intensificando-as ou simplesmente mantendo-as (Gross, 2007; Koole, 2009). Se alguém esbarra numa porta de vidro tão limpa quanto invisível conseguimos inibir o riso, quando alguém nos provoca mantemos a calma, quando recebemos uma má notícia num local público conseguimos conter as lágrimas,

contextualizamos uma cena perturbadora de um filme, relativizamos a importância de um evento quando não somos convidados, etc.. Conseguimo-lo porque temos a capacidade de regulação emocional, definida como a capacidade de influenciar que emoções sentimos, quando as sentimos e como experienciamos e expressamos essas emoções (Gross, 1998b), i.e., a capacidade de mudar a atenção que dirigimos às situações evocadoras das emoções (Rothermund, Voss, & Wentura, 2008), de mudar as avaliações que fazemos das diferentes situações (Gross, 1998a), e de alterar as respostas fisiológicas e motoras associadas (Porges, 2007).

As estratégias de regulação emocional dizem respeito às abordagens concretas de cada indivíduo para controlar as suas emoções. Por exemplo, após o fim de uma relação amorosa podemos optar por focar a atenção numa atividade neutra, reformular cognitivamente a situação, escrever sobre o que estamos a sentir ou comer alimentos saborosos (Koole, 2009). Existem várias formas de classificar as estratégias de regulação emocional, sendo o modelo de Gross (1998a, 1998b) o mais frequentemente adotado. O modelo distingue as estratégias “focadas no antecedente”, das estratégias “focadas na resposta”. As primeiras ocorrem antes da avaliação dar lugar à resposta emocional, ou seja consistem em mudanças ao nível da seleção da situação, da modificação da situação, da focalização da atenção e da mudança da avaliação. Por exemplo, perante uma situação potencialmente stressante podemos optar por reavaliar a situação por forma a diminuir a sua relevância ou optar por encontrar uma forma de a evitar. As estratégias “focadas na resposta” consistem na modulação das respostas emocionais quer em termos da forma como são experienciadas, quer em termos da forma como são expressas. Por exemplo, perante uma situação perigosa, poderá ser eficaz suprimir a expressão de medo (Gross, 1998a).

2.1 Promoção da Regulação Emocional: Contributos das Técnicas de Relaxação

A resposta de relaxação foi descrita na década de 70 por Herbert Benson, como a resposta oposta à resposta de luta ou fuga, integrando a redução da pressão sanguínea, do consumo de oxigénio, do ritmo cardíaco e respiratório e da tensão muscular, e resultando numa sensação de bem-estar (Benson & Klipper, 1992). Nas suas pesquisas, Herbert Benson identificou 4 contextos que permitiam obter uma resposta de relaxação: (a) um estímulo constante (um som, uma frase) que orienta o pensamento da realidade externa para a realidade interna, (b) uma atitude passiva que redireciona a atenção (por vezes perturbada por outros pensamentos) para a prática, (c) a diminuição do tónus muscular

(favorecida pelo conforto da posição, de sentado ou deitado e que diminuiu a necessidade de controlo postural), e *(d)* um ambiente tranquilo e previsível (Benson & Klipper, 1992).

Existem vários métodos que permitem obter uma resposta de relaxação (ver Guiose, 2008, para uma revisão) e que vão desde o treino da concentração através da sugestão (por exemplo, a concentração seletiva sobre as sensações de calor e de peso ao nível dos membros superiores e inferiores no Treino Autógeno), à descontração neuromuscular (por exemplo, a contração e a descontração progressiva de diferentes grupos musculares, na Relaxação Progressiva). Em psicomotricidade, os métodos de relaxação são categorizados (Guiose, 2008) em *(a)* métodos focados na descontração neuromuscular e em *(b)* métodos que centrados na sugestão, incluindo nos primeiros a relaxação progressiva de Jacobson (1938), a relaxação ativo-passiva de Henry Wintrebert (1986), a relaxação psicomotora dinâmica de Dupont (1998) e a eutonia de Gerda Alexander (1983). Nos métodos de base sugestiva incluem-se o Treino Autógeno de Schultz (1958), a relaxação terapêutica de Jean Bergès (1985), a reeducação psicotónica de Ajuriaguerra (Lemaire, 1964) e a sofrologia de Caycedo (1964). Durand De Bousingen, (1992, citado por Guiose, 2007) define os métodos de relaxação psicomotora como “práticas terapêuticas, reeducativas e educativas que utilizam técnicas elaboradas e codificadas que se aplicam especificamente sobre a dimensão tensional e tónica da personalidade e que procuram uma resolução tónica que é a base da descontração física e psíquica”. Retomando o enquadramento do processamento emocional, os métodos de relaxação podem ser entendidos como abordagens psicocorporais que procuram obter a resposta de relaxação, não só através da regulação de parâmetros corporais (por exemplo, o tónus, a respiração), mas também através da regulação de processos cognitivos (por exemplo, a atenção seletiva).

Vários autores (e.g., Devassy & Raj; Goldin & Gross, 2010; Hannesdottir & Ollendick, 2007; Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002; Koole, 2009; Lohaus & Kleinheßling, 2000; Lohaus & Klein-Hessling, 2003; Lohaus, Klein-Heßling, Vögele, & Kuhn-Hennighausen, 2001) têm destacado a importância dos métodos de relaxação na promoção da regulação emocional desde a infância à adultícia, quer no âmbito da modulação das respostas corporais, quer no âmbito da focalização da atenção sobre a situação. Durante a infância, a falta de controlo sobre as situações evocadoras de emoções é especialmente sentida. Dada a dependência dos adultos, as crianças têm de aprender a lidar com as emoções desencadeadas já que na maior parte das vezes alterar a situação evocadora da emoção não é uma opção (por exemplo, o medo sentido perante um teste

difícil, a mudança de cidade e o conseqüente afastamento dos amigos), pelo que a promoção de estratégias focadas quer na atenção dirigida à situação, quer na modelação da resposta emocional torna-se particularmente pertinente durante a infância.

2.1.1 Identificação da resposta emocional

A capacidade de regulação emocional depende em grande parte da capacidade de monitorizar e diferenciar as emoções, de identificar os seus antecedentes e de perceber as alterações corporais associadas à experiência emocional, i.e., depende da consciência emocional (Rieffe, Meerum Terwogt, & Jellesma, 2008). As técnicas de relaxação permitem melhorar a consciência das alterações dos estados corporais, subjacente à consciência emocional.

Muitas vezes não nos apercebemos das respostas corporais emocionais porque a nossa consciência está tendencialmente dirigida para a realidade externa. Os momentos de observação e de escuta do corpo próprio, proporcionados nas sessões de relaxação, permitem que o paciente perceba e distinga as realidades exterior e interior, proporcionando-lhe a possibilidade de acomodar os ritmos biológicos aos ritmos externos do envolvimento (Martins, 2001). Por exemplo, acomodar a agitação com que chega do exterior à tranquilidade do ambiente da sala de relaxação, ajustar o ritmo corporal à entoação do psicomotricista ou ao ritmo das mobilizações. Deste processo o paciente ganha uma maior consciência externa (que incluiu toda a estimulação sensorial do exterior) e interna (que incluiu as sensações físicas e emocionais, o conforto e o desconforto sentidos dentro do corpo) (Davis, Eshelman, & McKay, 2008). Por outro lado, as técnicas de relaxação envolvem induções propriocetivas, táteis e verbais geradas pela mobilização segmentar, pela nomeação e pela palpação de cada segmento, e pelas modificações tónicas locais que permitem que o paciente obtenha em cada parte do corpo a descontração neuromuscular e que identifique e localize o grau de sucesso dessa resolução tónica nos diferentes segmentos por comparação ao resto do corpo (figura/fundo) (Martins, 2001). Deste processo resulta um melhor conhecimento topográfico do corpo e da função tónica. Como referido no início deste capítulo, é a consciência dos estados corporais que permite identificar o sentimento subjetivo da emoção (dói-me a barriga, estou com medo) e adotar a estratégia de regulação emocional atempadamente (Kendall & Suveg, 2006).

É importante admitir que para identificar a emoção sentida é necessário ter não só a consciência das alterações corporais provocadas pela emoção, mas também o

conhecimento da situação evocadora da reação corporal (Rieffe et al., 2015). Por exemplo, a tensão abdominal pode ser entendida como uma reação de antecipação a um almoço farto ou a um teste de avaliação. A associação entre as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções, as alterações corporais e as emoções correspondentes, pode ser trabalhada no âmbito da terapia psicomotora, recorrendo a outras técnicas mais pertinentes que as técnicas de relaxação para o efeito (ver Veiga & Rieffe, 2014).

2.1.2 Regulação da resposta emocional

As técnicas de relaxação permitem modular as respostas fisiológicas e motoras à situação evocadora da emoção e, quando realizadas com sucesso, contribuem para a adaptabilidade do sujeito. Por exemplo, o aluno que é capaz de gerir o medo da exposição enquanto apresenta um trabalho, será melhor valorizado academicamente e socialmente do que o aluno que petrifica perante o medo da exibição (Hannesdottir & Ollendick, 2007). Vários métodos têm sido associados a melhorias da regulação emocional, quer no âmbito das perturbações da saúde mental (por exemplo, a ansiedade), quer no âmbito das doenças psicossomáticas (por exemplo, a hipertensão).

A relaxação progressiva de Jacobson (1928), que consiste no tensionar e relaxar sistemático de 16 grupos musculares, tem merecido a atenção de muitos investigadores, cujos estudos revelaram efeitos positivos deste método ao nível da diminuição do estado de ansiedade e do stress percebido (Pawlow & Jones, 2002; Rankin, Gilner, Gfeller, & Katz, 1993; Rausch, Gramling, & Auerbach, 2006), do ritmo cardíaco e do cortisol salivar (Pawlow & Jones, 2002) e de doenças relacionadas com o stress (por exemplo, cefaleia crónica e hipertensão essencial) (Carlson & Hoyle, 1993; Esch, Fricchione, & Stefano, 2003). Estas doenças parecem também beneficiar do treino autógeno de Schultz (1958), nomeadamente as cefaleias, a asma (Henry, De Rivera, Gonzalez-Martin, & Abreu, 1993) e a ansiedade (Ernst & Kanji, 2000; Kanji, White, & Ernst, 2004). Uma revisão dos estudos clínicos randomizados e controlados (RCTs) publicados entre 1997 e 2007 e que examinaram os efeitos as técnicas de relaxação (relaxação progressiva, treino autógeno, relaxação aplicada e meditação) nos problemas e perturbações da ansiedade, revelou uma eficácia consistente e significativa ao nível da diminuição da ansiedade. A relaxação progressiva e a meditação parecem ser as técnicas que produzem melhores efeitos ao nível da ansiedade. Por outro lado, os resultados desta revisão levaram os autores a sugerir que se evite aplicar mais do que uma técnica, na medida em que esta opção terapêutica poderá

diminuir a eficácia do programa de intervenção (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo, & Molinari, 2008).

Também o controlo da respiração, muitas vezes trabalhado nas sessões de psicomotricidade, tem sido associado à regulação emocional (Koole, 2009). Numa revisão de literatura sobre as emoções e os padrões respiratórios, Boiten, Frijda & Wientjes (1994) mostraram que padrões respiratórios específicos estão associados a estados gerais de humor e a determinadas emoções, de tal forma que adotar um determinado padrão de respiração pode ativar um determinado estado emocional (Philippot, Chappelle, & Blairy, 2002), bem como reduzir o stress emocional (Meuret, Wilhelm, & Roth, 2001).

Quando trabalhamos com crianças precisamos muitas vezes de passar por uma primeira fase de dependência do terapeuta, em que a criança conquista a consciência de um corpo calmo e relaxado através das ações do terapeuta. Quer a relaxação ativo-passiva de Henry Wintrebert (1986), quer a relaxação terapêutica de Jean Bergès (1985) integram uma fase de regulação externa (proporcionada pelo terapeuta). Progressivamente a criança é orientada para a autonomia do próprio relaxamento, ganhando a consciência de que é o seu corpo que relaxa, porque é ela que o faz relaxar (Guiose, 2007). Para além dos métodos de Wintrebert (1986) e Bergès (1985) existem outros métodos como a relaxação ativa de Samy Boski (1990) e o método de Jacques Choque (1994), que integram esta autonomia.

Um outro aspeto a ter em conta no âmbito das técnicas de relaxação é o facto de os pacientes com quadros ansiogénicos (quer as crianças, quer os adultos) tenderem a focar-se demasiado nas reações corporais do stress/medo (Mansell, Clark, & Ehlers, 2003; Thompson, 2001) e de, por isso, necessitarem ser ensinados a redirecionar a atenção para a realidade externa. Nestes casos, a intervenção não passa pela promoção da consciência corporal seguida da regulação emocional, mas antes pelo controlo da atenção (Hannesdottir & Ollendick, 2007).

2.1.3 Redirecionamento da atenção

O controlo da atenção é transversal a todas as técnicas de relaxação, sendo contudo o cerne das práticas de meditação. Walsh e Sapiro (2006, p.228) definem a meditação como “uma família de práticas de autorregulação que focam o treino da atenção e da consciência por forma a trazer os processos mentais sob maior controlo voluntário e por conseguinte promover um desenvolvimento e um bem-estar mental geral, e/ou

capacidades específicas como a calma, a clareza e a concentração”. Seja através da focalização num objeto externo (vela, mandala, etc.), seja através da focalização num estímulo verbal (som, palavra ou frase) ou numa parte específica do corpo (espaço entre as sobrancelhas, umbigo, etc.) a meditação favorece a autorregulação intencional da atenção (Astin, 2004; Servant, 2009).

Da meditação *Vipassana* derivada do Budismo Theravada, foi desenvolvida uma prática meditativa contemporânea, denominada de Mindfulness que tem recebido especial atenção no ocidente (Gunaratana & Gunaratana, 2011). Nos últimos 40 anos, investigadores e clínicos americanos (e.g., Baer, 2003; Bishop, 2002; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003; Salmon, Lush, Jablonski, & Sephton, 2009) têm-se focado sobre a aplicação terapêutica do mindfulness (ver Kabat-Zinn, 2003, para uma revisão) em vários contextos, nomeadamente no âmbito da regulação emocional. Um estudo desenvolvido por Goldin e Gross (2010) com adultos com ansiedade social, mostrou que após a participação num programa de mindfulness (com a duração de 8 semanas), se verificou um aumento dos níveis de atividade das regiões cerebrais associadas à “instalação” (*deployment*) da atenção dos participantes. Um outro estudo que comparou um grupo de praticantes de mindfulness experientes com um grupo sem qualquer experiência em meditação, revelou que os praticantes tiveram melhores performances no que diz respeito à capacidade de focar a atenção e de suprimir informação distrátil (Moore & Malinowski, 2009). Ortner et al (2007) sugerem que a prática de mindfulness pode diminuir a reatividade emocional, ao ajudar os indivíduos a desinvestir de estímulos emocionalmente perturbadores, permitindo redirecionar a atenção para a tarefa central. Apesar de a maior parte da investigação sobre a intervenção ao nível da capacidade atencional focar o mindfulness, o treino da atenção seletiva é transversal à generalidade dos métodos de relaxação.

3. Notas finais

Tal como noutras abordagens, a eficácia das técnicas de relaxação em psicomotricidade, depende de uma boa concetualização do caso clínico (integrando a especificidade do paciente e os conhecimentos subjacentes à patologia e às técnicas de relaxação) e de uma boa relação terapêutica. O psicomotricista deve começar a sua prática por fazer uma avaliação integrativa do paciente que lhe permita desenhar um programa terapêutico assente num ou em vários métodos de relaxação. Esta primeira fase de intervenção termina com a apresentação do propósito do programa terapêutico ao

paciente e/ou à sua família, explicando como será aplicado, por que deverá resultar, e apresentando as técnicas de relaxação como estratégias de regulação emocional que podem ser aplicadas noutras situações do dia-a-dia, permitindo-lhe redirecionar a atenção e/ou diminuir as reações corporais, e por conseguinte desenvolver novos hábitos de resposta emocional, quebrando assim o ciclo da desregulação (Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo, & Borkovec, 2013).

Referências bibliográficas

- Alexander, G. A. (1983). *Eutonia: um caminho para a experiência total do corpo*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Astin, J. A. (2004). Mind–body therapies for the management of pain. *The Clinical journal of pain*, 20(1), 27-32.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1992). *The relaxation response*. New York: Harper Collins.
- Bergès, J., & Bounès, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71-83.
- Boiten, F. A., Frijda, N. H., & Wientjes, C. J. (1994). Emotions and respiratory patterns: review and critical analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 17(2), 103-128.
- Boski, S. (1990). *A relaxação activa na escola e em casa*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Carlson, C. R., & Hoyle, R. H. (1993). Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 1059-1067.
- Caycedo, A. (1964). Sophrology and psychosomatic medicine. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7(2), 103-106.
- Choque, J. (1994). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Paris: Michel Albin.
- Damasio, A., & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(2), 143-152.

- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (5th ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Devassy, V. P., & Raj, S. J. M. Enhancing social and emotional competence of adolescents using mindfulness-based rational emotive behavioural counselling: A pilot study. *International Journal of Science and Research*, 3(8), 554-560.
- Dupont, R. (1998). *La relaxation*. Paris: Éd. Vernazobres-Grego.
- Ernst, E., & Kanji, N. (2000). Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complementary therapies in Medicine*, 8(2), 106-110.
- Esch, T., Fricchione, G. L., & Stefano, G. B. (2003). The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Medical Science Monitor*, 9(2), RA23-RA34.
- Geraerts, E., Merckelbach, H., Jelicic, M., & Smeets, E. (2006). Long term consequences of suppression of intrusive anxious thoughts and repressive coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1451-1460.
- Goldin, P., & Gross, J. (2010). Effect of mindfulness meditation training on the neural bases of emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-84.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris: Heures De France.
- Guiose, M. (2008). Rétrospective des méthodes de relaxations thérapeutiques. *Santé Mentale*, 129.
- Gunaratana, B., & Gunaratana, H. (2011). *Mindfulness in plain English*. Boston: Wisdom Publications Inc.
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275-293.

- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy, 35*(4), 639-665.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., Orsillo, S. M., & Borkovec, T. D. (2013). A contemporary view of applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy, 42*(4), 292-302.
- Henry, M., De Rivera, J. G., Gonzalez-Martin, I., & Abreu, J. (1993). Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. *Journal of psychosomatic research, 37*(3), 265-270.
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 161-172.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 144-156.
- Kanji, N., White, A., & Ernst, E. (2004). Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: a randomized clinical trial. *American heart journal, 147*(3), 508-511.
- Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 243-294). New York: Guildford Press.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion, 23*(1), 4-41.
- Lemaire, J.-G. (1964). *La relaxation*. Paris: Petite bibliothèque Payot.
- Lohaus, A., & Klein-heßling, J. (2000). Coping in childhood: A comparative evaluation of different relaxation techniques. *Anxiety, Stress and Coping, 13*(2), 187-211.
- Lohaus, A., & Klein-Hessling, J. (2003). Relaxation in children: Effects of extended and intensified training. *Psychology and Health, 18*(2), 237-249.
- Lohaus, A., Klein-Heßling, J., Vögele, C., & Kuhn-Hennighausen, C. (2001). Psychophysiological effects of relaxation training in children. *British journal of health psychology, 6*(2), 197-206.

- Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: An investigation using a novel paradigm. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 555-572.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC psychiatry*, *8*(1), 41.
- Martins, R. (2001). A relaxação terapêutica no contexto da saúde mental – o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & M. Martins (Eds.), *Progressos em psicomotricidade* (pp. 95-108). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2001). Respiratory biofeedback-assisted therapy in panic disorder. *Behavior Modification*, *25*(4), 584-605.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and cognition*, *18*(1), 176-186.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(2), 646-651.
- Ortner, C. N., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and emotion*, *31*(4), 271-283.
- Pawlow, L. A., & Jones, G. E. (2002). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, *60*(1), 1-16.
- Philippot, P., Chapelle, G., & Blairy, S. (2002). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition & Emotion*, *16*(5), 605-627.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116-143.
- Rankin, E. J., Gilner, F. H., Gfeller, J. D., & Katz, B. M. (1993). Efficacy of progressive muscle relaxation for reducing state anxiety among elderly adults on memory tasks. *Perceptual and motor skills*, *77*(3f), 1395-1402.
- Rausch, S. M., Gramling, S. E., & Auerbach, S. M. (2006). Effects of a single session of large-group meditation and progressive muscle relaxation training on stress reduction, reactivity, and recovery. *International Journal of Stress Management*, *13*(3), 273.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Jellesma, F. C. (2008). Emotional competence and health in children *Emotion Regulation* (pp. 184-201): Springer.
- Rieffe, C., Netten, A., Broekhof, E., & Veiga, G. (2015). The role of the environment in children's emotion socialization; The case of deaf or hard of hearing (DHH)

- children. In M. Marschark & H. E. T. Knoors (Eds.), *Educating deaf students: Creating a global evidence base*. London: Oxford University Press.
- Rothermund, K., Voss, A., & Wentura, D. (2008). Counter-regulation in affective attentional biases: a basic mechanism that warrants flexibility in emotion and motivation. *Emotion*, 8(1), 34.
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., & Sephton, S. E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind/body practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 59-72.
- Sander, D., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2005). A systems approach to appraisal mechanisms in emotion. *Neural networks*, 18(4), 317-352.
- Scherer, K. R. (2000). Emotion. In M. Hewstone & W. Stroebe (Eds.), *Introduction to social psychology: A european perspective* (3rd ed., pp. 151-191). Oxford: Blackwell.
- Schultz, J. (1958). *Le Training autogène*. Paris: PUF.
- Servant, D. (2009). *La relaxation: nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Paris: Masson.
- Thompson, R. A. (2001). Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. In V. MW & D. MD (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. London: Oxford University Press.
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2014). Ligar o corpo à emoção: Intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. In J. Fernandes & P. Gutierrez (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora*. Rio de Janeiro: Wak.
- Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: a mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61(3), 227.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775.
- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1093.
- Wegner, D. M., & Gold, D. B. (1995). Fanning old flames: emotional and cognitive effects of suppressing thoughts of a past relationship. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 782.
- Wintrebert, H. (1986). *La relaxation de l'enfant*. Paris: L'Harmattan.

Vinculação e Desajustamento Emocional em Adolescentes

Raquel Domingos; Guida Veiga/ Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Ciências e Tecnologias, Universidade de Évora – raquel_domingos@hotmail.com

Maria João Carapeto/ Departamento de Psicologia, Escola de Ciências Sociais,
Universidade de Évora

Resumo

Recentemente alguma literatura tem chamado a atenção para a relevância da vinculação e seu papel no ajustamento emocional na adolescência. Neste período, os jovens defrontam diversas mudanças desenvolvimentais, incluindo a importância crescente das relações com pares. Os mecanismos adaptativos dos adolescentes são, pois, desafiados, ao mesmo tempo que procuram dar passos na construção da sua autonomia. Há algum consenso quanto ao aumento de sintomas internalizados na adolescência, especialmente no sexo feminino. Por outro lado, a investigação tem sido pouco conclusiva quanto a diferenças de género na vinculação. Assim, os objetivos deste estudo são examinar (a) as diferenças de género na vinculação e no ajustamento emocional, designadamente na consciência emocional e nos níveis de sintomas internalizados; e (b) as relações entre vinculação e ajustamento emocional; na adolescência. Utilizaram-se três questionários na recolha de dados sobre comportamentos de vinculação, consciência emocional e sintomas internalizados (depressão, ansiedade e stress), numa amostra de alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico de três escolas do Alentejo, Portugal. Os resultados são discutidos à luz da teoria e investigação existente, e são assinaladas algumas implicações para a investigação e intervenção.

Palavras-chave

ajustamento emocional, vinculação, adolescência.

Attachment and emotional maladjustment in adolescents

Abstract

Recently, some literature has drawn attention to the relevance of attachment and its role in emotional adjustment in adolescence. During this period, young people face

several developmental changes, including the growing importance of relationships with peers. Their adaptive mechanisms are therefore challenged, while they take steps towards the construction of autonomy. There is some consensus regarding the increase of internalized symptoms in adolescence, especially in girls. On the other hand, research has been inconclusive regarding gender differences concerning attachment. Thus, the objectives of this study are to examine (a) gender differences in attachment and emotional adjustment, namely emotional awareness and internalized symptoms; and (b) the relationships between attachment and emotional adjustment; in adolescence. Three questionnaires were used to collect data on attachment behaviors, emotional awareness and severity of internalized symptoms (depression, anxiety, and stress), in a sample of students attending the 3rd Cycle of Basic Education in three schools in the region of Alentejo, Portugal. The results are discussed considering the existing theory and research, and some implications for research and intervention are highlighted.

Keywords

emotional adjustment, attachment, adolescence.

Introdução

Recentemente alguma literatura tem vindo a chamar a atenção para a relevância da vinculação e do seu papel no ajustamento emocional na adolescência (e.g., Allen & Manning, 2007; Parrigon, Kerns, Abtahi & Koehn, 2015). A teoria da vinculação (Bowlby, 1969) propõe que a construção das relações de vinculação é muito mais que a construção dessas relações sociais especiais capazes de proporcionar segurança e de conforto à criança. Enquanto se constrói esta relação social, que é também uma relação afetiva, a criança vai desenvolvendo a (auto-)regulação emocional nas suas interações com o mundo e vai construindo modelos internos dinâmicos, que são representações sobre os outros e o que pode esperar deles, sobre si mesmo/a e o seu próprio valor, ou sobre como se comportar na relação com outros. Tem-se defendido também que estes modelos internos perduram ao longo da vida (Soares, 2007), que a adolescência é um período importante na sua reorganização (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007) e que nesta etapa da vida o sistema comportamental de vinculação evolui para uma espécie de sistema de regulação emocional em contexto social (Allen & Manning, 2007).

Ora, neste período da vida, os jovens defrontam-se com diversas mudanças desenvolvimentais (Papalia & Feldman, 2013), incluindo a crescente importância das

relações com pares (Brown & Larson, 2009), a individuação (Bloss, 1979) e a formação da identidade (Erikson, 1968), bem como a construção da autonomia (Soenens, Vansteenkiste, Van Petegem, Beyers, & Ryan, 2018). Os mecanismos adaptativos dos adolescentes são, pois, desafiados por todas essas mudanças, ao mesmo tempo que procuram dar passos em direção autonomia, proporcionando-se assim a ocorrência de desajustamento psicológico transitório. Em consonância, a investigação dá conta de um acréscimo de sintomatologia internalizada na adolescência, que se verifica especialmente nas raparigas (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008), mas também sugere avanços nas competências emocionais, quer ao nível do processo de consciência emocional (Van der Veek, Nobel, & Derkx, 2012) quer da própria regulação das emoções (Gilbert, 2012; Silk, Steinberg, & Morris, 2003; Soares, 2007).

Assinalando a escassez de estudos sobre a relação entre vinculação e competências emocionais em crianças e adolescentes, a revisão de literatura de Parrigon e colegas (2015) conclui 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. Os autores identificam também a vinculação insegura como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de internalização, como a ansiedade e a depressão.

Apesar do consenso já referido a propósito do incremento de problemas internalizados na adolescência nas raparigas, a investigação tem sido inconclusiva quanto a diferenças de género na vinculação (e.g., Carvalho, 2007; Szalai, Czeglédi, Vargha & Grezsa, 2017) e é escassa quanto a estas diferenças na consciência emocional (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum Terwogt, & Ly, 2008). Por outro lado, a relação da vinculação com o ajustamento emocional tem sido pouco estudada (Parrigon et al., 2015).

1. Objetivos

Os objetivos do estudo são examinar (a) diferenças de género na vinculação e no ajustamento emocional, designadamente na consciência emocional e nos níveis de sintomas internalizados; e (b) as relações entre vinculação e ajustamento emocional; na adolescência.

2. Método

O estudo apresenta um plano transversal, com base numa investigação quantitativa e correlacional.

2.1 Participantes

A amostra total é 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 $DP = 1.16$), que frequentavam 3 escolas públicas do 3º ciclo do ensino básico no Alentejo. 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, 29.2% referem que o pai possui o 1º, 2º e/ou 3º ciclo do ensino básico; 28.2% indicam que os pais têm o ensino secundário e 32.0% que os pais possuem habilitações académicas do ensino superior. Verificou-se que 13.7% dos participantes têm mães com o 1º, 2º e/ou 3º ciclo do ensino básico, 32.5% com o ensino secundário e 43.7% com habilitações académicas do ensino superior.

2.2 Variáveis e Instrumentos

A amostra foi caracterizada a partir de um questionário sociodemográfico construído com o objetivo de recolher informações relevantes da amostra (e.g., sexo, idade, ano de escolaridade, habilitações literárias dos pais, constituição do agregado familiar).

Vinculação

As dimensões da vinculação (vinculação segura, vinculação insegura-ansiosa/ambivalente e vinculação insegura-evitante) foram avaliadas através do Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA; Carvalho, 2007), composto por 24 itens avaliados numa escala de Likert entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre). Para cada dimensão, i.e., vinculação segura (VS), vinculação ansiosa/ambivalente (VAA) e vinculação evitante (VE), é calculado o somatório das respostas dos respetivos itens, podendo 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).

Ajustamento emocional

A consciência emocional foi avaliada através da versão portuguesa (Veiga, Oosterveld, Fernandes, & Rieffe) do *Questionário de Consciência Emocional* (QCE;

Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, & Ly, 2008), um questionário de autorrelato, composto por 30 itens, que numa escala de 1 (Não é verdade) a 3 (Muitas vezes verdade) avaliam a consciência emocional através das dimensões de diferenciação das emoções (Dif), partilha verbal das emoções (PartV), não esconder as emoções (NEsc), consciência corporal das emoções (CCorp), atender às emoções dos outros (AOutr) e análise das próprias emoções (AnPE). O processo de cotação é realizado com base na média dos itens de cada escala, sendo que, a obtenção de uma pontuação mais alta corresponde a uma melhor consciência emocional (Veiga, Oosterveld, Fernandes, & Rieffe, 2017).

Os problemas internalizados foram avaliados através da versão portuguesa (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro, & Maroco, 2009) da *Escala de Depressão, Ansiedade e Stress* (EDAS; Lovibond & Lovibond, 1995), constituída por 21 itens avaliados numa escala de de 0 (Não se aplicou nada a mim) a 3 (Aplicou-se a mim a maior parte das vezes) que se encontram distribuídos por 3 dimensões: depressão (Dep), ansiedade (Ans) e stress (Str). Cada dimensão é pontuada através do somatório das respostas dos respetivos itens, variadno entre 0 e 21. Os resultados mais altos estão associados a estados afetivos mais negativos (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro, & Maroco, 2009).

2.3 Procedimento

O projeto de investigação foi aprovado pelo Concelho Científico da Escola de Ciências e Tecnologia e pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. Foi solicitada e concedida a autorização do Ministério da Educação para se proceder à aplicação do estudo em escolas públicas e depois estabelecido o contacto com a direção de 3 escolas públicas da região do Alentejo, as quais aceitaram que a recolha de dados se realizasse junto dos seus alunos. Foi solicitado o consentimento informado aos encarregados de educação e aos adolescentes.

A análise estatística realizou-se com base no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Fez-se o estudo da distribuição das variáveis da vinculação e do ajustamento emocional (i.e., consciência emocional e sintomas internalizados), para a amostra total e por género. Foi realizada a análise descritiva das variáveis, na amostra total e por género e realizaram-se testes *t* para amostras independentes para comparar as médias por género. Procedeu-se ao cálculo das correlações (*r*ó de Spearman) entre vinculação e (a) consciência emocional; (b) sintomas internalizados.

3. Resultados e suas implicações teórico-práticas

Os resultados na tabela 1 mostram diferenças significativas entre rapazes e raparigas ao nível da vinculação e ao nível da consciência emocional. Especificamente, as raparigas reportam valores mais elevados na vinculação ansiosa/ambivalente, bem como apresentam maior consciência corporal das emoções e 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. Salienta-se contudo, que não se identificaram diferenças de género significativas na vinculação segura e na evitante, e em diversas competências de consciência emocional (partilha verbal das emoções, não esconder as emoções e análise das próprias emoções), bem como nos sintomas internalizados (depressão, ansiedade e stress).

Os níveis mais altos de vinculação ansiosa/ambivalente nas raparigas vão no sentido do estudo de Szalai e colaboradores (2017), sugerindo que as raparigas evidenciam níveis mais elevados de preocupação e apreensão com as relações com os outros, o que é consistente, por exemplo, com a maior dificuldade das adolescentes portuguesas em falar com o pai ou com a mãe sobre as suas preocupações (e.g., Inchley, et al., 2016), ou com a maior prevalência de acontecimentos negativos interpessoais nas raparigas do que nos rapazes (e.g., Hankin & Abramson, 2001). É importante notar que, com o mesmo instrumento utilizado no presente estudo, Carvalho (2007) não encontrou diferenças de género significativas em nenhuma das dimensões da vinculação.

Tabela 1

Estatísticas descritivas (média ± desvio padrão) da vinculação (IVIA), da consciência emocional (QCE) e dos sintomas internalizados (EDAS) por gênero, e estatísticas do teste t.

	Masculino	Feminino	Total	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
IVIA						
VS	33.06 ± 4.72	33.65 ± 4.11	33.38 ± 4.40	-.955	204	.341
VAA	19.22 ± 7.09	22.12 ± 8.44	20.80 ± 7.97	-2.674	204	.008
VE	23.85 ± 5.84	24.22 ± 4.92	24.05 ± 5.35	-.496	204	.620
QCE						
Dif	2.24 ± 0.44	2.07 ± 0.43	2.15 ± 0.44	2.780	204	.006
PartV	2.03 ± 0.56	1.99 ± 0.53	2.01 ± 0.54	.468	204	.640
NEsc	1.94 ± 0.44	1.94 ± 0.49	1.94 ± 0.47	-.072	204	.942
CCorp	1.97 ± 0.56	1.79 ± 0.50	1.87 ± 0.54	2.380	204	.018
AOutr	2.59 ± 0.38	2.77 ± 0.28	2.69 ± 0.34	-3.746	169.55	.000
AnPE	2.38 ± 0.46	2.47 ± 0.39	2.43 ± 0.42	-1.470	204	.143
EDAS						
Dep	4.85 ± 4.93	5.38 ± 5.01	5.14 ± 4.97	-.766	204	.445
Ans	4.26 ± 4.40	3.77 ± 4.38	3.99 ± 4.39	.794	204	.428
Str	5.19 ± 4.72	5.53 ± 4.79	5.37 ± 4.75	-.504	204	.615

Nota: IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; VS– Vinculação Segura; VAA – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; VE – Vinculação Evitante; QCE – Questionário de Consciência Emocional; Dif– Diferenciação das Emoções; PartV – Partilha Verbal das Emoções; NEsc – Não Esconder as Emoções; CCorp.- Consciência Corporal das Emoções; AOutr – Atender às Emoções dos Outros; AnPE – Análise das Próprias Emoções; EDAS – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress; Dep – Depressão; Ans – Ansiedade; Str - Stress.

Relativamente à consciência emocional, globalmente os resultados do presente estudo vão no mesmo sentido dos de Van de Veek et al. (2012). Em ambos os estudos as raparigas apresentam uma menor competência na diferenciação das emoções e melhores capacidades de atender às emoções dos outros e de consciência corporal das emoções, não se distinguindo dos rapazes ao nível da partilha verbal das emoções. Em contrapartida, na amostra holandesa as competências de não esconder emoções e de analisar as próprias emoções apresentam diferenças de gênero (a primeira mais elevada nos rapazes e a segunda nas raparigas). As diferenças observadas entre os resultados dos dois estudos podem dever-se à diferente amplitude de idades dos participantes dos dois estudos (o de Van der Veek e colegas apresenta um intervalo mais alargado, entre os 7 e os 18 anos de idade), considerando que estas competências melhoram com a idade (exceto não esconder emoções; Van der Veek et al., 2012). Contudo, será também importante

considerar as possíveis diferenças nos contextos socioculturais dos dois países. A influência da idade e dos contextos socioculturais em que ocorre o desenvolvimento das competências emocionais, entre outros, merece investigação futura, assim como o papel do género. Salienta-se, por exemplo, o nível académico superior dos encarregados de educação dos participantes que é mais frequente que na população portuguesa em geral (INE, Pordata, 2018). Interessante seria também explorar em investigação futura o resultado surpreendente dos dois estudos que mostra os rapazes com maior competência que as raparigas ao nível da diferenciação das emoções.

Finalmente, merece sem dúvida investigação a ausência de diferenças de género na sintomatologia internalizada, quando a literatura documenta sintomatologia internalizada com níveis mais elevados nas raparigas do que nos rapazes adolescentes (e.g., Zahn-Waxler et al., 2008). As idades dos participantes podem ajudar a compreender o resultado, já que as diferenças poderão ser maiores na segunda metade da adolescência, uma faixa etária que não está representada neste estudo. Além disso, pode dever-se também uma menor sensibilidade do EDAS às dimensões da sintomatologia que habitualmente diferenciam os género quando outras escalas de sintomas são utilizadas (e.g., ver resultados de Carvalho, Cunha, Cherpe, Galhardo, & Couto, 2015).

Tabela 2

Correlações (Ró de Spearman) entre a vinculação (IVIA) e a consciência emocional (QCE)

	QCE					
	Dif	PartV	NEsc	CCorp.	AOutr	AnPE
IVIA						
VS	.008	.191**	.229**	-.156*	.355**	.256**
VAA	-.424**	-.313**	-.069	-.400**	-.006	.118
VE	-.217**	-.353**	-.316**	-.123	-.033	.086

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

Nota. IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; VS– Vinculação Segura; VAA – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; VE – Vinculação Evitante; QCE – Questionário de Consciência Emocional; Dif – Diferenciação das Emoções; PartV – Partilha Verbal das Emoções; NEsc – Não Esconder as Emoções; CCorp.- Consciência Corporal das Emoções; AOutr – Atender às Emoções dos Outros; AnPE – Análise das Próprias Emoções.

Por fim, as tabelas 2 e 3 sugerem que, de um modo geral, a vinculação segura se associou a um melhor ajustamento emocional, enquanto, que os dois tipos de vinculação insegura se associaram a pior ajustamento emocional.

Obtiveram-se correlações positivas e significativas entre a vinculação segura e a generalidade das escalas da consciência emocional – partilha verbal das emoções, não esconder as emoções, atender às emoções dos outros e a análise das próprias emoções. A correlação negativa e significativa com a escala da consciência corporal das emoções vai no mesmo sentido. Os resultados sugerem assim que quanto mais elevado o índice de vinculação segura, melhores se revelam estas competências de consciência emocional e que só a diferenciação das emoções não aparece associada à vinculação segura.

Por outro lado, ambas as vinculações inseguras se correlacionaram negativa e significativamente com a diferenciação das emoções e a partilha verbal das emoções, de tal forma que, quanto mais insegura a vinculação, menor a competência nestas duas dimensões da consciência emocional. A vinculação ansiosa/ambivalente também se correlacionou negativamente com a consciência corporal das emoções, no sentido de que quanto mais ansiosa/ambivalente for a vinculação, melhor esta competência – tal como se verificou com a vinculação segura, mas com uma correlação ainda mais forte. Por seu turno, a vinculação evitante correlacionou-se também negativamente com a dimensão de não esconder emoções, sugerindo que quanto mais evitante a vinculação, mais os adolescentes escondem as emoções.

Tabela 3

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

	Dep	EDAS	
		Ans	Str
IVIA			
VS	-.238**	-.209**	-.147*
VAA	.479**	.382**	.410**
VE	.220**	.278**	.270**

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

IVIA – Inventário sobre a Vinculação para a Infância e Adolescência; VS– Vinculação Segura; VAA – Vinculação Ansiosa/Ambivalente; VE – Vinculação Evitante; EADS-C – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress; Dep – Depressão; Ans – Ansiedade; Str - Stress.

As correlações da vinculação segura com a consciência emocional vão de encontro à literatura existente, que defende que este tipo de vinculação, ao invés da vinculação insegura, está associado a uma melhor compreensão das emoções e 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). Fica, no entanto, por compreender porque razão a diferenciação das emoções não aparece associada, neste estudo, à vinculação segura, o que justifica investigação futura.

Os resultados da tabela 3 mostram que a vinculação segura está associada negativamente às três subescalas de sintomas internalizados, enquanto ambas as dimensões da vinculação insegura lhe estão associadas positivamente. Estes resultados vão de encontro à literatura existente, que associa a vinculação segura na adolescência a menos problemas de internalização e a vinculação insegura a mais (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Brown & Wright, 2003; Rubin et al., 2004).

Algumas implicações podem ser retiradas destes resultados. Ao nível da investigação e da teoria, os resultados, só parcialmente concordantes com a investigação existente, recomendam mais investigação relativamente a diferenças de género na vinculação, na consciência emocional e na sintomatologia internalizada; a utilização de outros instrumentos; atendendo a possíveis diferenças socioculturais no desenho dos ambientes em que adolescentes se desenvolvem e necessitam de se adaptar. Em particular, a ausência de diferenças de género na sintomatologia internalizada merece ser investigada, ou a surpreendente superioridade dos rapazes na diferenciação de emoções, competência que parece não variar de acordo com a segurança da vinculação mas varia com os elementos de ansiedade/ambivalência ou de evitamento nas representações e comportamentos de vinculação dos adolescentes. Também merece atenção a associação da vinculação ansiosa e da segura com a maior consciência corporal das emoções.

Ao nível de implicações para a intervenção psicossocial com adolescentes, os resultados sugerem, em geral, a importância de abordagens diferenciais de acordo com o género, nas intervenções de promoção de competências emocionais ou de reorganização dos modelos internos de vinculação.

Referências bibliográficas

- Allen, J. P., & Manning, N. (2007). From Safety to Affect Regulation: Attachment from the Vantage Point of Adolescence. *New Dir Child Adolesc Dev*, 23-39.
- Allen, J. P., Moore, C. M., Kuperminc, G. P., & Bell, K. L. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 1406-1419.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. Madison: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.

- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner and L. D. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 74-103) Hoboken, NJ: Wiley.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 351-367.
- Carvalho, M. A. (2007). *Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: Implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no Início da Adolescência* (Tese de doutoramento). Disponível no Repositório da Universidade d Minho.
- Carvalho, C., Cunha, M., Cherpe, S., Galhardo, A., & Couto, M. (2015). Validação da versão portuguesa da Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 46-57.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Gilbert, K. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 467-481.
- Hankin, B., & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological bulletin*.
- 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.
- Leal, I. P., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS-C). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 277-284.
- 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*, 335-343.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: AMGH.
- Parrigon, K. S., Kerns, K. A., Abtahi, M. M., & Koehn, A. (2015). Attachment and Emotion in Middle Childhood and Adolescence. *Psychological Topics*, 27-50.

- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A. C., Terwogt, M. M., & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 756-761.
- 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.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 1869-1880.
- Soares, I. (2007)^b. *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Van Petegem, S., Beyers, W. & Ryan, R. (2018). How to Solve the Conundrum of Adolescent Autonomy? On the Importance of Distinguishing Between Independence and Volitional Functioning. In B. Soenens, M. Vansteenkiste, & S. Van Petegem, (Eds.), *Autonomy in adolescent development: Towards conceptual clarity* (pp. 1-32). Psychology Press.
- Szalai, T. D., Czeglédi, E., Vargha, A., & Grezsa, F. (2017). Parental Attachment and Body Satisfaction in Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1007-1017.
- Van der Veek, S. M., Nobel, R. A., & Derkx, H. H. F. (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology & health*, 27(11), 1359-1374.
- 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*. doi: 10.1080/17405629.2017.1344124
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303.

Interrelation of psychophysiological indices of chronic stress with personal particularities of students

Tapalova O./ Doctor of Psychology, Department of psychology Abai Kazakh National Pedagogical University – otapalova@gmail.com

Besbayeva B./ Doctor of Biological Sciences, Rector of the Kazakh Academy of Labor and Social Relations

Zhiyenbayeva N./ Doctor of Psychology, Kazakh Academy of Labor and Social Relations

Uspanov Zh. - Doctor of Laws, Vice Rector for Science and International Relations of the Kazakh Academy of Labor and Social Relation

Resumo

Nossa pesquisa científica é dedicada ao estudo do estresse crônico que causa ruptura no processo de adaptação em jovens. O estresse não é reduzido apenas aos fenômenos emocionais, mas é determinado e refletido nos componentes motivacionais, cognitivos, volitivos, caracterológicos e outros da personalidade. É por isso que o fenômeno do estresse requer um estudo psicofisiológico complexo especial. Apesar dos muitos trabalhos dedicados ao estudo do estresse, a análise da interligação entre os índices vegetativo e psicológico do desenvolvimento do estresse crônico ainda é pouco estudada. A tarefa de nossa pesquisa científica é encontrar a relação entre indicadores psicofisiológicos de estresse crônico e características individuais da personalidade do estudante. Métodos de pesquisa: questionário expresso do modelo de cinco fatores da personalidade - um questionário "BIG FIVE"; Questionário clínico e psicológico dos sintomas "SCL-90-R". Os resultados recebidos demonstram a influência de características individuais da pessoa em indicadores psicológicos e fisiológicos nas condições de uma situação estressante. Os resultados dos estudos indicam um alto grau de duração do estresse crônico e um aumento do nível de ansiedade entre os estudantes. A especificidade identificada do estresse crônico nos estudantes é caracterizada pelo fato de que, em uma reação estressante, predominam distúrbios psicológicos ou fisiológicos.

Palavras-chave

estresse, ansiedade, angústia, adaptação, estudantes

Abstract

Our scientific research is devoted to the study of chronic stress that causes disruption in the process of adaptation in young people. Stress is not reduced only to emotional phenomena, but is determined and reflected in motivational, cognitive, volitional, characterological and other components of the personality. That is why the phenomenon of stress requires a special complex psychophysiological study. Despite the many works devoted to the study of stress, the analysis of the interconnection between the vegetative and psychological indices of the development of chronic stress is still poorly studied.

The task of our scientific research is to find the relationship between psychophysiological indicators of chronic stress and individual characteristics of the student's personality. Methods of research: express questionnaire of the five-factor model of the personality - a questionnaire "BIG FIVE"; Clinical and psychological questionnaire of symptoms "SCL-90-R". The received results testify to influence of individual features of the person on psychological and physiological indicators in the conditions of a stressful situation. The results of the studies indicate a high degree of duration of chronic stress and an increased level of anxiety among students. The identified specificity of chronic stress in students is characterized by the fact that in a stressful reaction, either psychological or physiological disorders predominate.

Keywords

stress, anxiety, distress, adaptation, students

1. Introduction

Today chronic stress occupies a special niche among the processes that destroy our body from the inside. Many publications confirming that chronic stress has become a partner in life of young people and the state of psychophysiological health of students is in danger of failure (Bayevsky, 1997, Avilov, 1999, Berezin, 1988). The growth of neurotic, psychosomatic and depressive disorders among students is also the result of the presence of stressful conditions (Klimov, 1999). Despite the many studies on the stress (Greenberg, 2002, Suvorova, 1995, Leonova, 1993), it is still poorly studied the

relationship of psychophysiological indicators of chronic stress and individual characteristics of students. Therefore, our study was devoted to this problem.

1.1. Objective

To identify psychophysiological indicators of chronic stress in students and to find correlations with individual personality characteristics. In our opinion, timely diagnosis and screening of distress as an indicator of accumulated chronic stress is an informative and integrated approach to the prophylaxis of mental health of students. The following symptoms of chronic stress are known: sleep and appetite disorders, physical weakness, headaches, constant fatigue, apathy, problems with concentration of attention, memory, speed of the thought process, nervousness, fussiness, desire to control everything, impossibility to relax, craving for alcohol, alcohol, harmful food, decrease in immunity, exacerbation of diseases of internal organs. In this list, there are obvious contradictions that lead the patient to walk in a vicious circle: he feels bad, stops performing his usual duties, feels guilty, which leads to nervousness and distress.

2. Methods

To identify the presence of distress as an indicator of chronic stress, we used the symptomatic questionnaire SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) developed in 1975 by L. R. Derogatis. The technique is a tool for determining the actual, currently present, symptomatic of distress. We used this technique adapted by Tarabrina N.V. (Tarabrina, 2001). SCL-90-R includes 90 statements (symptoms) grouped into 9 scales: 1) Somatization (SOM), 2) Obsessive-compulsivity (OS), 3) Interpersonal Sensitivity (INT) - anxiety caused by interpersonal communication and constant evaluation 4) Depression (DEP) - experiences of a depressive nature, 5) Anxiety (ANX) - personal anxiety and tendency to actively avoid frustration, 6) Aggressiveness and hostility to others (HOS), 7) Phobic fear (FOB), 8) Paranoid (paranoid thinking (PAR), 9) Psychotism (PSY).

Based on the above scales, we get the following values: The symptomatic distress index (PSDI), which is an indicator of the intensity of mental distress, the GSI (Severity Index of Symptoms) - reflects the level of mental stress, the Index of the number of affirmative answers (PST) - gives us the breadth of the range of symptoms.

To get information about the main factors of personal characteristics of the students under test, we used a personal questionnaire - Big Five (BIG FIVE). This

psychodiagnostics technique was developed by P. Howard, P. Medina and J. Howard and is intended for express diagnostics of five such personality factors: OCEAN - this abbreviation is interpreted as follows: O - Openness, C - Conscientiousness, E - Extraversion, A - Agreeableness, N - Neuroticism. We used this technique in adapting L.F. Burlachuk and D.K. Korolev (Burlachuk, 2000).

The obtained data on personal factors were analyzed in possible connections with various characteristics of the manifestation of mental distress. To process the results, we used the correlation analysis (calculation of coefficients of linear correlation according to Pearson). Calculations were performed using the Statistics 7.0 software package (Sukhodolsky, 1972).

Sample characteristics - the research sample included 150 Kazakh-speaking and Russian-speaking students of the 1st, 2nd, 3rd year of the Psychological Faculty of the Kazakh National Pedagogical University named after Abay and the Faculty of Social and Humanitarian Disciplines of the Kazakh Academy of Labor and Social Relations. The age of the tested is 17-27 years. The sex of the tested is 80 girls and 70 boys.

From October 2015 to October 2017 we conducted a continuous, not selective study of the personal characteristics of students and the intensity of the manifestation of students' distress in the educational process.

3. Results and its discussion

The study revealed that the indicator of symptomatic distress intensity (PSDI), reflecting the accumulated chronic stress in students by average values varies depending on the year of study. The average values obtained using the SCL-90-R procedure are shown in Table 1 and in Figure 1.

Table 1

Average values of parameters according to SCL-90-R method depending on the students' year of study

N°	Parameters according to SCL-90	Norm	Average values			P
			1 year	2 year	3 year	
1.	Somatization (SOM)	0,55	0,56	0,55	0,59	0,6
2.	Obsessive-compulsivity (OS)	0,78	0,74	0,87	0,86	0,5
3.	Interpersonal Sensitivity (INT)	0,95	0,67	0,99	0,80	0,02
4.	Depression (DEP)	0,72	0,58	0,78	0,77	0,06
5.	Anxiety (ANX)	0,58	0,53	0,92	0,66	0,3
6.	Aggressiveness and hostility to others (HOS)	0,74	0,66	0,90	0,24	0,7
7.	Phobic fear (FOB)	0,32	0,33	0,36	0,38	0,1
8.	Paranoid (paranoid thinking (PAR)	0,73	0,58	0,78	0,35	0,07
9.	Psychotism (PSY)	0,44	0,28	0,48	0,43	0,03
The overall index of GSI symptoms		0,55	0,55	0,68	0,60	0,6
Total number of affirmative PST responses		36	33	38	36	0,4
PSDI symptomatic distress index		1,45	1,37	1,55	1,42	0,09

In the first year, the PSDI index is within the conditional norm, in the second year it exceeds the conditional-normative index PSDI - 1.55. Thus, the level and intensity of distress among students of pedagogical and socio-humanitarian specialties initially in the norm at the first-year, increases sharply in the second-year of education, and in the third-year it partially returns to the norm.

The results are interesting as follows. High values were found in second-year students. So, on the Obsessive-Compulsivity (OS) scale is 0.87 and this indicates the presence of obsessive thoughts and actions. On the scale of Interpersonal Sensitivity (INT) – 0.99. On the scale Depressive (DEP) – 0.78. On the scale of Anxiety (ANX) – 0.92. On the scale of Hostility (HOS) - 0.90. On the Phobic fear (FOB) scale, high scores in the third-year students are 0.38. The overall index of GSI symptom severity is the highest in the second-year students - 0.68 and exceeds the average sample rate - 0.55. The PSDI symptomatic distress index also has high rates for students of the second year of study - 1.55 and indicates an excess of the norm by 10 orders of magnitude.

The most significant excesses in the students of the second year of study according to the SCL-90 questionnaire were identified by the scales of interpersonal sensitivity, depressiveness, obsessional-compulsiveness and hostility over the conditional norm (Table 1).

Note that the presence of obsessions, i.e. obsessional symptoms and high level of general unmotivated anxiety associated with interpersonal communication, is a recognized factor in the development of neurotic disorders (Tarabrina, 2001, Tapalova, 2013, Zhiyenbayeva, 2015).

The obtained results can also be related to the peculiarities of a long adaptation to learning. It can be assumed that at the first year students cope with the study load at the expense of personal resources (health, adaptive mechanisms of psychological protection), in the second year of the study there is a dissonance between the increase in the study load and the lack of resources necessary for adaptation, and the third course allows the conflict to adapt to the learning process in the university. At the same time, the reliability of differences in the PSDI indices from the mean values (Fig. 1) in each course is not significant, which indicates that there is no significant relationship between the risk of distress and the year of study.

The results obtained using the SCL-90-R test point to the fact that 1/3 of students enter the university with signs of pathopsychological and psychopathological maladaptation.

In the second year, under the influence of social stressors, interacting with personal pre-disposition, another 20% of students identify inadaptation processes.

In the third year of education, students return to the category of norm if timely to provide psychological help and support, but there is a risk that signs of personal and pathopsychological maladjustment may persist.

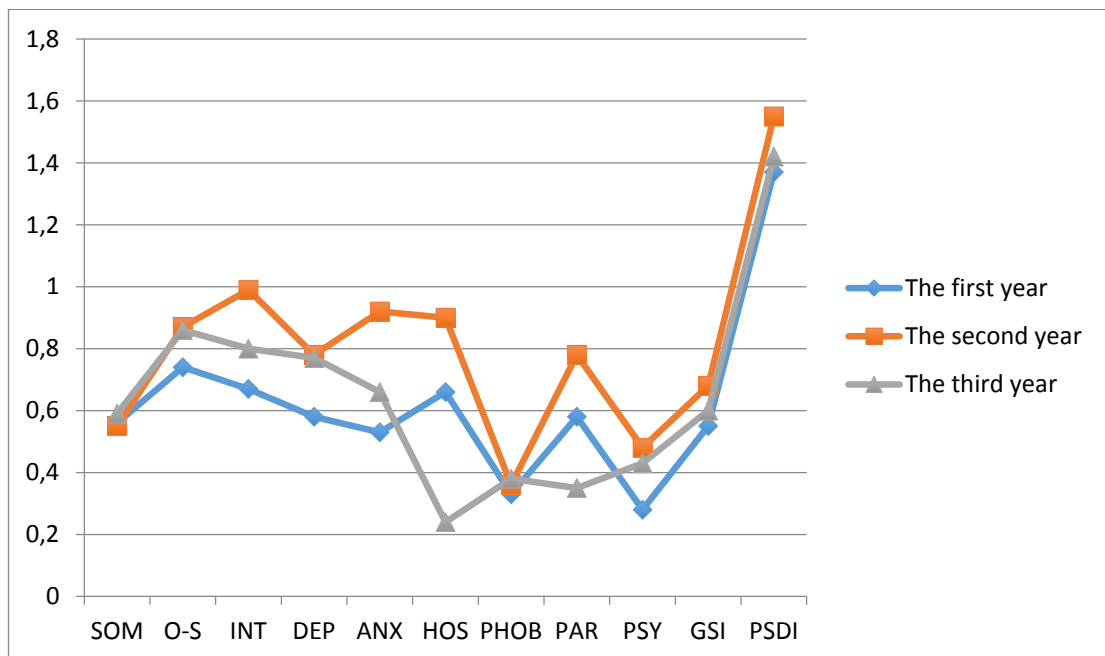


Figure 1. Average values of parameters according to SCL-90-R method depending on the students' year of study

The experimental results clearly indicate that it is the students of the 2nd course most often show resentment, depression, nervousness, a tendency to an increase in non-objective anxiety exacerbate feelings of loneliness in relation to students of the first and third courses. The level of adaptability of students is lowered at the second year of study, while the third course returns to the norm.

Students who show some signs of poor stress-resistance in their behavior make up - 65 people - 43%, including 30 girls (46%) and 35 boys (54%).

In adolescence, there is a qualitatively new personality structure, its psychological modality. This process is closely related to the concept of crisis. Successful passage of the crisis gives opportunities for personal growth to a young person, unsuccessful passage can be the basis for pathological changes in his mental activity. The personal-typological factors exert a great influence on the dynamics of this crisis. These include: the characteristics of temperament, character, volitional behavior, emotional-sensory sphere, the severity of the mechanisms of psychological defense, the adequacy of psychological age (Klimov, 1999, Tapalova, 2013).

The relationship between the state of health and personal characteristics has long been of scientific interest (Avilov, 1999). It is shown that some personality constructs (for example, vitality, optimistic attributive style, extraversion) contribute to a successful resistance to stressful situations, while others (for example, introversion, high level of neuroticism) act as predictors of various diseases (Avilov, 1999, Klimov, 1999).

So, in order to answer the question about the relationship of distress with the main five personal factors, allocated within the framework of the "Big five" model, we conducted a survey using the "Big Five" questionnaire. Significant correlations between the studied indicators in the group are presented in Table. 2. The results of the correlation analysis show a group of students in the presence of a negative relationship between the indicators of distress and extraversion (-0.362 *). That is, students with susceptibility to stress are more likely introverts than extroverts.

Table 2

Correlations between the personal characteristics of students and their predisposition to distress

Personal characteristics	Correlations with predisposition to distress		
	1 year	2 year	3 year
<i>Extroversion-introversion</i>	-0.323	-0.362 *	-0.339**
Search for impressions-avoidance of impressions	-0.272*	-0.422*	-0.205*
Activity - passivity	-0.379*	-0.390*	-0.338*
Manifestation of guilt-avoiding feelings of guilt	-0.539**	-0.539**	-0.368*
<i>Affection-isolation</i>	-0.384*	-0.385*	-0.376*
Warmth-indifference	-0.449*	-0.449*	-0.386*
Cooperation - rivalry	-0.394*	-0.315*	-0.326*
Understanding - misunderstanding	-0.384*	-0.385*	-0.376*
<i>Self-control-impulsivity</i>	-0.331*	-0.328*	-0.322*
Perseverance-lack of perseverance	-0.356*	-0.376*	-0.334*
Forethought-carelessness	-0.326*	-0.327*	-0.233**
Self-control - lack of self-control	-0.323*	-0.337*	-0.310*
<i>Emotional instability-emotional stability</i>	-0.324*	-0.325*	-0.326*
Depressive-emotional comfort	-0.326*	0.321*	-0.315**
Self-criticism - self-sufficiency	-0.316*	-0.325*	-0.327*
Sensitivity – insensitivity	-0.339*	-0.324*	-0.322*

Note 1.- In this and the following tables, as well as in the text ** - the correlation is significant at the level of 0.01, * - the correlation is significant at the level of 0.05.

By the factor of Extroversion - introversion whose primary components are: activity - passivity, dominance - subordination, sociability - isolation, the search for new impressions - avoidance of new impressions, has been associated with a number of indicators of distress. Thus, the factor-activity-passivity is negatively associated ($\rho = -0.37$, $p < 0.01$), ($\rho = -0.39$, $p < 0.01$), ($\rho = -0.33$, $p < 0.05$). All three correlation coefficients indicate that students who are more active cannot be less stressed, do not avoid, and, on the contrary, are prone to physical exertion. With a predisposition to stress, one more factor - the search and avoidance of impressions - was found to be negatively related ($\rho = -0.29$, $p < 0.05$). Students who do not want to be modest and unobtrusive are less exposed to stress, they tend to stand out, attract attention, are open in the manifestation of their spontaneous tendencies and feelings. The factors "search for impressions-avoiding impressions" (-0.422 *) and the scale "manifestation of feelings of guilt-

avoidance of guilt" (-0.539 **). More stressful are those students who avoid impressions and feelings of guilt, which result in a positive connection with predisposition to stress with introversion.

Factor Affection - isolation includes such personal dispositions as a friendly disposition, trustfulness, cooperation, as well as the dependence and acceptance of an individual by a group. The opposite pole of this factor - Isolation contains not only signs of distancing and rivalry, but also independence. The components of the second factor are: warmth - indifference, cooperation - rivalry, trustfulness - suspicion, understanding - misunderstanding, respect for others - self-esteem. Factor Affection - Separation was positively associated with the manifestation of distress ($\rho = 0.38$, $p < 0.01$), ($\rho = 0.34$, $p < 0.05$) and ($\rho = 0.31$, $p < 0.05$).

Positively referring to people, such subjects may feel excessive responsibility for others, neglect their own well-being for the sake of the common cause. They are tolerant of the shortcomings of others and avoid disagreements. Decreased immunity and increased susceptibility to stress in them can be a peculiar way out of irreconcilable contradictions, when they cannot accept the point of view of other people and do not want to compete with them.

Factor cooperation - rivalry is positively associated with a predisposition to stress. More stressful are students who show a tendency to compete, like to argue, believe that everyone should be able to take care of themselves ($\rho = 0.32$, $p < 0.05$).

Factor Understanding - misunderstanding, has appeared positively connected with predisposition to stress ($\rho = 0.39$, $p < 0.01$) ($\rho = 0.31$, $p < 0.05$). Sensitive subjects who know how to place themselves in the shoes of other people, who want to share their feelings with them, are less resistant to stress. Hypertrophic identification with a partner may lead to a kind of "forgetting oneself", to neglect their own interests, which leads to loss of adaptation and, ultimately, to an increase in sensitivity to the effects of negative environmental factors.

Factor Self-control - Impulsivity determines volitional regulation of behavior. The self-controlling individual, as a rule, shows dedication, conscientiousness, mechanicalness and perseverance. Natural, in his behavior, man, on the contrary, seeks harmonious relations with nature, he seems to "float along the course of life." We found statistically significant links of this factor with stress-resistance ($\rho = 0.32$, $p < 0.05$), ($\rho = 0.32$, $p < 0.05$).

A greater propensity to stress was demonstrated by students who are closer to the pole of high values for this particular personality parameter. Their proper conscientiousness, responsibility, commitment, accuracy and accuracy in matters are socially valuable qualities. However, the inherent tendency to order, perseverance, strict adherence to moral principles and high standards in activity inherent in such subjects is not easy: sometimes one has to neglect personal desires. They do not allow themselves to be relaxed and natural in behavior, they go to great energy costs to achieve the goal. Thus, they expose themselves to additional stress factors, which leads to an increase in chronic stress. Factor Emotional stability - Emotional instability) - tension/relaxation ($\rho = -0.32$, $p < 0.05$). These data indicate that stress problems occur in stressed subjects. "Relaxation" in the context of the "Big Five" technique means that the subject is able to relax in any situation, he easily gets used to changing conditions, does not show signs of stress and stress. Factor Sensitivity - insensitivity has indicators ($\rho = 0.32$, $p < 0.05$), more stress sensitive sensory subjects, i.e. those who understand their state of mind well, easily get used to the experiences of other people.

Conclusions

Thus, there is a certain system of interrelationships between the parameters of the personality allocated within the framework of the five-factor model and the indicators of susceptibility to chronic stress in students.

The data obtained make it possible to form a kind of psychological portrait of a student who is prone to stress during periods of increased educational and information load. The personality traits of such a student are:

- 1) Emphasis of self-control and conscientiousness in activities,
- 2) Passivity, avoidance of open manifestation and "presentation" of oneself and one's position in social contacts,
- 3) Propensity to attach to other people in combination with increased responsibility for them,
- 4) Sensitivity, the desire to get into the partner's problems in combination with the neglect of their emotional experiences.

The conducted study revealed that the indicator of symptomatic distress (PSDI) according to the average values varies depending on the year of study, on the first ad the

third year is within the conditional norm, at the second year it exceeds the standard parameter PSDI = 1.54.

The results obtained using the SCL-90-R test point to the fact that 1/3 of students enter the university with signs of pathopsychological and psychopathological maladaptation. In the second year, under the influence of social stressors, interacting with personal pre-disposition, another 20% of students identify inadaptation processes. In the third year of education, students return to the category of norm if timely to provide psychological help and support, but there is a risk that signs of personal and pathopsychological maladjustment may persist. This scientifically justifies the need for the application and dissemination of a system of psycho-correctional assistance among students of the youth.

References

- Avilov O.V. (1999). Physiological changes in correcting disruptions in adaptation in students. *Collection of reports of Conf. to the 150th anniversary of Academician Pavlov IP*: - St. Petersburg, 7 -15.
- Bayevsky P.M. (1997). *Assessment of the adaptive capacity of the body and the risk of developing diseases*. Moscow.
- Berezin F.B. (1988). *Psychological and psychophysiological adaptation of man*. St. Petersburg: Science.
- Burlachuk L.F., Korolev D.K. (2000). Adaptation of the scale for the diagnosis of 5 personality factors. *Questions of psychology, 1*, 126 – 134.
- Greenberg J. (2002). *Management of stress*. St. Petersburg: Peter.
- Klimov V.I. (1999). Students - a risk group for neurotic states. *Health of students*, 96 - 101.
- Leonova A.B. Psychoprophylaxis of stress. - M. - 1993.
- Sukhodolsky G.V. Fundamentals of mathematical statistics for psychologists. - LSU. - 1972.
- Suvorova V. V. (1995). *Psychophysiology of stress*. Moscow.
- Tarabrina N.V. (2001). *Workshop on the psychology of post-traumatic stress*: Peter, St. Petersburg.
- Tapalova O.B. (2013). Psychophysiological indicators of positive motivation of a future specialist's personality. *Higher School of Kazakhstan. Almaty*, 218-222.

Zhiyenbayeva N.B. (2015). Relationship of achievement motivation with personal factors in neurotic disorders. *SUSU, Chelyabinsk*, 35 - 44.

Evaluación de la salud docente: Marco teórico y estudio empírico
Assessment of teachers' work health: Theoretical framework and a empirical study

Victoria Fernández Puig/ U Ramon Llull - mvictoriafp@blanquerna.url.edu

Ander Chamarro Lusa/ U. Barcelona - andres.chamarro@uab.es

Jordi Longàs Mayayo/ U. Ramon Llull - jordilm@blanquerna.url.edu

Abstract

There are not much studies on surveillance and assessment of teachers' wellbeing and work health and this assessment needs to include the main effects of the specific risks in teaching profession as well as key indicators of wellbeing in this profession.

Therefore, the objective of this study is to analyze the health status of teachers *of state subsidised schools* in Catalonia.

A sample of 6208 active teachers replied the *Perceived Health Questionnaire for Teachers (CSD)*, a specific questionnaire that includes six factors: *Exhaustion*, *Voice Complaints*, *Musculoskeletal Complaints*, *Cognitive Complaints*, *Satisfaction* and *Self-efficacy*.

The results indicate that 20% of teachers have low health, being the *Musculoskeletal Complaints* and *Cognitive Complaints* those with the highest prevalence, followed by *Voice Complaints* and *Exhaustion*. 80% of teachers report feeling satisfied and competent in their teaching. There are differences in gender, educational level, age and years of teaching, being female teachers, being the teachers workint at ESO level and aged between 45 and 55 the group who have a lower level of health. These results show the need to improve the organizational, professional and personal preventive measures.

Keywords

work health; job prevention, teaching work risks, teachers health

1. Introducción.

En el presente escrito vamos a exponer el marco teórico en el que se fundamenta la construcción del Cuestionario de Salud Docente y los resultados obtenidos en una amplia muestra de profesorado de escuelas concertadas de Catalunya.

Como marco teórico para la construcción del cuestionario se ha tomado como referencia un modelo teórico que tiene en cuenta tanto los riesgos a la salud así como los aspectos saludables del ejercicio de la actividad docente. Este modelo resulta de la combinación del dos modelos: el modelo dual de espirales de ganancia-pérdida (Del Libano, Llorens, Salanova & Schaufeli, 2012; Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006; Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2011) y el modelo de las demandas y efectos de Rudow (1995). Además de coincidir en una concepción positiva de la salud laboral, ambos presentan procesos en espiral positiva cuando la profesión se realiza de forma saludable, siendo fuente de competencia y satisfacción para el profesional, y procesos de espiral negativa, cuando la profesión se desarrolla en condiciones no adecuadas. A partir de este modelo, el proceso de desarrollo del síndrome de desgaste profesional, (SDP), o *burnout*, se entiende como un proceso en espiral negativa de pérdida progresiva de salud, opuesto a un proceso en espiral positiva de ganancia de salud. En el proceso en espiral de pérdida, la experiencia reiterada de fracaso genera un sentimiento de inadecuación y dudas sobre la competencia profesional, lo que conlleva una disminución del bienestar psicológico, un aumento de las posibilidades de fracaso en el futuro, genera un riesgo alto de desarrollar el SDP y facilita la aparición de afectaciones físicas relacionadas con la actividad docente. Todo ello hace disminuir la propia percepción de motivación, competencia y satisfacción en la docencia. En cambio, en el proceso en espiral de ganancia, la experiencia de éxito genera mayor sentimiento de competencia, mayor satisfacción, mejor bienestar psicológico, aumentan las posibilidades de éxito en el futuro y se desarrolla el *engagement* o vinculación psicológica con el trabajo. En estas espirales aumentan la autoeficacia, sentimientos positivos (entusiasmo, satisfacción y dedicación) y el *engagement* (vigor, dedicación y absorción). En la figura 1 quedan reflejados los aspectos más importantes del proceso de desarrollo de ambas espirales. Cuando por el contexto profesional o escolar, el docente no puede experimentar espirales de ganancia, se encuentra en una situación de mayor riesgo, por lo que ya se está indicando la conveniencia de actuaciones preventivas.



Figura 1. Modelo en espirales positivas y negativas, basados en Rudow (1995) y Salanova y col. (2011).

Por ello, en la evaluación de la salud se entiende que un trabajador está sano no sólo cuando no está enfermo, sino cuando además presenta un estado de funcionamiento óptimo, está motivado por su trabajo, satisfecho, comprometido con la organización y adaptado a su entorno laboral (Salanova *et al.*, 2011). Por ello, la evaluación de la salud debe incluir aspectos relacionados con el bienestar profesional como son autoeficacia, implicación, vinculación positiva al trabajo y optimismo, entre otros (Schaufeli, 2005).

Centrándonos en la profesión docente, los principales riesgos laborales a considerar son: enfermedades infecciosas de las vías respiratorias por contaminantes biológicos; riesgo de sobreesfuerzo de la voz; alteraciones del aparato locomotor por microtraumatismos de repetición, posturas erróneas y caídas; y trastornos de tipo psicosocial (Bermúdez de Alvear, Martínez-Arquero, Barón & Hernández-Mendo, 2010; Erick & Smith, 2011; Escalona, Sánchez Tovar & González, 2007; Ranchal & Vaquero, 2008). Los trastornos de tipo psicosocial son la principal causa de pérdida de salud en los docentes. En concreto, la psicopatología laboral de mayor riesgo en la docencia es el Síndrome de desgaste profesional, SDP (Gil-Monte, 2005; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Se trata de una psicopatología derivada del estrés crónico en las profesiones dedicadas a las relaciones interpersonales de ayuda. Se caracteriza por una pérdida de

salud lenta y progresiva ocasionada por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que el docente no logra controlar a pesar de poner en juego todos sus recursos personales. El SQT se define en torno a tres dimensiones básicas: agotamiento emocional, despersonalización, entendida como distanciamiento o cinismo, y falta de realización personal, con sentimientos de incompetencia y fracaso (Gil-Monte, 2005; Malach *et al.*, 2001), siendo el agotamiento el factor que mayor influencia tiene (Halbesleben & Demerouti, 2005; Steinhardt *et al.*, 2011). El deterioro del docente afecta también a la organización por el incremento de accidentes, disminución del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada y abandono, entre otros (Gil-Monte, 2005).

De acuerdo con lo planteado anteriormente, el objetivo de este estudio es describir el estado de salud de los docentes realizando una evaluación simultánea tanto de las principales afectaciones de salud como de los indicadores de bienestar relacionados con la profesión docente.

2. Método

2.1 Muestra

La muestra del estudio está compuesta por 6208 docentes en activo de 197 centros educativos concertados de Cataluña, representando más del 32% de docentes y más del 40% de centros concertados de esta Comunidad Autónoma. El 77% de los participantes son mujeres y el 23% hombres. Por niveles educativos, han participado 1402 docentes de Educación Infantil (22.2%), 2682 docentes de Educación Primaria (43.2%) y 2113 docentes de Educación Secundaria Obligatoria (34%).

2.2 Instrumento: Cuestionario salud docente

Consta de 23 ítems organizados en seis escalas que miden afectaciones y bienestar docente. Las cuatro escalas de afectaciones son: Agotamiento (3 ítems), evalúa la sensación de agotamiento físico y emocional ocasionado por la realización de la actividad docente; Alteraciones de la Voz (3 ítems), hace referencia a la presencia de malestar relacionado con la voz, en concreto afonía o pérdida de la voz, fatiga vocal y molestias en el cuello; Alteraciones Músculo-esqueléticas (3 ítems), evalúa la presencia de malestares en la columna vertebral y espalda; y Alteraciones Cognitivas (4 ítems), valora la presencia de disfunciones en las capacidades cognitivas de concentración, memoria, distracciones y pensamiento obsesivo. Las dos escalas de bienestar son: Satisfacción (5

ítems), evalúa la satisfacción con la profesión docente, el disfrute, energía y sensación de felicidad por el hecho de ejercer la docencia; y Autoeficacia (5 ítems), valora la percepción del docente sobre su capacidad para obtener resultados positivos y significativos, así como su valoración sobre su competencia y capacidad profesional. El formato de respuesta utiliza una escala Likert de 5 opciones: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) Desacuerdo, (3) Ni de acuerdo ni desacuerdo, (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo. Los análisis de fiabilidad indican una consistencia interna adecuada en todos los factores, oscilando los valores de alpha de Cronbach de 0.87 a 0.70.

2.3 Procedimiento

El cuestionario fue distribuido en 197 centros concertados de Cataluña. El cuestionario se cumplimentó al final de una reunión de claustro de cada centro, después de informar a los docentes sobre el interés del estudio, la confidencialidad de los datos y el carácter voluntario de la participación. Todos los participantes firmaron el consentimiento a la participación en el estudio. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de la muestra de docentes, que incluye un estudio de las escalas y un estudio de los resultados en función del nivel educativo, edad, género y años de docencia.

3. Resultados

Los descriptivos de las escalas se muestran en la Tabla 1: media, desviación típica, asimetría, curtosis, rango, valor máximo y mínimo. Los valores de asimetría están comprendidos entre +/- 1. Lo mismo sucede con los valores de curtosis, excepto para el factor Autoeficacia.

Tabla 1
Descriptivos de las escalas.

	Nº ítems	M	D.T.	Asimetría	Curtosis	Rango	Mínimo	Máximo
Satisfacción	5	19.66	3.20	-0.60	0.64	20	5	25
Autoeficacia	5	20.28	2.43	-0.51	1.61	19	6	25
Agotamiento	3	8.53	2.77	0.17	-0.42	12	3	15
A. Voz	3	7.73	3.11	0.35	-0.70	12	3	15
A. Musculares	3	8.17	3.11	0.12	-0.79	12	3	15
A. Cognitivas	4	10.74	3.29	0.10	-0.45	16	4	20

** p <= 0.01; * p <= 0.05

En la Tabla 2 se expone la distribución de las respuestas en cada escala. En relación a las escalas de Satisfacción y Autoeficacia se observa que un 73% y un 84% de

los docentes están de acuerdo o muy de acuerdo con los ítems de estas dos escalas. En relación a las escalas de Afectaciones, las Afectaciones Cognitivas y las Musculo-esqueléticas son las que presentan una prevalencia mayor, 30% de los docentes, seguidas de Agotamiento y Afectaciones de la Voz.

Tabla 2
Distribución de las respuestas en relación a la escala.

Respuesta	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
Satisfacción	1.90	4.86	19.49	45.63	28.10
Autoeficacia	0.79	2.34	11.91	60.42	24.54
Agotamiento	9.17	30.34	33.23	21.53	5.74
A. Voz	22.07	31.21	20.26	19.78	6.67
A. Musculares	23.10	26.62	15.62	24.24	10.42
A. Cognitivas	17.22	31.00	22.14	25.37	4.26

Los resultados de comparación entre grupos en función del género muestran diferencias significativas en todas las puntuaciones, siendo mayores las diferencias en las escalas Afectaciones Músculo-esqueléticas ($F=237.89$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.012$), Afectaciones de la Voz ($F=166.63$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.009$) y Satisfacción ($F=94.12$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.002$), mostrando en todos los casos puntuaciones mayores para las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3
Resultados de la comparación de medias en función del género.

Género	Hombre	Mujer	Total	F	η^2
Satisfacción	18.94 (± 3.43)	20.11 (± 2.66)	19.66 (± 3.20)	94,12**	0.00
Autoeficacia	20.11 (± 2.66)	20.33 (± 2.36)	20.28 (± 2.43)	9.17**	0.00
Agotamiento	7.94 (± 2.79)	8.70 (± 2.75)	8.53 (± 2.77)	82.67**	0.01
A. Voz	6.81 (± 2.82)	8.01 (± 3.13)	7.73 (± 3.11)	166.63**	0.01
A. Musculares	7.07 (± 2.92)	8.49 (± 3.08)	8.17 (± 3.11)	237.89**	0.01
A. Cognitivas	10.18 (± 3.30)	10.90 (± 3.27)	10.74 (± 3.29)	52.01**	0.00

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Para el nivel educativo, se observan diferencias significativas en todas las escalas excepto en Afectaciones Cognitivas. Las diferencias mayores se encuentran en la escala Satisfacción ($F=160.08$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.020$) y en la escala Afectaciones Músculo-esqueléticas ($F=60.81$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.002$), siendo en ambas mayores las puntuaciones de Educación Infantil respecto a ESO. También son mayores las puntuaciones de los docentes de Educación Infantil en las escalas de Afectaciones de la Voz ($F=26,10$, $p <$

0.001; $\eta^2=0.004$) y Autoeficacia ($F=22,62$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.00$), mientras que los docentes de ESO muestran mayor Agotamiento ($F=9.15$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.001$) (Tabla 4).

Tabla 4
Resultados de la comparación de medias en función del nivel educativo.

Nivel Educativo	Ed. Infantil	Ed. Primaria	ESO	Total	F	η^2
Satisfacción	20.60 (± 2.84)	19.88 (± 3.09)	18.75 (± 3.34)	19.66 (± 3.20)	160.08**	0.02
Autoeficacia	20.60 (± 2.30)	20.30 (± 2.41)	20.04 (± 2.53)	20.28 (± 2.43)	22.62**	0.00
Agotamiento	8.58 (± 2.63)	8.37 (± 2.76)	8.70 (± 2.88)	8.53 (± 2.78)	9.15**	0.00
A. Voz	8.21 (± 3.09)	7.72 (± 3.07)	7.44 (± 3.14)	7.73 (± 3.11)	26.10**	0.00
A. Musculares	8.97 (± 2.92)	8.01 (± 3.07)	7.84 (± 3.21)	8.17 (± 3.11)	60.81**	0.00
A. Cognitivas	10.75 (± 3.20)	10.77 (± 3.24)	10.69 (± 3.41)	10.74 (± 3.29)	0.34	0.00

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

4. Discusión

El presente estudio tenía por objetivo describir el estado de salud de los docentes tanto desde el punto de vista de las afectaciones de salud como del bienestar profesional. Los resultados generales indican que los docentes presentan un nivel alto de satisfacción y de autoeficacia, lo cual corrobora lo obtenido en otros estudios (Arellano *et al.*, 2007; Matud *et al.*, 2002). En relación a las afectaciones, destaca que un 30% de los docentes presenta afectaciones cognitivas, siendo también elevadas las prevalencias de las afectaciones músculo-esqueléticas (34%), de la voz (27%), y agotamiento (27%).

Analizando los resultados en función del género, las mujeres presentan puntuaciones más altas en todas las escalas, siendo mayores las diferencias en las escalas de Afectaciones de la Voz y Afectaciones Músculo-esqueléticas, y también en la escala Agotamiento, lo cual es coincidente con lo obtenido en otros estudios (ADEMYS, 2011; *et al.*, 2010; Erick & Smith, 2011; Longás *et al.*, 2012; Santana *et al.*, 2012). Así mismo, las docentes obtienen puntuaciones mayores en la escala Satisfacción, lo que puede compensar su mayor vulnerabilidad frente a afectaciones somáticas. Estos resultados son similares a los obtenidos por Matud y colaboradores (2002), los cuales concluyen afirmando que la motivación de logro es mayor en las docentes a pesar de ser también mayor la prevalencia de sintomatología de tipo físico.

En relación al nivel educativo, se observa que la Satisfacción es la escala que presenta mayores diferencias, siendo mayor en Educación Infantil y menor en ESO. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios (Matud *et al.*, 2002). En relación a los docentes de Educación Primaria y ESO, los docentes de Educación Infantil

presentan un nivel mayor en Afectaciones Músculo-esqueléticas, corroborándose de nuevo resultados de otros estudios (ADEMYS, 2011; Erick & Smith, 2011). También son los docentes de Educación Infantil los que tienen mayores Afectaciones de la Voz, resultado que corrobora otros estudios anteriores (Kankare *et al.*, 2012; Matud *et al.*, 2002; Nerrière *et al.*, 2009). Por último, los docentes de la ESO son los que presentan un mayor nivel de agotamiento, seguidos de Educación Infantil (Matud *et al.*, 2002).

Como principales conclusiones de esta investigación, destacamos en primer lugar el alto nivel de satisfacción y de autoeficacia que muestran una mayoría de docentes. En segundo lugar, en torno a un 20% de los docentes presenta un nivel de salud bajo, siendo importante la prevalencia de las afectaciones cognitivas y de las músculo-esqueléticas. Las mujeres presentan puntuaciones más altas en satisfacción y autoeficacia, y, también en Afectaciones de la Voz y Afectaciones Músculo-esqueléticas. Los docentes de ESO en relación a los de Educación Infantil y Primaria presentan un nivel mayor de agotamiento y más riesgo de tener un nivel de salud bajo, mientras que los docentes de Educación Infantil son los que muestran más afectaciones musculoesqueléticas y de la voz, teniendo un nivel más alto de satisfacción. Asimismo, con los años de docencia aumentan los niveles de Agotamiento y de Afectaciones Músculo-esqueléticas y Cognitivas.

Así pues, estos resultados marcan necesidad y las prioridades en la mejora de las medidas de prevención tanto a nivel de gestión de centros y políticas públicas como a nivel profesional y personal, de forma que las condiciones en las que se realiza la docencia sean saludables y se fortalezcan los factores de resiliencia y desarrollo profesional de los docentes.

Referencias bibliográficas

- Ademys. (2011). *Salud y Condiciones de trabajo en el sector docente: diagnóstico y respuestas posibles*. ADEMYS Asociación Docente: Buenos Aires.
- Arellano, B., Gimeno, X., Noguera, N. & Rabadà, I. (2007). *La prevenció dels riscs psicosocials als centres docents [CD-ROM]*. Barcelona: Associació de Mestres Rosa Sensat.
- Bermúdez de Alvear, R., Martínez-Arquero, G., Barón, F. & Hernández-Mendo, A. (2010). An interdisciplinary approach to teacher's voice disorders and psychosocial working conditions. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 62 (1-2), 24-34. doi 10.1159/000239060.

- Del Libano, M., Llorens, S., Salanova, S. & Schaufeli, W.B. (2012). About the dark and bright sides of self-efficacy: Workaholism and Work engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (2), 688-701.
- Erick, P. y Smith, D.R. (2011). A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers. *BCM Musculoskeletal Disorders*, 12, 260-271. doi:10.1186/1471-2474-12-260
- Escalona, E., Sánchez, L. & Gonzalez, M. (2007). Estrategias participativas en la identificación de la carga de trabajo y problemas de salud de docentes de escuelas primarias. *Salud de los Trabajadores*, 15 (1), 17-35.
- Fernández-Puig, V., Chamarro, A., Longás, J. & Virgili, C. (2015) Evaluando la salud laboral de los docentes de centros concertados: Cuestionario de Salud Docente. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 31 (3), 175–185.
- Fernández-Puig, V; Longás, J; Chamarro, A. & Segura, J. (2017) Evaluación del bienestar y la salud de los docentes en centros concertados. *Revista Complutense de Educación*. 28, 3, p. 35-52. Doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n3.50679
- Flores, M. D. & Fernández-Castro, J. (2004) Creencias de los profesores y estrés docente en función de la experiencia profesional. *Estudios de Psicología*, 25 (3), 343-357
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de Quemarse por el Trabajo, Burnout. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide
- Gil-Monte, P & Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Hakanen, J.J., Bakker, A.B., & Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495-513.
- Halbesleben, J.R.B. & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress*, 19, 208-220.
- Kankare, E., Geneid, A., Laukkanen, A.M. & Vilkinen, E. (2012). Subjective evaluation of voice and working conditions and phoniatic examination in kindergarten teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64, 12-19. doi 10.1159/000328643.
- Longás, J., Chamarro, A., Riera, J. y Cladellas, R. (2012). La incidencia del contexto interno docente en la aparición del Síndrome del Quemado por el Trabajo en profesionales de la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 28 (2), 107-118. doi: 10.5093/tr2012a9

- Matud, M.P., de Abona, M. & Matud, M.J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 451-465.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Nerrière, E., Vercambre, M.N., Gilbert, F. & Kovess-Masféty, V. (2009). Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health*, 9, 370-378. doi 10.1186/1471-2458-9-370.
- Ranchal, A. & Vaquero, M. (2008). Protocolo para la vigilancia de la salud del profesorado con atención a la enfermedad profesional. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 54 (211), 46-60.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE número 27 de 31/1/1997*.
- Rudow, B. (1995). *Die Arbeit des Lehrers: zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrbelastung und Lehrergesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Salanova, M., Llorens, S. & Schaufeli, W.B. (2011). "Yes, I can, I feel good, and I just do it! On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology. An International Review*, 60 (2), 255-285.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Bakker, A. B., & Llorens, S. (2006). Flow at work: evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7, 1-22. doi: 10.1007/s10902-005-8854-8
- Santana, A.M., De Marchi, D., Junior, L., Girondoli, Y.M. & Chiappeta, A. (2012). Burnout syndrom, working conditions, and health: a reality among public high school teachers in Brazil. *Work*, 41, 3709-3717.
- Schaufeli, W.B. (2005). *Burnout* en profesores: una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 15-35.
- Steinhardt, M.A., Smith Jaggars, S.E., Faulk, K.E. & Gloria, C.T. (2011). Chronic work stress and depressive symptoms: Assessing the mediating role of teacher burnout. *Stress and Health*, 27, 420-429. doi: 10.1002/smi.1394.

This International Seminar about multiple approaches to the Study and Intervention on Stress takes place during the 29th day of September, in amphitheater 131 on Colégio do Espírito Santo, Universidade de Évora. Counts with the participation of investigators from Portugal, Spain, Kazakhstan, Germany and Brazil Universities and with professionals from Regional Health Administration and Liga dos Combatentes.

This meeting aims to approach the psychological, psychomotor, medical and physiological study of stress resulting from different contexts ranging from personal, professional and situational, experienced throughout life and respective interventions.

This meeting is organized by Universidade de Évora's School of Social Sciences/Psychology Department, by the Community Extension Psychology Service of Universidade de Évora, by the Psychology Institute of Leipzig University, by Universidade do Algarve and by the Investigation Center on Psychology of Universidade de Évora (CIEP)

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



ISBN 978-989-8550-67-5



9 789898 550675