



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

JOVENS E A INTERNET: UMA RELAÇÃO COM A PERTURBAÇÃO  
DO SONO E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

MARIANA DE CASTRO LOPES E FIGUEIRA MACHADO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA IVONE PATRÃO

Co-Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Ivone Patrão e co-orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre em Psicologia na especialidade de Saúde.

## **Agradecimentos**

Finalizar uma etapa, como a de conclusão do curso com que se sonhou e escolheu para exercer, é sempre uma marca de vida numa pessoa. Não considero que o tenha conseguido sozinha, assim existem inúmeros agradecimentos a fazer:

À professora Ivone Patrão pela sua transmissão de conhecimento, pela sua mestria, por me fazer chegar mais longe e acima de tudo por acreditar em mim.

À professora Isabel Leal pela orientação e por nunca lhe faltar disponibilidade para motivar e orientar os futuros psicólogos.

A todos os participantes do estudo, que mesmo no anonimato fizeram crescer o conhecimento em Psicologia.

À minha família que são o maior porto de abrigo. Obrigada pela compreensão, suporte e pelas vivências que temos juntos.

Às/Aos minhas/meus amigas/os não - psicólogos por me acompanharem, por serem igualmente porto de abrigo, por me conhecerem tão bem que muitas vezes basta um olhar. É muito bom ter-vos na minha vida!

Às/Aos minhas/meus amigas/os psicólogas/os, pelos cinco anos de partilha de vida, de conhecimento e de algum sofrimento, mas acima de tudo por haver já cinco anos em que nos acompanhamos! A todos aqueles que acabam por fazer parte deste grupo, mas que não são psis, obrigada pelo companheirismo e por nos aturarem nas diversas conversas sobre psicologia!

Às minhas colegas de Mestrado, com quem partilhei estes últimos dois anos de vida e com quem pude viver a ansiedade, o receio, mas também a satisfação de me tornar Mestre. É bom ter na vida pessoas que nos percebem por passarem por situações idênticas ☺

A todos os docentes do ISPA pela transmissão de conhecimentos, por fazerem de mim a psicóloga em que me torno, mas acima de tudo por motivarem sempre para cada vez mais desbravar caminho.

A toda a comunidade Ispiana, por muitas vezes ter sido casa ao longo destes anos. Vai deixar saudades!

O meu Grande e Sincero Obrigada!

*“Tudo começa com um zumbido baixo, um ecrã vazio. ‘Entra’ diz. ‘Estamos sempre abertos’.  
Achamos que é um mundo em que as acções não têm consequências, em que a culpa se esconde no  
anonimato, em que não existem impressões digitais. Um universo invisível, povoado de estranhos,  
ligados online e desligados na vida. Roubam-nos os segredos, corrompem-nos os sonhos, assumem a  
nossa identidade. É que, neste mundo onde podemos ser o que quisermos e quem quisermos,  
podemos mesmo deixar de perceber quem somos realmente.”*

(Perfect Stranger)

## Resumo

A *internet* tornou-se uma ferramenta essencial para a sociedade, nomeadamente entre os adolescentes. Contudo, cada vez mais se fala do uso problemático da internet (UPI). Um uso que acarreta diversos riscos a nível funcional e relacional para o indivíduo. O presente estudo teve como objectivo analisar a relação entre o UPI, a perturbação do sono e o bem-estar psicológico.

Participaram na investigação 2087 adolescentes Portugueses (1040 feminino e 1025 masculino), com idades compreendidas entre os 11 e os 21 anos ( $M=14.40$ ;  $DP= 1.96$ ), maioritariamente alunos do ensino básico, que preencheram via *online* o questionário sócio-demográfico e de acesso à *internet* (Patrão, 2013); a *Generalized Problematic Internet Use Scale* (GPIUS-2; Caplan, 2010); a *Athens Insomnia Scale* (AIS; Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000) e a versão de 30 itens da Escala de Bem-Estar Psicológico adaptada para adolescentes portugueses (EBEP-30; Fernandes, 2007).

Os resultados demonstram haver uma relação positiva com a perturbação do sono ( $r_s= 0.247$ ;  $p= 0.000$ ) e negativa com o bem-estar psicológico ( $r_s= -0.066$ ;  $p= 0.003$ ), assim como a perturbação do sono ser um predictor significativo do UPI ( $\beta=0.253$ ;  $t(2062) = 11.846$ ;  $p= 0.000$ ). Concluiu-se também haver uma relação significativa com certos factores sócio-demográficos e de acesso e uso da *internet* (meio de residência; retenção; prática de actividade física; idade de início do uso da *internet* e horas passadas *online*).

Concluiu-se a necessidade de existência de programas de promoção de comportamentos saudáveis *online* junto dos adolescentes e de discussão da problemática junto dos encarregados de educação e professores.

**Palavras-Chave:** adolescentes portugueses; uso problemático da internet; perturbação do sono; bem-estar psicológico.

## **Abstract**

The internet has become an essential tool for society, specially for teenagers. However, the Problematic Internet Use (PIU) is being increasingly discussed. An usage which carries various risks on a functional and relational level for the individual. The present investigation aimed to study the relation between the PIU, sleep disorder and psychological well-being.

The participants in the investigation were 2087 Portuguese teenagers, ages between 11 and 21 years old ( $M=14.40$ ;  $SD=1.96$ ), mostly middleschool students who filled in, via online, the sociodemographic and internet access survey (Patrão, 2013); the *Generalized Problematic Internet Use Scale* (GPIUS-2; Caplan, 2010); the *Athens Insomnia Scale* (AIS; Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000) and the 30 item version of Psychological Well-Being Scale adapted for portuguese adolescents (EBEP-30; Fernandes, 2007).

Results show a positive relation with sleep disorder ( $r_s= 0.247$ ;  $p= 0.000$ ) and a negative one with psychological well-being ( $r_s= -0.066$ ;  $p= 0.003$ ), as well as showing how sleep disorder is a significant PIU predictor ( $\beta=0.253$ ;  $t(2062) = 11.846$ ;  $p= 0.000$ ). It has also been concluded that there is a significant relation with certain sociodemographic and Internet access and use factors (area of residence; exercise practice; first contact with internet; time spent online).

The impact of these results alert for the importance of programmes to promote healthy behaviours online among teenagers and the discussion of this issue with educators and parents.

**Key-Words:** Portuguese adolescents; problematic internet use; sleep disorder; psychological well-being

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Método</b> .....	<b>5</b>
2.1 Tipo de Estudo .....	5
2.2 Participantes .....	5
2.3 Material .....	7
2.3.1 Questionário Sócio-Demográfico .....	7
2.3.2 Questionário de Acesso e Uso da <i>Internet</i> .....	7
2.3.3 Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS) .....	8
2.3.4 Athens Insomnia Scale (AIS) .....	9
2.3.5 Psychological Well-Being Scale (PWBS) .....	10
2.4 Procedimento .....	10
<b>Resultados</b> .....	<b>14</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>27</b>
<b>Referências</b> .....	<b>34</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>40</b>
6.1 Anexo A: Revisão da Literatura .....	41
6.1.1 Adolescência .....	41
6.1.2 Alterações do sono na adolescência .....	43
6.1.3 Bem-estar psicológico na adolescência .....	45
6.1.4 Uso problemático da <i>internet</i> .....	47
6.1.4.1 Definição, Terminologia e Tipologia.....	47
6.1.4.2 Critérios de Diagnóstico .....	50
6.1.4.3 Co-morbilidades e Factores de risco.....	52
6.1.4.4 Modelos de Compreensão.....	54
6.1.4.5 Intervenção.....	57
6.1.4.5 Referências.....	60
6.3 Anexo B: Questionário Sócio-Demográfico.....	67
6.4 Anexo C: Questionário de Acesso e Uso da <i>Internet</i> .....	68
6.5 Anexo D: <i>Generalized Problematic Internet Use</i> .....	70
6.6 Anexo E: Consistência Interna GPIUS.....	72

6.7 Anexo F: <i>Athens Insomnia Scale</i> .....	74
6.8 Anexo G: Consistência Interna AIS .....	76
6.9 Anexo H: Escala de Bem-Estar Psicológico – 30 .....	77
6.10 Anexo I: Consistência Interna EBEP .....	79
6.11 Anexo J: Consentimento Informado.....	81
6.12 Anexo K: Verificação da normalidade da variável género .....	82
6.13 Anexo L: Teste Levene da variável género.....	83
6.14 Anexo M: Verificação da Associação Linear entre GPIUS e Idade .....	84
6.15 Anexo N: Verificação da normalidade e teste de Levene da variável tipo de ensino .....	85
6.16 Anexo O: Verificação da normalidade e teste Levene das variáveis retenção, meio de residência, estado relacional e prática de actividade física .....	87
6.17 Anexo P: Verificação da Associação Linear entre GPIUS, idade de começo de uso da internet; horas passadas online e verificação da normalidade e teste de Levene da variável onde .....	92
6.18 Anexo Q: Verificação da normalidade e teste de Levene da variável EBEP e AIS.....	96
6.19 Anexo R: Verificação da associação linear entre a variável GPIUS e AIS e EBEP.....	99
6.20 Anexo S: Teste Durbin-Watson.....	100
6.21 Anexo T: Verificação de Outliers .....	101
6.22 Anexo U: Verificação da normalidade dos erros.....	102
6.23 Anexo V: Verificação da existência de colineariedade.....	103
6.24 Anexo X: Teste <i>Mann-Whitney</i> UPI vs. Género .....	104
6.24 Anexo Z: Teste <i>Mann-Whitney</i> EBEP vs. UPI e Teste <i>Mann-Whitney</i> AIS vs. UPI.....	105



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Dados Sócio-Demográficos dos participantes em estudo .....	5
<b>Tabela 2</b> - Dados descritivos de acesso e uso da <i>internet</i> dos participantes – Amostra geral	14
<b>Tabela 3</b> - Dados descritivos de acesso e uso da <i>internet</i> dos participantes – Amostra UPI	16
<b>Tabela 4</b> - Níveis de UPI; Perturbação do Sono e Bem-Estar Psicológico presentes na amostra .....	17
<b>Tabela 5</b> - Tabela de contigência UPI vs. EBEP .....	18
<b>Tabela 6</b> - Tabela de contigência UPI vs. AIS .....	18
<b>Tabela 7</b> - Correlação <i>Point Biserial</i> entre GPIUS e género .....	18
<b>Tabela 8</b> - Correlação <i>Spearman</i> entre GPIUS e idade .....	19
<b>Tabela 9</b> - Teste <i>Anova One-Way</i> GPIUS vs tipo de ensino .....	19
<b>Tabela 10</b> - Teste <i>t-Student</i> para amostras independentes GPIUS vs. Retenção e GPIUS vs. Meio de Residência .....	20
<b>Tabela 11</b> - Correlação <i>Point Biserial</i> entre GPIUS, Retenção e Meio de Residência .....	21
<b>Tabela 12</b> - Correlação <i>Point Biserial</i> entre GPIUS, Estado Relacional e Prática de Actividade Física .....	22
<b>Tabela 13</b> - Teste <i>t-Student</i> para amostras independentes GPIUS vs. Estado Relacional e GPIUS vs. Prática de Actividade Física .....	22
<b>Tabela 14</b> - Teste Paramétrico <i>Anova One-Way</i> para amostra independentes GPIUS vs. Tipo de dispositivos de acesso .....	23
<b>Tabela 15</b> - Teste <i>Post-Hoc Tukey</i> para comparações múltiplas GPIUS vs. Tipo de dispositivos de acesso .....	24
<b>Tabela 16</b> - Correlação <i>Spearman</i> GPIUS, idade de começo de uso da <i>internet</i> e horas passadas <i>online</i> .....	24
<b>Tabela 17</b> - Correlação <i>Spearman</i> GPIUS e AIS e EBEP .....	25
<b>Tabela 18</b> - Modelo de Regressão Linear Múltipla GPIUS, AIS e EBEP.....	25
<b>Tabela 19</b> - Significância do Modelo de Regressão Linear Múltipla GPIUS, AIS, EBEP .....	26
<b>Tabela 20</b> - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla GPIUS, AIS e EBEP.....	26

## **Lista de Siglas**

**AIS** – *Athens Insomnia Scale*

**APA** – Associação Psiquiátrica Americana

**BEP** – Bem-Estar Psicológico

**BES** – Bem-Estar Subjectivo

**EBEP** – Escala de Bem-Estar Psicológico

**GPIUS** – *Generalized Problematic Internet Use Scale*

**HRT** – *Harm Reduction Therapy*

**PISO** – Preferência por Interação Social *Online*

**TCC** – Terapia Cognitivo-Comportamental

**TR** – Terapia da Realidade

**UPI** – Uso Problemático da Internet

## I) Introdução

Desde o aparecimento da *internet* que os comportamentos *online* têm sido estudados por parte de especialistas. Isto deve-se ao facto de hoje em dia a *internet* estar presente, de diferentes formas (*e.g.* meio de comunicação; meio laboral) na vida dos indivíduos. Estudos nacionais e internacionais, apontam para cada vez mais ser necessário haver uma compreensão dos comportamentos de uso excessivo ou problemático da *internet*, alertando para a prevalência dos mesmos. Em 2012, o relatório do *EUKids Online* assinala que 29% dos jovens tem um ou mais sintomas do uso problemático da *internet*.

À psiquiatra Ivan Golenberg (1996) deve-se o início da investigação acerca, do que a própria denominou, como *internet addiction disorder*; no entanto, no decurso dos anos vários autores têm-se debruçado sobre qual a melhor definição de dependência da *internet*, sendo que ainda não se encontrou consenso e a discussão é ampla. Há autores (Young, 1998; Shaphira et al., 2003) que conceptualizam a dependência da *internet* como uma perturbação de controlo dos impulsos, havendo uma tensão e ansiedade antes de estar *online* e aumento do relaxamento e do prazer sentidos após o comportamento (uso). Por outro lado, há autores (Griffiths, 2015), que conceptualizam o uso excessivo da *internet* como uma interacção entre diferentes factores biológicos, psicológicos, sociais e da actividade *online* realizada (*gambling*; *facebook*). Outros autores (Beard & Wolf, 2001; Rice, 2005), focam-se nas consequências que o comportamento patológico de uso da *internet* traz para a vida do indivíduo a nível académico/laboral, social, familiar e pessoal. Tendo em conta a falta de consenso no que toca à definição, existe também desacordo quanto à terminologia mais adequada a utilizar: *internet addiction* (Young, 1998; Wang et al., 2013); *pathological internet use* (David, 2001); *problematic internet use* (Caplan, 2002); *internet dependency* (Wang, 2001); *excessive internet use* (Kaliszewska-Czeremska, 2011). Para o presente estudo, a designação do fenómeno considerada foi *problematic internet use* ou uso problemático da internet (UPI), uma vez que é um conceito mais abrangente e considera-se que os indivíduos não ficam dependentes da *internet per se*, mas sim através de um uso excessivo que acaba por ser reforçado pelas respostas emocionais e mentais que os indivíduos obtêm desse uso.

Actualmente, apenas uma dependência comportamental é considerada no *Diagnostic and Estatic Manual of Mental Disorders* [DSM-V] (American Psychiatric Association [APA], 2013), que é o jogo patológico *online*, em que as suas componentes de diagnóstico são muitas vezes utilizadas para o diagnóstico de dependência da *internet*. Relativamente aos

critérios de diagnóstico, Van Rooji e Prause (2014) realizaram uma revisão de literatura e apontam os principais aspectos que estão em concordância entre os autores: a) preocupação cognitiva; b) uso incontrolável; c) alteração de humor pela privação do uso; d) regulação do humor através do uso; e) consequências negativas na rotina diária do indivíduo associadas ao uso.

Tem-se verificado que o grupo de maior risco de desenvolvimento de UPI são os adolescentes, uma vez que a *internet* é uma ferramenta presente diariamente nas suas rotinas, quer ao nível académico, quer ao nível de socialização e lazer, passando cada vez mais horas *online* (Patrão, Machado, Fernandes & Leal, 2015). Estudos recentes têm identificado o UPI relacionado com várias co-morbilidades: perturbação do sono (Choi et al., 2009); depressão (Wang et al., 2013); ansiedade (Liberatore, Rosario, Martí e Martínez, 2011); perturbação de humor (Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla & McElroy, 2000); perturbação de hiperactividade e deficit de atenção (Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin e Kim, 2006). Assim como com diversos factores de risco: género masculino (Tsai et al., 2009); falta de suporte emocional (Griffiths, 2015); funcionamento familiar deficitário (Griffiths, 2015); estilos parentais, nomeadamente o estilo permissivo (Şenormancı, Şenormancı, Güçlü & Konkan, 2014); fraca competência social (Caplan, 2006); isolamento (Pontes, Griffiths & Patrão, 2014); fraco desempenho académico (Boubeta, Ferreiro, Salgado & Couto, 2014).

Os adolescentes que revelam passar mais tempo na *internet* demonstram ter menos tempo de sono e sentirem-se mais cansados (Van denBulck, 2004). Choi et al. (2009) concluíram, no seu estudo, que a duração do sono era menor em estudantes com UPI do que em estudantes que podiam possivelmente apresentar sintomas de UPI e naqueles que não indicavam nenhum sintoma de UPI. Estes mesmos autores concluíram ainda que o uso da *internet* está também associado a uma sonolência diurna excessiva e que é independente da duração do tempo de uso da *internet*, da idade, do género, da duração da noite de sono ou se é fumador ou não. O uso excessivo de computador e jogos *online* está associado com dormir mais tarde durante o fim-de-semana, e consequentemente acordar mais tarde (Van denBulck, 2004). Canan, Yildirim, Sinani, Ozturk, Ustunel e Ataoglu (2013) demonstraram no seu estudo que a prevalência de problemas de sono era maior em adolescentes dependentes da *internet*, sendo que o tipo de actividade na *internet* (e.g. *chat*, jogos *online*, *web surfing*) também está significativamente associado com a duração do sono. Tem-se vindo a verificar que os jovens com UPI experienciam uma pobre qualidade de sono e têm tendência para ter uma excessiva sonolência diurna (Choi et al., 2009). No entanto, a relação entre o abuso de

uso da *internet* e os problemas de sono merece mais investigação, pelos poucos estudos existentes (Custers & Van denBulck, 2012).

O sono é na vida do indivíduo fundamental para o sucesso, saúde e bem-estar uma vez que tem um papel fulcral na manutenção do vigor e da saúde mental, estando associado a um funcionamento positivo do indivíduo (Hamilton Stevens & Kitzman, 2007). Num estudo levado a cabo por Ryff, Singer e Love (2004), verificou-se a existência de relações positivas entre a duração e qualidade do sono e o bem-estar psicológico segundo o modelo de Carol Ryff. Este modelo (Ryff, 1989) comporta seis dimensões do funcionamento psicológico positivo: (a) *aceitação pessoal*, que diz respeito à percepção e aceitação de aspectos individuais sejam eles agradáveis ou desagradáveis e uma avaliação positiva do seu passado; (b) *relações positivas com os outros*, que consiste no estabelecimento de relações positivas e altruístas com os pares; (c) *autonomia* que diz respeito ao sentimento de determinação pessoal e a sua capacidade de auto-controlo; (d) *controlo sobre o meio*, ou seja, a capacidade de guiar a sua vida; (e) *objectivos de vida*, que se centra no sentido individual da vida e o desenvolvimento de suporte e a percepção da importância de existir; e por fim, (f) *crescimento pessoal*, que é a sensação de desenvolvimento contínuo e a abertura a novas experiências que maximizem o potencial individual. Hamilton, Stevens e Kitzman (2007), avaliaram os hábitos de sono e a sua relação com as dimensões do modelo de Carol Ryff, tendo concluído que um óptimo sono tem uma relação importante com o bem-estar psicológico, uma vez que os indivíduos com padrões de sono aconselháveis revelaram poucos sintomas de depressão e ansiedade e elevados níveis de *controlo sobre o meio*, *crescimento pessoal*, *relações positivas com os outros* e *objectivos de vida*. O estado de saúde poderá ser um predictor de um bom padrão de sono e de bem-estar psicológico (BEP), assim como a duração do sono poderá ser uma consequência ou uma causa do BEP (Hamilton, Stevens & Kitzman, 2007).

Poucos são os estudos que aplicam o modelo de bem-estar psicológico de Carol Ryff a populações adolescentes (Abu-Rayya, 2006; Loera-Malvaez, Balcázar-Nava; Trejo-González, Gurrola-Peña & Bonilla-Munñoz, 2008), uma vez que o modelo foi concebido para indivíduos em idade adulta (Ryff, 1989). No contexto português, Fernandes (2007) adaptou o mencionado modelo à população juvenil, sendo o modelo usado essencialmente para estudos relacionados com a satisfação escolar e resiliência (Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli & Almeida, 2011; Sagone & Caroli, 2014). Até à data existem poucos estudos que tenham explorado a relação entre o BEP e o UPI (Çardak, 2013). O estudo destas duas variáveis tem

sido concentrado na investigação da relação entre o UPI e o bem-estar subjectivo (BES) – sensação de felicidade.

A adolescência é uma fase crucial no desenvolvimento do indivíduo, é nesta fase que existe a construção da identidade enquanto pessoa. Estando os jovens em fase de pleno crescimento físico e psicológico, e estando o modelo de Carol Ryff desenvolvido com a ideia subjacente de que o BEP resulta de um processo saudável da construção da personalidade (Novo, 2003), é de extrema pertinência que os estudos se debrucem sobre o bem-estar psicológico nos adolescentes.

O presente estudo tem como objectivo investigar a relação entre o UPI, a perturbação do sono, nomeadamente a presença de insónia e o BEP, numa amostra de adolescentes portugueses. Tendo em conta que o modelo de Ryff se debruça sobre o funcionamento psicológico positivo do indivíduo, é pertinente perceber se o facto da existência do uso problemático da *internet* interfere, e de que maneira, com o funcionamento positivo do indivíduo. Relativamente à perturbação do sono, pretende-se estudar a forma como a mesma se relaciona com o UPI, uma vez que existem estudos que apontam para jovens que apresentam maiores níveis de UPI, apresentarem igualmente maiores níveis de perturbação do sono. Quando comparados com outros grupos etários (*e.g.* crianças, adultos), os adolescentes foram apontados como o maior grupo de risco de desenvolvimento de UPI. Neste sentido, tendo em conta que se encontram numa fase crucial de crescimento físico, psicológico e social e considerando os seus comportamentos de risco *online*, torna-se pertinente o estudo da relação destas variáveis numa amostra de adolescentes.

## II) Método

### 2.1 Tipo de estudo

O presente estudo seguiu um desenho de investigação não-experimental, ou seja, não houve manipulação de qualquer variável independente em estudo por parte do investigador, o que não torna possível a inferência de relações de causalidade entre as variáveis, mas sim poder descrever as relações observadas entre as mesmas e o efeito que tem nos indivíduos que são participantes do estudo. Seguiu-se, por um lado, uma descrição da comparação de grupos, uma vez que um dos grupos tem uma característica de interesse para o estudo – UPI vs. não-UPI –, e se propõe a análise e a descrição da comparação destes dois grupos no comportamento relativamente às variáveis independentes. Por outro lado, seguiu-se também uma análise transversal, uma vez que se analisou as relações estatísticas entre as variáveis num único momento (Pais-Ribeiro, 2010).

### 2.2 Participantes

A amostra recolhida nesta investigação foi uma amostra não-probabilística por conveniência, uma vez que nem todos os sujeitos tinham probabilidade de participarem no estudo, tendo-se recorrido a dois parques escolares e, conseqüentemente, a jovens dos mesmos que se encontravam disponíveis para participarem no estudo (Marôco, 2014).

A amostra global contou com 2087 jovens, no entanto apenas foram validados 2065, com idades compreendidas entre 11 e 21 anos ( $M=14.40$ ;  $DP= 1.96$ ). A amostra distribui-se de igual forma consoante o género, a maioria vive em meio urbano, pertence ao ensino básico, não ficou retida em algum ano de escolaridade, não tem uma relação de compromisso e não pratica actividade física fora das actividades escolares (Tabela 1).

**Tabela 1** - Dados Sócio-Demográficos dos participantes em estudo ( $n= 2065$ )

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Género</b>		
<i>Feminino</i>	1040	50.40%
<i>Masculino</i>	1025	49.60%
<b>Ano de Escolaridade</b>		
<i>5º Ano</i>	7	0.30%
<i>6º Ano</i>	21	1.00%
<i>7º Ano</i>	574	27.80%

<i>8º Ano</i>	610	29.40%
<i>9º Ano</i>	435	21.00%
<i>10º Ano</i>	160	7.70%
<i>11º Ano</i>	87	4.20%
<i>12º Ano</i>	134	6.50%
<i>Faculdade</i>	4	0.20%
Valores ausentes	33	1.60%
<b>Retenção em algum ano de escolaridade</b>		
<i>Sim</i>	746	36.10%
<i>Não</i>	1319	63.90%
<b>Relação de Compromisso</b>		
<i>Com relação</i>	462	22.40%
<i>Sem relação</i>	1603	77.60%
<b>Meio de Residência</b>		
<i>Predominantemente Rural</i>	587	27.50%
<i>Predominantemente Urbano</i>	1498	72.50%
<b>Prática Desportiva (fora das actividades escolares)</b>		
<i>Sim</i>	999	48.40%
<i>Não</i>	1066	51.60%
<b>N= 2065</b>		

Desta amostra foram validados 319 indivíduos (15%) com UPI quando utilizado o ponte de corte de 60 ( $TotalGPIUS \geq 60$ ). A média de idades destes 319 jovens é 14.43 ( $DP=1.95$ ), em que a maioria é do género masculino (55.50%); encontra-se no ensino básico (81.20%); nunca ficou retido em algum ano de escolaridade (59.90%); não tem actualmente uma relação de compromisso (77.70%); vive num meio predominantemente urbano (79%) e não tem uma prática de actividade física fora das actividades escolares (54.9%).



## 2.3 Material

Neste estudo foram utilizados cinco instrumentos. Apresentam-se de seguida os instrumentos.

### 2.3.1 Questionário Sócio-Demográfico

O questionário utilizado (anexo B) teve como propósito a recolha de informação acerca das características sócio-demográficas dos participantes para uma compreensão mais rica e completa dos mesmos.

O questionário constava de oito perguntas, tais como: a idade, uma vez que era importante apenas validar as respostas dos indivíduos que tinham idades entre os 11 e os 21 anos; o género, uma vez que há vários estudos (Tsai et *al.*, 2009) que apontam para a existência de diferenças significativas entre o género feminino e o género masculino; meio de residência, que se apresentava com apenas duas opções, entre predominantemente rural ou predominantemente urbano; esta pergunta incluía-se no questionário de forma a posteriormente se poder estudar a existência, ou não, de diferenças significativas, tendo em conta o meio de residência; o ano de escolaridade, para se poder analisar se os níveis de UPI diferem ou não com o ano de escolaridade. Outra característica que pareceu importante controlar foi se o indivíduo já tinha ou não ficado retido algum ano de escolaridade, dado que estudos apontam para o facto de o UPI estar relacionado com prejuízos a nível académico (Akhter, 2013). O estado relacional, que se prendia com a existência ou não de uma relação de compromisso, para se poder avaliar se existem diferenças nos níveis de UPI perante estes dois grupos (com vs. sem relação de compromisso). E por fim, a última pergunta consistia em perceber se o indivíduo praticava actividade física fora das actividades escolares, pois a presença da prática de exercício físico é apresentada como um factor protector de UPI (Wang et *al.*, 2013).

### 2.3.2 Questionário de Acesso e Uso da Internet

O uso deste questionário (anexo C) teve como objectivo a recolha de informação sobre o acesso e uso da *internet* de cada participante.

O questionário é composto por oito perguntas, sendo finalizado com um pequeno questionário de nove perguntas acerca das implicações diárias que a *internet* tem no tempo, para outras actividades, do indivíduo.

Procurou-se perceber com que idade o participante começou a utilizar a *internet*; de onde é que a maior parte das vezes acede à *internet*, se através de dispositivos fixos, dispositivos móveis ou ambos; de que local é que costuma aceder, entre casa, escola, sem local específico e outro; qual é o tempo que por dia e por semana passa na *internet* com o objectivo de lazer e passatempo; o tempo por semana que está *online* para socialização e quanto tempo por semana usa a *internet* por uma questão académica. Apuraram-se, também, as actividades preferidas realizadas *online*, pedindo aos participantes que apontassem três tendo em conta a lista indicada. E por fim, perguntas que fizessem perceber as consequências do estar *online* na gestão de tempo dos participantes para outras actividades da sua vida.

### 2.3.3 Generalized Problematic Internet Use Scale

A *Generalized Problematic Internet Use Scale* (GPIUS - Caplan, 2010; anexo D), tem como objectivo avaliar as cognições, os comportamentos e os *outcomes* que constituem o UPI. É uma escala de auto-resposta, de sete pontos que vai do ‘discordo totalmente’ ao ‘concordo totalmente’ e é constituída por quinze itens distribuídos uniformemente – 3 itens - pelas cinco dimensões que a compõem: preferência por interacção *online* (e.g. “*Prefiro a interacção social online em relação à comunicação face-à-face*”); alteração de humor (e.g. “*Usei a Internet para falar com outras pessoas quando me senti sozinho(a)*”); preocupação cognitiva (e.g. “*Quando não estou online por algum tempo, começo a preocupar-me com a ideia de me conectar*”), uso compulsivo (e.g. “*Tenho dificuldade em controlar a quantidade de tempo que passo online*”) e *outcomes* negativos (e.g. “*Perdi compromissos ou actividades sociais por causa do meu uso da Internet*”) (Caplan, 2010). Todas as dimensões apresentaram uma consistência interna acima de 0.82 e a escala global apresentou um *alpha* de Cronbach de 0.91 (Caplan, 2010). No presente estudo, a escala apresentou uma consistência interna global de 0.90, e todas as dimensões apresentaram acima de 0.70 (anexo E), o que é considerado ter uma boa consistência interna (Marôco & Garcia-Marques, 2006). A cotação é feita pela soma dos itens, e quanto maior a pontuação, maior prevalência de sintomas de UPI, tendo sido o ponto de corte utilizado de 60 (mediana).

Young (1998) desenvolveu um instrumento de medida do uso problemático da *internet* – *Internet Addiction Test* (IAT) - tendo em conta quatro características: o uso compulsivo; consequências diárias devido ao uso da *internet*; o prazer que se ganha ser extremamente valorizado; a existência de recaídas aquando da tentativa de redução do uso. No entanto, alguns autores (Kim & Davis, 2009) criticam Young por medir o UPI exactamente como se de uma dependência por si só se tratasse, acrescentando que mesmo assim lhe falta uma

característica necessária para o diagnóstico de dependência, que diz respeito ao crescimento da tolerância, ou seja, que o dependente necessita de cada vez mais uso para alcançar os efeitos que deseja; por outro lado a GPIUS restringe o conceito a ‘uso problemático da internet’, tendo sido construída com esse foco (Kim & Davis, 2009; Fioravanti, Primi & Casale, 2013). Tendo em conta as críticas apresentadas ao IAT e pelo facto de se considerar que a *internet* não torna o indivíduo dependente *per se*, mas que deriva do uso inadequado que o indivíduo faz da mesma, optou-se por usar esta escala para medir o UPI.

#### 2.3.4 Athens Insomnia Scale

A *Athens Insomnia Scale* (AIS, Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000; anexo F), foi construída segundo os critérios de diagnóstico de perturbação de sono, nomeadamente a insónia, da classificação internacional de doenças – 10.

Esta escala é constituída por oito itens, em que os primeiros cinco correspondem ao critério A – dificuldade na indução do sono; acordar durante a noite; acordar mais cedo do que o suposto; duração total do sono e qualidade do sono no global -, sendo que os indivíduos devem responder tendo em conta que o mínimo de frequência é pelo menos de três vezes por semana durante o último mês (critério B). O critério C corresponde às consequências diárias que são causadas pelo distúrbio nocturno (últimos três itens) – percepção deficiente de bem-estar; funcionalidade e sonolência diurna (Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000).

A resposta a cada item da AIS deverá ser classificado numa escala de três pontos em que 0 (zero) corresponde a ‘sem problema’ e 3 a ‘problema sério’. A AIS poderá ser usada de duas formas distintas, neste caso foi utilizada como escala global, ou seja, tendo em consideração os 8 (oito) itens que a constituem, podendo assim os valores variarem entre 0 – ausência de perturbação de sono -, e 24 – presença de insónia severa (Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2000), considerando que uma pontuação igual ou superior a 6 demonstra a presença de insónia (Soldatos, Dikeos & Paparrigopoulos, 2003).

A AIS foi validada numa amostra de 299 sujeitos, apresentando um *Alpha de Cronbach* acima de 0.75 (Chung, Kan & Yeung, 2011). No presente estudo apresentou uma consistência interna de 0.78 (anexo G), o que é considerado ter uma consistência interna aceitável (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

### 2.3.5 Psychological Well-Being Scale

A *Psychological Well-Being Scale – 30* (PWBS) validada para a população portuguesa por Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira (EBEP-30, 2010; anexo H) é uma escala de trinta itens que avalia as seis dimensões do bem-estar psicológico, segundo o modelo proposto por Carol Ryff (1989), cada uma com cinco itens: domínio do meio (e.g. “No geral, sinto-me responsável pela situação em que me encontro”); aceitação de si (e.g. “Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram”); crescimento pessoal (e.g. “Sinto que continuo aprender mais de mim próprio(a) à medida que o tempo passa”); objectivos de vida (e.g. “Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de desilusão”); relações positivas com os outros (e.g. “As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros”) e autonomia (e.g. “Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas”).

Todas estas dimensões apresentam valores de uma boa consistência interna (entre 0.74 e 0.86), assim como a consistência interna global da escala (0.93) (Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira, 2010). No presente estudo a escala global apresentou um *Alpha de Cronbach* de 0.95; e todas as dimensões apresentaram uma consistência interna acima de 0.83, o que é considerado uma boa consistência interna (Marôco & Garcia-Marques, 2006) (anexo I). A escala de resposta é do tipo Likert de seis pontos que vai do ‘discordo plenamente’ ao ‘concordo plenamente’. A cotação é feita pela soma dos itens e quanto maiores os valores, maiores os níveis de bem-estar psicológico, o ponto de corte utilizado foi de 95 (mediana).

## 2.4 Procedimento

Numa primeira fase foi realizada uma revisão da literatura através de uma pesquisa bibliográfica nas bases científicas de referência, de acordo com a temática em estudo.

Numa segunda fase foi pedida a autorização do Ministério da Educação para a possibilidade de recolha de dados em contexto escolar. Após ter sido concedida a recolha seleccionaram-se dois parques escolares, um no norte de Portugal e outro no centro, que se demonstraram disponíveis e se apresentaram cooperantes com o projecto.

Após facultada a permissão da comunidade escolar e dos respectivos encarregados de educação para a colheita de dados, foi disponibilizado um *link online* onde se encontrava o protocolo da investigação com as escalas mencionadas anteriormente. Todos os participantes

tiveram conhecimento do estudo através do consentimento informado (anexo J) fornecido através do *link*. Os participantes após a sua leitura, ou seleccionavam a opção que confirmava que concordavam com a colaboração voluntária no estudo ou na opção em que não pretendiam participar. Caso decidissem pela segunda hipótese, o questionário era finalizado sem ficar com qualquer dado do indivíduo. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas dos jovens, destinando-se os dados recolhidos apenas para fins estatísticos.

Posteriormente, os dados foram analisados com recurso ao SPSS (*IBM SPSS Statistics Version 21*), tendo sido efectuadas as estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e procedimentos estatísticos para a análise da relação entre as variáveis em estudo – UPI; bem-estar psicológico e perturbação do sono -, através das pontuações globais de cada escala.

Mais especificamente, começou por se introduzir os dados numa base de dados SPSS criando-se códigos de codificação para as variáveis qualitativas nominais – a) *género* (0- Feminino; 1- Masculino); b) *estado relacional* (0- Sem uma relação de compromisso; 1 – Com uma relação de compromisso); c) *meio de residência* (0- predominantemente rural; 1- predominantemente urbano); d) *ano de escolaridade* optou-se por criar-se uma nova variável tendo em conta essa – *tipo de ensino* -, codificada da seguinte maneira: 1- ensino básico; 2- ensino secundário; 3- ensino universitário; f) *prática de actividade física* (0 – Não; 1- Sim); e) *de onde é o acesso à internet* (1 – móvel; 2- não-móvel; 3- ambos) e g) *de que local é o acesso à internet* (1- casa; 2- escola; 3- sem local específico; 4- casa e escola; 5- casa, escola e sem local específico; 6- escola e sem local específico; 7 – casa e sem local específico; 8- outro); *retenção de ano* (0- não; 1- sim). Deu-se a codificação de 99 aos casos ausentes. Relativamente às variáveis quantitativas – a) *idade*, b) *horas por dia passadas na internet por lazer/passatempo*; c) *horas por semana passadas na internet por lazer/passatempo*; d) *horas por semana passadas na internet para socializar*; e) *horas por semana passadas na internet para estudo* e f) *idade em que iniciou uso da internet* – começou por se transformar os valores ausentes nas médias de cada variável.

Seguidamente fez-se a cotação das escalas (*Total GPIUS; Total AIS; Total EBEP*) e das suas respectivas dimensões (*GPIUS – PISO\_GPIUS; AH\_GPIUS; PC\_GPIUS; UC\_GPIUS; ON\_GPIUS. AIS – DI\_AIS; C\_AIS. EBEP – DM\_EBEP; AS\_EBEP; CP\_EBEP; OV\_EBEP; RPO\_EBEP; AUT\_EBEP*), transformando-as em valores globais, através da soma dos itens.

Posteriormente, passou-se à análise da existência de associações entre o UPI e os factores sócio demográficos, tendo em conta o tipo de variáveis (*e.g.* quantitativas; qualitativas) e os pressupostos necessários para a avaliação da sua relação.

Para a análise do UPI e do género, atendendo ao facto de se tratar de uma variável quantitativa e de outra qualitativa dicotómica, para analisar a correlação entre as duas variáveis recorreu-se à correlação *point-biserial* que se obtém através de um coeficiente de *Pearson* desde que a variável qualitativa esteja codificada com 0 e 1, o que é o caso. Para a avaliação de diferenças estatísticas na média dos dois grupos, era necessário avaliar os pressupostos para a utilização do teste paramétrico *t-Student* (distribuição normal e homogeneidade de variâncias). A distribuição normal foi analisada através da assimetria ( $Sk \leq 3$ ) e curtose ( $K \leq 7$ ), uma vez que a amostra é demasiado grande e que o teste *Kolmogorov-Smirnoff* ( $n = 2065 > 50$ ) é demasiado sensível à dimensão da amostra (Marôco, 2010) (anexo K). A homogeneidade de variâncias foi analisada através do teste de Levene (Marôco, 2014) (anexo L). Uma vez que um dos pressupostos não foi validado (homogeneidade de variâncias) recorreu-se ao teste não-paramétrico *Wilcoxon-Mann-Whitney*, que se constitui uma alternativa ao teste *t-Student* para a comparação de médias de duas amostras independentes (Marôco, 2014).

Para o estudo da relação entre o UPI e a idade foi utilizado um coeficiente de *Spearman*, uma vez que para a utilização do coeficiente de correlação de *Pearson* têm de se verificar os seguintes pressupostos: variáveis quantitativas; distribuição normal e associação linear entre as variáveis em análise, analisada através de gráfico de dispersão (Pestana & Gageiro, 2008). No presente caso não se verificou o pressuposto de associação linear (anexo M).

Para a comparação de médias entre os tipos de ensino em função do UPI, em primeiro lugar validaram-se os pressupostos (distribuição normal e homogeneidade de variâncias) (anexo N), e posteriormente recorreu-se ao teste paramétrico *Anova One-Way*, uma vez que a variável ‘tipo de ensino’ tem três categorias (Marôco, 2014).

A relação entre o UPI e os factores sócio demográficos: ‘retenção’; ‘meio de residência’; ‘estado relacional’ e ‘prática de actividade física’ foi avaliada através de uma correlação *point-biserial* (variável quantitativa vs. variável qualitativa dicotómica) e tendo-se verificado os pressupostos de distribuição normal e homogeneidade de variâncias (anexo O) optou-se pelo teste paramétrico *t-student* para a comparação de médias nos dois níveis das variáveis anteriormente mencionadas em função dos níveis de UPI.

As relações entre o UPI e as variáveis ‘idade de começo de uso da *internet*’ e ‘horas passadas online’ foram avaliadas através da medida de associação não-paramétrica coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que não se verificou o pressuposto de associação linear entre as variáveis para a utilização do coeficiente de *Pearson* (anexo P). Relativamente a

variável ‘onde’ começou por se verificar os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias, que foram verificados (anexo P). Assim realizou-se o teste paramétrico *Anova One-Way*, uma vez que a variável ‘onde’ tem três categorias. De forma a se poder compreender em que grupos existiam diferenças significativas nos níveis médios de UPI recorreu-se ao teste *post-hoc* de *Tuckey*.

Por fim, no que respeita à relação entre as variáveis UPI, perturbação do sono e bem-estar psicológico, num primeiro momento criou-se uma variável ‘UPI’ que distinguiu os indivíduos com UPI dos sem UPI através do ponto de corte utilizado na variável *TotalGPIUS*. Posteriormente procedeu-se à verificação dos pressupostos para o recurso ao teste paramétrico *t-Student*; no entanto, não se verificaram todos os pressupostos (anexo Q) – homogeneidade de variâncias - tendo-se recorrido ao teste *Mann-Whitney* para a comparação de médias ao nível da perturbação de sono e de bem-estar psicológico tendo em conta esta nova variável (com UPI vs. sem UPI). Seguidamente foi analisada a correlação entre estas variáveis (*TotalGPIUS*, *TotalAIS* e *TotalEBEP*) através do coeficiente de *Spearman* devido à não verificação do pressuposto da associação linear entre as variáveis (anexo R). Efectuou-se, igualmente, uma regressão linear múltipla de forma a perceber qual a percentagem de variância explicada dos níveis de UPI pela perturbação do sono e de bem-estar psicológico. Assim, em primeiro analisaram-se os pressupostos necessários: A) os erros são aleatórios e independentes. Para o efeito, realizou-se o teste *Durbin-Watson*, em que os valores aproximados de 2 indicam uma autocorrelação nula (Marôco, 2014), o que se verificou para a amostra em estudo (anexo S). Verificou-se, também, a presença de *outliers*, através dos resíduos padronizados, que não deverão ser iguais ou maiores que -2 (mínimo) e 2 (máximo), no entanto assume-se o modelo com *outliers*, uma vez que a dimensão da amostra é elevada e que a exclusão de todos os *outliers* iria fazer reduzir drasticamente a dimensão da amostra (anexo T). B) os erros têm de seguir distribuição normal de média 0 e variância constante (Marôco, 2014). Este pressuposto foi analisado pelo histograma de frequências e verificou-se que os erros seguem uma distribuição normal (anexo U). C) as variáveis não podem ser colineares, sendo esse aspecto avaliado através do rácio de inflação da variância (VIF), em que valores acima de 5 indica possíveis problemas de colinearidade (Marôco, 2014). No presente estudo, verificou-se um VIF inferior a 5, o que demonstra que as variáveis independentes não são colineares (anexo V).

### III) Resultados

#### 3.1 Acesso e Uso da Internet

##### 3.1.1 Amostra Total

Relativamente ao acesso e uso da *internet* (Tabela 2) apurou-se que a média de idades com que os jovens começam a iniciar as actividades na *internet* é por volta dos nove anos. No que respeita ao tipo de dispositivos pelo qual acedem à *internet*, concluiu-se que a maioria acede à *internet* através de dispositivos móveis (76%), como computador portátil ou telemóvel, e que aproximadamente 20% utiliza ambos os tipos de dispositivos – móvel e não-móvel. O local de onde acedem é, em grande parte (45%) de casa, sendo que aproximadamente 25%, além da casa, identificou a escola e que 13%, além dos dois sítios mencionados anteriormente, identificou também o telemóvel, ou seja, acesso à *internet* através da rede móvel disponível para o efeito. Os jovens foram também questionados acerca das actividades preferidas de realizar *online*, tendo-se constatado que a actividade que vem em primeiro lugar (59,8%) é a da socialização *online* através das plataformas sociais como *facebook*, *instagram*, *twitter*, *tumblr*; a segunda actividade preferida (28,5%) prende-se com a multimédia, ou seja, a visualização de séries, filmes, televisão e o site *youtube*. E por fim, a última actividade diz respeito aos videojogos *online* (17,7%).

Os jovens passam, em média, por dia, 4 horas *online* por passatempo/lazer; por semana para socializar passam aproximadamente 15 horas e aproximadamente 5 horas por semana para estudar.

Na maioria, os jovens inquiridos não consideram que a *internet* lhes tire tempo para outras actividades como dormir, socializar ou fazer exercício físico. Nem consideram que a *internet* seja para os próprios como um recurso para lidar com problemas emocionais ou que sejam dependentes daquilo que fazem na *internet*.

**Tabela 2**

Dados descritivos de acesso e uso da *internet* dos participantes em estudo ( $n= 2065$ )

	Frequência	Percentagem	Média	Desvio-Padrão
<b>Idade começo do uso da Internet</b>	-	-	9,00	2.25
<b>Por Onde</b>				
Dispositivos Móveis	1569	76%	-	-
Dispositivos Não-Móveis	88	4.3%	-	-
Ambos os tipos de dispositivos	408	19.8%	-	-
<b>Local</b>				
Casa	930	45%	-	-
Escola, Casa	513	24.8%	-	-



Casa, Escola, Sem local específico (ex: telemóvel)	275	13.3%	-	-
Outro	347	16.8%	-	-
<b>Preferência I</b>				
Redes sociais online	1234	59.8%	-	-
<b>Preferência II</b>				
Multimédia	588	28.5%	-	-
<b>Preferência III</b>				
Videojogos	365	17.7%	-	-
<b>Horas_Dia_Lazer/Passatempo</b>	-	-	4.35	4.51
<b>Horas_Semana_Lazer/Passatempo</b>	-	-	22.81	26.64
<b>Horas_Semana_Socializar</b>	-	-	14.74	22.78
<b>Horas_Semana_Estudar</b>	-	-	4.93	10.13
<b><i>A Internet tira-me tempo para...</i></b>				
<i>Estudar</i>				
Concordo	761	36.9%	-	-
Não concordo	1304	63.1%	-	-
<i>Dormir</i>				
Concordo	318	15.4%	-	-
Não concordo	1747	84.6%	-	-
<i>Socializar</i>				
Concordo	364	17.6%	-	-
Não concordo	1701	82.4%	-	-
<i>Namorar</i>				
Concordo	745	36.1%	-	-
Não concordo	1320	63.9%	-	-
<i>Estar com a família</i>				
Concordo	795	38.5%	-	-
Não concordo	1270	61.5%	-	-
<i>Fazer exercício físico</i>				
Concordo	665	32.2%	-	-
Não concordo	1400	67.8%	-	-
<i>Actividades lúdicas</i>				
Concordo	774	37.5%	-	-
Não concordo	1291	62.5%	-	-
<i>A internet alivia-me quando tenho problemas emocionais</i>				
Concordo	863	41.8%	-	-
Não concordo	1202	58.2%	-	-
<i>Sou dependente daquilo que faço na internet</i>				
Concordo	863	41.8%	-	-
Não concordo	1202	58.2%	-	-

### 3.1.2 Amostra UPI

Relativamente aos jovens com UPI ( $n= 319$ ), como se pode observar na Tabela 3, existem algumas diferenças, nomeadamente em relação ao número médio de horas passadas *online*. Passam aproximadamente 6 horas por dia e 32 horas por semana *online* por lazer/passatempo; 23 horas por semana *online* para socializar e 6 horas para estudo. Na maioria, os jovens com UPI consideram que o tempo que estão *online* lhes tira tempo, entre outras coisas, para estar em família, namorar e ter outras actividades lúdicas; assim como

consideram que a *internet* é um recurso para lidar e aliviar problemas emocionais, e que são dependentes daquilo que fazem na *internet*.

**Tabela 3**

Dados descritivos de acesso e uso da *internet* dos participantes com UPI ( $n= 319$ )

	Frequência	Porcentagem	Média	Desvio-Padrão
<b>Idade começo do uso da Internet</b>	-	-	8.50	2.23
<b>Por Onde</b>				
Dispositivos Móveis	227	71.2%	-	-
Dispositivos Não-Móveis	9	2.8%	-	-
Ambos os tipos de dispositivos	83	26%	-	-
<b>Local</b>				
Casa	128	40%	-	-
Escola, Casa	81	25.4%	-	-
Casa, Escola, Sem local específico (ex: telemóvel)	50	15.7%	-	-
Outro	60	18.8%	-	-
<b>Preferência I</b>				
Redes sociais online	209	65.5%	-	-
<b>Preferência II</b>				
Multimédia	85	26.6%	-	-
<b>Preferência III</b>				
Videojogos	65	20.4%	-	-
<b>Horas_Dia_Lazer/Passatempo</b>	-	-	5.82	5.22
<b>Horas_Semana_Lazer/Passatempo</b>	-	-	32.42	33.69
<b>Horas_Semana_Socializar</b>	-	-	22.63	30.81
<b>Horas_Semana_Estudar</b>	-	-	6.06	14.98
<b><u>A Internet tira-me tempo para...</u></b>				
<b><u>Estudar</u></b>				
Concordo	149	46.7%	-	-
Não concordo	170	53.3%	-	-
<b><u>Dormir</u></b>				
Concordo	70	21.9%	-	-
Não concordo	249	78.1%	-	-
<b><u>Socializar</u></b>				
Concordo	92	28.8%	-	-
Não concordo	227	71.2%	-	-
<b><u>Namorar</u></b>				
Concordo	179	43.9%	-	-
Não concordo	140	56.1%	-	-
<b><u>Estar com a família</u></b>				
Concordo	170	53.3%	-	-
Não concordo	149	30.1%	-	-
<b><u>Fazer exercício físico</u></b>				
Concordo	158	49.5%	-	-
Não concordo	161	50.5%	-	-
<b><u>Actividades lúdicas</u></b>				
Concordo	204	63.9%	-	-
Não concordo	115	36.1%	-	-
<b><u>A internet alivia-me quando tenho problemas emocionais</u></b>				
Concordo	219	68.7%	-	-
Não concordo	100	31.3%	-	-
<b><u>Sou dependente daquilo que faço na internet</u></b>				
Concordo	219	68.7%	-	-
Não concordo	100	31.3%	-	-

### 3.2 Avaliação global e percentual de UPI; Perturbação do sono e Bem-Estar Psicológico da amostra em estudo (n= 2065)

Os valores globais percentuais da presença de UPI, perturbação de sono e bem-estar psicológico na amostra em estudo, tendo em conta o ponto de corte usado, são apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4**

Níveis de UPI; Perturbação do Sono e Bem-Estar Psicológico presentes na amostra

<b>UPI</b>	Frequência	Percentagem
Sem_UPI	1746	84.6
Com_UPI	319	15.4
Total	2065	100

<b>EBEP</b>	Frequência	Percentagem
Níveis insatisfatórios_BEP	499	24,2
Níveis satisfatórios_BEP	1566	75.8
Total	2065	100

<b>AIS</b>	Frequência	Percentagem
Sem_insónia	1591	77
Com_insónia	474	23
Total	2065	100

Como se pode observar, 15.4% (n= 319) dos participantes apresenta níveis de UPI, enquanto 84.6% apresenta um uso da *internet* dito ‘normal’, ou seja, controlado e sem prejuízos.

No que toca, ao bem-estar psicológico, a maioria da amostra (n= 1566; 75.80%) apresenta ter níveis satisfatórios de bem-estar psicológico, no entanto 24.20% dos participantes apontam para ter níveis insatisfatórios de bem-estar psicológico.

Por fim, no que respeita à perturbação do sono, 23% dos participantes (n= 474) apontam para ter presença de insónia.

**Tabela 5**

Tabela de contingência UPI vs. EBEP

		UPI		Total
		Sem_UPI	Com_UPI	
EBEP	Níveis insatisfatórios_BEP	397	102	499
	Níveis satisfatórios_BEP	1349	217	1566
Total		1746	319	2065

**Tabela 6**

Tabela de contingência UPI vs. AIS

		UPI		Total
		Sem_UPI	Com_UPI	
AIS	Sem insónia	1411	180	1591
	Com insónia	335	139	474
Total		1746	319	2065

As Tabelas 5 e 6 demonstram que 5% ( $n=102$ ) dos participantes apontam para ter UPI e não terem níveis satisfatórios de BEP e que 7% ( $n= 139$ ) apresenta ter elevados valores relativamente ao UPI e à presença de insónia.

### 3.3 A relação de UPI com factores sócio-demográficos

Apresenta-se de seguida a relação do UPI e factores sócio-demográficos.

#### 3.3.1 UPI e género

Relativamente ao género, como se pode observar na Tabela 7 não foi encontrada uma relação significativa entre as duas variáveis ( $R_{bp} = 0.034$ ;  $p > 0.01$ ), o que quer dizer que o género não se correlaciona significativamente com o UPI.

**Tabela 7**Correlação *Point Biserial* entre GPIUS e género

		Correlações	
		1.	2.
1. TOTAL GPIUS		1	
2. GÉNERO		.034	1

Assim, como também se concluiu que os níveis de UPI estão distribuídos uniformemente relativamente aos dois níveis da variável (feminino vs. masculino) ( $U=516.709,000$ ;  $W=1.058.029,000$ ;  $p > 0.01$ ) (Anexo X).

### 3.3.2 UPI e idade

A Tabela 8 apresenta os valores da correlação de *Spearman* entre o UPI e a idade. Como se pode observar, não existe uma relação significativa entre estas duas variáveis ( $R_s = 0.005$ ;  $p > 0.01$ ).

**Tabela 8**  
Correlação *Spearman* entre GPIUS e idade

	Correlações	
	1.	2.
1. TOTAL GPIUS	1	
2. IDADE	.005	1

### 3.3.3 UPI e tipo de ensino

A Tabela 9 apresenta os resultados do teste *Anova One-Way*, em que para um  $\alpha=0.05$  não existem diferenças estatisticamente significativas ( $F(2; 2029)=2.855$ ;  $p > 0.01$ ) entre as médias das diferentes categorias da variável ‘tipo de ensino’, o que se traduz em que os níveis de UPI se distribuem uniformemente pelos três níveis da variável.

**Tabela 9**  
Teste *Anova One-Way* GPIUS vs tipo de ensino

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1728.710	2	864.355	2.855	.058
Nos Grupos	614291.903	2029	302.756		
Total	616020.612	2031			

### 3.3.4 UPI e retenção

Em relação à associação entre o UPI e o facto de ter ficado ou não algum ano de escolaridade retido, concluiu-se através do teste paramétrico *t-Student* que, para um  $\alpha= 0.01$ , existem diferenças significativas nos dois grupos da variável de retenção ( $t(2060) = -2.589$ ;  $p \leq 0.01$ ) (Tabela 10). Tendo em conta isto, era importante perceber a direcção da relação entre estas duas variáveis.

Observando a Tabela 11 conclui-se que existe uma relação positiva significativa ( $Rpb = 0.057$ ;  $p \leq 0.01$ ), o que significa que quando uma aumenta a outra aumenta igualmente, o que indica que os jovens que já ficaram retidos em pelo menos um ano de escolaridade apresentam níveis de UPI superiores quando comparados com os jovens que nunca ficaram retidos.

### 3.3.5 UPI e meio de residência

De forma a perceber se existiam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos da variável ‘meio de residência’ foi conduzido um teste paramétrico *t-Student*, tendo-se concluído, que para um  $\alpha= 0.01$  existem diferenças significativas entre estes dois grupos ( $t(2063) = -3.835$ ;  $p < 0.01$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10**

Teste *t-Student* para amostras independentes GPIUS vs. Retenção e GPIUS vs. Meio de Residência

Teste-t para Igualdade de Médias

	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Inferior	Superior
Variâncias iguais assumidas							
GPIUS vs. RETENÇÃO	-2.589	2060	.010	-2.0807	.8037	-3.6569	-.5045
GPIUS vs. MEIO DE RESIDÊNCIA	-3.835	2063	.000	-3.3085	.8627	-5.0004	-1.6165

De forma a se poder melhor compreender a natureza destas diferenças realizou-se uma correlação *point biserial* entre as duas variáveis ( $\alpha= 0.01$ ), o resultado é apresentado na Tabela 11, onde se pode constatar que existe uma relação significativa negativa ( $Rpb= -0.084$ ;  $p<0.01$ ), o que significa que os níveis de UPI aumentam, quando o jovem pertence ao meio predominantemente urbano. Os resultados apontam para que os indivíduos provenientes de um meio rural apresentem valores inferiores de UPI quando comparados com os indivíduos de meio urbano.

**Tabela 11**  
Correlação *Point Biserial* entre GPIUS, Retenção e Meio de Residência.

	Correlações		
	1	2	3
1. TOTAL GPIUS	1		
2. RETENÇÃO	.057**	1	
3. MEIO RESIDÊNCIA	-.084**	-	1

\*\*Correlação significativa ao nível 0.01

- Relação não analisada

### 3.3.6 UPI e estado relacional

Tornou-se importante perceber a relação entre o UPI e o estado relacional do jovem; assim, foi conduzida uma correlação *point biserial* entre estas duas variáveis, como demonstra a Tabela 12.

Apesar dos resultados indicarem a inexistência de relação entre estas duas variáveis, ( $Rpb= 0.019$ ;  $p> 0.01$ ), foi realizado um teste paramétrico entre estas duas variáveis de forma a se poder perceber se os níveis de UPI se distribuíam de igual forma perante jovens com vs. sem relação de compromisso. É concluído, através da Tabela 13, que não existem diferenças significativas ( $t(2063)= -0.863$  ;  $p> 0.01$ ) nas médias dos níveis de UPI entre os dois tipos de estado relacional.

### 3.3.7 UPI e prática de actividade física

Relativamente à pratica de actividade física exterior às actividades escolares, concluiu-se haver, para um  $\alpha= 0.05$ , uma relação significativa negativa ( $Rpb= -0.049$ ;  $p<0.05$ ), o que indica que quem não pratica actividade física apresenta valores mais elevados de UPI (Tabela 12).

**Tabela 12**  
Correlação *Point Biserial* entre GPIUS, estado relacional e prática de actividade física

	Correlações		
	1	2	3
1. TOTAL GPIUS	1		
2. ESTADO RELACIONAL	.019	1	
3. PRÁTICA FÍSICA	-.049*	-	1

\*Correlação significativa ao nível 0.05.

- Relação não analisada

De modo a ter mais conclusões acerca desta relação, realizou-se um teste paramétrico (*t-Student*) para perceber se existiam diferenças nos níveis médios de UPI entre os jovens que praticavam actividade física e os que não praticavam. Conclui-se que, para um  $\alpha = 0.05$ , efectivamente, existem diferenças ( $t(2063) = 2.236$ ;  $p < 0.05$ ) entre os dois níveis da variável de prática de actividade física (Tabela 13).

**Tabela 13:**

Teste *t-Student* para amostra independentes GPIUS vs. Estado Relacional e GPIUS vs. Prática de Actividade Física

Variâncias iguais assumidas	Teste-t para Igualdade de Médias						
	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Inferior	Superior
GPIUS vs. ESTADO RELACIONAL	-.863	2063	.388	-.8000	.9271	-2.6181	1.0180
GPIUS vs. PRÁTICA ACTIVIDADE FÍSICA	2.236	2063	.025	1.7271	.7723	.4563	2.9980



### 3.4 A relação de UPI com factores de acesso e uso da Internet

Pretende-se averiguar a relação entre os factores de acesso e uso da *internet* e o UPI, nomeadamente a idade de começo e uso da *internet*; o tipo de dispositivos de acesso e as horas passadas *online* para diversas actividades.

#### 3.4.1 UPI e idade de começo de uso da *internet*

Ao efectuar-se um coeficiente de *Spearman* de forma a avaliar a possível existência de relação entre estas duas variáveis, pode-se observar que, para um  $\alpha=0.01$ , existe uma correlação significativa negativa ( $r_s = -0.097$ ;  $p < 0.01$ ), o que se traduz em que quanto mais novos os jovens iniciam o uso da *internet*, mais níveis de UPI apresentam (Tabela 16).

#### 3.4.2 UPI e tipo de dispositivos de acesso

Existem diferenças significativas entre as categorias da variável ‘ONDE’ ( $F(2; 2064) = 9.470$ ;  $p < 0.01$ ) (Tabela 14). Assim, tornou-se pertinente averiguar em que grupos existiam diferenças significativas (Tabela 15), concluindo através do teste de Tukey, que para um  $\alpha = 0.01$ , existem diferenças significativas entre o grupo ‘móvel’ e ‘ambos’ e ‘não móvel’ e ‘ambos’.

**Tabela 14:**

Teste Paramétrico *Anova One-Way* para amostras independentes GPIUS vs. Tipo de dispositivos de acesso

	ANOVA				
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	5789.390	2	2894.695	9.470	.000
Nos grupos	630303.484	2062	305.676		
Total	636092.874	2064			

**Tabela 15:**

Teste *Post-Hoc Tukey* para comparações múltiplas GPIUS vs.Tipo de dispositivos de acesso

Comparações múltiplas			
ONDE	ONDE	Diferença média (I-J)	Sig.
Móvel	Não Móvel	3.4012	.178
Não Móvel	Móvel	-3.4012	.178
Ambos	Móvel	3.6586*	.001
	Não Móvel	7.0597*	.002

\*. A diferença média é significativa no nível 0.01

### 3.4.3 UPI e horas passadas *online*

Ao calcularmos o coeficiente de *Spearman*, podemos observar através da Tabela 16, que existe uma relação significativa positiva entre o GPIUS e a quantidade de horas passadas em diversas actividades ( $\alpha= 0.01$ ), exceptuando as horas passadas a estudar ( $r_s= 0.047$ ;  $p>0.01$ ). Os níveis de UPI aumentam na mesma direcção que as horas passadas *online* por dia por lazer/passatempo ( $r_s= 0.247$ ;  $p<0.01$ ); por semana por lazer/passatempo ( $r_s= 0.200$ ;  $p<0.01$ ) e por semana para socializar ( $r_s= 0.176$ ;  $p<0.01$ ), o que indica que, quantas mais horas passadas por lazer ou a socializar *online* maiores níveis de UPI.

**Tabela 16:**

Correlação *Spearman* GPIUS. Idade de começo de uso da *internet* e horas passadas *online*

Correlações						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. TOTAL GPIUS	1					
2. IDADE COMEÇO USO INTERNET	-.087**	1				
3. HORAS_DIA_LAZER/PASSATEMPO	.247**	-.113**	1			
4. HORAS_SEMANA_LAZER/PASSATEMPO	.200**	-.146**	.701**	1		
5. HORAS_SEMANA_SOCIALIZAR	.176**	-.088**	.552**	.585**	1	
6. HORAS_SEMANA_ESTUDAR	-.001	.025	.189**	.222**	.280**	1

\*\*Correlação significativa ao nível 0.01

### 3.5 A relação de UPI com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico

Num primeiro momento averiguou-se se existiam diferenças significativas nos níveis de BEP e perturbação do sono entre os indivíduos considerados com UPI e sem UPI. Concluiu-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos (UPI vs. sem UPI), ao nível do BEP ( $U= 229.559,000$ ;  $W= 280.599,000$ ;  $p < 0.01$ ) e ao nível da perturbação do sono ( $U= 197.824,500$ ;  $W= 1.722.955,500$ ;  $p < 0.01$ ) (anexo Z)

Atendendo à Tabela 17, pode-se observar que, para um  $\alpha= 0.01$ , o GPIUS e o AIS se correlacionam na mesma direcção de forma positiva ( $r_s= 0.247$ ;  $p<0.01$ ), ou seja, quando os valores de UPI aumentam, os da perturbação do sono também. O mesmo já não se verifica entre o GPIUS e o EBEP, uma vez que estas duas variáveis correlacionam-se de forma significativa mas de forma negativa ( $r_s= -0.066$ ;  $p<0.01$ ), o que quer dizer que quando os níveis de UPI aumentam, os níveis de EBEP diminuem.

**Tabela 17:**  
Correlação Spearman GPIUS e AIS e EBEP

Correlações				
	1.	2.	3.	
1. TOTAL GPIUS	1			
2. TOTAL AIS	.266**	1		
3. TOTAL EBEP	-.183**	-.104**	1	

\*\*Correlação significativa ao nível 0.01

Tornou-se pertinente averiguar se a perturbação do sono e o bem-estar psicológico explicam parte do UPI. Para o efeito realizou-se uma regressão linear múltipla.

**Tabela 18:**  
Modelo de Regressão Linear Múltipla GPIUS, AIS e EBEP

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	.260 <sup>a</sup>	.068	.067	16.9582

a. Preditores: (Constante), TOTALEBEP, TOTALAIS

Como é demonstrado, o modelo explica 6,7% da variabilidade do total do GPIUS ( $R^2a = 0.067$ ) (Tabela 18). Através da Tabela 19, verifica-se que o modelo é estatisticamente significativo ( $F(2; 2062) = 74,936$ ;  $p < 0.01$ ).

**Tabela 19:**  
Significância do Modelo de Regressão Linear GPIUS, AIS, EBEP

ANOVA						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	43100.478	2	21550.239	74.936	.000
	Resíduo	592992.396	2062	287.581		
	Total	636092.874	2064			

No entanto, através da Tabela 20 compreende-se que apenas uma das variáveis é que é predictor significativa. O BEP não é predictor significativo do GPIUS ( $t(2062) = -1.887$ ;  $p > 0.01$ ) ao contrário do AIS que é predictor significativo ( $\beta=0.253$ ;  $t(2062) = 11.846$ ;  $p < 0.01$ ), sendo que quando o GPIUS aumenta uma unidade, o AIS aumenta 0,253 unidades.

**Tabela 20:**  
Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla GPIUS, AIS e EBEP

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	39.225	1.847		21.237	.000
	TOTALAIS	1.256	.106	.253	11.846	.000
	TOTALEBEP	-.031	.016	-.040	-1.887	.059

#### IV) Discussão

Os estudos têm apontado para o facto do UPI ser mais prevalente nas sociedades asiáticas, sendo o continente Asiático onde incidem a maior quantidade de investigações, uma vez que é onde a *internet* se tem desenvolvido mais rapidamente nos últimos anos. Assim como se têm focado maioritariamente em grupos etários que se encontram na fase da adolescência, uma vez que são os que têm crescido numa ambiente de grande desenvolvimento da *internet* (Ko, Yen, Yen, Chen & Chen, 2012).

Apesar da grande variabilidade que a prevalência de UPI tem apresentado, possivelmente devido às diversas metodologias usadas para a avaliação do UPI, os estudos demonstram que esta tem aumentado. A percentagem de adolescentes com UPI nesta amostra (15%) corresponde aos resultados encontrados através de questionários epidemiológicos sobre UPI com adolescentes, que varia entre 0.9 e 38% (Shaw & Black, 2008). Os resultados desta amostra estão perto dos resultados encontrados noutros estudos com amostras de adolescentes, em que a prevalência de UPI varia entre 18.3% e 20.3% (Ko et al., 2008; Há et al., 2006).

O objectivo deste estudo não foi apelar ao não uso da *internet*, uma vez que há concordância que a *internet*, hoje em dia, se tem estabelecido como uma ferramenta essencial na vida do ser humano, quer seja como motor de busca de informação, quer seja para comunicação, encurtando até distâncias. Além de que o seu uso regular e controlado não se constitui como um problema na vida dos indivíduos (Young, 1998). Procura-se sim, demonstrar os factores associados a um uso problemático da *internet* e as suas consequências negativas na rotina diária do indivíduo.

Tem-se verificado que o modelo de bem-estar psicológico proposto por Ryff (1989) comporta dimensões que são do funcionamento positivo do indivíduo e que estão intimamente relacionadas com a satisfação e qualidade de vida, sendo assim um constructo de estudo relevante em Psicologia (Cuadra & Moyano-Díaz, 2010). No presente estudo concluiu-se, como esperado, uma associação negativa entre o BEP e o UPI, demonstrando que quanto mais elevados os níveis de UPI, menores níveis de bem-estar psicológico. Este dado demonstra que o UPI tem um impacto negativo no funcionamento positivo do indivíduo, tal como foi demonstrado noutros

estudos (Çardak, 2013; Casale, Lecchi & Fioravanti, 2015). Elevados níveis de BEP indicam diversas atitudes, nomeadamente a percepção de auto-confiança de modo a que a expressão de pensamentos e opiniões não derive de pressões sociais, uma vez que o *locus* de avaliação do indivíduo é interno e, avaliando-se pelos seus próprios padrões, não necessita da aprovação dos outros. Assim, a incapacidade/dificuldade ou sensação de incompetência em expor os seus próprios pensamentos, ideias ou opiniões pode levar o indivíduo a preferir outro tipo de interacção que seja percebida pelo próprio como de menor risco quando comparada com a comunicação face-a-face, de modo a diminuir o risco de avaliação ou rejeição por parte dos outros (Casale, Lecchi & Fioravanti, 2015). A interacção *online* poderá ser um tipo de comunicação que os indivíduos considerem como mais controlável neste aspecto, uma vez que há uma mediação através de um ecrã (*e.g.* redução das características não-verbais); há a possibilidade de ser anónimo e de apenas expor o que se deseja. Este tipo de comunicação poderá não ser tão atraente para os indivíduos que se sintam confiantes com as suas ideias, opiniões e sentimentos. Outro aspecto que diz respeito ao BEP é a capacidade de gestão da sua vida e de situações e exigências extrínsecas ao próprio indivíduo. Esta capacidade poderá ser um factor de protecção no controlo compulsivo, uma vez que terão um melhor controlo e gestão de tempo (aspecto tido em conta aquando da avaliação do BEP), assim como no lidar com emoções mais complicadas de gerir, optando por estratégias menos disfuncionais, não relacionadas com o uso da *internet* para a regulação de humor (Casale, Lecchi, & Fioravanti, 2015). É de realçar que a *internet* poderá servir como uma estratégia de regulação de humor, aliviando emoções negativas, uma vez que os indivíduos poderão sentir-se mais amparados socialmente por conseguirem encontrar na *internet* um grupo de pertença, em que se sentem aceites (Patrão et al., 2015). E por fim, o BEP está também relacionado com a percepção e aceitação de aspectos do próprio relacionados com características agradáveis e desagradáveis. Tendo já sido evidenciado que o UPI está relacionado com uma baixa auto-estima (Bahrainian, Alizadeh, Raeisoon, Gorji & Khazae, 2014), a *internet* poderá servir como motor de busca de aceitação e aprovação por parte dos outros, contribuindo, assim, para um aumento da auto-estima e consequentemente da aceitação de si próprio. No entanto, é de realçar que a aceitação de si é um processo individual, de longo prazo e que envolve consciência

e uma atitude positiva relativamente ao passado e à vida presente do indivíduo (Ryff & Singer, 2008), sendo por isso importante ter algum cuidado na sua avaliação.

Tem sido estudado o impacto que actividade física tem no BEP, já se sabe que a prática de actividade física aumenta os níveis de bem-estar psicológico, alivia o stress (Kirkcaldy, Shephard & Siefen, 2002), e conseqüentemente diminui os níveis de uso problemático da *internet* (Park, 2014). Neste estudo, os jovens que praticam actividade física fora das actividades escolares demonstraram ter níveis inferiores de UPI, porque a pratica de exercício físico é um factor protector, uma vez que ajuda os indivíduos a desviarem e desligarem a atenção do uso da *internet* (Wang et al., 2013).

A relação entre o BEP e o UPI é também mediada pela satisfação e qualidade do sono, e que portanto maiores níveis de UPI estão associados a uma menor qualidade de sono (Park, 2014; Choi et al., 2009; Canan et al., 2013; Ekinci, Çelík, Savas & Toros, 2014), o que é consistente com o concluído na presente investigação, uma vez que se verificou a existência de uma relação positiva entre estas duas variáveis e a perturbação do sono é um predictor significativo de UPI. Lam (2014), no seu estudo concluiu que os participantes que experienciam insónia têm mais 1.5 de probabilidade de serem classificados com UPI. Percebe-se que quanto mais os níveis de insónia aumentam, maiores os níveis de UPI, existindo algumas possíveis explicações para estes dados. Os jovens com UPI acabam por fazer longas sessões nocturnas *online*, muitas vezes sem o controlo e até conhecimento por parte dos pais, acabando pelo uso nocturno da *internet* tirar tempo e espaço ao tempo de descanso; assim como a exposição a luz brilhante e intensa com pouca luminosidade circundante pode ter o efeito de suprimir a melatonina e conseqüentemente atrasar o ritmo circadiano (Choi et al., 2009; Ekinci et al., 2014). O facto dos padrões de sono serem empobrecidos resulta em conseqüências diurnas negativas, como a fadiga, a falta de concentração, a sonolência diurna e impacto no bem-estar emocional (Lin & Yi, 2015), que poderão ter um efeito negativo na *performance* académica do jovem. O que está relacionado com os níveis de UPI, uma vez que se concluiu neste estudo que os jovens que ficaram retidos em pelo menos um ano de escolaridade apresentam maiores níveis de UPI quando comparados com os jovens que nunca ficaram retidos em nenhum ano de escolaridade, o que vai de acordo com a literatura (Stavropoulos, Alexandraki & Motti-Stefanidi, 2013; Dhir, Chen & Nieminen, 2015). Uma

explicação para este facto prende-se com os baixos níveis de concentração que os jovens com UPI apresentam, provocando lacunas ao nível do conhecimento e do estudo (Stavropoulos, Alexandraki & Motti-Stefanidi, 2013).

A facilidade e diversidade que existe no acesso à *internet* poderá constituir-se como um aspecto a ter em conta no desenvolvimento do UPI. Alguns autores (Jang, Hwang & Choi, 2008; Ak, Koruklu & Yılmaz, 2013; Dhir, Chen & Nieminen, 2015) têm concluído que a presença de *internet* em casa tem impacto nos níveis de UPI. No presente estudo concluiu-se que a maioria dos jovens acede à *internet* em casa e tanto através de dispositivos móveis (*e.g. tablet*), como fixos (*e.g. computador de secretária*). Os adolescentes, ao passarem uma grande parte do dia em casa, acabam por ter um total acesso, sem restrições (*e.g. pagamento de uma quantia de dinheiro para um tempo restrito*), à *internet* ao contrário do acesso na escola/cafés, onde poderá haver um tempo restrito de acesso, ou não haver acesso gratuito à *internet (wi-fi)*. Esta diversidade e facilidade de acesso tem-se verificado mais nos meios urbanos, em que se concluiu que os níveis de UPI são mais elevados quando comparados com os níveis de jovens do meio rural, o que é consistente com alguns estudos encontrados (Stavropoulos, Alexandraki & Motti-Stefanidi, 2013) e inconsistentes com outros (Yen, Ko, Yen, Chang & Cheng, 2009). Um dos aspectos importantes a ter em conta é que nos meios predominantemente urbanos há maiores níveis de *stress*, maior prevalência de doenças psiquiátricas e maiores índices de criminalidade, que aumentam a tentativa de protecção e controlo dos pais sobre os adolescentes, refugiando-os em casa, e conseqüentemente acabam por ser mais tolerantes e flexíveis noutros tipos de comportamento (*e.g. uso da internet sem controlo*), podendo provocar maior vulnerabilidade ao UPI (Stavropoulos, Alexandraki & Motti-Stefanidi, 2013). Outro factor relevante será o contexto educacional, uma vez que hoje em dia a maioria das escolas estão equipadas com novas tecnologias, e estimulam nos alunos uma elevada motivação quanto ao uso da *internet*, em termos escolares, o que poderá fomentar também o uso da *internet* para motivos recreacionais. Este aspecto explica a relação encontrada entre os níveis de UPI e a idade precoce de começo de uso da *internet*, uma vez que hoje em dia se cresce num ambiente de exposição à *internet*, tanto a nível académico, a nível laboral, como a nível de socialização e comunicação, o que poderá contribuir para o aumento de UPI, devido à intensificação de ganhos que se tem pelo uso desde cedo.



Devido aos ganhos (*e.g.* aumento da auto-estima; sentimento de pertença) que os adolescentes sentem que adquirem por estarem *online* leva ao aumento de horas passadas na *internet*, que conduz à possibilidade do comportamento ser reforçado, e assim intensificar a vulnerabilidade do indivíduo ao UPI, uma vez que existe uma relação positiva entre o número de horas passadas *online* nestas actividades e os níveis de UPI, tal como já se concluiu igualmente noutros estudos (Jang, Hwang & Choi, 2008; Dhir, Chen & Nieminen, 2015; Laconi, Tricard & Chabrol, 2015). Verificou-se que a actividade *online* preferida é a da socialização, o que faz com que os jovens passem aproximadamente 6 horas por dia e 23 horas por semana *online*, sendo 15 horas dedicadas à socialização em plataformas *online* disponíveis para o efeito (*e.g.* *facebook*). Este é um dado encontrado de forma semelhante noutros estudos (Jang, Hwang & Choi, 2008).

Através destes resultados encontrados consegue-se traçar um perfil de um adolescente com UPI, tendo em conta possíveis factores de risco: adolescente, com aproximadamente 14 anos; ter ficado pelo menos um ano retido; a residir em meio predominantemente urbano; sem actividade física regular fora das actividades escolares; com início do uso da *internet* precoce; com vários tipos de dispositivos de acesso à *internet* (*e.g.* *tablet*; computador de secretária), passar um elevado tempo *online* de forma recreativa (aproximadamente 6 horas por dia), ter uma pobre qualidade e duração de sono e níveis insatisfatórios de bem-estar psicológico. Tendo em conta este perfil, é de máxima importância a discussão junto de encarregados da educação, professores e profissionais de saúde sobre a promoção de comportamentos *online* saudáveis. Junto dos adolescentes é importante a promoção de competências de auto-regulação, de actividade física e aspectos do bem-estar psicológico, uma vez que estes factores são protectores do desenvolvimento de UPI.

Tal como outros estudos, o presente estudo apresenta algumas limitações que são importantes de serem consideradas para estudos futuros.

Como limitação do estudo, pode-se considerar o facto de serem usadas duas escalas não validadas para a população portuguesa, apenas traduzidas, o que torna necessário alguma exigência e cuidado com a interpretação dos resultados. O facto de o estudo ser de carácter correlacional exige também cautela na interpretação e

discussão dos resultados, uma vez que não se poderão fazer inferências causais, apenas de associação entre variáveis.

O uso de apenas questionários apresenta-se como uma limitação, uma vez que se obteve informação que provém da percepção do indivíduo. O uso de todas as escalas deu origem a um protocolo extenso, que poderá ter criado exaustão nos participantes, e influenciado as suas respostas. Teria sido benéfico não apenas o uso do método quantitativo, mas também o método qualitativo (*e.g.* entrevista), sabendo que se poderia não ter acesso a um tão elevado número de participantes. É importante referenciar que o facto da recolha da amostra ter sido *online* foi uma vantagem, pois é mais económico, facilitador da recolha e do tratamento dos dados, embora apresente a desvantagem de o investigador não estar em contacto com os participantes, não conseguindo, assim, poder esclarecer qualquer dúvida, acabando os participantes, por vezes, responderem a questões possivelmente pouco elucidados.

Apesar das limitações do presente estudo, é compreensível a dimensão da temática do uso problemático da *internet* e a importância de se continuar a investigar o impacto que a mesma tem nas diferentes dimensões do indivíduo.

Como estudos futuros, propõe-se a replicação do estudo com amostra de grupos etários diferentes, como crianças e adultos, uma vez que a *internet* faz parte, hoje em dia do dia-a-dia de todas as fases do ciclo de vida. É igualmente relevante a avaliação junto de pais, uma vez que os próprios são modelos para os filhos, sendo pertinente perceber quais os comportamentos *online* dos mesmos e as práticas educativas relativamente aos comportamentos *online* que têm para com os filhos.

Tem-se concluído, em diversos estudos que o impacto do UPI na rotina diária do indivíduo é grande, sendo assim importante continuar a aprofundar esse aspecto, principalmente em meio laboral e familiar, assim como haver uma maior compreensão e investigação da relação com a perturbação do sono e bem-estar psicológico.

Como se tem verificado, o UPI tem crescido cada vez mais, sendo importante haver um despertar da sociedade para esta problemática; sugere-se, assim, que estudos futuros se debrucem sobre a percepção que a comunidade escolar e profissionais de saúde têm, de forma a delinearem-se intervenções que visem a cooperação multidisciplinar.

É de salientar que esta investigação não é uma conclusão, mas sim um ponto de partida para uma melhor compreensão do fenómeno do uso problemático da *internet* e os seus aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais subjacentes.

## Referências

- Abu-Rayya, H. M. (2006). Ethnic identity, ego identity, and psychological well-being among mixed-ethnic Arab-European adolescents in Israel. *British Journal of Developmental Psychology, 24*(4), 669-679.
- Ak, Ş., Koruklu, N., & Yilmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's internet use: possible predictors of internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*(3), 205-209.
- Akhter, N. (2013). Relationship between internet addiction and academic performance among university undergraduates. *Educational Research and Reviews, 8*(19), 1793-1796.
- Allgöwer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology, 20*(3), 223-227.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Bahrainian, S., Alizadeh, K., Raeisoon, M., Gorji, O., & Khazaei, A. (2014). Relationship of internet addiction with self-esteem and depression in university students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 55*, 86-89.
- Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 4*(3), 377-383.
- Boubeta, A., Ferreiro, S., Salgado, P., & Couto, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Health and Addictions, 15*(1), 25-38.
- Canan, F., Yildirim, O., Sinani, G., Ozturk, O., Ustunel, T. Y., & Ataoglu, A. (2013). Internet addiction and sleep disturbance symptoms among Turkish high school students. *Sleep and Biological Rhythms, 11*(3), 210-213.
- Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior, 18*(5), 553-575.
- Caplan, S. E. (2006). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic internet use. *CyberPsychology & Behavior, 10*(2), 234-242.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior, 26*(5), 1089-1097.

- Çardak, M. (2013). Psychological well-being and internet addiction among university students. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, *12*, 134-141.
- Casale, S., Lecchi, S., & Fioravanti, G. (2015). The association between psychological well-being and problematic use of internet communicative services among young people. *The Journal of Psychology*, *149*(5), 480-497.
- Choi, K., Son, H., Park, M., Han, J., Kim, K., Lee, B., & Gwak, H. (2009). Internet over use and excessive day time sleepiness in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(4), 455-462.
- Chung, K., Kan, K., & Yeung, W. (2011). Assessing insomnia in adolescents: Comparison of insomnia severity index, athens insomnia scale and sleep quality index. *Sleep Medicine*, *12*(5), 463-470.
- Cuadra, I. G., & Moyano-Díaz, E. (2010). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, *11*(3), 931-939.
- Custers, K., & Van denBulck, J. (2012). Television viewing, internet use, and self-reported bed time and rise time in adults: Implications for sleep hygiene recommendations from an exploratory cross-sectional study. *Behavioral Sleep Medicine*, *10*(2), 96-105.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, *17*(2), 187-195.
- Dhir, A., Chen, S., & Nieminen, M. (2015). Predicting adolescent internet addiction: The roles of demographics, technology accessibility, unwillingness to communicate and sought internet gratifications. *Computers in Human Behavior*, *51*, 24-33.
- Ekínci, Ö., Celik, T., Savas, N., & Toros, F. (2014). Association between internet use and sleep problems in adolescents. *Archives of Neuropsychiatry*, *51*, 122-128.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(2), 1032-1043.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação*, *18*, 155-172.
- Fernandes, H. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

- Fioravanti, G., Primi, C., & Casale, S. (2013). Psychometric evaluation of the generalized problematic internet use scale 2 in an Italian sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *16*(10), 761-766.
- Griffiths, M.D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, *82*, 44-46.
- Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(5), 821-826.
- Hamilton, N., Catley, D., & Karlson, C. (2007). Sleep and the affective response to stress and pain. *Health Psychology*, *26*(3), 288-295.
- Hamilton, N., Nelson, C., Stevens, N. & Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological well-being. *Social Indicators Research*, *82*(1), 147-163.
- Jang, K. S., Hwang, S. Y., & Choi, J. Y. (2008). Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. *Journal of School Health*, *78*(3), 165-171.
- Kaliszewska-Czeremska, K. (2011). Modelling excessive internet use: Revision of Davis's cognitive-behavioural model of pathological internet use. *Polish Psychological Bulletin*, *42*(3), 129-139.
- Kim, H., & Davis, K. (2009). Toward a comprehensive theory of problematic internet use: Evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of Internet activities. *Computers in Human Behavior*, *25*, 490-500.
- Kirkcaldy, B., Shephard, R., & Siefen, R. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(11), 544-550.
- Ko C., Yen J., Yen C., Chen C., Weng C. & Chen C. (2008). The association between internet addiction and problematic alcohol use in adolescents. *Cyberpsychol Behavior*, *11*(5), 571-576.
- Ko, C., Yen, J., Yen, C., Chen, C., & Chen, C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, *27*(1), 1-8.
- Laconi, S., Tricard, N., & Chabrol, H. (2015). Differences between specific and generalized problematic internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms. *Computers in Human Behavior*, *48*, 236-244.
- Lam, L. (2014). Internet gaming addiction, problematic use of the Internet, and sleep problems: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, *16*(4), 1-9.

- Liberatore, K., Rosario, K., Martí, L., & Martínez, K. (2011). Prevalence of internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *14*(6), 399-402.
- Lin, W., & Yi, C. (2015). Unhealthy sleep practices, conduct problems, and daytime functioning during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(2), 431-446.
- Loera-Malvaez, N., Balcázar-Nava, P., Trejo-González, L., Gurrola-Peña, G. & Bonilla-Munñoz, M. (2008). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, *41*(3-4), 90-97.
- Marôco, J. (2010). *Análise das equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística: Com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, *4*(1), 65-90.
- Miller, C., Espie, C., & Kyle, S. (2014). Cognitive behavioral therapy for the management of poor sleep in insomnia disorder. *ChronoPhysiology and Therapy*, *4*, 99-107.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres de idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ed.). Lisboa: Placebo Editora, LDA.
- Park, S. (2014). Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic internet use in Korean adolescents. *BMC public health*, *14*(1), 1143-1148.
- Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P. & Leal, I. (2015). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar in L. Mata; M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto. A.C. Silva & J.M.C. Silva (Eds.). *Actas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). Lisboa: ISPA.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pontes, H., Patrão, I., & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- Rice, M. (2005). Online addiction. *Beijing Review*, 48, 32–33.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Sagone, E., & Caroli, M. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 141, 881-887.
- Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O., & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 203-207.
- Shapira, N., Lessig, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M., Gold, M. & Stein, D. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216.
- Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P., Khosla, U., & McElroy, S. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 267-272.
- Shaw, M., & Black, D. (2008). Internet addiction. *CNS drugs*, 22(5), 353-365.
- Soldatos, C., Dikeos, D., & Paparrigopoulos, T. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555-560.
- Soldatos, C., Dikeos, D., & Paparrigopoulos, T. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 263-267.
- Stavropoulos, V., Alexandraki, K., & Motti-Stefanidi, F. (2013). Recognizing internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. *Journal of Adolescence*, 36(3), 565-576.



- Tsai, H., Cheng, S., Yeh, T., Shih, C., Chen, K., Yang, Y., & Yang, Y. (2009). The risk factors of Internet addiction: A survey of university freshmen. *Psychiatry Research, 167*(3), 294-299.
- Van denBulck, J. (2004). Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-schoolchildren. *Sleep, 27*(1), 101-104.
- Van Rooij, A., & Prause, N. (2014). A critical review of internet addiction criteria with suggestions for the future. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(4), 203-213.
- Wang, L., Luo, J., Bai, Y., Kong, J., Luo, J., Gao, W., & Sun, X. (2013). Internet addiction of adolescents in China: Prevalence, predictors, and association with well-being. *Addiction Research & Theory, 21*(1), 62-69.
- Wang, W. (2001). Internet dependency and psychosocial maturity among college students. *International Journal of Human-Computer Studies, 55*(6), 919-938.
- Yen, C., Ko, C., Yen, J., Chang, Y., & Cheng, C. (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63*(3), 357-364.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237-244.

# ANEXOS

## **Anexo A**

### **Revisão Literatura**

#### **Adolescência**

A adolescência é a fase do ciclo de vida que representa a transição entre a infância e a idade adulta. Não há consenso sobre quando começa, contudo autores afirmam ser a partir dos 12/13 anos, tendo o seu término por volta dos 20 anos (Papalia & Olds, 1995). Este processo de desenvolvimento é conhecido como sendo complicado, uma vez que acarreta várias mudanças a nível físico, psicológico, cognitivo, social e emocional (Rice, 1998).

Considera-se que a adolescência se inicia com a puberdade, que diz respeito ao processo que leva à maturidade sexual, atingida quando o indivíduo é capaz de reproduzir. A maturação física que é própria desta fase do desenvolvimento - como o aumento do peso e da altura, aumento do peito, o início da menstruação nas raparigas, aumento dos testículos e a primeira ejaculação nos rapazes -, afecta a satisfação com a imagem corporal. Rapazes pequenos, e raparigas gordas tendem a demonstrar insatisfação com o seu corpo quando comparados com rapazes altos e raparigas magras. Relativamente ao desenvolvimento físico, tem-se concluído que factores genéticos, contextuais e socioeconómicos contribuem significativamente para o mesmo (Carr, 2006).

Erikson (1995) considera que a tarefa desenvolvimental desta fase do ciclo de vida se prende com a aquisição e construção da identidade, tendo esta diferentes componentes: sexual, física, psicológica, moral, ideológica e vocacional. Algumas componentes da identidade formam-se mais rapidamente que outras. As componentes sexual e física são as primeiras a serem formuladas, as componentes vocacional, ideológica e moral vão sendo construídas gradualmente e por fim, as componentes religiosa e política são aquelas que se formam mais tarde, geralmente no início dos anos da universidade. O mesmo autor introduziu o conceito de moratória psicossocial, que diz respeito ao período de tempo da adolescência em que o jovem experimenta vários papéis sem assumir propriamente um. Este é o período que ajuda o adolescente a ir formulando a sua identidade, que é diferente entre rapaz e rapariga. O facto de poder haver falha no estabelecimento da identidade poderá criar no jovem confusão a ideia de ‘não saber quem é’, o que está associado com perturbações psicológicas. Havighurst (1972) além da formação da identidade, avança com mais oito tarefas desenvolvimentais relativas a esta fase. A saber, aceitar o seu físico e usar o seu corpo

eficazmente; construir relações novas e maduras com os seus pares de ambos os géneros; desempenhar o seu papel sexual (feminino vs. masculino); tornar-se independente emocionalmente dos pais e outros adultos; preparar-se para a independência económica; preparar-se para casar e constituir família; ter um comportamento social responsável e por fim adquirir e viver conforme um quadro de valores e um sistema ético que guia as suas acções.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, segundo a teoria de Piaget dos estádios de desenvolvimento, é durante a adolescência que o jovem adquire o estágio de pensamento operatório formal, que se prende com a introspecção, pensamento lógico, pensamento abstracto e pensamento hipotético-dedutivo. Este estágio de pensamento traz aos adolescentes a capacidade de pensarem sobre si, de introspecção das suas acções, de avaliação daquilo que foram aprendendo enquanto crianças, da distinção entre o real e o possível. O desenvolvimento deste estágio de pensamento pode também ser encorajado de múltiplas maneiras através dos programas escolares que obriguem os alunos a pensar (Rice, 1998).

Um dos aspectos que está em constante rebuliço, nesta fase, são as emoções, sendo esta fase caracterizada por um aumento da labilidade emocional e mudanças de humor constantes. As emoções afectam o comportamento do indivíduo na relação com os outros, são o factor psicológico que leva à acção, podendo ter um efeito positivo ou negativo no comportamento. Nesta etapa da vida os jovens procuram mais afecto junto dos seus pares, do que da família, especialmente os seus pais (Rice, 1998; Papalia & Olds, 1995). Os jovens encontram-se em constante tensão entre necessitarem de independência dos seus pais e aperceberem-se do quão dependentes ainda são dos mesmos, podendo surgir daí o conflito e a ambivalência de sentimentos na relação de filhos-pais (Papalia & Olds, 1995). Os pais encontram-se também em plena tentativa de equilíbrio entre dar independência, mas também de proteger, efectuando diversos ajustes para a manutenção da relação (Arnett, 2007). No entanto, os ajustes poderão não se fazer de forma leve, principalmente quando o jovem e seus pais têm percepções diferentes de uma dada situação, que muitas vezes também é devido à diferença de gerações (Arnett, 2007). Este conflito tende a aumentar durante a pré-adolescência e estabilizar durante a adolescência propriamente dita. Apesar de tudo, para a maioria dos jovens a família continua a ser o recurso de amor, suporte, protecção e conforto (Arnett, 2007).

As relações sociais entre pares, nesta fase, poderão ser um factor protector para o jovem. Segundo Valsiner e Connolly (2003), as amizades são a chave para um

desenvolvimento saudável da personalidade e a nível social. Nesta fase surgem interrogações, dúvidas, mudanças; e é nas relações sociais que os jovens estabelecem que encontram o seu suporte, uma vez que interagem com outros iguais a si, e a passarem pelas mesmas transformações que os próprios, aumentando, assim, a identificação (Papalia & Olds, 1995). As amizades tornam-se, deste modo, um refúgio para os adolescentes, por encontrarem um espaço onde se sentem livres, em que podem falar dos seus sentimentos e dos aspectos mais íntimos das suas vidas, como relações amorosas (Arnett, 2007), o que se reflecte no tempo em que os adolescentes passam com os seus amigos e o quão influenciados são pelas experiências vividas com os mesmos (Ehrlich, Hoyt, Sumner, McDade & Adam, 2015).

### **Alterações do Sono na Adolescência**

O sono é um determinante importante de saúde, sucesso e bem-estar (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007) e tem no ser humano uma função importante, que é ser reparador e restaurador da saúde mental e do vigor (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007), sendo por isso um recurso que tem uma relação com o funcionamento positivo do indivíduo (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007). É um recurso de gestão do stress e de auto regulação (Drake, Roehrs & Roth, 2003), tendo sido demonstrado que a sua qualidade e duração protege os pacientes de dor crónica, de terem uma rutura emocional relacionada com a dor e o stress (Hamilton, Catley & Karlson, 2007). Existe uma relação positiva entre o sono e o funcionamento psicossocial (Hamilton, Catley & Karlson, 2007), sendo que um padrão de sono aconselhável varia entre mais de 6 horas e menos de 9 horas por noite. Um óptimo padrão de sono traz consequências positivas ao longo da vida, reduz o stress reactivo, aumenta o prazer em oportunidades desafiadoras (Zohar, Tazischinsky, Epstein & Lavie, 2005), ajuda a manter o trabalho para objectivos importantes e a tirar o máximo partido das relações interpessoais (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007).

Nos dias de hoje os problemas de sono são frequentes (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007), sendo que se referem à dificuldade em iniciar o sono, à dificuldade em manter o sono, acordar cedo de mais, insónia, apneia do sono e pesadelos (Canan, Yildirim, Sinani, Ozturk, Ustunel & Ataoglu, 2013), sendo o problema de sono mais frequente a insónia (Miller, Espie & Kyle, 2014). Os problemas de sono têm um impacto significativo no funcionamento diário, quer seja social, profissional, educacional ou académico (Miller, Espie & Kyle, 2014) e têm um

importante papel na etiologia e manutenção de algumas psicopatologias e doenças físicas (Hamilton, Nelson, Stevens & Kitzman, 2007). O sono é um recurso que tem relações tanto com o funcionamento positivo como com o funcionamento negativo: tanto a insuficiência (menos de 7 horas) como excesso sono (mais de 9 horas) estão associados a patologia, nomeadamente com o aumento do risco de depressão e isolamento social (Allgower, Wardle & Steptoe, 2001; Hamilton, Catley & Karlson, 2007), a uma má prestação académica e ao nível da saúde, nomeadamente um aumento de custos relativamente à saúde (Trockel, Barnes & Egget, 2000).

Tem-se verificado que, com a adolescência, a média de duração de sono diminui significativamente (Kalak, Lemola, Brand, Holsboer-Trachsler & Grob, 2014; Franic, Kralj, Marc'inko, Knez & Kardum, 2014). Os estudos com amostra de adolescentes têm demonstrado que os adolescentes demonstram uma variabilidade considerável dos padrões de sono, ainda que com diferenças intra-individuais na duração do sono (Telzer, Goldenberg, Fuligni, Lieberman & Gálvan, 2015; Lin & Yi, 2015). Tem-se verificado que esta variabilidade de sono tem consequências negativas ao nível da saúde, uma vez que as crianças e os jovens normalmente necessitam de mais horas de sono que os adultos, pois o sono é essencial para a maturação do cérebro (Telzer et al., 2015). Investigadores têm proposto que o propósito primário do sono é a promoção do desenvolvimento cerebral e que um padrão deficitário de sono traz alterações ao nível da função neuronal, nomeadamente a neurocognição (formação da memória e aprendizagem, funções executivas e aspectos no desenvolvimento emocional), do comportamento (comportamento desafiante; abuso de substâncias) e do desempenho cognitivo (Telzer et al., 2015).

Além das alterações a nível neuronal, existe ampla evidência de que uma quantidade e qualidade inadequada de sono está relacionada com problemas em diversos aspectos na vida dos adolescentes (Roane & Taylor, 2008; Franic et al., 2014; Lin & Yi, 2015). As maiores alterações no padrão de sono do adolescente são caracterizadas por um deitar tarde e acordar tarde de manhã por razões biológicas (*e.g.* alteração do ciclo do sono pela entrada na puberdade), mas também psicossociais (*e.g.* aquisição de autonomia) (Franic et al., 2014; Lin & Yi, 2015). Os resultados de estudos com adolescentes em que as práticas de sono não são saudáveis (*e.g.* reduzida duração de sono) ou são patológicas (*e.g.* insónia) demonstraram que os adolescentes se tornam mais susceptíveis a consumos abusivos de substâncias (*e.g.* nicotina, álcool, drogas) (Johnson & Breslau, 2001; Roane & Taylor, 2008); a problemas comportamentais (Lin & Yi, 2015), nomeadamente comportamentos delinquentes (Clinkinbeard, Simi, Evans

& Anderson, 2011), à depressão (Alfano, Zakem, Costa, Taylor & Weems, 2009), à ansiedade (Alfano, Zakem, Costa, Taylor & Weems, 2009); à emergência de ideações suicidas (Wong & Brower, 2012; Franic *et al.*, 2014), ao pobre desempenho académico (Lin & Yi, 2015) e à diminuída capacidade cognitiva, que está intimamente relacionada também com o desempenho académico (Dahl & Lewin, 2002). Baglioni, Spiegelhalter, Lombardo e Riemann (2010) evidenciaram que padrões de sono disruptivos estão também relacionados com o bem-estar emocional, ou seja, que há um aumento de reacções negativas perante eventos, que derivam da privação do sono, concluindo que as práticas não saudáveis de sono são um factor de risco para o bem-estar emocional dos adolescentes (Lin & Yi, 2015).

### **Bem-Estar Psicológico na Adolescência**

O conceito de bem-estar tem sido estudado pela Psicologia Positiva, que é uma abordagem da psicologia que dá especial relevância às variáveis positivas do comportamento humano (Cabral, 2011). Esta abordagem privilegia o estudo das emoções, valores e experiências positivas do comportamento do ser humano, nomeadamente as experiências subjectivas positivas (*e.g.* felicidade, optimismo, bem-estar, esperança); os traços individuais positivos (*e.g.* coragem, perseverança, originalidade) e as virtudes cívicas (*e.g.* civismo, altruísmo, responsabilidade) (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Araújo, Cruz & Almeida, 2007).

O início da investigação deste constructo, a esta abordagem da psicologia se deve. Na literatura existente o conceito de bem-estar é muitas vezes aplicado como sinónimo de ‘satisfação com a vida’, ‘felicidade’, no entanto estes constructos são diferentes entre si. Segundo Ryan e Deci (2001), o constructo de ‘bem-estar’ vincula-se a duas abordagens distintas: hedónica (ausência de dor, sofrimento, obtenção máxima de prazer - felicidade) e eudaimónica (bem-estar ao nível de um funcionamento psicológico positivo – realização pessoal). Enquanto a primeira se pauta pela ausência de afecto negativo, a segunda passa por uma vivência humana completa (Ryan & Deci, 2001). Schmutte e Ryff (1997; Fernandes, 2007) concluíram, no seu estudo, que a personalidade é uma determinante para o bem-estar.

Assim, o bem-estar tem sido estudado em duas linhas, por um lado o BES, por outro o BEP. A grande diferença entre as duas linhas é que o modelo de BES é conceptualizado a partir da ideia de felicidade, que combina a satisfação geral com a vida e o afecto positivo; e o modelo do BEP considera a felicidade, contudo contempla também dimensões psicológicas importantes para um funcionamento psicológico

positivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Cabral, 2011). Para Keys, Shmotkin & Ryff (2002), o modelo de BES apenas permite avaliar a felicidade sentida pelo indivíduo, enquanto que o BEP permite analisar o sentimento de felicidade em vários domínios psicológicos e identificar os recursos psicológicos que o indivíduo tem, ao nível das relações interpessoais, aceitação de si, entre outros.

No presente estudo, pretende-se estudar a linha do BEP. A Carol Ryff se deve o desenvolvimento do actual modelo desenvolvido do BEP, que comporta seis dimensões: 1) autonomia (capacidade de auto-regulação e sentimento de autodeterminação); 2) crescimento pessoal (sentimento de desenvolvimento contínuo e abertura a experiências que tenham em vista a maximização do seu potencial); 3) domínio sobre o meio (capacidade de gestão da sua vida e de situações e exigências extrínsecas a si); 4) objectivos na vida (definição de propósitos de vida e auto-realização); 5) relações positivas com os outros (estabelecimento de relações positivas com os outros); 6) aceitação de si (percepção e aceitação de aspectos do próprio relacionados com características boas e menos boas) (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Estas seis dimensões definem um funcionamento psicológico positivo, no entanto não conduzem ao bem-estar, mas compreendem em si o bem-estar (Ryff, 1989). Ryff (1989), através do modelo pretendeu desenvolver o conceito de bem-estar psicológico numa perspectiva mais psicológica atendendo aos indicadores de maturidade e equilíbrio psíquico. Neste modelo, o BEP é definido como um constructo multidimensional que abarca dimensões do funcionamento psicológico positivo, na idade adulta e velhice (Fernandes, 2007).

Poucos são os estudos que investigam o BEP em adolescentes tendo em conta o modelo de Carol Ryff, debruçando-se mais numa abordagem hedónica. Apesar do modelo ter sido desenvolvido para a idade adulta, considera-se que as dimensões do funcionamento psicológico positivo, como objectivos de vida, crescimento pessoal, autonomia, sejam importantes para a compreensão do bem-estar na adolescência, uma vez que se relacionam fortemente com a formação da identidade pessoal, tarefa desenvolvimental considerada na fase da adolescência (Erikson, 1995), devendo assim ser consideradas em investigações com adolescentes (Fernandes, 2007). Com esta lacuna existente na literatura, Fernandes (2007) debruça-se sobre o BEP na adolescência através da validação da escala e modelo de Carol Ryff.



## **Uso problemático da Internet**

Com o avanço da tecnologia cada vez mais se debruça sobre os comportamentos *online*, mais precisamente das actividades que se realizam no âmbito da *internet*, que hoje em dia é um meio de comunicação, pesquisa, diversão, mas que também poderá ser um meio de patologia. Ainda que o uso da tecnologia seja no geral benéfico a todos os níveis, cada vez mais a literatura alerta para um uso problemático ou desadaptativo das tecnologias, principalmente da *internet*, que tem consequências a nível psicológico e comportamental (Boubeta, Ferreira, Salgado & Couto, 2014).

No contexto português, os censos de 2011 apontam para que cerca de 64% dos agregados familiares tenham acesso a um computador e 58% tenham acesso à *internet* (INE, 2011). Relativamente à utilização da *internet*, as estatísticas indicam que há um maior número de jovens a usar a *internet*, sendo esse número maior em função do nível de escolaridade (PORDATA, 2013).

Estudos nacionais e internacionais apontam para cada vez mais ser necessário haver uma compreensão dos comportamentos de uso excessivo ou problemático da *internet*, alertando para a prevalência dos mesmos. Em 2012, o relatório do *EUkids Online* assinala que 29% dos jovens tem um ou mais componentes do uso problemático da *internet*.

Com o presente estudo, pretende-se contribuir para o conhecimento dos comportamentos *online*, assim como as suas relações com variáveis psicológicas.

### ***Definição, Terminologia e Tipologia***

O fenómeno do uso problemático da *internet* foi introduzido pela psiquiatra Ivan Golberg, que o definiu como sendo um estado neurótico e irritável quando o indivíduo fica privado do comportamento (Golberg, 1996). No entanto, este comportamento, que tem captado muita atenção de investigadores, tem também sofrido múltiplas definições, não se tendo, até á data, chegado a um consenso sobre a sua definição, terminologia e tipologia.

Segundo Griffiths (2015), existem diversos comportamentos que têm potencial para resultar numa dependência (*e.g.* exercício; sexo; trabalho; *gambling*), chamando-lhe dependências comportamentais; no entanto, estas ainda não são consideradas como ‘verdadeiras’ dependências pelas organizações médicas e psiquiátricas. Segundo este autor, a dependência da *internet* é vista como uma dependência deste tipo, sem substância, mas que resulta da interacção entre vários factores, incluindo a

predisposição biológica e genética do indivíduo; a sua constituição psicológica (*e.g.* personalidade, motivações, atitudes, crenças, etc); o seu contexto social e a natureza da actividade propriamente dita.

Já Kandell (1998) define dependência da internet como uma dependência psicológica que é independente da actividade realizada *online*.

Young (1998), por sua vez, caracteriza a dependência da internet considerando como modelo os critérios de diagnóstico do jogo patológico (*pathological gambling*) acabando por definir como uma perturbação de controlo dos impulsos que, contudo, não envolve a ingestão de substâncias psicoativas.

Shaphira *et al.* (2003), equiparadamente a Young, conceptualiza o fenómeno da dependência da internet como uma perturbação de controlo dos impulsos, caracterizada como a tensão e a excitação experienciadas antes de estar *online* e o relaxamento e aumento de prazer sentidos após o comportamento.

Rice (2005) vai um pouco mais longe e além de salientar o facto da dependência da internet ser um comportamento compulsivo, afirma que é um comportamento que interfere com a rotina diária do indivíduo, tendo consequências negativas nessa mesma rotina.

Beard e Wolf (2001) prendem-se essencialmente com as consequências negativas a nível psicológico, social, escolar/laborais que a utilização desadaptativa da internet traz à vida do indivíduo; quer isto dizer que baseiam o seu diagnóstico de dependência nessas mesmas consequências.

Actualmente, o jogo patológico é a primeira dependência comportamental a ser reconhecida e a estar presente no *Diagnostic and Estatic Manual of Mental Disorders* (DSM-V), o que abre caminho para que outros comportamentos excessivos possam ser incluídos na secção de dependências sem substância, sendo que nesta edição do DSM já foi incluído o *gambling* na secção dos apêndices (APA, 2013).

Tendo em conta a multiplicidade de definições avançadas pelos investigadores, gera-se igualmente uma ampla discussão sobre qual a melhor terminologia a utilizar como recurso para o fenómeno em estudo. Originalmente, a nomenclatura utilizada era *internet addiction disorder* (Golberg, 1996), sendo que actualmente o leque de terminologias é extenso: *internet addiction* (Young, 1998; Wang *et al.*, 2013); *pathological internet use* (David, 2001); *problematic internet use* (Caplan, 2002); *internet dependency* (Wang, 2001); *excessive internet use* (Kaliszewska-Czeremska, 2011). Para o presente estudo, a designação do fenómeno considerada foi *problematic internet use* ou uso problemático da internet (UPI), uma vez que se conceptualiza que o

UPI não implica uma dependência, mas partilha características de uma dependência de substância, sendo um contínuo gradual em que os indivíduos não apresentam ou apresentam sintomas moderados até sintomas e comportamentos patológicos.

No que diz respeito á tipologia, autores afirmam ser importante fazer uma diferenciação entre dependência *na* internet e dependência *da* internet, ou seja, enquanto na primeira a internet é apenas um meio para chegar a uma adição específica (*e.g.* pornografia), a segunda diz respeito a uma dependência da internet no geral, por simplesmente já ser agradável estar online (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014). É relevante, também, ter em conta que há indivíduos que usam excessivamente a internet, mas que não são dependentes desta (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014), segundo vários autores (Young, 1998; Kesici & Sahin, 2009); estes indivíduos utilizam a internet com um propósito, sendo que se conseguem controlar quando utilizam a internet e têm comportamentos ditos ‘normais’ quando são privados da internet.

Segundo Davis (2001), este uso patológico da internet pode ser dividido em duas categorias: específico, e generalizado. O primeiro diz respeito a dependência de uma determinada função da internet, como conteúdo de cariz sexual online, *gambling*, etc. É o resultado de uma pré-existência de psicopatologia que está associada a actividade online. O segundo é um uso multidimensional, ou seja, inclui perda de tempo na internet sem um objectivo específico, normalmente estes indivíduos passam grande parte do tempo a verificar o *email* e/ou em salas de *chat*. Este segundo tipo tem um contributo significativo do contexto social do indivíduo, como a falta de suporte social ao nível da família e dos pares, e o isolamento social que poderá ser agravado com o prolongamento do UPI. Aqui existe também um papel relevante da procrastinação, que diz respeito ao adiar uma acção, afastando assim as responsabilidades, o que traz consequências no funcionamento diário.

Tendo em conta a categorização de Davis, relativamente ao uso específico da internet, Young, Pistner, O’Mara e Buchanan (2000; Young, 2009) identificaram cinco sub-tipos de uso: a) apostas *online*; b) pesquisa de informações; c) ciber-sexo; d) ciber-relacionamentos; e) jogos *online*. Recentemente, outros autores têm avançado com outros sub-tipos como o uso problemático do telemóvel (Hadlington, 2015; Billieux, Maurage, Lopez-Fernandez, Kuss & Griffiths, 2015) e das redes sociais (Castilho, 2013; (Vilca & Vallejos, 2015), mais concretamente do *facebook* (Zaremohzzabieh, Samah, Omar, Bolong & Kamarudin, 2014).

## ***Crêterios de Diagnóstico***

Dada a pouca literatura existente, assim como evidência empírica sobre o UPI, os cr terios de diagnóstico carecem igualmente de consenso, tendo-se alguns investigadores adiantado com possíveis de cr terios de diagnóstico.

A Kimberly Young deveu-se o início da investiga o do fenómeno do PIU, tendo sido a primeira a conceptualizar este fenómeno e a definir os cr terios de diagnóstico com base nos cr terios do *gambling*. Young (1998) começou por formular um instrumento de avalia o (Questionário de Diagnóstico) do PIU tendo por base os cr terios do DSM, (4th ed., American Psychiatric Association, 1994) para as dependências sem substância (*gambling*). Assim, o seu instrumento consistia em 8 itens formulados para avalia o do PIU, em que os indivíduos apenas têm que responder ‘sim’ ou ‘não’, sendo que os indivíduos com cinco ou mais respostas ‘sim’ são categorizados como dependentes, uma vez que preenchem os cr terios de diagnóstico. O restante   classificado como não dependente.

Beard e Wolf (2001) modificaram os cr terios de Young, recomendando que os cinco primeiros cr terios fossem essenciais para o diagnóstico do PIU, uma vez que podem acontecer sem ter qualquer prejuízo para a vida do indivíduo ou ser considerado dependente. E que pelo menos um dos últimos três seria necessário, dado que, segundos os autores, os três últimos cr terios prendem-se essencialmente com a capacidade do indivíduo para ter estratégias de *coping* e têm também impacto nas interac es interpessoais do indivíduo.

Segundo Davis (2001), os sintomas mais relevantes para o diagnóstico do UPI são os cognitivos, são estes que antecedem e causam os sintomas afectivos e comportamentais. Estes dizem respeito aos pensamentos obsessivos sobre a *internet*, como estar sempre a pensar nisso enquanto se está *offline*, o antecipar o tempo de estar *online*; por não haver um controlo do impulso de querer estar sempre *online*,   incapacidade de não conseguir cessar o tempo de estar *online*, ao sentimento de que a *internet*   o único ‘amigo’, o único sítio onde se sente bem consigo próprio e com o mundo   sua volta; e por fim a sensa o de culpa que estes indivíduos têm, relativamente ao tempo que passam *online* na *internet*.

Saphira et al. (2003), por sua vez, propõem cr terios que possam englobar indivíduos com UPI, mas sem descurar as co-morbilidades possíveis de ocorrerem, uma vez que podem ter responsabilidade na sintomatologia do sujeito.   definida uma nova possibilidade de cr terios de diagnóstico, pelo facto do método de diagnóstico que tem

como base a perturbação de consumo abusivo de substâncias ou o *gambling* não alcançar o objectivo do novo modelo de diagnóstico, sendo que se chega a conclusões prematuras e é impedida uma exploração mais aprofundada para um diagnóstico diferencial. Considerando o mencionado, Saphira et al. (2003) definem que o critério de diagnóstico para o UPI tem que ver com a) preocupação desajustada do uso da *internet*, indicada segundo um dos seguintes factores: 1) preocupações com o uso da *internet* que é experienciado como irresistível; 2) uso excessivo da *internet* por períodos maiores que o planeado; b) uso da *internet* ou preocupação com o mesmo que causa stress ou prejuízo clinicamente significativo na esfera social, ocupacional e/ou noutras esferas de funcionamento da vida do indivíduo; c) uso excessivo da *internet* que não ocorre exclusivamente durante períodos de hipomania ou mania, e que portanto não é atribuído a perturbações do eixo I do DSM.

Ko, Ju-Yu, Cheng-Chung e Chen (2006) debruçaram-se sobre os critérios de diagnóstico para a população adolescente, tendo definido três eixos – A, B e C. O eixo A contem nove sintomas característicos do UPI, como a preocupação; o impulso incontrolável; uso maior que o planeado; controlo deficiente; tolerância; abstinência; tempo e esforço passado na *internet* excessivo e dificuldade na tomada de decisão. O eixo B prende-se com as consequências negativas no funcionamento do indivíduo. E o eixo C diz respeito à lista de sintomas exclusivos para eliminar a possibilidade de uma perturbação psicótica ou bipolar I.

Tao, Huang, Wang, Zhang, Zhang e Li (2010) avançaram também com oito sintomas como critério de diagnóstico, tendo por base as características dos pacientes de nacionalidade chinesa que apresentavam UPI, excluindo pacientes com perturbação psicótica ou bipolar tipo I. Os autores defendem que há dois sintomas que são necessários para o diagnóstico de UPI: 1) preocupação, ou seja, o pensamento constante sobre a sessão *online* anterior e antecipação da próxima; 2) humor disfórico (e.g. irritabilidade), durante dias privado da *internet*. Além dos mencionados anteriormente, deve estar presente pelo menos mais 1 (um) ou mais dos seguintes sintomas: 1) aumento marcado do uso da *internet* necessário para alcançar a satisfação (tolerância); 2) desejo persistente e/ou tentativas frustradas de controlar, reduzir ou interromper o uso; 3) persistência do uso da *internet*, apesar do conhecimento consciente de um problema físico ou psicológico que se iniciou ou agravou devido ao uso; 4) perda de interesses por passatempos anteriores e entretenimento (à excepção do uso da *internet*); 5) uso da *internet* como alívio do humor disfórico (e.g. irritabilidade, culpa, ansiedade). Os autores defendem ainda que se deverá ter em atenção, igualmente, os aspectos

psicossociais relacionados com competências sociais, académicas e laborais. Para o diagnóstico de UPI, os sintomas devem estar presentes há pelo menos 3 (três) meses com pelo menos 6 (seis) horas de uso da *internet* (não contabilizando o tempo laboral/académico) por dia.

Griffiths (2015), numa mesma linha que Tao et al. (2010), defende que qualquer dependência, seja ela química ou comportamental, contem seis components – a) saliência ocorre quando a actividade se torna a mais importante da vida do sujeito tornando-se aquela que domina o seu pensamento; b) alteração de humor, que diz respeito às experiências subjectivas que os indivíduos reportam como sendo consequência de estarem activos na actividade, e que podem ser vistas como uma estratégia de *coping*; c) tolerância refere-se ao facto de o tempo envolvido na actividade aumentar de forma a atingir e elevar os efeitos de satisfação; d) abstinência são os sentimentos e estados físicos negativos que o indivíduo sente quando não está envolvido na actividade; e) conflitos, que se prendem essencialmente com os outros que os rodeiam (esfera social), em outras actividades que desenvolvam (esfera laboral/académica) e com os próprios (esfera pessoal); e por fim as f) recaídas, que se entende pelo novo envolvimento na actividade após um tempo de control.

Tendo em conta o mencionado anteriormente, e tal como Van Rooji e Prause (2014) afirmam, salientam-se os aspectos comuns e que têm vindo a ganhar consenso quanto à importância da sua identificação aquando de um diagnóstico de UPI: 1) a preocupação constante com a actividade *online*, antecipando a sensação de bem-estar ganha pelo uso da *internet*; 2) o pouco control no uso, quer na sua redução, quer no término ou interrupção do mesmo; 3) o humor, ou seja, a *internet* servir para aliviar afecto negativo, assim como a alteração de humor que surge quando o indivíduo está privado do seu uso; e por fim 4) as consequências negativas resultantes do uso em várias dimensões da vida do sujeito (e.g. social, familiar, académica).

### ***Co-morbilidades e Factores de risco***

Aquando do diagnóstico de UPI é muitas vezes complicado perceber se a o UPI é uma manifestação subjacente a outra perturbação mental ou a perturbação em si. Assim, têm vindo a ser estudadas as co-morbilidades existentes com o UPI.

Autores têm verificado que as co-morbilidades existentes são diferentes quando se trata de adultos ou adolescentes, no entanto em alguns casos verificam-se coincidências. Num estudo de Bernardi e Pallenti (2009) com cinquenta adultos, as

percentagens variaram entre 7% e 15% para perturbação da atenção e deficit de atenção; hipomania; perturbação alimentar *binge-eating*; perturbação de ansiedade generalizada; perturbação de ansiedade social; perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva; perturbação de personalidade *boderline* e perturbação de personalidade evitante.

Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin e Kim (2006), numa investigação com uma amostra de 836 adolescentes dos quais 170 apresentavam sintomas de UPI, concluíram que além de UPI os jovens apresentavam perturbação de hiperactividade e deficit de atenção e sintomas depressivos. Shaphira et al. (2000), estudou as várias características psiquiátricas dos pacientes com UPI, tendo chegado à conclusão que muitos não apresentavam apenas uma característica, e manifestavam com maior prevalência perturbação de humor, nomeadamente perturbação bipolar I; perturbação ansiosa, nomeadamente perturbação de pânico com ou sem agorafobia. Liberatore, Rosario, Martí e Martínez (2011), num estudo com uma amostra clínica de 71 adolescentes, evidenciaram a existência de UPI e de psicose, ansiedade e perturbação de humor (depressão *major*; perturbação bipolar I e II). Demetrovics, Szeredi e Rózsa (2008) na sua investigação, encontraram na sua amostra níveis elevados de UPI, mas igualmente de perturbação do comportamento, e, tal como outros autores, ansiedade e depressão. Dong, Lu, Zhou e Zhao (2011), no seu estudo, concluíram que antes do desenvolvimento do UPI, os indivíduos que foram diagnosticados com UPI, já apresentavam elevados níveis de ‘obsessão-compulsão’ quando aplicado o SCL-90 (*Symptom CheckList-90*). Tsai et al. (2009) concluiu que o UPI está relacionado com o aumento de padrões de sono disruptivos (e.g. insónia), que se tornam em longas sessões de *internet* ao longo da noite e que resultam em excessiva fadiga diurna.

Vários autores indicam que o UPI tem vários factores de risco que antecedem o desenvolvimento da patologia. O fenómeno do UPI é multidimensional, estando presentes heterogéneos e múltiplos factores (Burnay, Billieux, Blairy & Larøi, 2015)

Segundo Griffiths (2015) os factores de risco prendem-se com a esfera familiar, social e pessoal, como haver historial de dependências na família, ter um suporte e supervisão familiar deficiente, ser um indivíduo com um suporte social fraco, resultando em elevados níveis de solidão e isolamento, acabando por ganhar esse suporte emocional através da socialização que acontece via *internet* (Kuss, Griffiths & Binder, 2013). Ressalta-se que um dos preditores do UPI é o prazer que se ganha com a comunicação que se faz através da *internet*, o que aponta para que o uso de todas as aplicações sociais (e.g. *facebook*; *twitter*; *instagram*; *chat online - whatsapp*) aumente a possibilidade de risco de UPI (Kuss, Griffiths & Binder, 2013). O UPI também está

relacionado significativamente com a tendência, denominada urgência, de actuar precipitadamente quando confrontado com afectos negativos. Ou seja, em situações com que os indivíduos se deparam com sentimentos negativos experienciam a urgência de usar a *internet* para aliviar esses sentimentos, emoções, afectos ou eventos. Poder-se-á concluir que a *internet*, para os indivíduos com UPI, é uma estratégia de *coping* maladaptativa (Burnay, Billieux, Blairy & Larøi, 2015).

Tsai et al. (2009), numa amostra de estudantes universitários, concluíram que havia relação entre o UPI e o género masculino, características de personalidade neurótica e um deficiente suporte emocional.

Valcke, Bonte, De Wever & Rots (2010; Şenormancı, Şenormancı, Güçlü & Konkan, 2014), apontam para que os estilos parentais influenciem a existência ou não de UPI. Os autores avançam que um estilo permissivo é um factor de risco, visto que os jovens não têm controlo sobre quando estão *online*, nem sobre que actividades executam na *internet*.

Em suma, será necessário ter especial atenção à esfera social e familiar, uma vez que a presença de aspectos deficientes nestas dimensões poderá constituir factores de risco para o desenvolvimento de UPI.

## ***Modelos de Compreensão***

### ***Modelo Biopsicosocial***

Pezoa-Jares, Espinoza-Luna e Vasquez-Medina (2012) defendem que as dependências resultam de uma interacção de factores biológicos, psicológicos e ambientais. Tendo em conta isto, Beard (2005) propõe o modelo biopsicosocial para a compreensão do fenómeno do UPI, integrando factores biológicos e genéticos, factores psicológicos, familiares e ambientais e dinâmicas culturais.

De uma perspectiva biológica, poderá haver mudanças a nível biológico e neuronal que proporcionem o envolvimento do indivíduo numa dependência, como, por exemplo quantidade insuficiente de serotonina ou dopamina, bem como a existência de uma combinação de genes que torna o indivíduo mais predisposto a um comportamento aditivo. Assim, o uso da *internet* poderá ser o comportamento que altera estados fisiológicos e favorecer a homeostase do organismo. A psicofarmacologia pode ser um auxiliar para o combate da dependência (Beard, 2005).



Do ponto de vista psicológico, o autor afirma haver dois processos que influenciam o iniciar, manter e mudar um comportamento aditivo, que são o condicionamento clássico e o condicionamento operante. As alterações fisiológicas correm através de estimulações externas, que no caso do UPI se prendem com ver o computador, ligar o computador, ou esperar que a informação proveniente da *internet* faça *download* (condicionamento clássico). Acaba por existir uma associação entre o estado interno do indivíduo, que é prazeroso, com um determinado comportamento, o que resulta na contribuição para a dependência psicológica dos sentimentos experienciados aquando do uso da *internet*. No que diz respeito ao condicionamento operante, este foca-se no reforço do comportamento através dos ganhos que o indivíduo tem ao nível de pensamentos, sentimentos e comportamentos. O uso da *internet* pode ser reforçado através do ganho de se conseguir aceder à informação mais rapidamente; poder estar em contacto com pessoas e portanto sentir-se num grupo de pertença (Beard, 2005).

A visão social reconhece que poderá haver dinâmicas familiares, sociais e culturais que promovam o UPI, como o facto de o indivíduo usar a *internet* para refúgio de conflitos familiares, ou não ter competências sociais. No entanto, o UPI poderá criar um impacto significativo a nível social e ocupacional sem o indivíduo se aperceber disso, uma vez que considera que apenas usa a *internet* para conhecer pessoas, manter contacto, poder passar os tempos livres ou para o trabalho, não se apercebendo do comportamento excessivo e disruptivo que muitas vezes se prende com um recurso para lidar com o contexto situacional. O facto de hoje em dia estarmos em plena ‘era digital’, marcados por uma cultura de ‘avançada tecnologia’, e por muitos meios onde o indivíduo se insere (*e.g.* local de trabalho; escolar; ter que ter internet em casa) haver a pressão do uso da *internet* pode ser um ponto que encoraja o UPI (Beard, 2005).

Esta multiplicidade de factores, conjugados e relacionados, conferem um modo de explicação do UPI.

### *Modelo Cognitivo-Comportamental*

Davis (2001) desenvolve o modelo cognitivo – comportamental conceptualizando que o fenómeno do UPI está intimamente relacionado com cognições problemáticas, sendo também associadas a comportamentos que mantêm ou aumentam estas cognições desajustadas, resultando em consequências negativas para o indivíduo.

O ponto central deste modelo prende-se com as cognições mal adaptadas, que surgem por haver uma disfunção cognitiva, podendo ser acerca de si próprio e/ou do mundo, sendo segundo o autor, suficientes para o aparecimento do UPI. As primeiras relacionam-se com uma visão negativa de si próprio, levando a uma procura de respostas positivas, pelos outros, de uma forma não ameaçadora, através da *internet*. As segundas, acerca do mundo, dizem respeito ao facto do indivíduo apenas conceptualizar que a *internet* é o único sítio em que é amado e respeitado pelos outros (Davis, 2001). As respostas positivas que advêm do estar online acabam por reforçar o comportamento, aumentando a probabilidade de nova ocorrência. Uma vez que existiu reforço, então o indivíduo está condicionado para realizar a actividade mais frequentemente de forma atingir a mesma resposta que no acontecimento inicial (Davis, 2001).

Caplan (2010) identifica constructos cognitivos e comportamentais que se associam com as consequências negativas que estão associadas ao uso da *internet* – preferência por interacção social *online* (PISO); regulação de humor; deficiente auto-regulação; preocupação cognitiva e comportamento compulsivo.

PISO advém de crenças de que através da *internet* as interacções interpessoais são mais seguras, mais eficazes e mais confortáveis que as interacções face-a-face. É argumentado que os indivíduos que têm sentimentos de solidão, que sofrem de ansiedade social ou que têm capacidades sociais deficitárias podem ter níveis de PISO mais elevados pelo facto de a interacção *online* ser para eles menos ameaçadora e os próprios conseqüentemente serem socialmente mais sucedidos. Kim, LaRose e Peng (2009), concluíram que a solidão, assim como as competências sociais deficitárias, eram um predictor significativo de PISO. Caplan (2007) concluiu que ansiedade social era igualmente um predictor de PISO. Juntando tudo o que foi concluído, é possível sugerir que o PISO seja um componente significativo do UPI (Caplan, 2010). A regulação de humor também tem sido apresentada na literatura como uma componente de UPI, ou seja, a *internet* atenua a ansiedade sentida perante a exposição pessoal (no caso de ansiedade social); controla os sentimentos de solidão, pois o indivíduo sente que tem uma rede de suporte através das suas interacções *online*. A literatura tem vindo a sugerir que está envolvido no UPI uma auto-regulação deficiente, ou seja, a incapacidade de monitorizar, controlar adequadamente o seu controlo face a determinado aspecto. Este constructo baseia-se em sintomas cognitivos e sintomas comportamentais da auto-regulação deficiente para a explicação do UPI, ou seja, é proposto que a manifestação cognitiva de auto-regulação deficiente envolva uma preocupação cognitiva

(pensamentos constantes e ruminativos), neste caso com a *internet*, e que o uso compulsivo da *internet* seja um aspecto comportamental da auto-regulação deficiente.

No seu estudo de validação do modelo, Caplan (2010) concluiu que o PISO era um predictor significativo da regulação de humor e da deficiente auto-regulação do uso da *internet*. Usar a internet como modo de regulação de humor era um predictor significativo de auto-regulação deficiente, e um mediador da relação entre PISO e auto-regulação deficiente e que a auto-regulação deficiente era um predictor significativo de consequências negativas associadas ao UPI e um mediador entre as relações de PISO e as consequências negativas associadas ao UPI e de regulação de humor e consequências negativas associadas ao UPI, concluindo, desta forma, a partir do seu estudo, que o PISO é o componente cognitivo chave do UPI, que a auto-regulação deficiente e a regulação de humor são aspectos centrais no UPI.

Kaliszewska-Czeremska (2011), na mesma linha que Caplan, parte do pressuposto que o UPI é um fenómeno multidimensional e que o seu desenvolvimento é processual.

A autora centra-se nas disfunções cognitivas, na forma de crenças negativas sobre si próprios, o seu ambiente e relações, que se relacionam com uma auto-regulação deficiente, que por sua vez se relaciona com um funcionamento deteriorado, levando ao UPI. A autora avança demonstrando que, apesar de aspectos cognitivos, estes também estão em relação com factores de cariz subjectivo (*e.g.* temperamento; estratégias de *coping*) e de cariz contextual (*e.g.* suporte social; características sócio-demográficas). A relação entre os factores cognitivos, subjectivos e contextuais é o que compõe e explica o uso excessivo da *internet* (Kaliszewska-Czeremska, 2011).

### ***Intervenção***

Vários estudos têm tido em vista a intervenção a ser feita em dependências comportamentais, surgindo sempre o mesmo molde de intervenção que as dependências químicas (Griffiths, 2015).

A terapêutica psicofarmacológica consiste em disponibilizar um medicamento químico que ajude o indivíduo na sua dependência. Ainda que seja uma terapêutica usada maioritariamente para dependentes de substâncias, este tipo de intervenção tem também crescido no caso de dependências comportamentais, existindo a crítica de que o uso exclusivo desta intervenção não é eficaz, uma vez que tem impacto sobre os sintomas, mas não sobre as razões subjacentes para a ocorrência dos mesmos (Pezoa-Jares, Espinoza-Luna & Vasquez-Medina, 2012; Griffiths, 2015).

Uma intervenção sobre o PIU é nos sintomas cognitivos que se deve focar. (Davis, 2001). Profissionais têm tido sucesso na prática de uma terapia cognitivo – comportamental (TCC) para o tratamento de dependências comportamentais. Griffiths (2015) afirma haver diferentes abordagens na intervenção de TCC, realçando a terapia, a entrevista motivacional e a prevenção de recaídas. O mesmo autor refere também que a TCC toma, como ponto de partida, que o vício é uma estratégia para lidar com situações difíceis. No que diz respeito à entrevista motivacional, Shek, Tang e Lo (2009; Orzack, Voluse, Wolf & Hennen, 2006) integraram elementos no tratamento do UPI. Esta entrevista é directiva, centrada no paciente e de aconselhamento, trabalhando-se com o indivíduo a responsabilização da tomada de decisão sobre a sua mudança, parecendo ser um ponto de partida para o tratamento, por ajudar os pacientes a tomarem o tratamento como sua propriedade.

Young (2011) parte da premissa de que os pensamentos determinam estados internos para apresentar as 3 fases da TCC. Segundo a autora, a TCC ensina a controlar os pensamentos e a identificar aqueles que desencadeiam os sentimentos que causam as dependências, aprendendo novas estratégias de *coping* e formas de prevenir as recaídas. O foco da TCC é nas crenças cognitivas e suas distorções, que acabam por desenvolver efeitos no comportamento. No entanto, com os indivíduos com UPI tem sido sugerido que a fase inicial da terapia seja comportamental, centrando-se nos comportamentos e situações específicos em que o controlo dos impulsos se faz com maior dificuldade. Assim, Young (2011) sugere três fases da TCC – modificação comportamental; reestruturação cognitiva e *harm reduction therapy* (HRT).

Na primeira fase – modificação comportamental -, é necessário conhecer a rotina diária do uso da *internet* do indivíduo, de forma a conseguir perceber-se quais as actividades, situações e emoções que accionam o uso da *internet* para posteriormente fazer-se um plano de terapia adequado às necessidades do paciente. Young (2011) propõe, para o efeito, que o indivíduo elabore um diário de uso da *internet*, que consiste em anotar o dia, o tempo de cada sessão *online* e a actividade realizada *online*. Seguidamente, deve também registar quais as actividades completas; as actividades interrompidas enquanto *online* e os sentimentos vivenciados após cada sessão *online*. Este diário não só ajuda o terapeuta, como é uma forma do indivíduo se ir apercebendo dos seus progressos, visualizando a redução de horas *online* e abstinência delas. Para os indivíduos é importante que se criem mudanças que possam ser ‘mensuráveis’, para uma maior motivação, uma vez que os pacientes acabam por se sentir com capacidade para controlar o impulso que frequentemente leva à recaída (Young, 2011).

Relativamente à reestruturação cognitiva, esta prende-se essencialmente com trabalhar as cognições e pensamentos distorcidas/os que proporcionam o desenvolvimento do UPI, como ‘eu *offline* não sou ninguém’; ‘só *online* é que as pessoas gostam de mim’; ‘*online* é o único sítio onde sou respeitado’, etc. A reestruturação cognitiva tem como objectivo cessar com este padrão, ajudando o paciente a pensar sobre o que está por detrás desses pensamentos e cognições, trabalhando com o indivíduo a reavaliação e interpretação dos mesmos e que o mantêm *online*. Com isto, o cliente vai sendo capaz de descobrir novas maneiras saudáveis de construir a auto-estima e ver como é possível consegui-lo na vida real e não apenas virtualmente. O facto de se ajudar o indivíduo a tornar-se consciente das suas distorções cognitivas ajuda-o também a reconhecer quando está a ficar envolvido pelas mesmas, sendo mais fácil conseguir interromper o padrão (Young, 2011).

Por último, a última fase que diz respeito à *Harm Reduction Therapy* (HRT); esta terapia é usada de forma a conseguir identificar os factores que co-existem para o desenvolvimento do UPI, que podem ser pessoais, situacionais, sociais ou psiquiátricos. Com a HRT tem-se como objectivo diagnosticar e tratar as razões que estão subjacentes ao UPI. A HRT é baseada na crença de que a dependência se desenvolve nos indivíduos através de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais. Esta abordagem, usada para o tratamento de dependências de substâncias, procura reduzir o impacto da dependência na vida dos sujeitos, trabalhando as suas consequências a nível ocupacional, mas também a nível psicológico e emocional. O ponto fulcral é que se tem em conta os pontos fortes da pessoa e o ponto de partida é a capacidade que o indivíduo tem para a mudança (Young, 2011).

Pezoa-Jares, Espinoza-Luna & Vasquez-Medina (2012) apontam também para o uso da terapia da realidade (TR) como modo de intervenção. Esta terapia é baseada na teoria da escolha e teoria do controlo, ou seja, assume-se que os indivíduos são responsáveis pelas suas vidas e pelo que pensam, sentem e fazem, o que traduz que os indivíduos com UPI o fazem por escolha. A TR defende que a chave para a mudança reside na escolha de mudar a nossa forma de pensar e consequentemente o nosso pensamento.

A terapia familiar é uma intervenção importante no caso do UPI e principalmente com adolescentes, uma vez que estudos concluem a existência de conflitos familiares, tanto como factor de risco, como consequência, nestes indivíduos. Esta intervenção deve-se centrar em várias áreas: a) psico-educação sobre como o uso da *internet* pode ser problemático; b) redução da culpa do indivíduo com UPI pelos seus

comportamentos; c) trabalhar a comunicação intra-familiar; d) incentivar a família a colaborar e envolver-se na recuperação do membro com UPI (Young, 1999)

Geralmente, nenhum dos métodos mencionados anteriormente é aplicado isoladamente, mas sim em interligação uns com os outros, uma vez que se tem concluído um maior sucesso no tratamento (Pezoa-Jares, Espinoza-Luna & Vasquez-Medina, 2012).

## Referências

- Alfano, C., Zakem, A., Costa, N., Taylor, L. & Weems, C. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26(6), 503-512.
- Allgöwer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Pub.
- Araújo, L., Cruz, J. & Almeida, L. (2007). Excelência humana: Teorias explicativas e papel determinante do professor. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11(2), 1997-220.
- Arnett, J. J. (2007). *Adolescence and Emerging Adulthood* (3rd Ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(4), 227-238.
- Beard, K. W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 7-14.
- Beard, K.. & Wolf, E. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377-383.
- Bernardi, S., & Pallanti, S. (2009). Internet addiction: A descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 510-516.
- Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. & Griffiths, M. (2015). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*, 2, 154-162.

- Boubeta, A., Ferreiro, S., Salgado, P. & Couto, C. B. (2015). Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. *Health and Addiction*, 15(1), 25-38.
- Burnay, J., Billieux, J., Blairy, S., & Larøi, F. (2015). Which psychological factors influence Internet addiction? Evidence through an integrative model. *Computers in Human Behavior*, 43, 28-34.
- Cabral, N. (2011). *A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores, Açores, Portugal.
- Canan, F., Yildirim, O., Sinani, G., Ozturk, O., Ustunel, T. & Ataoglu, A. (2013). Internet addiction and sleep disturbance symptoms among Turkish high school students. *Sleep and Biological Rhythms*, 11(3), 210-213.
- Caplan, S. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in human behavior*, 18(5), 553-575.
- Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 26(5), 1089-1097.
- Caplan, S., & High, A. (2007). Beyond excessive use: The interaction between a cross-sectional rather than longitudinal design, making it cognitive and behavioral symptoms of problematic internet use. *Communication Research Reports*, 23, 265-271.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology*. (2nd ed.). London: Routledge.
- Castillo, J. (2013). Adicciones tecnológicas: El auge de las redes sociales. *Health and Addictions*, 13(1), 5-14.
- Clinkinbeard, S., Simi, P., Evans, M. & Anderson, A. (2011). Sleep and delinquency: Does the amount of sleep matter?. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 916-930.
- Dahl, R. & Lewin, D. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 175-184.
- Davis, R. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Demetrovics, Z., Szeredi, B., & Rózsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40(2), 563-574.
- Dong, G., Lu, Q., Zhou, H., & Zhao, X. (2011). Precursor or sequela: Pathological disorders in people with internet addiction disorder. *PLoS ONE*, 6(2), 1-15.

- Drake, C., Roehrs, T. & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and therapeutics: An overview. *Depression and Anxiety*, 18(4), 163-176.
- Ehrlich, K., Hoyt, L., Sumner, J., McDade, T., & Adam, E. (2015). Quality of relationships with parents and friends in adolescence predicts metabolic risk in young adulthood. *Health Psychology*, 34(9), 896-904.
- Erikson, E. (1995). *Childhood and society*. London: Vintage.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. M. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(02), 1032-1043.
- Fernandes, H. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Franić, T., Kralj, Ž., Marčinko, D., Knez, R., & Kardum, G. (2014). Suicidal ideations and sleep-related problems in early adolescence. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(2), 155-162.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Goldberg, I. (1996). Internet addiction disorder. Retrieved October 24, 2015.
- Griffiths, M.D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, 82, 44-46.
- Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 821-826.
- Hadlington, L. J. (2015). Cognitive failures in daily life: Exploring the link with internet addiction and problematic mobile phone use. *Computers in Human Behavior*, 51, 75-81.
- Hamilton, N., Catley, D., & Karlson, C. (2007). Sleep and the affective response to stress and pain. *Health Psychology*, 26(3), 288-295.
- Hamilton, N., Nelson, C., Stevens, N. & Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological well-being. *Social Indicators Research*, 82(1), 147-163.
- Havighurst, R. (1972). Social class and human development. In F. Monks, *Determinants of behavioral development* (217-238). New York: Academic Press.
- INE (2011). Censos: Resultados preliminares. Lisboa: INE.
- Johnson, E. & Breslau, N. (2001). Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 1-7.
- Kalak, N., Lemola, S., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., & Grob, A. (2014). Sleep duration and subjective psychological well-being in adolescence: A



longitudinal study in Switzerland and Norway. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1199-1207.

- Kaliszewska-Czeremska, K. (2011). Modelling excessive Internet use: Revision of Davis's cognitive-behavioural model of pathological internet use. *Polish Psychological Bulletin*, 42(3), 129-139.
- Kandell, J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *Cyberpsychology & Behavior*, 1(1), 11-17.
- Kesici, Ş., & Şahin, İ. (2009). A comparative study of uses of the internet among college students with and without internet addiction. *Psychological Reports*, 105(3), 1103-1112.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007.
- Kim, J., LaRose, R., & Peng, W. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic internet use: The relationship between internet use and psychological well-being. *CyberPsychology & Behavior*, 12(4), 451-455.
- Ko, C., Ju-Yu, Y., Cheng-Chung, C. & Chen, S. (2006). Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887.
- Kuss, D., Griffiths, M., & Binder, J. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29(3), 959-966.
- Liberatore, K., Rosario, K., Martí, L. & Martínez, K.. (2011). Prevalence of internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(6), 399-402.
- Lin, W. & Yi, C. (2015). Unhealthy sleep practices, conduct problems, and daytime functioning during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2), 431-446.
- Miller, C., Espie, C. & Kyle, S. (2014). Cognitive behavioral therapy for the management of poor sleep in insomnia disorder. *ChronoPhysiology and Therapy*, 4, 99-107.
- Orzack, M., Voluse, A., Wolf, D. & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behavior. *CyberPsychology & Behavior*, 9(3), 348-360.
- Papalia, D. & Olds, S. (co-aut). (1995). *Human development*. (6ed). New York: Mcgraw-hill.
- Pezoa-Jares, R., Espinoza-Luna, I. & Vasquez-Medina, J. (2012). Internet addiction: A review. *J Addict Res Ther S*, 6(2).

- Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- PORDATA (2013). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Lisboa: PORDATA.
- Rice, F. (1998). *Human development: A life-span approach*. (3ed). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Rice, M. (2005). Online addiction. *Beijing Review*, 48, 32–33.
- Roane, B. & Taylor, D. (2008). Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep*, 31(10), 1351–1356.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Schutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O., & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 203-207.
- Shapira, N., Lessig, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M., Gold, M. & Stein, D. (2003). Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207-216.
- Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P., Khosla, U., & McElroy, S. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 267-272.
- Shek, D., Tang, V., & Lo, C. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174), 359-373.
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105(3), 556-564.

- Telzer, E., Goldenberg, D., Fuligni, A., Lieberman, M. & Gálvan, A. (2015). Sleep variability in adolescence is associated with altered brain development. *Developmental Cognitive Neuroscience* 14, 16-22.
- Trockel, M., Barnes, M., & Egget, D. (2000). Health-related variables and academic performance among first-year college students: Implications for sleep and other behaviors. *Journal of American College Health*, 49(3), 125-131.
- Tsai, H., Cheng, S., Yeh, T., Shih, C., Chen, K., Yang, Y., & Yang, Y. (2009). The risk factors of internet addiction: A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167(3), 294-299.
- Valcke, M., Bonte, S., De Wever, B. & Rots, I. (2010). Internet parenting styles and the impact on internet use of primary school children. *Computers & Education*, 55(2), 454-464.
- Valsiner, J. & Connolly, K. (ed.). (2003). *Handbook of developmental psychology*. London: Sage.
- Van Rooij, A., & Prause, N. (2014). A critical review of internet addiction criteria with suggestions for the future. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 203-213.
- Vilca, L. & Vallejos, M. (2015). Construction of the Risk of Addiction to Social Networks Scale. *Computers in Human Behavior*, 48, 190-198.
- Wang, L., Luo, J., Bai, Y., Kong, J., Luo, J., Gao, W., & Sun, X. (2013). Internet addiction of adolescents in China: Prevalence, predictors, and association with well-being. *Addiction Research & Theory*, 21(1), 62-69.
- Wang, W. (2001). Internet dependency and psychosocial maturity among college students. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55(6), 919-938.
- Wong, M. & Brower, K. (2012). The prospective relationship between sleep problems and suicidal behavior in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 953-959.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.
- Young, K. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. In L. VandeCreek & TL. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 19-31). Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Young, K. (2009). Internet addiction: Diagnosis and treatment considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 241-246.
- Young, K. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304-312.

- Young, K., Pistner, M., O'Mara, J., & Buchanan, J. (2000). Cyber-disorders: The mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 3(5), 475-479.
- Zaremohzzabieh, Z., Samah, B., Omar, S. Bolong, J., & Kamarudin, N. (2014). Addictive Facebook use among university students. *Asian Social Science*, 10(6), 107-116.
- Zohar, D., Tzischinsky, O., Epstein, R., & Lavie, P. (2005). The effects of sleep loss on medical residents' emotional reactions to work events: A cognitive-energy model. *Sleep*, 28, 47-54.

## **Anexo B**

### **Questionário Sócio-Demográfico**

1. Idade: \_\_\_\_\_
  
2. Género:  
Feminino\_\_  
Masculino\_\_
  
3. Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_
  
4. Já ficaste retido algum ano?  
Sim\_\_  
Não\_\_
  
5. Meio em que vives:  
Predominantemente Urbano\_\_  
Predominantemente Rural\_\_
  
6. Estado relacional:  
Sem uma relação de compromisso\_\_  
Com uma relação de compromisso\_\_
  
7. Praticas actividade física (fora das actividades escolares):  
Sim\_\_  
Não\_\_

## Anexo C

### Questionário de Acesso e Uso da *Internet*

1. Com que idade começaste a utilizar a *Internet*? \_\_\_\_\_
2. De onde costumavas aceder à *Internet* na maior parte das vezes?  
\_\_ Dispositivos Fixos (e.g. computador secretária)  
\_\_ Dispositivos móveis (e.g. tablet; telemóvel)
3. De que local acedes à *Internet* na maior parte das vezes?  
\_\_ Casa  
\_\_ Escola  
\_\_ Sem local específico (e.g. telemóvel)
4. Quantas horas por dia (aproximadamente) costumavas usar a *Internet*, por lazer ou passatempo? \_\_\_\_\_
5. Quantas horas por semana (aproximadamente) costumavas usar a *Internet*, por lazer ou passatempo? \_\_\_\_\_
6. Quantas horas por semana (aproximadamente) costumavas usar a *Internet*, para socializar com os amigos/colegas? \_\_\_\_\_
7. Quantas horas por semana (aproximadamente) costumavas usar a *Internet*, para estudo/trabalho? \_\_\_\_\_
8. Indica por ordem de importância as TRÊS actividades que mais costumavas utilizar na internet:

#### 1ª Preferência

- a) Redes sociais online (exemplo: Facebook, Twitter, Pintrest, Google Plus+, Tumblr, Instagram, Flickr, etc...) \_\_\_\_\_
- b) Serviços de comunicação por e-mail e/ou salas de chat ou outros messengers (exemplo: Whatsapp messenger, Snapchat, etc...) \_\_\_\_\_
- c) Procura de informação e notícias em geral (exemplo: sites de jornais generalistas, desportivos, Wikipedia, etc...) \_\_\_\_\_
- d) Videojogos (tanto na internet como sem ser na internet) (exemplo: jogos no computador, consola, telemóvel, Tablet, etc...) \_\_\_\_\_
- e) Apostas através de jogos (exemplo: apostas em jogos de futebol, poker online).
- f) Compras (exemplo: Ebay, Amazon, Custojusto, OLX) \_\_\_\_\_
- g) Multimédia (exemplo: Youtube, séries, canais de televisão, vídeos, filmes, músicas, jogos de futebol) \_\_\_\_\_
- h) Conteúdos adultos (exemplo: sites com conteúdos para maiores 18 anos) \_\_\_\_\_
- i) Procura de novas amizades (incluindo possíveis relacionamentos amorosos) \_\_\_\_\_

#### 2ª Preferência

- a) Redes sociais online (exemplo: Facebook, Twitter, Pintrest, Google Plus+, Tumblr, Instagram, Flickr, etc...) \_\_\_\_\_
- b) Serviços de comunicação por e-mail e/ou salas de chat ou outros messengers (exemplo: Whatsapp messenger, Snapchat, etc...) \_\_\_\_\_
- c) Procura de informação e notícias em geral (exemplo: sites de jornais generalistas, desportivos, Wikipedia, etc...) \_\_\_\_\_
- d) Videojogos (tanto na internet como sem ser na internet) (exemplo: jogos no computador, consola, telemóvel, Tablet, etc...) \_\_\_\_\_
- e) Apostas através de jogos (exemplo: apostas em jogos de futebol, poker online).
- f) Compras (exemplo: Ebay, Amazon, Custojusto, OLX) \_\_\_\_\_

- g) Multimédia (exemplo: Youtube, séries, canais de televisão, vídeos, filmes, músicas, jogos de futebol) \_\_\_\_\_
- h) Conteúdos adultos (exemplo: sites com conteúdos para maiores 18 anos) \_\_\_\_\_
- i) Procura de novas amizades (incluindo possíveis relacionamentos amorosos)\_\_\_\_\_

3ª Preferência

- j) Redes sociais online (exemplo: Facebook, Twitter, Pintrest, Google Plus+, Tumblr, Instagram, Flickr, etc...) \_\_\_\_\_
- k) Serviços de comunicação por e-mail e/ou salas de chat ou outros messengers (exemplo: Whatsapp messenger, Snapchat, etc...) \_\_\_\_\_
- l) Procura de informação e notícias em geral (exemplo: sites de jornais generalistas, desportivos, Wikipedia, etc...) \_\_\_\_\_
- m) Videojogos (tanto na internet como sem ser na internet) (exemplo: jogos no computador, consola, telemóvel, Tablet, etc...) \_\_\_\_\_
- n) Apostas através de jogos (exemplo: apostas em jogos de futebol, poker online).
- o) Compras (exemplo: Ebay, Amazon, Custojusto, OLX) \_\_\_\_\_
- p) Multimédia (exemplo: Youtube, séries, canais de televisão, vídeos, filmes, músicas, jogos de futebol) \_\_\_\_\_
- q) Conteúdos adultos (exemplo: sites com conteúdos para maiores 18 anos) \_\_\_\_\_
- r) Procura de novas amizades (incluindo possíveis relacionamentos amorosos)\_\_\_\_\_

**9. Descreve o modo como as seguintes frases se aplicam ao teu caso:**

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo totalmente</i>
“Estar na internet tira-me tempo para a Escola/Trabalho”				
“Estar na internet tira-me tempo para dormir”				
“Estar na internet tira-me tempo para socializar com meus amigos/colegas”				
“Estar na internet tira-me tempo para namorar”				
“Estar na internet tira-me tempo para estar com minha família”				
“Estar na internet tira-me tempo para fazer exercício físico”				
“Estar na internet tira-me tempo para outras actividades lúdicas”				
“Tenho tendência para estar na internet quando tenho problemas emocionais (exemplo: dicussões, problemas na escola/trabalho, familiares, saúde)”				
“Considero-me dependente daquilo que faço na internet”				

## **Anexo D**

### ***Generalized Problematic Internet Use***

#### **GPIUS2**

Avalia em que medida concordas ou discordas com as seguintes afirmações relativamente ao uso da Internet não académico ou profissional (isto é: uso da internet por lazer/passatempo) tanto no computador como em outro tipo de dispositivo com acesso à Internet.

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Discordo um Pouco	4 Neutro	5 Concordo um Pouco	6 Concordo	7 Concordo Totalmente
1. Prefiro a interacção social online em relação à comunicação face-à-face.							
2. Usei a Internet para falar com outras pessoas quando me senti sozinho(a).							
3. Quando não estou online por algum tempo, começo a preocupar-me com a ideia de me conectar.							
4. Tenho dificuldade em controlar a quantidade de tempo que passo online.							
5. Tenho dificuldades em gerir a minha vida por causa da Internet.							
6. Sinto-me mais confortável com a interacção social online do que com a interacção face-à-face.							
7. Usei a Internet para me sentir melhor quando estava em baixo.							
8. Sentir-me-ia perdido(a) se não me pudesse conectar à Internet.							
9. Sinto que é difícil controlar o meu uso							



da Internet.							
10. Perdi compromissos ou actividades sociais por causa do meu uso da Internet.							
11. Prefiro comunicar-me com as pessoas online em vez de face-à-face.							
12. Usei a Internet para me sentir melhor quando estava chateado(a). 13. Penso obsessivamente em estar online quando não estou na Internet.							
14. Quando não estou na Internet, é difícil resistir ao impulso de me conectar.							
15. O meu uso da Internet criou problemas na minha vida.							

(Generalized Problematic Internet Use Scale 2, Caplan, 2010; Tradução Pontes, H., 2014)

## **Anexo E**

### ***Alpha Cronbach GPIUS***

#### **Resumo de processamento do caso**

		N	%
Casos	Válido	2065	100,0
	Excluídos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	2065	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,897	15

### **Dimensões:**

#### ***PISO***

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,751	3

#### ***Alteração de Humor***

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,800	3

#### ***Preocupação Cognitiva***

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,708	3

### *Uso Compulsivo*

#### **Estadísticas de confiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de itens
,783	3

### *Outcomes Negativos*

#### **Estadísticas de confiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de itens
,778	3

## **Anexo F**

### ***Athens Insomnia Scale***

#### **AIS**

Assinala nos itens abaixo a resposta que melhor reflecta a tua avaliação quanto à presença de qualquer dificuldade ao nível do sono, pelo menos três vezes por semana durante o último mês.

#### **Indução do sono (tempo que demoras a adormecer depois de apagar as luzes)**

- 0: Nenhum Problema
- 1: Ligeiramente demorado
- 2: Marcadamente demorado
- 3: Muito demorado ou não dormi de todo

#### **Despertares durante à noite**

- 0: Nenhum Problema
- 1: Problema Menor
- 2: Problema Considerável
- 3: Problema sério ou não dormi de todo

#### **Despertar final antes do desejado**

- 0: Não foi cedo
- 1: Um pouco cedo
- 2: Marcadamente cedo
- 3: Muito cedo ou não dormi de todo

#### **Duração total do sono**

- 0: Suficiente
- 1: Ligeiramente insuficiente
- 2: Marcadamente insuficiente
- 3: Muito insuficiente ou não dormi de todo

#### **Qualidade geral do sono (sem ter em conta quanto tempo dormiu)**

- 0: Satisfatória
- 1: Ligeiramente insatisfatória
- 2: Notavelmente insatisfatória
- 3: Muito insatisfatória ou não dormi de todo

#### **Sensação de bem-estar durante o dia**

- 0: Normal
- 1: Ligeiramente diminuída
- 2: Marcadamente diminuída
- 3: Muito diminuída

#### **Funcionamento (físico e mental) durante o dia**

- 0: Normal
- 1: Ligeiramente diminuído
- 2: Marcadamente diminuído
- 3: Muito diminuído

#### **Sonolência durante o dia**

- 0: Nenhuma
- 1: Pouca

- \_\_ 2: Considerável
- \_\_ 3: Intensa

AIS (Sleep Problems; Bastien, Vallière, Morin, 2001; tradução Pontes, H., 2013)

## **Anexo G**

### ***Alpha Cronbach AIS***

#### **Resumo de processamento do caso**

		N	%
Casos	Válido	2065	100,0
	Excluídos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	2065	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,783	8

## **Anexo H**

### **Escala de Bem-Estar Psicologia – 30 itens**

#### **EBEP-30**

Escolhe a opção que melhor traduz a tua opinião em relação às seguintes afirmações.

	1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Nem discordo Nem concordo	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
1. É mais importante estar contente comigo próprio(a), do que ter a aprovação dos outros.					
2. Acho desgastante não conseguir fazer tudo o que tenho para fazer em cada dia.					
3. Com o passar dos tempos, ganhei um maior entendimento sobre a vida, tornando-me mais forte e capaz como pessoa.					
4. As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.					
5. Ainda não sei o rumo que quero dar à minha vida.					
6. De um modo geral, sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).					
7. Eu avalio-me pelo que penso ser mais importante para mim e não por aquilo que os outros pensam.					
8. No geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.					
9. Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento.					
10. Para mim é importante ouvir os meus amigos falar dos seus problemas.					
11. Algumas pessoas não sabem o que querem fazer na vida, mas eu sei.					
12. Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.					
13. Raramente as pessoas me levam a fazer coisas que não quero fazer.					
14. O meu dia-a-dia é ocupado, mas sinto-me satisfeito por dar conta do recado.					
15. Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós					

próprios e do mundo.					
16. Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.					
17. Os meus objectivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação, do que uma fonte de desilusão.					
18. Na maior parte dos casos tenho orgulho no que sou e na vida que levo.					
19. Sou o tipo de pessoa que pensa e age de modo a agradar aos outros.					
20. Se não estivesse satisfeito com a minha vida, tentaria mudá-la.					
21. Sinto que continuo a aprender mais acerca de mim próprio(a) à medida que o tempo passa.					
22. Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.					
23. Sou uma pessoa que não desiste dos seus objectivos.					
24. Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.					
25. Tenho confiança nas minhas opiniões, mesmo quando são diferentes das outras pessoas.					
26. Sou bastante competente a gerir as minhas responsabilidades do dia-a-dia.					
27. Sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.					
28. Tenho muitas pessoas a quem recorrer quando preciso de desabafar.					
29. Tenho prazer em fazer planos para o futuro e torná-los realidade.					
30. Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.					

EBEP (Ryff, 1989; Fernandes, 2007)



## Anexo I

### *Alpha Cronbach EBEP*

#### **Resumo de processamento do caso**

		N	%
Casos	Válido	2065	100,0
	Excluídos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	2065	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,947	30

### Dimensões:

#### *Domínio sobre o meio*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,844	5

#### *Aceitação de si*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,896	5

#### *Crescimento Pessoal*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,900	5

### *Objectivos na vida*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,856	5

### *Relações positivas com os outros*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,833	5

### *Autonomia*

#### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,848	5

## Anexo J

### Consentimento Informado



The image shows a screenshot of a Google Forms page. The browser's address bar at the top displays the URL: <https://docs.google.com/forms/d/1Z96tacHaV2WXFLJLkGrI-EZUKDDrBMEL1VoQS1ybnWs/viewform?c=0&w=1>. The form itself is titled "Jovens (G) - Comportamentos Online" and is marked as "Required". The text of the form states: "O objectivo deste estudo é compreender o uso da Internet em jovens portugueses. A tua participação é voluntária e muito útil. Os dados são anónimos e confidenciais." Below this, there are two radio button options: "Li a informação acima e aceito participar no estudo." and "Li a informação acima e não aceito participar no estudo." A "Continue »" button is located below the options. At the bottom of the form, it says "Powered by Google Forms" and includes a disclaimer: "This content is neither created nor endorsed by Google." with links for "Report Abuse", "Terms of Service", and "Additional Terms".

https://docs.google.com/forms/d/1Z96tacHaV2WXFLJLkGrI-EZUKDDrBMEL1VoQS1ybnWs/viewform?c=0&w=1

### Jovens (G) - Comportamentos Online

\* Required

O objectivo deste estudo é compreender o uso da Internet em jovens portugueses. A tua participação é voluntária e muito útil. Os dados são anónimos e confidenciais. \*

Li a informação acima e aceito participar no estudo.

Li a informação acima e não aceito participar no estudo.

Continue »

Powered by  Google Forms

This content is neither created nor endorsed by Google.  
[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

## Anexo K

### Verificação da normalidade da variável género para validação dos pressupostos do teste *t-Student*

		Descritivos		Estadística	Erro Padrão
	GÉNERO				
TOTALGPIUS	Feminino	Média		40,147	,5203
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	39,126	
			Limite superior	41,168	
		5% da média aparada		39,361	
		Mediana		38,000	
		Variância		281,508	
		Desvio Padrão		16,7782	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		24,8	
		Assimetria		,566	,076
		Curtose		-,024	,152
	Masculino	Média		41,342	,5715
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	40,221	
			Limite superior	42,464	
		5% da média aparada		40,473	
		Mediana		40,000	
		Variância		334,833	
		Desvio Padrão		18,2984	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
Intervalo interquartil		27,0			
Assimetria		,544	,076		
Curtose		,043	,153		

## Anexo L

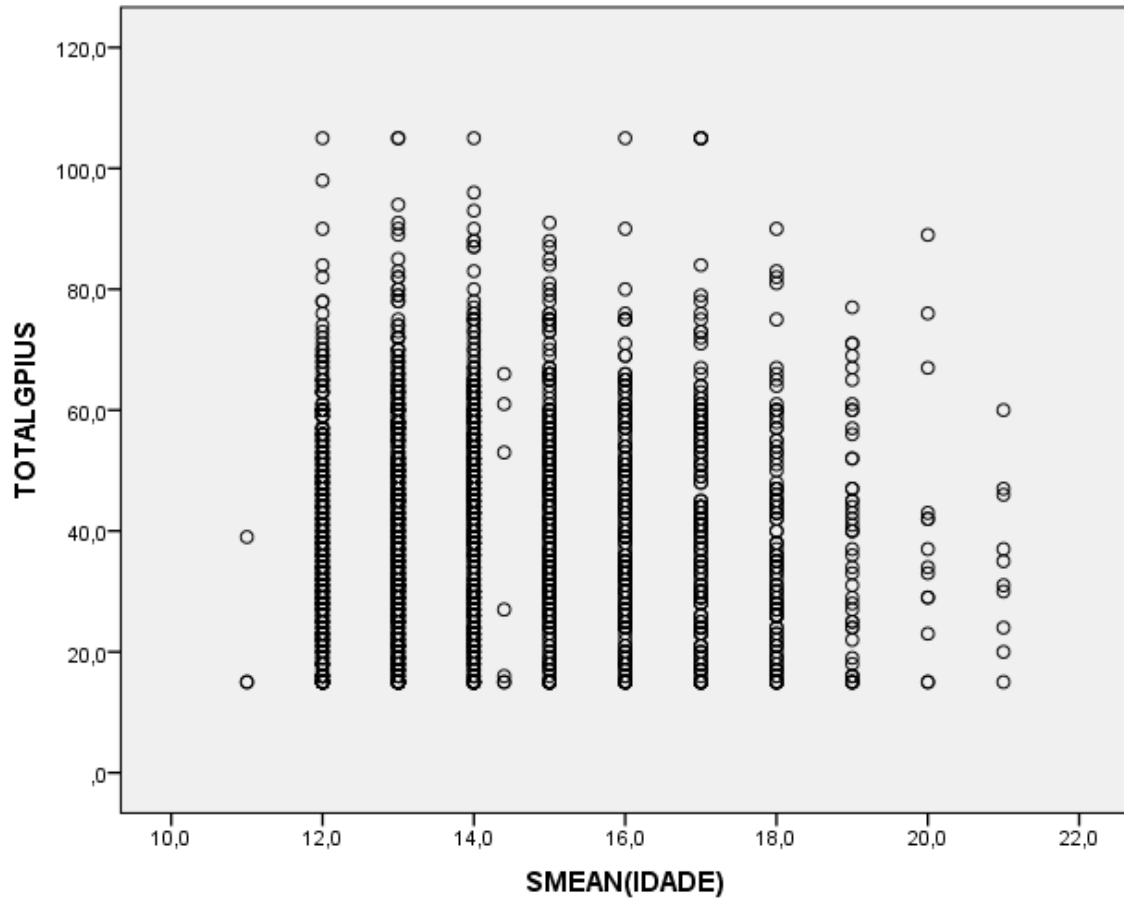
### Teste Levene da variável género para validação dos pressupostos do teste *t-Student*

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	9,942	1	2063	,002
	Com base em mediana	10,441	1	2063	,001
	Com base em mediana e com df ajustado	10,441	1	2059,396	,001
	Com base em média aparada	10,373	1	2063	,001

## Anexo M

Verificação da Associação Linear entre GPIUS e Idade para validação dos pressupostos do coeficiente de *Pearson*



## Anexo N

### Verificação da normalidade e Teste de Levene da variável tipo de ensino para validação dos pressuposto do teste *t-Student*

		Descritivos						
		TIPOENSINO	Estatística	Erro Padrão				
TOTALGPIUS	Ensino Básico	Média	41,023	,4330				
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	40,174				
			Limite superior	41,872				
		5% da média aparada		40,218				
		Mediana		39,000				
		Variância		309,103				
		Desvio Padrão		17,5813				
		Mínimo		15,0				
		Máximo		105,0				
		Intervalo		90,0				
		Intervalo interquartil		26,0				
		Assimetria		,536		,060		
		Curtose		-,008		,120		
		Ensino Secundário	Ensino Secundário	Média	38,894	,8532		
				95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	37,217		
					Limite superior	40,572		
				5% da média aparada		38,063		
				Mediana		37,000		
				Variância		275,872		
Desvio Padrão				16,6094				
Mínimo				15,0				
Máximo				91,0				
Intervalo				76,0				
Intervalo interquartil				22,0				
Assimetria				,582		,125		
Curtose				-,134		,250		
Ensino Universitário	Ensino Universitário	Média	31,500	7,1356				
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	8,791				
			Limite superior	54,209				
		5% da média aparada		31,000				
		Mediana		27,000				
		Variância		203,667				
		Desvio Padrão		14,2712				

Mínimo	20,0	
Máximo	52,0	
Intervalo	32,0	
Intervalo interquartil	25,5	
Assimetria	1,530	1,014
<u>Curtose</u>	<u>2,353</u>	<u>2,619</u>

**Teste de Homogeneidade de Variância**

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	1,941	2	2029	,144
	Com base em mediana	1,973	2	2029	,139
	Com base em mediana e com df ajustado	1,973	2	2028,005	,139
	Com base em média aparada	1,959	2	2029	,141



## Anexo O

**Verificação da normalidade e teste Levene das variáveis retenção, meio de residência, estado relacional e pratica de actividade física para validação dos pressuposto do teste *t-Student***

### *Variável Retenção*

Descritivos					
	RETENÇÃO		Estatística	Erro Padrão	
TOTALGPIUS	Não	Média	39,986	,4717	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	39,061 40,912	
		5% da média aparada		39,206	
		Mediana		39,000	
		Variância		292,759	
		Desvio Padrão		17,1102	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		25,8	
		Assimetria		,531	,067
		Curtose		-,105	,135
	Sim	Média		42,067	,6688
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	40,754 43,380	
		5% da média aparada		41,184	
		Mediana		41,000	
		Variância		333,641	
		Desvio Padrão		18,2658	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		27,0	
Assimetria		,589	,090		
Curtose		,177	,179		

### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	3,736	1	2060	,053
	Com base em mediana	3,836	1	2060	,050

Com base em mediana e com df ajustado	3,836	1	2050,269	,050
Com base em média aparada	3,809	1	2060	,051

*Variável Meio de Residência*

**Descritivos**

MEIORESIDÊNCIA		Estadística	Erro Padrão		
TOTALGPIUS	Predominantemente Rural	Média	38,340	,7427	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	36,882	
			Limite superior	39,799	
		5% da média aparada	37,157		
		Mediana	36,000		
		Variância	312,727		
		Desvio Padrão	17,6841		
		Mínimo	15,0		
		Máximo	105,0		
		Intervalo	90,0		
		Intervalo interquartil	26,0		
		Assimetria	,862	,103	
		Curtose	,836	,205	
		Predominantemente Urbano		Média	41,649
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior			40,766	
	Limite superior			42,532	
5% da média aparada	40,958				
Mediana	40,000				
Variância	303,666				
Desvio Padrão	17,4260				
Mínimo	15,0				
Máximo	105,0				
Intervalo	90,0				
Intervalo interquartil	26,0				
Assimetria	,459			,063	
Curtose	-,178			,126	

**Teste de Homogeneidade de Variância**

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	,040	1	2063	,842
	Com base em mediana	,083	1	2063	,773
	Com base em mediana e com df ajustado	,083	1	2053,703	,773
	Com base em média aparada	,077	1	2063	,782

**Variável Estado Relacional**

**Descritivos**

ESTADORELACIONAL				Estatística	Erro Padrão
TOTALGPIUS	Sem uma relação de compromisso	Média		40,561	,4376
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	39,703	
			Limite superior	41,420	
		5% da média aparada		39,716	
		Mediana		39,000	
		Variância		306,965	
		Desvio Padrão		17,5204	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		25,0	
		Assimetria		,601	,061
		Curtose		,129	,122
		TOTALGPIUS	Com uma relação de compromisso	Média	
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior			39,745	
	Limite superior			42,978	
5% da média aparada				40,576	
Mediana				40,000	
Variância				312,591	
Desvio Padrão				17,6803	
Mínimo				15,0	
Máximo				105,0	
Intervalo				90,0	
Intervalo interquartil				27,3	
Assimetria				,434	,114
Curtose				-,214	,227

Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	,306	1	2063	,580
	Com base em mediana	,380	1	2063	,538
	Com base em mediana e com df ajustado	,380	1	2062,208	,538
	Com base em média aparada	,359	1	2063	,549

*Variável Prática de Actividade Física*

Descritivos

		PRÁTICAFÍSICA	Estatística	Erro Padrão	
TOTALGPIUS	Não	Média	41,576	,5363	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior 40,524	Limite superior 42,628	
		5% da média aparada	40,831		
		Mediana	41,000		
		Variância	306,556		
		Desvio Padrão	17,5087		
		Mínimo	15,0		
		Máximo	105,0		
		Intervalo	90,0		
		Intervalo interquartil	27,0		
		Assimetria	,473	,075	
		Curtose	-,062	,150	
		Sim	Média	39,849	,5559
			95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior 38,758	Limite superior 40,940
	5% da média aparada		38,929		
	Mediana		38,000		
	Variância		308,690		
	Desvio Padrão		17,5696		
		Mínimo	15,0		
		Máximo	105,0		
	Intervalo	90,0			

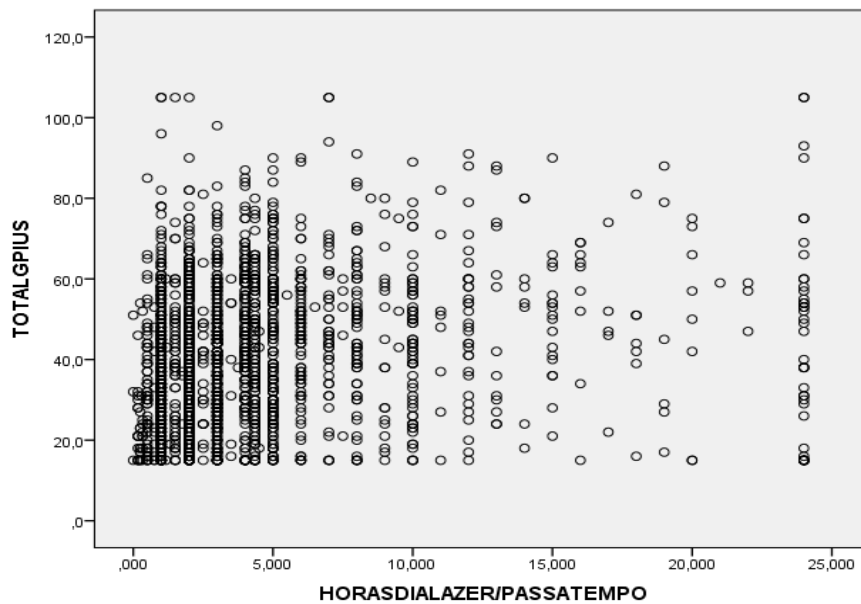
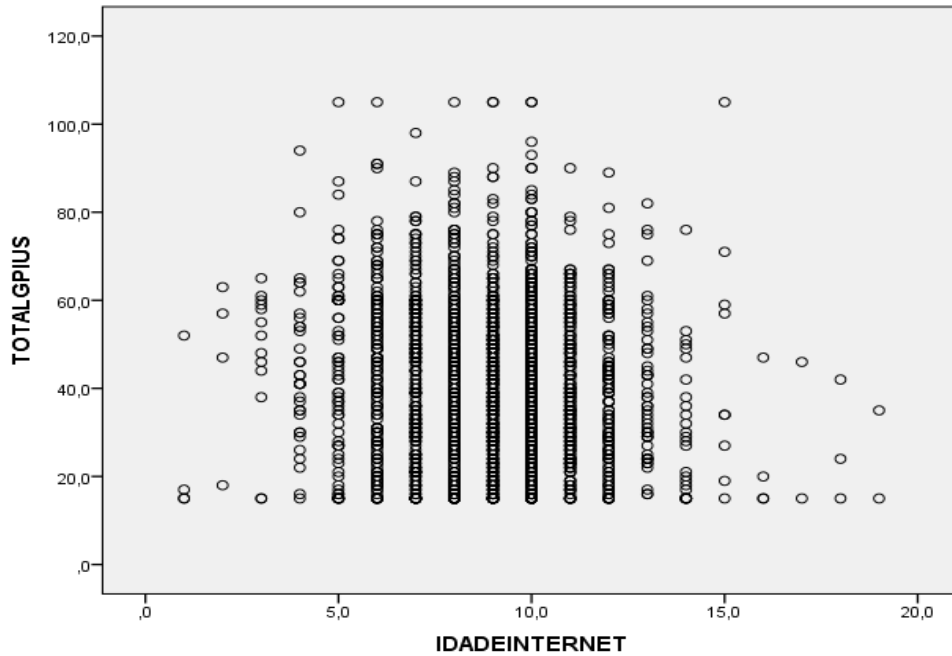
Intervalo interquartil	26,0	
Assimetria	,664	,077
Curtose	,200	,155

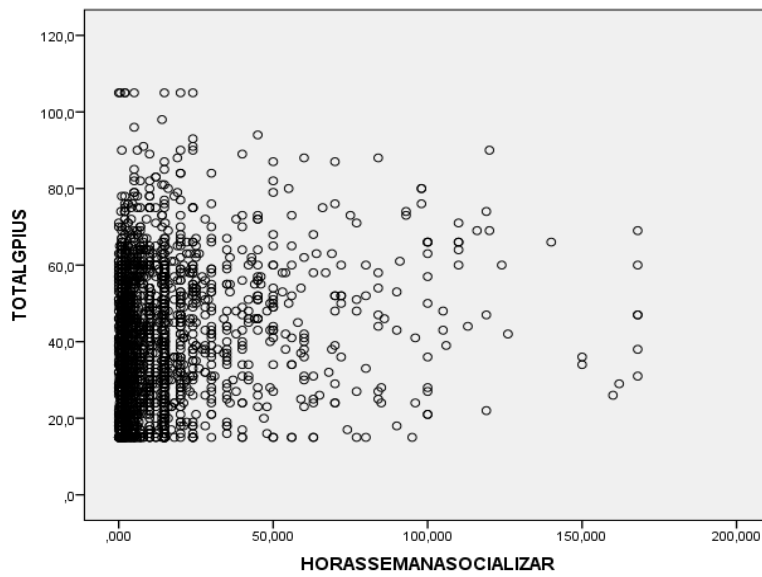
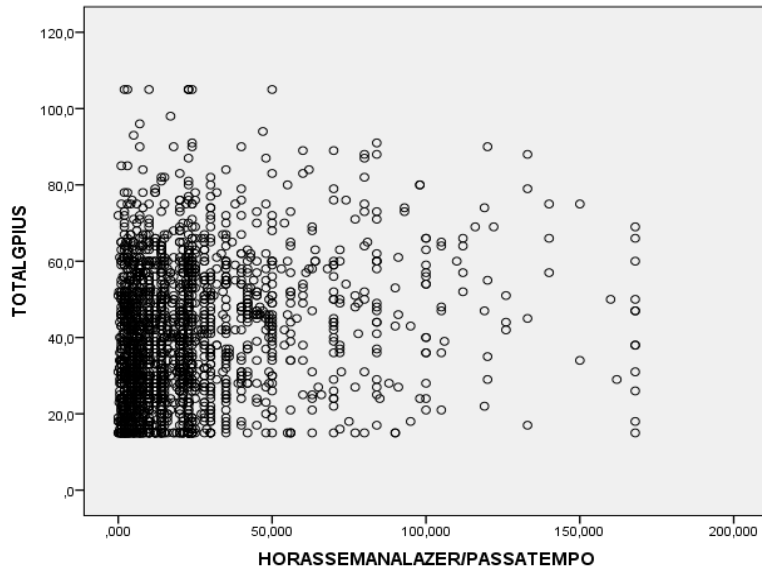
**Teste de Homogeneidade de Variância**

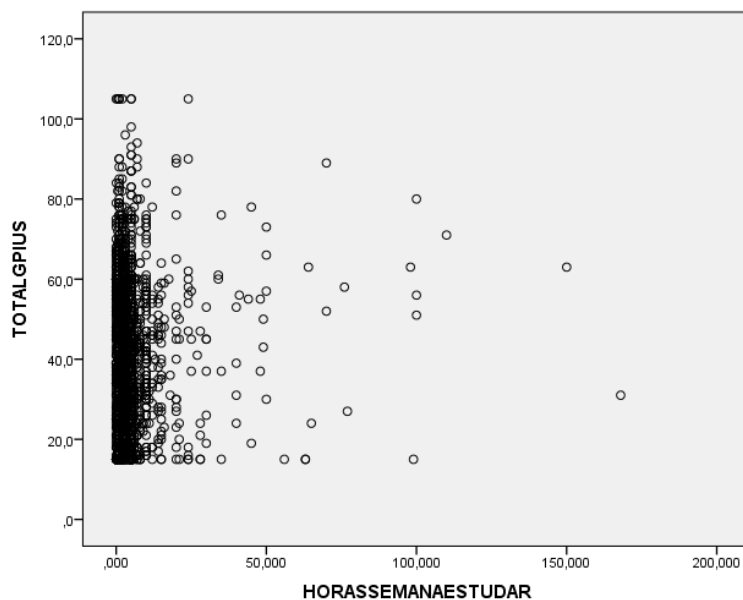
		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	,000	1	2063	,999
	Com base em mediana	,025	1	2063	,876
	Com base em mediana e com df ajustado	,025	1	2060,500	,876
	Com base em média aparada	,010	1	2063	,921

## Anexo P

**Verificação da Associação Linear entre GPIUS, idade de começo de uso da internet; horas passadas online para validação dos pressupostos do coeficiente de Pearson**







**Verificação da normalidade e Teste de Levene da variável ‘Onde’ para a validação dos pressupostos do teste *Anova One-Way***

**Descritivos**

		ONDE	Estadística	Erro Padrão	
TOTALGPIUS	Móvel	Média	40,163	,4366	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	39,306	
			Limite superior	41,019	
		5% da média aparada	39,319		
		Mediana	39,000		
		Variância	299,081		
		Desvio Padrão	17,2940		
		Mínimo	15,0		
		Máximo	105,0		
		Intervalo	90,0		
		Intervalo interquartil	26,0		
		Assimetria	,586	,062	
		Curtose	,068	,123	
		TOTALGPIUS	Não Móvel	Média	36,761
95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior			33,186	
	Limite superior			40,337	



	5% da média aparada	35,717	
	Mediana	34,500	
	Variância	284,804	
	Desvio Padrão	16,8762	
	Mínimo	15,0	
	Máximo	105,0	
	Intervalo	90,0	
	Intervalo interquartil	23,8	
	Assimetria	1,016	,257
	Curtose	1,805	,508
Ambos	Média	43,821	,9069
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	42,038 45,604
	5% da média aparada	43,170	
	Mediana	43,000	
	Variância	335,543	
	Desvio Padrão	18,3178	
	Mínimo	15,0	
	Máximo	105,0	
	Intervalo	90,0	
	Intervalo interquartil	27,0	
	Assimetria	,385	,121
	Curtose	-,179	,241

#### Teste de Homogeneidade de Variância

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	1,330	2	2062	,265
	Com base em mediana	1,486	2	2062	,226
	Com base em mediana e com df ajustado	1,486	2	2055,930	,226
	Com base em média aparada	1,455	2	2062	,234

## Anexo Q

### Verificação da normalidade e Teste de Levene da variável EBEP e AIS para validação dos pressupostos do teste *t-Student*

AIS

Descritivos					
		COMPUTE AIS=TOTALAIS >= 6		Estatística	Erro Padrão
TOTALGPIUS	Sem insónia	<b>Média</b>		<b>38,367</b>	<b>,4123</b>
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	37,558	
			Limite superior	39,176	
		5% da média aparada		37,549	
		Mediana		37,000	
		Variância		270,519	
		Desvio Padrão		16,4475	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		23,0	
		Assimetria		,647	,061
	Curtose		,336	,123	
	Com insónia	<b>Média</b>		<b>48,707</b>	<b>,8629</b>
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	47,011	
			Limite superior	50,402	
		5% da média aparada		48,351	
		Mediana		49,000	
		Variância		352,905	
		Desvio Padrão		18,7858	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		26,0	
Assimetria			,179	,112	
Curtose		-,375	,224		

Teste de Homogeneidade de Variância					
		Estatística de Levene			
			df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	14,319	1	2063	,000
	Com base em mediana	14,615	1	2063	,000
	Com base em mediana e com df ajustado	14,615	1	2042,443	,000
	Com base em média aparada	14,791	1	2063	,000

*EBEP*

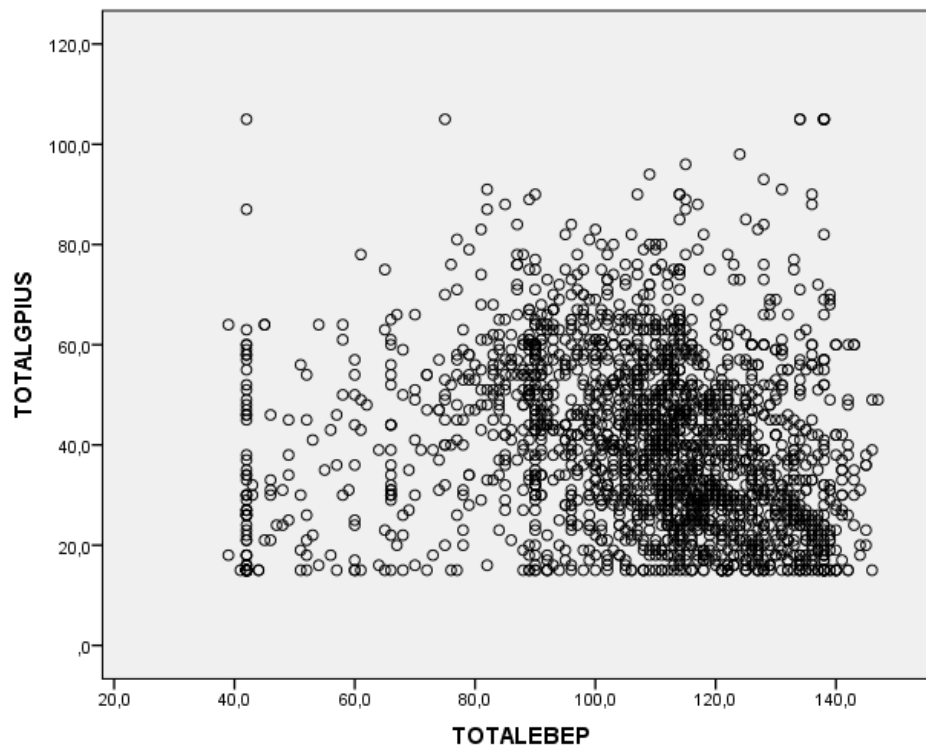
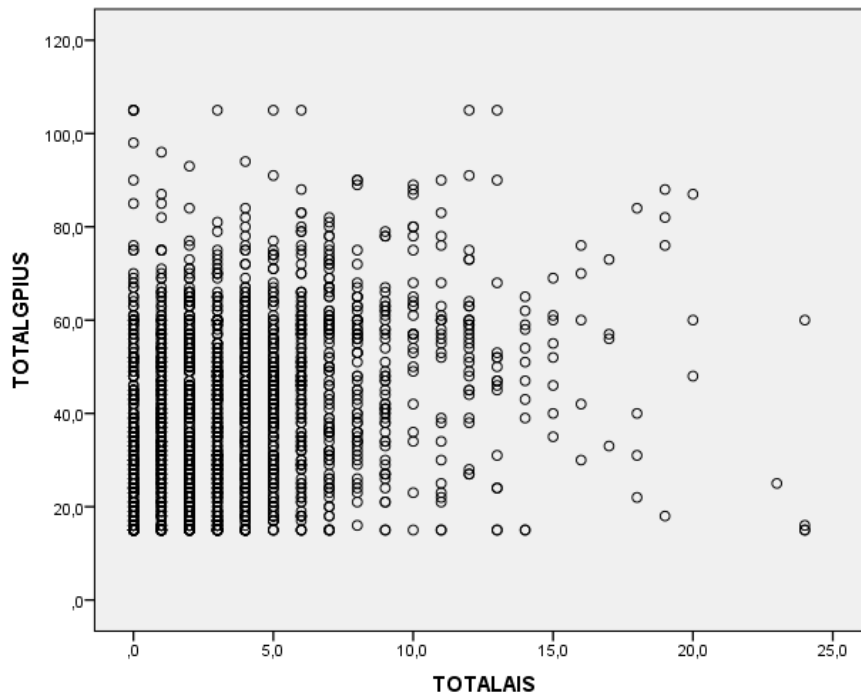
Descritivos					
	EBEP		Estatística	Erro Padrão	
TOTALGPIUS	Sem_BEP	Média	43,182	,8317	
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	41,548 44,816	
		5% da média aparada		42,586	
		Mediana		45,000	
		Variância		345,182	
		Desvio Padrão		18,5791	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
		Intervalo		90,0	
		Intervalo interquartil		28,0	
		Assimetria		,165	,109
		Curtose		-,470	,218
	Com_EBEP	Média		39,962	,4334
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	39,112 40,812	
		5% da média aparada		39,050	
		Mediana		38,000	
		Variância		294,101	
		Desvio Padrão		17,1494	
		Mínimo		15,0	
		Máximo		105,0	
Intervalo			90,0		
Intervalo interquartil			24,0		
Assimetria			,705	,062	
Curtose			,335	,124	

Teste de Homogeneidade de Variância					
		Estatística de			
		Levene	df1	df2	Sig.
TOTALGPIUS	Com base em média	10,179	1	2063	,001
	Com base em mediana	9,984	1	2063	,002
	Com base em mediana e com df ajustado	9,984	1	2062,975	,002

Com base em média aparada	11,473	1	2063	,001
------------------------------	--------	---	------	------

## Anexo R

Verificação da associação Linear entre a variável GPIUS e AIS e EBEP para validação dos pressuposto do coeficiente *Pearson*



## Anexo S

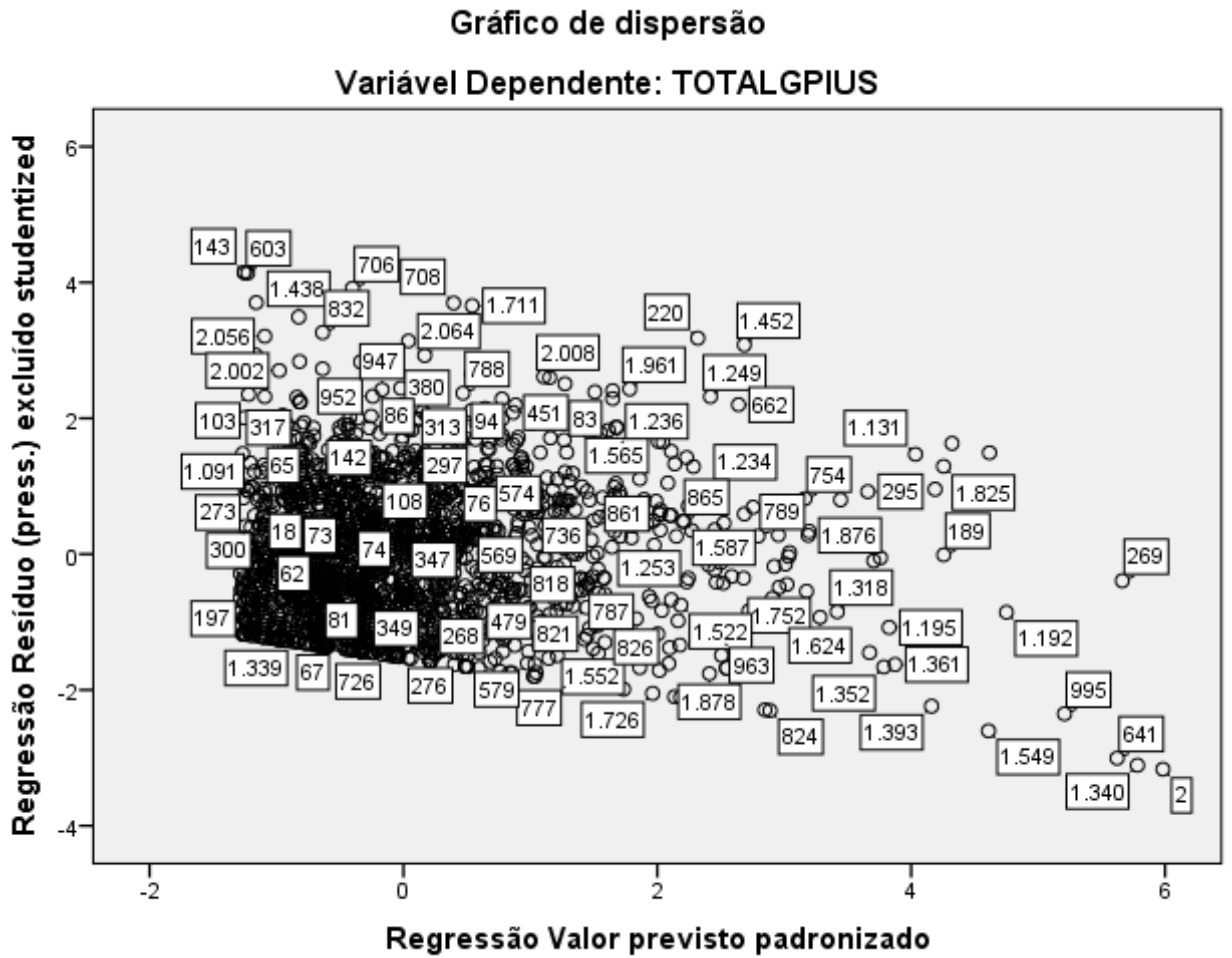
### **Teste Durbin-Watson para a verificação do pressuposto de regressão linear múltipla**

#### **Resumo modelo**

Modelo	Durbin-Watson
1	1,791

**Anexo T**

**Gráfico de dispersão para verificação de Outliers**



## Anexo U

### Verificação da normalidade dos erros para validação do pressuposto do modelo de regressão linear múltipla

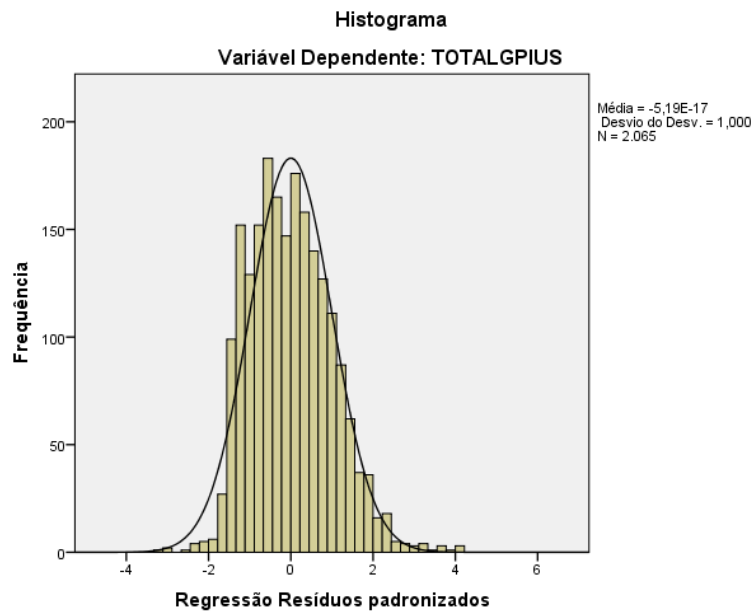
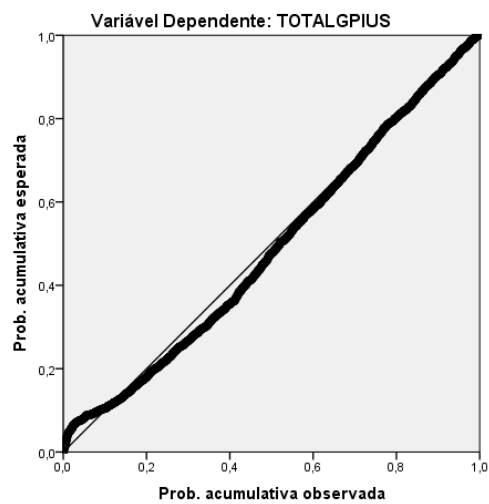


Gráfico P-P Normal de Regressão Resíduos padronizados





## Anexo V

### Verificação da existência de colinearidade entre as variáveis para validação dos pressupostos de regressão linear múltipla

Modelo		Coeficientes	
		Estatísticas de colinearidade	
		Tolerância	VIF
1	(Constante)		
	TOTALAIS	,990	1,010
	TOTALEBEP	,990	1,010

## **Anexo X**

### **Teste Mann-Whitney UPI vs. Género**

<b>Estadísticas de teste<sup>a</sup></b>	
	<b>TOTALGPIUS</b>
U de Mann-Whitney	516709,000
Wilcoxon W	1058029,000
Z	-1,203
Significância Sig. (2 extremidades)	,229

a. Variável de Agrupamento: GÉNERO

## **Anexo Z**

### **Teste Mann-Whitney EBEP vs. UPI**

<b>Estatísticas de teste<sup>a</sup></b>	
	<b>TOTALEBEP</b>
U de Mann-Whitney	229559,000
Wilcoxon W	280599,000
Z	-4,997
Significância Sig. (2 extremidades)	,000

a. Variável de Agrupamento: UPI

### **Teste Mann-Whitney AIS vs. UPI**

<b>Estatísticas de teste<sup>a</sup></b>	
	<b>TOTALAIS</b>
U de Mann-Whitney	197824,500
Wilcoxon W	1722955,500
Z	-8,295
Significância Sig. (2 extremidades)	,000

a. Variável de Agrupamento: UPI