



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

VÍTOR MANUEL ABREU LIRA

Avaliação da adição às redes sociais e da psicopatologia em jovens estudantes portugueses

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Ângela Leite

Outubro 2016



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

VÍTOR MANUEL ABREU LIRA

Avaliação da adição às redes sociais e da psicopatologia em jovens estudantes portugueses

Dissertação apresentada na Universidade
Lusófona do Porto para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
17/11/2016, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutora Rita Conde

Arguente: Prof. Doutora Susana Fernandes

Orientador: Prof. Doutora Ângela Leite

Outubro 2016



Declaração

1. É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

2. É autorizada a reprodução parcial desta tese/dissertação (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Gostaria de dirigir os meus sinceros agradecimentos a todos os elementos que tornaram possível a conclusão desta dissertação de mestrado.

À Professora Doutora Ângela Leite, pela orientação e acompanhamento prestados neste período de aprendizagem, pela disponibilidade, paciência e total colaboração.

A todos os meus amigos, pelo apoio ao longo destes anos, em especial à Diana Sousa, Inês Silva, Patrícia Galvão, Mário Vieira e Rui Silva.

À Doutora Ana Mestre, Tiago Gomes, Afrânio Almeida, Dora Rodrigues e Sara Gonçalves, um agradecimento especial pelo companheirismo, boa disposição e compreensão ao longo de todo este processo.

Finalmente, à minha família, em especial à minha mãe, por acreditar sempre em mim e pelo apoio incondicional demonstrado.

Muito Obrigado!

Avaliação da adição às redes sociais e da psicopatologia em jovens estudantes portugueses

Resumo

As redes sociais são utilizadas sobretudo para fins sociais, como a comunicação entre os pares, possibilitando a construção de relacionamentos num novo formato. A adição à *Internet*, em especial às redes sociais, não é considerada um distúrbio no *American Psychological Association* (2013). No entanto, uma taxa alarmante de utilizadores mostra sintomas de adição a estes comportamentos. Vários são os estudos que mencionam a adição à *Internet*, mas poucos evidenciam a adição às redes sociais.

Desta forma, a presente investigação tem como objetivo avaliar a adição dos jovens estudantes portugueses às redes sociais e a sua relação com a Psicopatologia, utilizando para o efeito um Questionário Sociodemográfico, um Inventário de Sintomas Psicopatológicos e uma Escala de Adição às Redes Sociais, traduzida e validada para população portuguesa.

Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra aleatória constituída por 550 estudantes de ambos os sexos.

O utilizador médio não apresenta sintomas psicopatológicos nem adição às redes sociais.

Palavras-chave: *Internet*; Redes Sociais; Psicopatologia; Adição; Estudantes Portugueses;

Evaluation of the addiction to social networks and of psychopathology in young portuguese students

Abstract

The social networks are mainly used with social purposes, such as the communication between peers, enabling the construction of relationships in a new shape. The addiction to the Internet, specially to the social networks, is not considered a disorder in the *American Psychological Association* (2013). However, an alarming rate of users shows symptoms of addiction to this behaviour. There are many studies that mention the addiction to the Internet, but few depict the addiction to social networks.

Thus, the current investigation aims to evaluate the addiction of young portuguese students to the social networks as well as its relationship with Psychopathology by using a Sociodemographic Questionnaire, an Brief Symptom Invenrory and a Social Media Addiction, translated and validated for the portuguese population.

This is a transversal study with a random sample of 550 students of both genders.

A medium user presents neither psychopathologic symptoms nor addiction to social networks.

Keywords: Internet; Social Networks; Psychopathology; Addiction; Portuguese Students.

Índice

Introdução.....	11
Capítulo I – Enquadramento Teórico	12
Capítulo II – Enquadramento Metodológico	15
2.1. Questão de Partida.....	15
2.2. Objetivo Geral	15
2.3. Objetivos Específicos	15
2.4. Hipóteses	15
2.5. Participantes.....	15
2.6. Instrumentos	17
2.7. Processo de tradução	19
2.8. Procedimentos	19
2.9. Análise Estatística.....	20
Capítulo III – Apresentação dos Resultados.....	20
Estudo 1: Análise Fatorial Confirmatória do Inventário de Sintomas Psicopatológicos	20
Abordagem estatística.....	20
Resultados.....	21
Estudo 2: Análise Fatorial Exploratória da Escala de Adição às Redes Sociais	28
Caraterização da Subamostra.....	28
Abordagem estatística.....	28
Resultados.....	29
Estudo 3: Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Adição às Redes Sociais	31
Caraterização da Subamostra.....	31
Resultados.....	31
3.1. Comparação de médias do total do BSI, subescalas e índices, do total da EARS e subescalas em relação às variáveis sociodemográficas	36
Capítulo IV – Discussão dos Resultados	45
Conclusão	49
Referências Bibliográficas.....	50
Anexos	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Frequências dos itens do BSI (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta)	23
Tabela 2 - Frequências do total e das subescalas da BSI (Média, desvio padrão, mínimo, máximo) e valor de Alpha Cronbach.....	27
Tabela 3 - Tabela comparativa dos resultados obtidos por Canavarro (1999) e por esta investigação	27
Tabela 4 - Comunalidades da Escala de Adição às Redes Sociais	29
Tabela 5 - Matriz de componente rotativa.....	30
Tabela 6 - Frequências dos itens da EARS (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta)	33
Tabela 7 - Frequências do total e das subescalas da EARS (Média, desvio padrão, mínimo, máximo) e valor de Alpha Cronbach.....	35
Tabela 8 - Correlações entre o total, os índices e as subescalas do EARS e do BSI.....	36
Tabela 9 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao sexo.....	37
Tabela 10 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação à idade	37
Tabela 11 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos ciclos	39
Tabela 12 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos anos de utilização da Internet.....	40
Tabela 13 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos anos de utilização as redes sociais	41
Tabela 14 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação à utilização no horário escolar/estágio	42
Tabela 15 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao número de redes sociais utilizadas	43
Tabela 16 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao chat das redes sociais.....	43
Tabela 17 - Correlações entre o total da EARS e das subescalas em relação às variáveis de tempo	45

Índice de Figuras

Figura 1 - Frequência do Sexo da amostra	16
Figura 2 - Frequência da Idade da amostra.....	16
Figura 3 - Número de redes sociais utilizadas pela amostra.....	17
Figura 4 - Modelo da análise fatorial confirmatória do Inventário de Sintomas Psicopatológicos	22
Figura 5 - Modelo da análise fatorial confirmatória da Escala de Adição às Redes Sociais	32

Lista de Abreviaturas

BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
TSP	Total dos Sintomas Positivos
IGS	Índices de Sintomas Gerais
ISP	Índice de Sintomas Positivos
EARS	Escala de Adição às Redes Sociais

Introdução

O acesso à *Internet* é cada vez mais fácil devido aos avanços na tecnologia. Assim sendo, a cada dia que passa, existem mais utilizadores a aceder à *Internet* de uma forma funcional, para atingir determinados objetivos e necessidades. No entanto, há um número crescente de pessoas que sofre consequências negativas, como a perda de controlo e a angústia causadas pelo uso excessivo da *Internet* (Wegmann, Stodt & Brand, 2015).

As redes sociais são uma das várias aplicações da *Internet* mais procuradas; através delas, é possível criar um perfil e interagir com outras pessoas através da publicação de fotos e vídeos, partilha de comentários e uso dos *chats* (Kuss & Griffiths, 2011).

Vários são os estudos que afirmam que o uso excessivo das novas tecnologias, como por exemplo, das redes sociais, pode ser problemático para os jovens adolescentes, pois, ao contrário de outras situações de dependência, esta não pode ser de abstinência total do uso da *Internet*, mas sim do seu uso regular e controlado (Echeburúa & Corral, 2010). Segundo Kuss e Griffiths (2011), os *smartphones* permitiram um acesso mais fácil e rápido aos utilizadores da *Internet* e, em específico das redes sociais, tornando-os, assim os utilizadores mais vulneráveis à adição deste comportamento.

Desta forma, para tentar dar resposta a algumas das perguntas da literatura, este estudo pretende avaliar a adição de uma amostra de jovens estudantes portugueses às redes sociais e a sua relação com a psicopatologia.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos fundamentais e distintos. O primeiro consiste no enquadramento teórico, com o objetivo de sustentar a investigação através de uma revisão bibliográfica das publicações mais recentes e pertinentes acerca deste tema. O segundo capítulo abrange o enquadramento metodológico, fazendo referência à problemática estudada, aos objetivos gerais e específicos, às hipóteses, à amostra, aos instrumentos utilizados, ao processo de tradução e aos procedimentos efetuados. O terceiro capítulo inclui a apresentação dos resultados. O quarto capítulo contém a discussão dos resultados obtidos nesta investigação, bem como as considerações finais e as limitações.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

A *Internet* é uma das ferramentas comunicacionais mais utilizadas, embora já não tenha como única função a pesquisa e/ou troca de informação. Esta é, também, responsável pela interação entre pessoas de todo o mundo através das redes sociais (Wegman, Stodt & Brand, 2015).

Segundo Davis (2001), o uso da *Internet* pode ser classificado de duas formas distintas: (1) uso saudável, que consiste no uso da *Internet* com um propósito expresso, numa quantidade razoável de tempo, sem desconforto cognitivo ou comportamental; (2) uso problemático da *Internet*, que diz respeito ao tempo excessivo gasto em diversas atividades na *Internet*, tendo efeitos negativos sobre o utilizador, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico. Outros autores, como Morahan-Martin e Schumacher (2000), clarificam que o uso problemático da *Internet* consiste num uso intensivo podendo causar dependência.

Segundo Griffiths (2013), as redes sociais são comunidades virtuais onde os utilizadores criam perfis individuais com o objetivo de interagir com os amigos da vida real e conhecer outras pessoas em interesses comuns.

A primeira rede social foi lançada em 1997, intitulada *SixDegrees*, e, tal como o próprio nome indica, todos os utilizadores estavam ligados por seis graus de separação. Em 2004, foi criada a rede social de maior sucesso, *Facebook*, por uma comunidade virtual de estudantes de *Harvard* (Boyd & Ellison, 2008). Ao longo dos últimos anos, têm surgido novas redes sociais, verificando-se um aumento progressivo do número de novos perfis criados, sendo utilizadas por todas as faixas etárias.

Um estudo comparativo entre 50 adolescentes (13-19 anos) e 50 adultos (idade superior a 60 anos) revelou que os adolescentes passam mais horas nas redes sociais do que os adultos (Pfeil, Arjan & Zaphiris, 2009). Segundo Barker (2009), o sexo feminino utiliza mais as redes sociais para comunicar com os seus pares, enquanto o sexo masculino serve-se delas para reforçar compensações sociais e para jogar. Para além disso, o sexo masculino tende a revelar mais informações pessoais nas redes sociais em comparação com o sexo feminino (Fogel & Nehmad, 2009). Um estudo com 233 estudantes adolescentes revelou que o sexo feminino utiliza as redes sociais pelo menos quatro vezes por dia (Pelling & White, 2010).

As características da *Internet* e, especificamente, das redes sociais são propícias ao estabelecimento de comportamentos aditivos (Al-Menayes, 2015; Griffiths, Kuss & Demetrovics, 2014; Griffiths, 2013; Kuss & Griffiths, 2011; Young, 1999). Young (1999) clarifica que existem cinco tipos diferentes de adição à *Internet*: dependência do computador, ou seja, adição aos jogos de computador; sobrecarga de informação, que consiste na adição à navegação na *web*; compulsão à *Internet*, da qual constam os jogos de casino ou compras *online*; adição ao *cybersexual*, sendo esta designada por pornografia sexual; e, por último, adição ao *cyberrelacionamento*, que constitui uma adição a um relacionamento *online*. Alguns autores afirmam que a adição às redes sociais está muito ligada a esta última categoria, pois a principal motivação para utilização de uma rede social, neste caso, é estabelecer e/ou manter os relacionamentos ativos (Kuss & Griffiths, 2011). É importante esclarecer que a adição às redes sociais é específica do uso da *Internet*, mas deve ser diagnosticada de forma separada da adição à *Internet* (Kuss & Griffiths, 2011).

A *American Psychological Association* (2013) não faz qualquer alusão dependência às redes sociais com uma patologia. No entanto, da quinta edição do DSM, consta o distúrbio de adição à *Internet* (como os jogos *online*), identificado na secção três como uma condição que justifica mais investigação clínica antes que possa ser considerada para inclusão no referido manual como um distúrbio formal. Independentemente disso, um grande número de pessoas revela sintomas de adição à *Internet* e, principalmente, às redes sociais (Al-Menayes, 2014).

Wegmann, Stodt & Brand (2015) afirmam que os utilizadores com sintomas psicopatológicos, como depressão ou ansiedade social, utilizam as redes sociais para receber gratificações, sendo que estas, ao longo do tempo, podem aumentar e tornar-se excessivas, podendo assim ser considerado um comportamento aditivo. Ryan e Xenos (2011) referem que as pessoas tímidas ou ansiosas passam mais tempo nas redes sociais para fugir à realidade e, desta forma, satisfazem as suas necessidades sociais.

Griffiths (2011) definiu o comportamento aditivo como qualquer conduta que apresente componentes do núcleo de dependência, ou seja, que apresente saliência, modificação de humor, tolerância, sintomas de abstinência, conflito e recaída. Assim sendo, todos os comportamentos que cumpram estes seis critérios podem ser definidos como aditivos. Segundo Wegman, Stodt & Brand (2015), existem semelhanças entre a adição às redes sociais e outros comportamentos aditivos, tais como a dependência de substâncias. Todos os comportamentos aditivos, nomeadamente, o comportamento

aditivo às redes sociais, podem resultar em isolamento social ou levar a problemas psicopatológicos (Griffiths, Kuss & Demetrovics, 2014).

De acordo com a *American Psychological Association* (2013) “a psicopatologia consiste numa síndrome comportamental ou psicológica clinicamente significativa que ocorre numa pessoa associada a mal-estar ou que apresenta um risco significativamente maior de morte, dor, incapacitação ou perda de liberdade”.

Kraut (1998) afirmou que um elevado tempo de utilização da *Internet* está associado a um aumento da depressão e a uma diminuição no envolvimento social. Segundo este autor, o tempo que as pessoas dedicam ao uso da *Internet* pode substituir o tempo em que poderiam estar envolvidas em atividades sociais. O uso desta tecnologia pode representar a privação do entretenimento, que poderá levar ao isolamento social e à diminuição do bem-estar psicológico.

LaRose, Eastin e Gregg (2001) demonstram que a utilização e a comunicação na *Internet* podem aliviar a depressão, em populações isoladas e moderadamente deprimidas, que confiam nas tecnologias sociais para obter apoio social. Outros autores revelaram que a elevada utilização da *Internet* está associada a uma diminuição nos sintomas depressivos, mais nos adolescentes do sexo masculino do que nos do sexo feminino. Os resultados deste estudo sugerem que quem utiliza a *Internet* para fins de comunicação tem efeitos positivos no bem-estar, enquanto a utilização desta para atividades que não estão relacionadas com a comunicação pode estar associada a efeitos negativos no bem-estar (Cotten, Anderson & McCullough, 2013).

Assim, após a conceptualização teórica apresentada anteriormente, é pertinente especificar no capítulo seguinte a metodologia deste estudo, tem como a questão de partida, objetivos, hipóteses, procedimentos e instrumentos.

Capítulo II – Enquadramento Metodológico

2.1. Questão de Partida

Com base na revisão da literatura, a questão principal do estudo é: “Será que os jovens estudantes portugueses têm comportamentos aditivos em relação às redes sociais?”.

2.2. Objetivo Geral

O principal objetivo do presente estudo é investigar a adição de uma amostra de jovens estudantes portugueses às redes sociais e a sua relação com a psicopatologia.

2.3. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta investigação são: determinar a existência ou não de adição às redes sociais na amostra estudada; relacionar os valores obtidos com as variáveis sociodemográficas; e estabelecer relação entre a adição às redes sociais e a psicopatologia.

2.4. Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que exista adição às redes sociais na amostra estudada;

Hipótese 2: Espera-se que a adição às redes sociais varie em função das variáveis sociodemográficas;

Hipótese 3: Espera-se que exista uma relação entre adição às redes sociais e a psicopatologia.

2.5. Participantes

O presente estudo engloba uma amostra de 550 estudantes, sendo que 215 (39%) pertencem ao sexo masculino e 335 (61%) pertencem ao sexo feminino (Figura 1), com idades compreendidas entre 14 e os 46 anos, com uma $M= 19.59$ e $DP= 3.36$ (Figura 2). Estes estudantes frequentam diversos ciclos de estudos sendo que 33 (6%) corresponde

ao 9º ano, 238 (61%) pertencem ao secundário, 190 (35%) pertencem a licenciatura, 85 (16%) frequentam o mestrado, e por último, 4 (1%) frequentam o doutoramento.

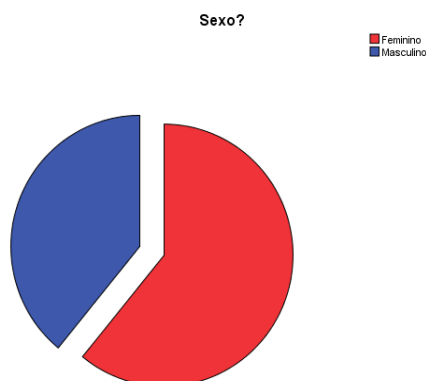


Figura 1 - Frequência do Sexo da amostra

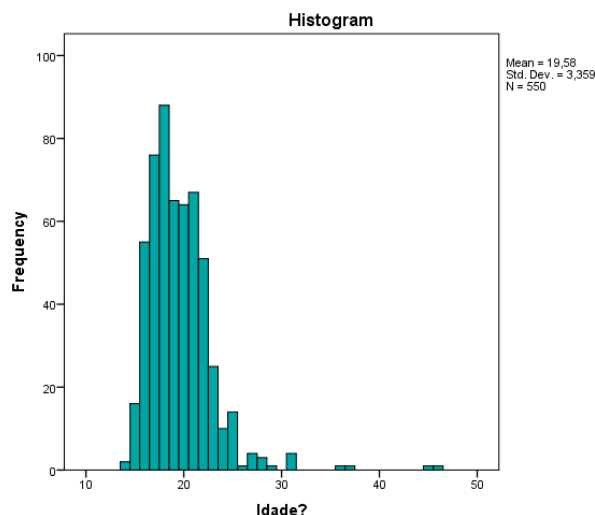


Figura 2 - Frequência da Idade da amostra

Estes estudantes utilizam há vários anos a *internet*: 62 (11%) frequentam a *Internet* há 1 a 4 anos, 340 (62%) utilizam há 5 a 10 anos, a mais de 11 anos é frequentada por 148 (27%) dos estudantes.

Quanto à utilização das redes sociais: oito (2%) dos estudantes utilizam há menos de um ano, 174 (32%) dos estudantes frequentam entre um a quatros anos, 348 (63%) dos estudantes utilizam entre cinco a dez anos e 20 (4%) dos estudantes frequentam há mais de onze anos. Quanto a utilização por dias de semana: 21 (4%) dos estudantes frequentam um a dois dias, 41 (8%) dos estudantes frequentam três a quatro dias, 45 (8%) dos

estudantes frequentam cinco a seis dias, 443 (81%) frequentam todos os dias as redes sociais. Ao aprofundar mais a utilização das redes sociais da amostra é possível observar que 127 (23%) dos estudantes utilizam menos de uma hora por dia, 300 (55%) dos estudantes utilizam entre uma a quatro horas por dia, 82 (15%) dos estudantes utilizam entre cinco a sete horas por dia, 41 (8%) dos estudantes utilizam mais de oito horas por dia as redes sociais.

Em relação ao número de redes sociais utilizadas, 82 (15%) dos estudantes utilizam apenas uma rede social, 133 (24%) frequentam duas redes sociais, 206 (38%) utilizam três redes sociais, 94 (17%) frequentam quatro redes sociais, 27 (5%) frequentam cinco redes sociais, por último, 8 (2%) utilizam seis redes sociais (Figura 3).

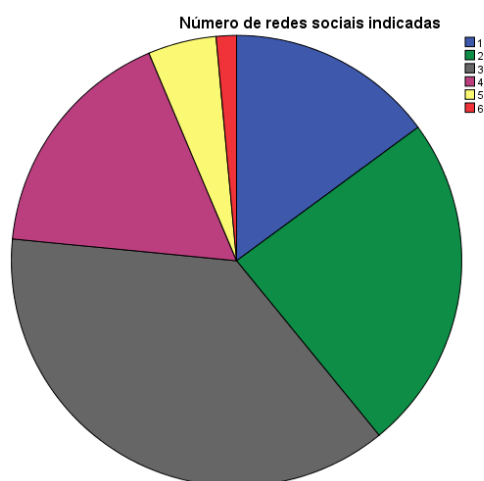


Figura 3 - Número de redes sociais utilizadas pela amostra

Das redes sociais utilizadas pela nossa amostra (*Facebook, Twitter, GooglePlus, Linkein, Instagram, Snapchat, Skype, Youtube, Tumbler, Tinder, Happn, Whatsapp*), aquelas acolhem a maior preferência são: *Facebook* (516 ou 94% de utilizadores); *Instagram* (436 ou 79% de utilizadores); e *Snapchat* (334 ou 61% de utilizadores).

Quanto a utilização dos *Chats* das redes sociais são utilizados por 520 (95%) dos estudantes, sendo que 30 (5%) não utiliza nenhum *Chat*.

2.6. Instrumentos

Foram aplicados um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999; Derogatis, 1982), já validado para a população

portuguesa, e, por fim, a Escala de Adição às Redes Sociais (Al-Menayes, 2015) traduzida e validada, com autorização do autor, para a mesma população.

O questionário sociodemográfico foi utilizado para reunir as informações acerca das características dos estudantes como o sexo, a idade, qual o ano e o curso que frequentam, quais as que redes sociais que utilizam, há quantos anos utilizam, se praticam exercício físico, quais os seus *hobbies* e, por fim, onde costumam aceder às redes sociais.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999; Derogatis, 1982) é uma forma abreviada do SCL -90 -R formado por 53 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (0 = Nunca; 4 = MUITÍSSIMAS VEZES), tem como objetivo avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide e Psicoticíssimo).

Canavarro (1999) descreve nove dimensões da seguinte forma: Somatização que consiste “na dimensão que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático”; Obsessões-Compulsões que “inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada”; Sensibilidade Interpessoal “centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas”; Depressão “reflete os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida”; Ansiedade “centra-se nos indicadores de nervosismo e tensão incluídos nos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico”; Hostilidade “inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera”; Ansiedade Fóbica “é definida como a resposta de medo persistente que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, que conduz ao comportamento de evitamento”; Ideação Paranoide consiste “em pensamentos projetivos, hostis, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios”; Psicoticismo representa “indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento” (BSI; Canavarro, 1999; Derogatis, 1982).

A Escala de Adição às Redes Sociais (Al-Menayes, 2015) foi adaptada de uma escala de adição à *internet* de Young, formada por 14 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (1 = Discordo Totalmente; 5 = Concordo Totalmente), e tem como objetivo avaliar os sintomas de adição às redes sociais, através de três fatores. O fator 1

(*Social Consequences*) consiste na deterioração do desempenho escolar, condução, na privação do contato social e pensamentos sobre as redes sociais enquanto não as utiliza. O fator 2 (*Time Displacement*) diz respeito ao uso excessivo das redes sociais, evitamento de tarefas escolares, irritabilidade, e falta de sono devido ao uso das redes sociais. O fator 3 (*Compulsive Feeling*) composta por dois itens, responsáveis necessidade da utilização das redes sociais e os sentimentos que daí advém (Al-Menayes, 2015).

2.7. Processo de tradução

O processo de tradução em relação do instrumento de Al-Menayes (2015) decorreu da seguinte forma: inicialmente, foi traduzido do inglês para português e retro-traduzido por dois psicólogos, um dos quais bilingue, preservando o conteúdo e o significado psicológico dos itens e, ao mesmo tempo, assegurando a especificidade da língua portuguesa e tornando acessível a compreensão dos mesmos. Foi realizado um pré-teste de conteúdo com seis estudantes, com o objetivo de aferir a clareza do questionário. Essa aplicação revelou que, para aquele grupo de estudantes, o questionário não apresentava qualquer tipo de dificuldades no seu preenchimento.

2.8. Procedimentos

Esta investigação foi realizada com estudantes do ensino básico, secundário e universitário da cidade do Porto. No decorrer de três meses, foram recolhidos 550 questionários válidos. Previamente, foi elaborado um pedido de autorização aos pais dos estudantes menores de idade e os respetivos consentimentos informados para a participação voluntária no estudo e garantida a confidencialidade e anonimato.

Os questionários foram disponibilizados *online* e em formato de papel, acompanhados de uma explicação acerca do seu preenchimento.

Depois de caracterizada a amostra, procedemos aleatoriamente à sua divisão, sendo que uma das subamostras se destinou a uma análise fatorial exploratória em relação à Escala de Adição às Redes Sociais, e a outra subamostra teve como finalidade uma análise fatorial confirmatória em relação à Escala de Adição às Redes Sociais. Através da amostra global foi efetuada uma análise fatorial confirmatória para o Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Os resultados foram tratados através do programa de análise estatística IBM SPSS e AMOS 22.

2.9. Análise Estatística

Foram levados a cabo procedimentos específicos da análise estatística descritiva (frequências – média, desvio padrão, mínimo, máximo, percentagens) e da análise estatística inferencial (testes de hipóteses; significância; teste *t*; Teste Z; Valor -p); correlações e análise multivariada. Além disso foi avaliado o modelo de ajustamento dos instrumentos à amostra.

Capítulo III – Apresentação dos Resultados

Estudo 1: Análise Fatorial Confirmatória do Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Abordagem estatística

A dimensão da subamostra cumpriu os requisitos mínimos (200 - 400) para o uso do método de máxima probabilidade em Modelos de Equações Estruturais (Marôco, 2010). Os pressupostos de normalidade dos itens avaliaram-se através dos valores dos coeficientes de assimetria e de curtose. Para determinar a qualidade do ajustamento do modelo, observou-se o cumprimento dos valores de referência indicativos de bom ajustamento nos índices: $\chi^2 / df \approx 2$; CFI (Confirmatory Fit Index) e GFI (Goodness-of-Fit Index) superiores a.90; PCFI (Parsimony-adjusted Comparative Fit Index) e PGFI (Parsimony-adjusted Goodness-of-Fit Index) superiores a.60; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) inferior a.08 com P_{RMSEA} significativa (inferior a.05); e SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) não superior a.05 (Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Para o refinamento do modelo, foram considerados os índices de modificação (MI) de trajetórias e/ou correlações com evidências de variações significativas na qualidade do modelo, isto é, com multiplicadores de Lagrange superiores a 11 ($p < 0.001$) (Marôco, 2010).

Para avaliar a parcimónia dos modelos, considerou-se os índices: AIC (Akaike information Criterion), BCC (Browne-Cudeck Criterion) e MECVI (Modified Expected Cross-Validation Index). Valores baixos indicam que o modelo é mais parcimonioso

(Marôco, 2010). A fiabilidade do construto foi avaliada pela confiabilidade compósita (CR) e a validade do construto pela AVE (Average Variance Extracted). Valores de confiabilidade compósita superiores ou iguais a .70 e de AVE iguais ou superiores a .50 indicam a presença de construtos fiáveis e válidos (Fornell & Larcker, 1981). A fiabilidade global do instrumento avaliou-se através do cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach ($\alpha > .70$; Hair et al., 2013) e a validade do construto através da validade convergente com as escalas. Para estimar a validade convergente foram usados os coeficientes de correlação de Spearman.

A seguir aplicou-se a AFC sequencialmente aos modelos com restrições relativas aos pesos fatoriais dos itens e às variâncias\covariâncias. A significância estatística da diferença dos dois modelos foi avaliada com o teste de diferença do qui-quadrado de ajustamento, indicador de não invariância dos modelos se $p < .05$ (Maroco, 2010).

Resultados

Todos os itens observaram os pressupostos da normalidade da distribuição. Foi testada a estrutura multifatorial do modelo de primeira ordem com 53 itens e 9 fatores resultante do procedimento de AFE (Figura 5). O modelo revelou um ajustamento global aceitável ($\chi^2 / df = 1091$, CFI = .847, PCFI = .786, GFI = .707, PGFI = .710, AGFI = .772, RMR = .047, RMSEA = .059, PRMSEA = .000). Os valores dos MI sugeriram a introdução de várias covariâncias entre os erros de medida de algumas variáveis. Estabeleceram-se as covariâncias, justificadas teoricamente pelo tipo de amostra.

Chi-square = 2966,875 df=1091 p=,000 Ratio =2,719
 CFI=,847 PCFI= ,786 GFI=,797 PGFI=,710 AGFI= ,772
 RMR=,047 RMSEA²= ,059 P(RMSEA)=,000

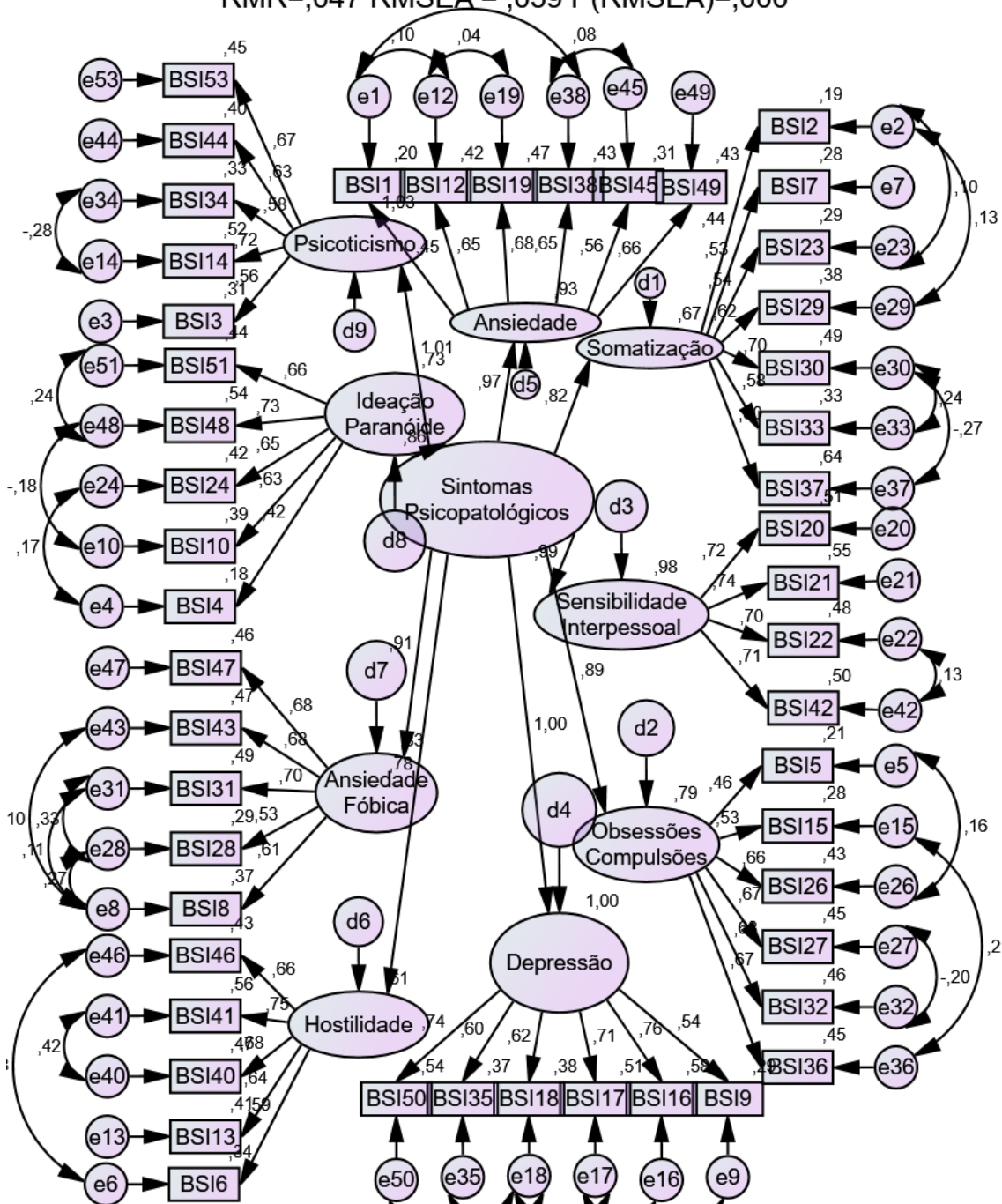


Figura 4 - Modelo da análise fatorial confirmatória do Inventário de Sintomas Psicopatológicos

No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos, na tabela 1 encontramos as frequências dos itens do instrumento utilizado:

Tabela 1 - Frequências dos itens do BSI (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta)

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior.	1.78	1.14	0	4	89 (16.2%)	132 (24%)	176 (32%)	119 (21.6%)	34 (6.2%)
2	Desmaios ou tonturas	.29	.63	0	4	437 (79.5%)	67 (12.2%)	38 (6.9%)	18 (3.3%)	4 (.7%)
3	Ter impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	.39	.81	0	4	319 (58%)	155 (28.2%)	50 (9.1%)	17 (3.1%)	9 (1.6%)
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela a maioria dos seus problemas.	.62	.90	0	4	319 (58%)	155 (28.2%)	50 (9.1%)	17 (3.1%)	9 (1.9%)
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	1.16	1.17	0	4	204 (37.1%)	160 (29.1%)	109 (19.8)	47 (8.5%)	30 (5.5%)
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	1.93	1.25	0	4	82 (14.9%)	131 (23.8%)	147 (26.7%)	121 (22%)	69 (12.5%)
7	Dores sobre o coração ou no peito.	.76	1.09	0	4	324 (58.9%)	101 (18.4%)	74 (13.5%)	35 (6.4%)	16 (2.9%)
8	Medo de andar na rua ou praças públicas.	.39	.80	0	4	414 (75.3%)	85 (15.5%)	33 (6.0%)	10 (1.8%)	8 (1.5%)
9	Pensamentos de acabar com a vida.	.17	.60	0	4	495 (90%)	32 (5.8%)	13 (2.4%)	4 (.7)	6 (1.1)
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	1.43	1.32	0	4	176 (32%)	144 (26.2%)	106 (19.3)	68 (12.4%)	56 (10.2%)
11	Perder o apetite.	.68	1.00	0	4	328 (59.6%)	121 (22%)	64 (11.6%)	23 (4.2%)	14 (2.5%)
12	Ter um medo súbito sem razão para isso.	.62	.98	0	4	350 (63.6%)	103 (18.7%)	64 (11.6%)	22 (4%)	11 (2%)
13	Ter impulsos que não se pode controlar.	.80	1.08	0	4	302 (54.9%)	119 (21.6%)	87 (15.8%)	22 (4%)	20 (3.6%)
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.	1.00	1.16	0	4	244 (44.4%)	162 (29.5%)	71 (12.9%)	46 (8.4%)	27(4.9%)

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	.92	1.01	0	4	237 (43.1%)	180 (32.7%)	84 (15.3%)	40 (7.3%)	9 (1.6%)
16	Sentir-se sozinho.	.95	1.09	0	4	241 (43.8%)	168 (30.5%)	96 (17.5%)	18 (3.3%)	27 (4.9%)
17	Sentir-se triste.	1.22	1.10	0	4	169 (30.7%)	185 (33.6%)	126 (22.9%)	47 (8.5%)	23 (4.2%)
18	Não ter interesse por nada.	.84	1.04	0	4	272 (49.5%)	151 (27.5%)	84 (15.3%)	27 (4.9%)	16 (2.9%)
19	Sentir-se atemorizado.	.37	.71	0	4	406 (73.8%)	95 (17.3%)	39 (7.1%)	8 (1.5%)	2 (.4%)
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.	.85	1.04	0	4	273 (49.6%)	138 (25.1%)	102 (18.5%)	20 (3.6%)	17 (3.1%)
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	.86	1.12	0	4	282 (51.3%)	139 (25.3%)	75 (13.6%)	30 (5.5%)	24 (4.4%)
22	Sentir-se inferior aos outros.	.62	1.04	0	4	357 (64.9%)	109 (19.8%)	43 (7.8%)	20 (3.6%)	21 (3.8%)
23	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.	.44	.82	0	4	395 (71.8%)	93 (16.9%)	45 (8.2%)	10 (1.8%)	7 (1.3%)
24	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	1.11	1.18	0	4	215 (39.1%)	166 (30.2%)	98 (17.8%)	36 (6.5%)	35 (6.4%)
25	Dificuldade em adormecer.	1.24	1.28	0	4	217 (39.5%)	127 (23.1%)	102 (18.5%)	65 (11.8%)	39 (7.1%)
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	1.26	1.19	0	4	183 (33.3%)	154 (28%)	127 (23.1%)	53 (9.6%)	26 (4.7%)
27	Dificuldade em tomar decisões.	1.22	1.16	0	4	190 (34.5%)	154 (28%)	127 (23.1%)	53 (9.6%)	26 (4.7%)
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	.19	.57	0	4	478 (86.9%)	48 (8.7%)	15 (2.7%)	8 (1.5%)	1 (.2%)
29	Sensação de que lhe falta o ar.	.50	.90	0	4	378 (68.7%)	105 (19.1%)	38 (6.9%)	20 (3.6%)	9 (1.6%)
30	Calafrios e afrontamentos.	.37	.75	0	4	417 (75.8%)	82 (14.9%)	36 (6.5%)	12 (2.2%)	3 (.5%)

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medos.	.44	.83	0	4	397 (72.2%)	87 (15.8%)	47 (8.5%)	14 (2.5%)	5 (.9%)
32	Sensação de vazio na cabeça.	.51	.90	0	4	379 (68.9%)	102 (18.5%)	41 (7.5%)	17 (3.1%)	11 (2%)
33	Sensação de anestesia (encortiquamento ou formigueiro) no corpo.	.57	.95	0	4	364 (66.2%)	103 (18.7%)	49 (8.9%)	24 (4.4%)	10 (1.8%)
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	.33	.75	0	4	436 (79.3%)	70 (12.7%)	27 (4.9%)	12 (2.2%)	5 (.9%)
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro.	.76	1.05	0	4	313 (56.9%)	117 (21.3%)	76 (13.8%)	29 (5.3%)	15 (2.7%)
36	Ter dificuldade em se concentrar.	1.48	1.171	0	4	119 (21.6%)	193 (35.1%)	135 (24.5%)	60 (10.9%)	43 (7.8%)
37	Falta de forças em partes do corpo.	.62	.915	0	4	333 (60.5%)	130 (23.6%)	57 (10.4%)	24 (4.4%)	6 (1.1%)
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	.73	.951	0	4	301 (54.7%)	130 (23.6%)	92 (16.7%)	20 (3.6%)	7 (1.3%)
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	.49	.978	0	4	404 (73.5%)	75 (13.6%)	32 (5.8%)	24 (4.4%)	15 (2.7%)
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	.72	1.13	0	4	343 (62.4%)	96 (17.5%)	55 (10%)	32 (5.8%)	24 (4.4%)
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas.	.83	1.18	0	4	313 (56.9%)	106 (19.3%)	74 (13.5%)	24 (4.4%)	33 (6%)
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	.75	.98	0	4	284 (51.6%)	166 (30.2%)	68 (12.4%)	16 (2.9%)	16 (2.9%)
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias.	.49	.96	0	4	400 (72.7%)	81 (14.7%)	35 (6.4%)	19 (3.5%)	15 (2.7%)
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	.65	.99	0	4	335 (60.9%)	125 (22.7%)	54 (9.8%)	22 (4%)	14 (2.5%)
45	Ter ataques de terror ou pânico.	.27	.72	0	4	461 (83.8%)	50 (9.1%)	20 (3.6%)	15 (2.7%)	4 (.7%)

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
46	Entrar facilmente em discussão	1.00	1.18	0	4	252 (45.8%)	145 (26.4%)	79 (14.4%)	47 (8.5%)	27 (4.9%)
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.	.52	.98	0	4	382 (69.5%)	91 (16.5%)	50 (9.1%)	15 (2.7%)	12 (2.2%)
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	1.17	1.23	0	4	221 (40.2%)	135 (24.5%)	108 (19.6%)	52 (9.5%)	34 (6.2%)
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto.	.70	1.07	0	4	331 (60.2%)	118 (21.5%)	57 (10.4%)	22 (4%)	22 (4%)
50	Sentir que não tem valor.	.69	1.13	0	4	352 (64%)	97 (17.6%)	50 (9.1%)	22 (4%)	29 (5.3%)
51	A impressão que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	.99	1.07	0	4	283 (51.5%)	106 (19.3%)	83 (15.1%)	39 (7.1%)	39 (7.1%)
52	Ter sentimentos de culpa.	.86	1.07	0	4	269 (48.9%)	158 (28.7%)	76 (13.8%)	26 (4.7%)	21 (3.8%)
53	Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	.79	1.15	0	4	318 (57.8%)	115 (20.9%)	62 (11.3%)	24 (4.4%)	31 (5.6%)

Ao observar a tabela 2, verificamos que o total do BSI apresenta um valor de *Alpha* de Cronbach bastante elevado (.96).

O IGS (Índice geral de sintomas), que pondera a intensidade do mau estar experienciado, apresenta uma média de (.75), bastante longe do ponto de corte definido pelos autores da escala (1.7).

No que diz respeito às subescalas, verificamos que as obsessões compulsões é a que apresenta uma média mais elevada (1.09) e a ansiedade fóbica a média mais baixa (.41).

Em relação ao valor de *Alpha de Cronbach*, a subescala com o valor mais elevado é a hostilidade e depressão (.84) e a subescala psicoticismo apresenta o valor mais baixo (.74).

Tabela 2 - Frequências do total e das subescalas do BSI (Média, desvio padrão, mínimo, máximo) e valor de Alpha Cronbach

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Alpha</i>
Somatização	.51	.580	0	3	.79
Obsessões Compulsões	1.09	.77	0	4	.78
Sensibilidade Interpessoal	.77	.85	0	4	.82
Depressão	.77	.76	0	4	.84
Ansiedade	.75	.65	0	4	.78
Hostilidade	1.06	.91	0	4	.84
Ansiedade Fóbica	.41	.59	0	4	.75
Ideação Paranoíde	1.06	.87	0	4	.79
Psicoticismo	.63	.69	0	3	.74
Total BSI	41.34	32.01	0	169	.96
IGS	.75	.59	0	3.15	
TSP	23.02	13.24	0	53	
ISP	.76	.59	1	4	

Os valores das subescalas deste estudo são mais baixos do que os apresentados pela autora, expeto na subescala de Hostilidade, como é possível observar na tabela 3.

Tabela 3 - Tabela comparativa dos resultados obtidos por Canavarro (1999) e por esta investigação

Variáveis	Resultados deste estudo		População Geral (Canavarro, 1999)		Perturbações Emocionais (Canavarro, 1999)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	.51	.58	.57	.92	1.36	1.00
Obsessões compulsões	1.09	.77	1.29	.88	1.92	.93
Sensibilidade Interpessoal	.77	.85	.96	.73	1.60	1.03
Depressão	.77	.76	.89	.72	1.83	1.05
Ansiedade	.75	.65	.94	.77	1.75	.94
Hostilidade	1.06	.91	.89	.78	1.41	.90

Ansiedade Fóbica	.41	.59	.42	.66	1.02	.93
Ideação Paranoide	1.06	.87	1.06	.79	1.53	.85
Psicoticismo	.63	.69	.67	.61	1.40	.83
IGS	.75	.59	.84	.48	1.43	0.71
TSP	23.02	13.24	26.99	11.72	37.35	12.17
ISP	.76	.59	1.56	.39	2.11	.60

Estudo 2: Análise Fatorial Exploratória da Escala de Adição às Redes Sociais

Caraterização da Subamostra

A AFE utilizou uma subamostra de 284 estudantes, sendo que 109 (38%) dos estudantes pertencem ao sexo masculino e 175 (61%) dos estudantes pertencem ao sexo feminino com idades compreendidas entre 15 e os 31 anos, com uma $M= 19,50$ e $DP= 2,87$.

Abordagem estatística

Os itens do instrumento original foram submetidos a um conjunto de procedimentos estatísticos. No estudo da validade fatorial do instrumento, analisou-se a distribuição dos itens ($|sk| < 1$, $|ku| < 3$) (Kline, 1998). A estrutura subjacente ao instrumento foi determinada através da análise fatorial exploratória, com extração dos componentes principais e rotação ortogonal *varimax*. Para o estudo da validade do construto, avaliou-se a qualidade das correlações entre os itens, através da estatística Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > .70$) e do teste de esfericidade de Bartlett ($p < .05$) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2013), e dos pesos fatoriais dos itens nos fatores ($\lambda > .32$) (Tabachnick & Fidell, 2007). Definiu-se como critério de exclusão dos itens, a observação de pesos fatoriais superiores a 0.32 em mais do que um fator e diferindo no máximo 0.20. Para avaliação da consistência interna, na fase de validação do construto, analisou-se o alfa de Cronbach para cada fator extraído ($\alpha > .70$) (Nunnally & Bernstein, 1994). A consistência interna do instrumento foi avaliada através do grau de homogeneidade das respostas aos itens a partir da matriz de intercorrelações entre os itens e do coeficiente de correlação do Pearson item-total.

Resultados

A análise dos coeficientes de assimetria e de curtose confirmou a normalidade das distribuições dos itens do instrumento. O procedimento inicial de análise fatorial exploratória comprovou a adequabilidade da amostra à análise (KMO =.877; $\chi^2=1401,139$; $p<.000$). A solução resultante da aplicação da regra de Kaiser – Valores próprios superiores à unidade (5.38 e 1.47) – identificou dois fatores que explicavam cerca de 48% da variância total (38.4% e 10.4%). A solução resultante apresentava itens com *crossloadings* e pesos fatoriais inferiores a .50. Da aplicação de critério de eliminação dos itens, após várias iterações, remoção de três itens (Tabela 4).

Tabela 4 - Comunalidades da Escala de Adição às Redes Sociais

Itens	Inicial	Extração
1. Utilizo muito mais vezes as redes sociais do que pretendia.	1,000	.514
2. Considero que a vida sem as redes sociais seria aborrecida.	1,000	.491
3. Tenho abdicado muitas vezes do meu trabalho escolar/estágio por causa das redes sociais.	1,000	.574
4. Fico irritado se alguém me interrompe quando estou a utilizar as redes sociais.	1,000	.586
5. Não sinto necessidade de utilizar as redes sociais.	1,000	.156
6. Não me apercebo da passagem do tempo quando estou a utilizar as redes sociais.	1,000	.481
7. É-me difícil adormecer logo após a utilização das redes sociais.	1,000	.320
8. Fica aborrecido se tivesse que reduzir a quantidade de tempo que passo nas redes sociais.	1,000	.628
9. Os meus familiares queixam-se frequentemente da importância que dou às redes sociais.	1,000	.393
10. As minhas notas escolares desceram por causa da utilização das redes sociais.	1,000	.711
11. Costumo usar as redes sociais durante o horário escolar/estágio.	1,000	.403
12. Costumo cancelar encontros com os meus amigos por causa da necessidade que tenho de utilizar as redes sociais.	1,000	.590
13. Dou por mim várias vezes a pensar sobre o que aconteceu nas redes sociais mesmo quando não as estou a utilizar.	1,000	.363
14. Sinto que a minha dependência das redes sociais tem aumentado significativamente desde que as comecei a utilizar.	1,000	.641

Relativamente a esta última solução, a KMO (.856) e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2= 1164,810$; $p<.0001$) atestaram a adequabilidade dos dados à análise com bons níveis de correlação entre os itens. Todos os itens exibiram pesos fatoriais elevados (entre .518 e .830 nos dois fatores), próximos dentro de cada fator, e sem *crossloadings* inferiores a .20, evidenciando uma estrutura fatorial bem definida (Tabela 5).

Tabela 5 - Matriz de componente rotativa

Itens	Fator 1	Fator 2
1. Utilizo muito mais vezes as redes sociais do que pretendia.	.703	
2. Considero que a vida sem as redes sociais seria aborrecida.	.702	
3. Tenho abdicado muitas vezes do meu trabalho escolar/estágio por causa das redes sociais.		.703
4. Fico irritado se alguém me interrompe quando estou a utilizar as redes sociais.		.629
5. Não sinto necessidade de utilizar as redes sociais.	---	---
6. Não me apercebo da passagem do tempo quando estou a utilizar as redes sociais.	.718	
7. É-me difícil adormecer logo após a utilização das redes sociais.	---	---
8. Fica aborrecido se tivesse que reduzir a quantidade de tempo que passo nas redes sociais.	.658	
9. Os meus familiares queixam-se frequentemente da importância que dou às redes sociais.	---	---
10. As minhas notas escolares desceram por causa da utilização das redes sociais.		.830
11. Costumo usar as redes sociais durante o horário escolar/estágio.	.657	
12. Costumo cancelar encontros com os meus amigos por causa da necessidade que tenho de utilizar as redes sociais.		.776
13. Dou por mim várias vezes a pensar sobre o que aconteceu nas redes sociais mesmo quando não as estou a utilizar.	.518	
14. Sinto que a minha dependência das redes sociais tem aumentado significativamente desde que as comecei a utilizar.	.721	

A estrutura fatorial não se mantém face à versão original, havendo algumas alterações no caso da amostra portuguesa. O fator 1 inclui os itens 1, 2, 6, 8, 11, 13, 14 designado por sentimentos compulsivos. O fator 2 inclui os itens 3, 4, 10, 12 assinalado por consequências sociais.

O item 5, 7, 9 foram retirados da escala por não cumprirem os requisitos mínimos do peso fatorial e da cumunalidade.

Os dois fatores apresentaram boa consistência interna (*Alphas de Cronbach* entre .832 e .761) e boa homogeneidade (correlações médias entre itens elevadas e entre .175 e .617), mostrando uma correlação positiva e significativa (.557).

Na matriz de correlação entre os itens, e usando o coeficiente de correlação de *Pearson*, constatou-se que 100% das correlações são positivas e estatisticamente significativas ($p < .001$). A correlação mais elevada (.617) estabeleceu-se entre os itens quatro e oito, e a mais baixa (.175) entre os itens dez e onze. A avaliação do índice de discriminação de cada item foi feita através da análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* item-total. A totalidade dos itens apresentou correlações significativas com a escala total, variando os valores da correlação item-total corrigida entre .352 e .701.

Estudo 3: Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Adição às Redes Sociais

Caraterização da Subamostra

A AFC serviu-se de uma subamostra de 266 estudantes, sendo que 106 (40%) dos estudantes pertencem ao sexo masculino e 160 (60%) dos estudantes pertencem ao sexo feminino com idades compreendidas entre 14 e os 46 anos, com uma $M = 19,00$ e $DP = 3,81$.

Resultados

Todos os itens observaram os pressupostos da normalidade da distribuição. Foi testada a estrutura multifatorial do modelo de primeira ordem com 11 itens e dois fatores resultante do procedimento de AFE (Figura 5). O modelo revelou um ajustamento global aceitável ($\chi^2 / df = 42$, CFI = .948, PCFI = .724, GFI = .943, PGFI = .600, AGFI = .910, RMR = .058, RMSEA = .064, PRMSEA = .100). Os valores dos MI sugeriram a introdução de uma covariância entre os erros de medida de duas variáveis observadas (erros 10 e 11). Estabeleceram-se as covariâncias, justificadas teoricamente pela associação ao mesmo construto: sentimentos compulsivos.

Chi-square = 88,177 df=42 p=,000 Ratio =2,099
 CFI=,948 PCFI= ,724 GFI=,943 PGFI=,600 AGFI= ,910
 RMR=,058 RMSEA = ,064 P(RMSEA)=,100

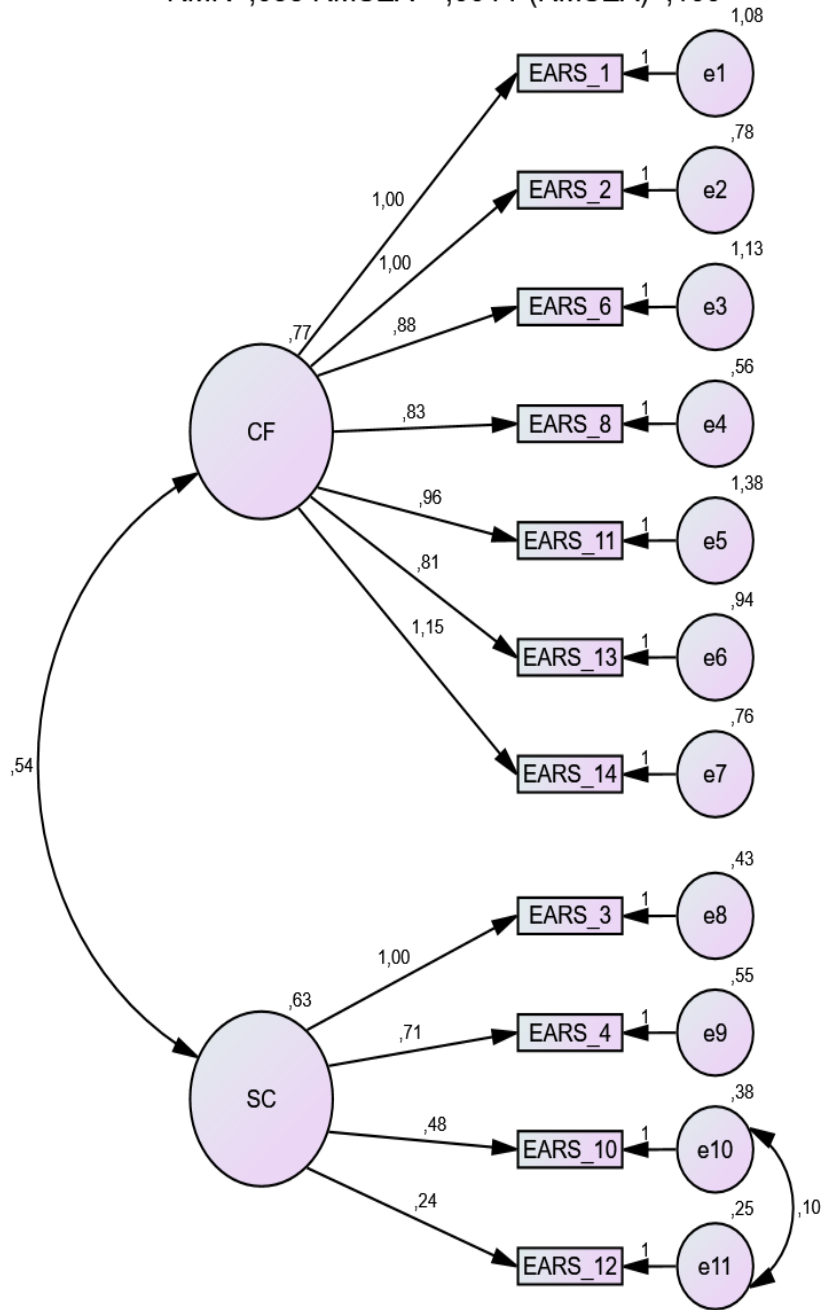


Figura 5 - Modelo da análise fatorial confirmatória da Escala de Adição às Redes Sociais

No que diz respeito aos sintomas de adição às redes sociais, na tabela 6 encontramos as frequências do instrumento utilizado:

Tabela 6 - Frequências dos itens da EARS (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta)

Item	Descrição	M	DP	Min	Max	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo/ Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	Utilizo muito mais vezes as redes sociais do que pretendia.	3.17	1.32	1	5	82 (14.9%)	97 (17.6%)	110 (20%)	165 (30%)	96 (17.5%)
2	Considero que a vida sem as redes sociais seria aborrecida.	2.84	1.25	1	5	96 (17.5%)	138 (25.1%)	131 (23.8%)	129 (23.5%)	56 (10.2%)
3	Tenho abdicado muitas vezes do meu trabalho escolar/estágio por causa das redes sociais.	1.82	1.06	1	5	288 (52.4%)	140 (25.5%)	68 (12.4%)	41 (7.5%)	13 (2.4%)
4	Fico irritado se alguém me interrompe quando estou a utilizar as redes sociais.	1.64	.95	1	5	330 (60%)	132 (24%)	53 (9.6%)	26 (4.7%)	9 (1.6%)
5	Não sinto necessidade de utilizar as redes sociais.	3.35	1.26	1	5	58 (10.5%)	87 (15.8%)	127 (23.1%)	163 (29.6%)	115 (20.9%)
6	Não me apercebo da passagem do tempo quando estou a utilizar as redes sociais.	3.27	1.29	1	5	67 (12.2%)	93 (16.9%)	125 (22.7%)	157 (28.5%)	108 (19.6%)
7	É-me difícil adormecer logo após a utilização das redes sociais.	2.03	1.21	1	5	255 (46.4%)	135 (24.5%)	75 (13.6%)	58 (10.5%)	27 (4.9%)
8	Fica aborrecido se tivesse que reduzir a quantidade de tempo que passo nas redes sociais.	1.99	1.07	1	5	233 (46.5%)	120 (21.8%)	71 (12.9%)	64 (11.6%)	39 (7.1%)
9	Os meus familiares queixam-se frequentemente da importância que dou às redes sociais.	2.11	1.30	1	5	256 (46.5%)	120 (21.8%)	71 (12.9%)	64 (11.6%)	39 (7.1%)
10	As minhas notas escolares desceram por causa da utilização das redes sociais.	1.44	.80	1	5	385 (70%)	113 (20.5%)	31 (5.6%)	17 (3.1%)	4 (.7%)
11	Costumo usar as redes sociais durante o horário escolar/estágio.	3.32	1.40	1	5	104 (18.9%)	51 (9.3%)	69 (12.5%)	215 (39.1%)	111 (20.2%)

12	Costumo cancelar encontros com os meus amigos por causa da necessidade que tenho de utilizar as redes sociais.	1.17	.52	1	5	486 (88.4%)	43 (7.8%)	15 (2.7%)	5 (.9%)	1 (.2%)
13	Dou por mim várias vezes a pensar sobre o que aconteceu nas redes sociais mesmo quando não as estou a utilizar.	2.00	1.17	1	5	266 (48.4%)	115 (20.9%)	87 (15.8%)	67 (15.8%)	15 (2.7%)
14	Sinto que a minha dependência das redes sociais tem aumentado significativamente desde que as comecei a utilizar.	2.42	1.38	1	5	209 (38%)	98 (17.8%)	94 (17.1%)	101 (18.4%)	48 (8.7%)

Os itens 1, 5, 6 e 11 apresentam uma média superior a três (valor médio das modalidades de resposta). Contudo, o desvio padrão, em todos os casos coloca os valores numa dimensão de normalidade, razão pela qual a nossa hipótese 1 (Espera-se que exista adição às redes sociais na amostra estudada) não se verifica.

Ao observar a tabela 7, verificamos que o total do EARS apresenta um valor de *Alpha de Cronbach* bastante elevado (.85).

O total da EARS, que pondera a intensidade do nível de adição, apresenta uma média de (2.28), abaixo do ponto médio de resposta da escala.

No que diz respeito às subescalas, verificamos que os sentimentos compulsivos é a que apresenta uma média mais elevada (2.72) e as consequências sociais a média mais baixa (1.52).

Em relação ao valor de *Alpha de Cronbach*, a subescala com o valor mais elevado é as consequências sociais (.83) e a subescala sentimentos compulsivos apresenta o valor mais baixo (.73).

Tabela 7 - Frequências do total e das subescalas da EARS (Média, desvio padrão, mínimo, máximo) e valor de Alpha Cronbach

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Alpha</i>
Sentimentos Compulsivos	2.72	.89	1	5	.73
Consequências Sociais	1.52	.63	1	4	.83
Total_EARS	2.28	.73	1	4	.85

Em seguida, apresentamos na tabela 8, verificamos que a subescala sentimentos compulsivos correlaciona-se positivamente e significativamente com todas as dimensões do BSI, à exceção com a somatização e TSP. A subescala consequências sociais correlaciona-se positivamente e significativamente com todas as dimensões do BSI, à exceção com a somatização, hostilidade e o total do BSI. O total da EARS correlaciona-se positivamente e significativamente com todas as dimensões do BSI, à exceção com a somatização e psicoticismo.

Tabela 8 - Correlações entre o total, os índices e as subescalas do EARS e do BSI

	EARS Total	EARS Sentimentos Compulsivos	EARS Consequências Sociais
BSI Somatização	.050	.041	.055
BSI Obsessão Compulsão	.144**	.136**	.118**
BSI Sensibilidade Interpessoal	.175**	.155**	.168**
BSI Depressão	.159**	.137**	.160**
BSI Ansiedade	.139**	.136**	.099*
BSI Hostilidade	.101*	.105*	.057
BSI Ansiedade Fóbica	.132**	.111**	.140**
BSI Ideação Paranoide	.139**	.127**	.123**
BSI Psicoticismo	.164	.142**	.165**
BSI TSP	.136**	.118	.137**
BSI IGS	.161**	.147**	.143**
BSI ISP	.104**	.095**	.093**
BSI Total	.161**	.146**	.143

(** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral), * A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)).

3.1. Comparação de médias do total do BSI, subescalas e índices, do total da EARS e subescalas em relação às variáveis sociodemográficas

Procedemos a comparação das médias das dimensões estudadas em função das variáveis sociodemográficas e das variáveis relacionadas com a utilização da *Internet* e das redes sociais.

As variáveis sociodemográficas em relação às quais não encontramos diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao total da BSI, subescalas e índices, total da EARS e subescalas, não aparecem nestes resultados.

Apresentamos a tabela 9, onde verificamos que as mulheres apresentam valores significativamente mais elevados em relação ao índice IGS e às subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão e sensibilidade interpessoal do que os homens; com exceção da subescala consequências sociais em que os homens apresentam valores significativamente mais elevados do que as mulheres.

Tabela 9 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao sexo

	Sexo	M	DP	t	g.l	P
Consequências Sociais	Feminino	1.47	.59	-2.370	548	.018
	Masculino	1.60	.69			
IGS	Feminino	.82	.60	3.234	548	.001
	Masculino	.66	.51			
Somatização	Feminino	.60	.60	4.975	548	.000
	Masculino	.36	.50			
Ansiedade	Feminino	.83	.65	3.840	548	.000
	Masculino	.62	.51			
Psicoticismo	Feminino	.68	.71	2.268	548	.024
	Masculino	.55	.65			
Ansiedade Fóbica	Feminino	.47	.62	3.052	548	.002
	Masculino	.31	.51			
Hostilidade	Feminino	1.15	.92	2.838	548	.005
	Masculino	.92	.88			
Depressão	Feminino	.84	.76	2.591	548	.010
	Masculino	.67	.74			
Sensibilidade Interpessoal	Feminino	.84	.88	2.295	548	.022
	Masculino	.67	.79			

Tendo em vista analisar os resultados decorrentes da variável idade, categorizamos a mesma em duas modalidades: 1 – menos ou igual a 20 anos e 2 – mais de vinte anos. Na tabela 10, constatamos que os sujeitos mais novos apresentam valores significativamente mais elevados em relação aos índices IGS, TSP, ISP, ao total do BSI e às subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, obsessões compulsões, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os mais velhos; com exceção da subescala sentimentos compulsivos, em que os mais velhos apresentam valores significativamente mais elevados do que os mais novos.

Tabela 10 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação à idade

	Idade	M	DP	t	g.l	P
Sentimentos Compulsivos	1 (até aos 20)	2.64	.94	-2.703	548	.007
	2 (mais de 21)	2.86	.78			
Total_BSI	1 (até aos 20)	46.69	23.78	5.680	548	.000
	2 (mais de 21)	30.70	23.88			
IGS	1 (até aos 20)	.86	.64	5.689	548	.000

	2 (mais de 21)	.56	.44			
TSP	1 (até aos 20)	24.80	13.24	4.522	548	.000
	2 (mais de 21)	19.48	12.56			
ISP	1 (até aos 20)	1.77	.56	4.815	536	.000
	2 (mais de 21)	1.54	.43			
Somatização	1 (até aos 20)	.61	.63	6.174	548	.000
	2 (mais de 21)	.30	.38			
Ansiedade	1 (até aos 20)	.81	.69	3.305	548	.001
	2 (mais de 21)	.62	.53			
Obsessões	1 (até aos 20)	1.19	.80	4.404	548	.000
Compulsões	2 (mais de 21)	.89	.66			
Psicoticismo	1 (até aos 20)	.73	.69	4.955	548	.000
	2 (mais de 21)	.43	.75			
Ideação	1 (até aos 20)	1.23	.91	6.580	548	.000
Paranoide	2 (mais de 21)	.73	.69			
Ansiedade	1 (até aos 20)	.47	.62	3.771	548	.000
Fóbica	2 (mais de 21)	.27	.48			
Hostilidade	1 (até aos 20)	1.21	.98	5.670	548	.000
	2 (mais de 21)	.76	.66			
Depressão	1 (até aos 20)	.85	.82	3.468	548	.001
	2 (mais de 21)	.62	.58			
Sensibilidade	1 (até aos 20)	.85	.92	3.252	548	.001
Interpessoal	2 (mais de 21)	.61	.66			

Com a finalidade de analisar a variável habilitações literárias, e não apresentando as diferentes modalidades frequências aproximadas, procedemos à categorização desta variável da seguinte forma – 1 do 9º ao 12º ano e 2 relativo à licenciatura, mestrado e doutoramento. Pela análise da tabela 11, compreendemos que os sujeitos com menos escolaridade apresentam valores significativamente mais elevados em relação aos índices IGS, TSP, ISP, ao total do BSI e às subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, obsessões compulsões, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os sujeitos com mais escolaridade, com exceção do total da EARS e das subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais nas quais os estudantes com mais escolaridade apresentam valores significativamente mais elevados do que os que têm menos escolaridade.

Tabela 11 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos ciclos

	Ciclo	M	DP	t	g.l	P
Total_EARS	1 (9º-12º ano)	2.10	.77	-5.890	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	2.45	.64			
Sentimentos compulsivos	1 (9º-12º ano)	2.48	.97	-6.384	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	2.95	.75			
Consequência sociais	1 (9º-12º ano)	1.44	.65	-2.744	548	.006
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	1.59	.61			
Total_BSI	1 (9º-12º ano)	49.18	36.18	5.827	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	33.72	25.19			
IGS	1 (9º-12º ano)	.90	.67	5.863	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.62	.47			
TSP	1 (9º-12º ano)	24,75	13.45	3.027	548	.003
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	21.35	12.84			
ISP	1 (9º-12º ano)	1.88	.60	8.701	536	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	1.51	.37			
Somatização	1 (9º-12º ano)	.66	.67	6.441	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.35	.43			
Ansiedade	1 (9º-12º ano)	.80	.71	2.048	548	.041
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.69	.58			
Obsessões Compulsões	1 (9º-12º ano)	1.20	.85	4.418	548	.001
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.98	.66			
Psicoticismo	1 (9º-12º ano)	.78	.79	5.173	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.48	.54			
Ideação Paranoide	1 (9º-12º ano)	1.37	.92	8.524	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.77	.71			
Ansiedade Fóbica	1 (9º-12º ano)	.49	.66	3.476	548	.001
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.32	.49			
Hostilidade	1 (9º-12º ano)	1.34	1.05	7.523	548	.000
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.78	.64			
Depressão	1 (9º-12º ano)	.88	.87	3.203	548	.001
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.67	.62			
Sensibilidade Interpessoal	1 (9º-12º ano)	.90	.99	3.436	548	.001
	2 (Lic./ Mes./Dt.)	.65	.67			

Analisando a tabela 12, deduzimos que os estudantes com nível de utilização de *Internet* entre um e quatro anos apresentam valores significativamente mais elevados em relação aos índices IGS, ISP, ao total do BSI e às subescalas somatização, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os estudantes dos outros grupos, à exceção do total da EARS e à subescala sentimentos compulsivos, nas quais os estudantes com um nível de utilização de *internet*

há mais de onze anos apresentam valores significativamente mais elevados do que os outros estudantes; e, por último, nas subescalas ansiedade e obsessões compulsões apresentam valores significativamente mais elevados do que os outros estudantes.

Tabela 12 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos anos de utilização da Internet

	Anos que utiliza a internet	M	DP	F	g.l	P
Total_EARS	Entre 1 a 4 anos	2.09	.68	4.477	2	.012
	Entre 5 a 10 anos	2.26	.74			
	Há mais de 11 anos	2.40	.69			
Sentimentos compulsivos	Entre 1 a 4 anos	2.48	.89	7.021	2	.001
	Entre 5 a 10 anos	2.67	.90			
	Há mais de 11 anos	2.93	.85			
Total_BSI	Entre 1 a 4 anos	46.48	36.64	8.217	2	.001
	Entre 5 a 10 anos	44.29	32.54			
	Há mais de 11 anos	32.41	26.77			
IGS	Entre 1 a 4 anos	.86	.68	8.307	2	.000
	Entre 5 a 10 anos	.81	.60			
	Há mais de 11 anos	.59	.50			
TSP	Entre 1 a 4 anos	23.60	13.78	10.744	2	.000
	Entre 5 a 10 anos	24.75	13.29			
	Há mais de 11 anos	18.82	12.01			
ISP	Entre 1 a 4 anos	1.88	.63	6.204	2	.000
	Entre 5 a 10 anos	1.70	.53			
	Há mais de 11 anos	1.60	.47			
Somatização	Entre 1 a 4 anos	.63	.67	7.316	2	.001
	Entre 5 a 10 anos	.55	.58			
	Há mais de 11 anos	.36	.51			
Ansiedade	Entre 1 a 4 anos	.77	.79	4.188	2	.016
	Entre 5 a 10 anos	.80	.65			
	Há mais de 11 anos	.62	.55			
Obsessões Compulsões	Entre 1 a 4 anos	1.06	.77	4.635	2	.010
	Entre 5 a 10 anos	1.16	.79			
	Há mais de 11 anos	.94	.67			
Psicoticismo	Entre 1 a 4 anos	.75	.86	7.127	2	.001
	Entre 5 a 10 anos	.69	.70			
	Há mais de 11 anos	.45	.56			
Ideação Paranoide	Entre 1 a 4 anos	1.28	.86	8.752	2	.000
	Entre 5 a 10 anos	1.13	.87			
	Há mais de 11 anos	.82	.83			

Ansiedade Fóbica	Entre 1 a 4 anos	.47	.61	5.812	2	.003
	Entre 5 a 10 anos	.45	.64			
	Há mais de 11 anos	.27	.41			
Hostilidade	Entre 1 a 4 anos	1.28	1.04	6.520	2	.002
	Entre 5 a 10 anos	1.11	.92			
	Há mais de 11 anos	.85	.80			
Depressão	Entre 1 a 4 anos	.85	.89	4.464	2	.012
	Entre 5 a 10 anos	.83	.77			
	Há mais de 11 anos	.61	.65			
Sensibilidade Interpessoal	Entre 1 a 4 anos	.86	1.01	5.213	2	.006
	Entre 5 a 10 anos	.84	.87			
	Há mais de 11 anos	.58	.69			

Tendo em conta a diversidade de respostas encontradas, resolvemos categorizar a variável de tempo relativo à utilização de redes sociais. Assim, as modalidades de resposta passaram a incluir: 1 – até 5 anos; e 2 – mais de 5 anos. Quando observamos a tabela 13, verificamos que os estudantes com um nível de utilização das redes sociais até aos cinco anos apresentam valores significativamente mais elevados em relação aos índices IGS, TSP, ISP, ao total do BSI e às subescalas somatização, psicoticismo, depressão e ideação paranoide do que os sujeitos com utilização das redes sociais há mais de cinco anos, com exceção do total EARS e das subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais, em relação às quais os sujeitos com utilização há mais de cinco anos apresentam valores significativamente mais elevados do que os sujeitos com menos de quatro anos de utilização das redes sociais.

Tabela 13 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação aos anos de utilização as redes sociais

	Anos que utiliza as redes sociais	M	DP	t	g.l	P
Total_EARS	1 (Até 5 anos)	2.15	.71	-3.088	548	.002
	2 (Há mais de 5 anos)	2.35	.73			
Sentimentos compulsivos	1 (Até 5 anos)	2.56	.91	-2.872	548	.002
	2 (Há mais de 5 anos)	2.79	.88			
Consequências Sociais	1 (Até 5 anos)	1.42	.56	-2.594	548	.004
	2 (Há mais de 5 anos)	1.57	.66			
Total_BSI	1 (Até 5 anos)	45.74	34.69	2.277	548	.032
	2 (Há mais de 5 anos)	39.16	30.42			
IGS	1 (Até 5 anos)	.84	.66	2.320	548	.021
	2 (Há mais de 5 anos)	.72	.56			

TSP	1 (Até 5 anos)	24.74	12.87	2.147	548	.032
	2 (Há mais de 5 anos)	22.17	13.36			
ISP	1 (Até 5 anos)	1.75	.58	1.985	536	.048
	2 (Há mais de 5 anos)	1.65	.50			
Somatização	1 (Até 5 anos)	.59	.59	2.337	548	.020
	2 (Há mais de 5 anos)	.47	.57			
Psicoticismo	1 (Até 5 anos)	.72	.77	2.089	548	.037
	2 (Há mais de 5 anos)	.59	.65			
Ideação	1 (Até 5 anos)	1.22	.93	3.021	548	.003
Paranoide	2 (Há mais de 5 anos)	.98	.83			
Depressão	1 (Até 5 anos)	.86	.82	2.039	548	.042
	2 (Há mais de 5 anos)	.73	.72			

Analisando a tabela 14, verificamos que os estudantes que utilizam as redes sociais no horário escolar/estágio apresentam valores significativamente mais elevados em relação ao total da EARS e às subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais do que os sujeitos que não utilizam, com exceção da subescala depressão do BSI que apresenta valores significativamente mais elevados nos estudantes que não utilizam as redes sociais no horário escolar/estágio.

Tabela 14 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação à utilização no horário escolar/estágio

	Utilização no horário escolar/ estágio	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>g.l</i>	<i>P</i>
Total EARS	Não	1.75	.62	-10.107	548	.000
	Sim	2.44	.68			
Sentimentos compulsivos	Não	2.01	.76	-11.138	548	.000
	Sim	2.93	.83			
Consequências Sociais	Não	1.30	.53	-4.378	548	.000
	Sim	1.58	.65			
Depressão	Não	.90	.82	2.241	548	.025
	Sim	.73	.73			

Com a finalidade de melhor interpretar os resultados, categorizamos a variável número de redes sociais utilizadas da seguinte forma: 1 – até 3 redes sociais e 2 mais de 3 redes sociais. Pelo estudo da tabela 15, verificamos que os estudantes que utilizam um maior número de redes sociais apresentam valores significativamente mais elevados em

relação ao total da EARS e das subescalas sentimentos compulsivos, consequências sociais e psicoticismo do que os estudantes que utilizam um menor número de redes sociais.

Tabela 15 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao número de redes sociais utilizadas

	Número de redes sociais utilizadas	M	DP	t	g.l	P
Total_EARS	1 (1, 2, 3)	2.21	.71	- 4.195	548	.000
	2 (4, 5, 6)	2.51	.74			
Sentimentos compulsivos	1 (1, 2, 3)	2.63	.89	- 4.240	548	.000
	2 (4, 5, 6)	3.01	.87			
Consequências Sociais	1 (1, 2, 3)	1.48	.60	-2.685	548	.000
	2 (4, 5, 6)	1.65	.73			
Psicoticismo	1 (1, 2, 3)	.74	.71	- 2.116	548	.035
	2 (4, 5, 6)	.88	.87			

Quando analisamos a tabela 16, verificamos que os estudantes que utilizam o *chat* das redes sociais apresentam valores significativamente mais elevados em relação ao total da EARS e à subescala sentimentos compulsivos do que os estudantes que não utilizam, com exceção das subescalas de somatização, hostilidade, ansiedade onde se encontram valores significativamente mais elevados dos estudantes que não utilizam os *chats* das redes sociais.

Tabela 16 - Comparação das médias total do BSI, subescalas, índices, total da EARS e subescalas em relação ao chat das redes sociais

	Utilização do Chat das redes sociais	M	DP	t	g.l	P
Total_EARS	Não	1.99	.83	- 2.276	548	.023
	Sim	2.30	.72			
Sentimentos compulsivos	Não	2.26	1.02	- 2. 870	548	.004
	Sim	2.74	.88			
Somatização	Não	.74	.70	2.307	548	.021
	Sim	.49	.57			
Hostilidade	Não	1.38	.98	1.994	548	.047
	Sim	1.04	.90			
Ansiedade	Não	.97	.70	1.975	548	.049
	Sim	.73	.64			

Como já previamente visto, as redes sociais mais utilizadas pela nossa amostra são: *Facebook* (516 ou 94% de utilizadores); *Instagram* (436 ou 79% de utilizadores); e *Snapchat* (334 ou 61% de utilizadores). Assim, resolvemos avaliar a existência de diferenças nas médias das dimensões estudadas em relação à utilização ou não das referidas redes sociais.

Relativamente aos sentimentos compulsivos, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à utilização ou não do *Facebook* [$t(548) = - 2.449$; $p = .015$]; os não utilizadores do *Facebook* apresentam uma média significativamente mais baixa ($M= 2.35$; $DP= 1.02$) do que quem utiliza o *Facebook* ($M= 2.74$; $DP= .89$).

Quanto ao total da EARS e aos sentimentos compulsivos, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à utilização ou não do *Instagram* [$t(548) = - 3.233$; $p = .001$], [$t(548) = - 3.617$; $p = .000$] respetivamente; os não utilizadores do *Instagram* apresentam uma média significativamente mais baixa ($M= 2.09$; $DP= .72$) do que quem utiliza o *Instagram*, ($M= 2.33$; $DP= .72$), em relação ao total; no que diz respeito aos sentimentos compulsivos também os não utilizadores apresentam valores mais baixos ($M=2.45$; $DP= .90$) do que os utilizadores ($M=2.79$; $DP= .89$).

Referente ao total da EARS e aos sentimentos compulsivos, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à utilização ou não do *Snapchat* [$t(548) = - 4.618$; $p = .000$], [$t(548) = - 5.150$; $p = .000$] respetivamente; os não utilizadores do *Snapchat* apresentam uma média significativamente mais baixa ($M= 2.11$; $DP= .69$) do que quem utiliza o *Snapchat*, ($M= 2.39$; $DP= .73$), em relação ao total; no que diz respeito aos sentimentos compulsivos também os não utilizadores apresentam valores mais baixos ($M= 2.48$; $DP= .87$) do que os utilizadores ($M= 2.87$; $DP= .88$).

Como é possível observar na tabela 17, verificamos que o total da EARS e as subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais estão correlacionadas positiva e significativamente com as variáveis de tempo.

Tabela 17 - Correlações entre o total da EARS e das subescalas em relação às variáveis de tempo

	Há quantos anos utiliza as redes sociais?	Quantos dias por semana utiliza as redes sociais?	Quantas horas por dia utiliza as redes sociais?
EARS Total	.147**	.319**	.425**
EARS Sentimentos Compulsivos	.136**	.343**	.437**
EARS Consequências Sociais	.126**	.157**	.254**

(** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral), * A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)).

Capítulo IV – Discussão dos Resultados

Esta investigação teve como objetivo geral avaliar a adição de uma amostra de jovens estudantes portugueses às redes sociais e a sua relação com a psicopatologia. Como objetivos específicos esta investigação pretendeu determinar a existência ou não de adição às redes sociais na amostra estudada; relacionar os valores obtidos com as variáveis sociodemográficas; e estabelecer relação entre a adição às redes sociais e a psicopatologia.

As hipóteses suscitadas para esta investigação foram as seguintes: espera-se que exista adição às redes sociais na amostra estudada; espera-se que adição às redes sociais varie em função das variáveis sociodemográficas; espera-se que exista uma relação entre adição às redes sociais e a psicopatologia.

Para verificar estas hipóteses, utilizou-se um protocolo que compreendia um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica (Inventário de Sintomas Psicopatológicos e Escala de Adição às Redes Sociais). O Inventário de Sintomas Psicopatológico estava já validado para a população portuguesa por Canavarro (1999); contudo, a Escala de Adição às Redes Sociais foi traduzida e validada.

A amostra deste estudo é composta por 550 estudantes, maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idade de 20 anos, na sua maioria do ensino secundário. A amostra utiliza sobretudo três redes sociais (*Facebook, Instagram, Snapchat*), há pelo menos de 5 a 10 anos.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos apresentou um bom modelo de ajustamento, através de uma análise fatorial confirmatória, sendo que todos os valores de *Alpha Cronbach* pontuam acima .70. O valor do ISP está muito longe do ponto de corte

definido pela autora para a versão portuguesa da escala (1.7). Os valores das subescalas deste estudo são mais baixos do que os apresentados pela autora, exceto na subescala hostilidade.

A EARS não estava aferida para a população portuguesa, razão pela qual foi traduzida para português e retro traduzida para inglês por dois psicólogos, um dos quais bilingue. Após uma análise fatorial exploratória, a estrutura da EARS não se mantém face à versão original (14 itens e 3 fatores): retivemos 11 itens distribuídos por dois fatores (sentimentos compulsivos e consequências sociais). Por esta razão, não foi possível comparar os valores por nós obtidos com os da autora da versão original. Na análise fatorial confirmatória obtivemos um muito bom ajustamento, tendo sido estabelecidas covariâncias entre os erros dos itens, justificadas teoricamente pela associação ao mesmo construto: sentimentos compulsivos. Os valores de *Alpha Cronbach* nesta escala pontuam acima .70 no total e nas suas subescalas.

Verificamos que a subescala sentimentos compulsivos se correlaciona positivamente com todas as dimensões do BSI, à exceção da somatização e TSP. A subescala consequências sociais correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do BSI, à exceção da somatização, hostilidade e total do BSI. O total da EARS correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do BSI, à exceção com a somatização e psicoticismo. Estes resultados confirmam a nossa hipótese 3 (Espera-se que exista uma relação entre adesão às redes sociais e a psicopatologia); isto é, quanto mais elevados são os valores de adesão, mais elevados são os valores de psicopatologia.

As mulheres apresentam valores mais elevados no IGS e nas subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão e sensibilidade interpessoal do que os homens, à exceção da subescala consequências sociais em que os homens apresentam valores mais elevados do que as mulheres. O estudo de LaRose, Eastin e Gregg (2001) corrobora parcialmente este resultado, pois afirma que o sexo feminino revela valores mais elevados em sintomas depressivos em comparação com o sexo masculino.

Os estudantes mais novos apresentam valores mais elevados no IGS, TSP, ISP, total do BSI e subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, obsessões compulsões, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os mais velhos, à exceção da subescala sentimentos compulsivos em que os mais velhos apresentam valores mais elevados do que os mais novos. Segundo o

Alavi, Maracy, Janntifard e Esmali (2011), os estudantes universitários apresentam menos sintomas psicopatológicos do que os adolescentes mais novos. É possível confirmar este resultado noutra estudo de Adalier e Balkan (2012), que verificou que muitos dos sintomas psicopatológicos são mais frequentes em adolescentes mais jovens.

Os estudantes com menos escolaridade apresentam valores mais elevados no IGS, TSP, ISP, ao total do BSI e às subescalas somatização, ansiedade, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, obsessões compulsões, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os sujeitos com mais escolaridade, com exceção do total da EARS e das subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais nas quais os estudantes com mais escolaridade apresentam valores mais elevados do que com menos escolaridade. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os estudantes com mais escolaridade utilizam com mais frequência as novas tecnologias no âmbito da própria escolaridade, justificando assim os valores mais elevados na EARS.

Os estudantes com nível de utilização de *Internet* entre um e quatro anos apresentam valores mais elevados nos IGS, ISP, total do BSI e nas subescalas somatização, psicoticismo, ansiedade fóbica, hostilidade, depressão, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal do que os estudantes dos outros grupos, à exceção do total da EARS e à subescala sentimentos compulsivos, nas quais os estudantes com um nível de utilização de *Internet* há mais de onze anos apresentam valores mais elevados do que os outros estudantes; e, por último, nas subescalas ansiedade e obsessões compulsões apresentam valores mais elevados do que os outros estudantes. Os nossos resultados vão ao encontro do estudo de Kraut e colegas (1998), onde se afirma que quanto mais tempo de utilização de *Internet* mais são os sintomas da depressão e menos é o envolvimento social.

Os estudantes com um nível de utilização das redes sociais até aos quatro anos apresentam valores mais elevados nos IGS, TSP, ISP, ao total do BSI e nas subescalas somatização, psicoticismo, depressão e ideação paranoide do que os sujeitos com utilização das redes sociais há mais de cinco anos, com exceção do total EARS e das subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais, em relação às quais os sujeitos com utilização há mais de cinco anos apresentam valores mais elevados do que os estudantes com menos de quatro anos de utilização das redes sociais. De acordo Kraut e colegas (1998), quanto maior o tempo de utilização da *Internet* e das suas aplicações menor

será o tempo dispensado nas atividades sociais, em que pode levar ao isolamento social e à diminuição do bem-estar psicológico.

Os estudantes que utilizam as redes sociais no horário escolar/estágio apresentam valores mais elevados em relação ao total da EARS e às subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais do que os sujeitos que não utilizam, com exceção da subescala depressão do BSI que apresenta valores mais elevados nos estudantes que não utilizam as redes sociais no horário escolar/estágio. Segundo Vural (2015), a utilização das redes sociais pode ser considerada uma distração dentro da sala de aula, prejudicando a interação social e o seu desempenho nas tarefas.

Os estudantes que utilizam um maior número de redes sociais apresentam valores mais elevados em relação ao total da EARS e das subescalas sentimentos compulsivos, consequências sociais e psicoticismo do que os estudantes que utilizam um menor número de redes sociais. Apesar de só existir investigação relacionada com o Facebook, estes sugerem que quanto maior a utilização do *Facebook*, maiores são os níveis de adicção (Kuss & Griffiths, 2011).

Os não utilizadores do *Facebook* apresentam valores mais baixos do que os utilizam o *Facebook* em relação aos sentimentos compulsivos. A investigação de Mezrich (2010) revela que os utilizadores do Facebook apresentam valores mais altos não só pela curiosidade, mas principalmente pela interatividade subjacente a todas as interações que tomam lugar.

Os não utilizadores do *Instagram* apresentam uma média mais baixa do que quem utiliza em relação ao total da EARS e aos sentimentos compulsivos. Os não utilizadores do *Snapchat* apresentam uma média mais baixa do que quem utiliza o *Snapchat* em relação ao total e aos sentimentos compulsivos. Quanto ao *Snapchat* e *Instagram*, não existem estudos que possam ou não corroborar estes resultados, mas é possível constatar uma certa coerência na medida em que estes resultados são sobreponíveis àqueles encontrados para o *Facebook*.

Os estudantes que utilizam o *chat* das redes sociais apresentam valores mais elevados em relação ao total da EARS e à subescala sentimentos compulsivos do que os estudantes que não utilizam, com exceção das subescalas de somatização, hostilidade, ansiedade onde se encontram valores mais elevados dos estudantes que não utilizam os *Chats* das redes sociais. O estudo de Subrahmanyama e colegas (2008) confirma este

resultado pois desta forma é possível manter e criar novos relacionamentos num novo formato, sendo que pode ser excessivo ou mesmo compulsivo em alguns casos.

Verificamos que o total da EARS e as subescalas sentimentos compulsivos e consequências sociais estão correlacionadas positivamente com as variáveis de tempo. Yang e Tung (2007) revelam que quanto mais tempo é gasto *online*, maior é o nível de adição à *Internet* e às suas aplicações.

Conclusão

Os resultados mais importantes que encontramos ao longo desta investigação remetem-nos para um perfil sociodemográfico e um perfil psicopatológico da amostra.

Podemos definir o perfil sendo este um utilizador do sexo feminino, com 20 anos, com ensino secundário, que utiliza o *Facebook*, *Instagram* e *Snapchat* há pelo menos 5 a 10 anos, todos os dias pelo menos de 1 a 4 horas por dia. O utilizador médio não apresenta sintomas psicopatológicos nem adição às redes sociais.

Foram várias as limitações desta investigação que podem ter afetado a generalidade dos resultados. Em primeiro lugar, sendo um estudo transversal, não podemos afirmar qualquer relação causal entre as variáveis independentes e dependentes. Além disso, a amostra tinha uma proporção maior do sexo feminino do que do sexo masculino. Em segundo lugar, os autores sentiram uma enorme dificuldade encontrar estudos sobre outras redes sociais que não o *Facebook*, o que dificultou muito esta investigação.

Em investigações futuras, seria interessante comparar padrões de utilização das redes sociais entre adultos e jovens.

Referências Bibliográficas

- Adalier, A., & Balkan, E. (2012). The relationship between Internet addiction and psychological symptoms. *International Journal of Global Education*, 1-49.
- Alavi, S. S., Maracy, M. R., Jannatifard, F., & Esmali, M. (2011). The effect of psychiatric symptoms on the Internet addiction disorder in Isfahan's University students. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 16, 793-800.
- Al-Menayes, J. (2015). Dimensions of Social Media Addiction among university students in Kuwait. *Psychology and Behavioral Sciences*. 4, 23-28. doi: 10.11648/j.pbs.20150401.14
- Al-Menayes, J. (2014). The relationship between mobile social media use and academic performance in university students. *New Media and Mass Communication*, 5, 23-29.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barker, V. (2009). Older adolescent's motivations for social network site use: The influence of gender, group identity, and collective self-esteem. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 209-213. doi: 10.1089/cpb.2008.0228
- Boyd, D. M. & Ellison, N. B. (2008). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *J. Comput. Mediat. Comm.* 13, 210-230. doi: 10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI [Brief Symptom Inventory]. In M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

- Cotton, S., Anderson, W. & McCullough, B. (2013). Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: cross-sectional analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 15 (2): 1-13. doi: 10.2196/jmir.2306
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187-195.
- Degoratis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Fogel, J. & Nehmad, E. (2009). Internetsocial network communities: Risk taking, trust and privacy concerns. *Computers in Human Behavior*, 25, 153-160.
- Griffiths, M. D. (2013). Social Networking Addiction: Emerging Themes and Issues. *J addict res ther*, 4.
- Griffiths, M. D., Kuss, D. J. & Demetrovics, Z. (2014). *Chapter 6 – Social networking addiction: An overview of preliminary findings*. In K. P. R. C. Ferder (Ed.), Behavioral addictions (119-141). San Diego: Academic Press.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2013). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, New York: Pearson Prentice Hall.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kline, R. B. (1998). Principles and Practices of Structural Equation Modelling. *The Guilford Press*. New York.

- Kuss, D. J. & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction: A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3528-3552. doi: 10.3390/ijerph8093528
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukiphadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being?. *American Psychologist*, 53, 1011-1031. doi: 10.1037/0003-066X.53.9.1017
- LaRose, R., Eastin, M. S., & Gregg, J. (2001). Reformulating the Internet paradox: social cognitive explanations of Internet use and depression. *Journal of Online Behavior*, 1, 1-19.
- Marôco, J. (2010). Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações. *Pêro Pinheiro*: Report Number.
- Mezrich, B. (2010). Milionários acidentais. A fundação do Facebook. Alfragide: *Lua de Papel*.
- Morahan-Martin, J. & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological internet use among college students. *Computers in Human Behavior*, 16, 13-295. doi: 10.1016/S0747-5632(99)00049-7
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd eds). New York: *McGraw-Hill*.
- Pelling, E. L. & White, K. M. (2009). The theory of planned behavior applied to young people's use of social networking web sites. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 755-759. doi:10.1089/cpb.2009.0109
- Pfeil, U., Arjan, R. & Zaphiris, P. (2009). Age differences in online social networking – A study of user profiles and the capital divide among teenagers and older users

- in MySpace. *Computers in Human Behavior*, 25, 643-654. doi:
10.1016/j.chb.2008.08.015
- Ryan, T. & Xenos, S. (2011). Who uses Facebook? An investigation into the relationship between the Big Five, shyness, narcissism, loneliness, and Facebook usage. *Computers in Human Behavior*, 27, 1658-1664.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Subrahmanyama, K., Reich, S. M., Waechter, N. & Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 29, 420-433. doi:
10.1016/j.appdev.2008.07.003
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Wegmann, E., Stodt, B. & Brand, M. (2015). Addictive use of social networking sites can be explained by the interaction of Internet use expectancies, Internet literacy, and psychopathological symptoms. *Journal of Behavioral Addictions*. 4(3), 155-162. doi:
10.1556/2006.4.2015.021
- Yang, S., C. & Tung, C., J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior*, 23 (1). 79-96. doi:
10.1016/j.chb.2004.03.037
- Young, K. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student Brit. Med. J.* 7, 351-352.

Anexos

Protocolo da Investigação

Consentimento Informado para a Investigação

A investigação da “Avaliação da adição às redes sociais e da psicopatologia em jovens adolescentes”, realizada no âmbito da dissertação levada a cabo no 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, tem como objetivo principal investigar a avaliação à adição às redes sociais.

Este questionário contém, numa 1ª parte, as questões relacionadas com dados sociodemográficos, bem como questões relacionadas com a utilização das redes sociais. A 2ª parte inclui o questionário destinado a averiguar a existência ou não de sintomas psicopatológicos.

Informamos que não existem respostas certas ou erradas, por isso solicitamos que responda com honestidade. Através deste consentimento informado, procuramos obter a sua autorização para a sua participação. Deste modo, se quiser participar deverá assinalar o quadrado para o efeito. Com o presente documento, declara que foi informado(a) dos propósitos da investigação, dando o seu consentimento. Por sua vez, os investigadores comprometem-se a manter o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

Aceito os termos da minha participação nesta investigação.

Questionário Sociodemográfico

1	Sexo?	1) Feminino <input type="checkbox"/> 2) Masculino <input type="checkbox"/>
2	Idade?	_____
3	Qual o ano que frequenta?	_____
4	Qual o curso que frequenta?	_____
5	Nos tempos livres tem algum <i>hobbie</i> ? (Se respondeu não, passe a questão 7).	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
6	Se sim, o que gosta de fazer nos seus tempos livres?	_____
7	Pratica exercício físico? (Se respondeu não, passe a questão 10).	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
8	Se sim, qual?	_____
9	Com que frequência?	1) Entre 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 2) Entre 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 3) Entre 5 a 6 dias por semana <input type="checkbox"/> 4) Todos os dias por semana <input type="checkbox"/>
10	Há quantos anos utiliza a Internet?	1) Há menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2) Entre 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 3) Entre 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> 4) Há mais de 11 anos <input type="checkbox"/>
11	Quais as redes sociais que utiliza? (Pode selecionar várias opções)	1) Facebook <input type="checkbox"/> 2) Twitter <input type="checkbox"/> 3) Google + <input type="checkbox"/> 4) LinkedIn <input type="checkbox"/> 5) Instagram <input type="checkbox"/> 6) Snapchat <input type="checkbox"/> 7) Outras <input type="checkbox"/> Quais: _____
12	Há quantos anos utiliza as redes sociais?	1) Há menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2) Entre 1 a 4 anos <input type="checkbox"/> 3) Entre 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> 4) Há mais de 11 anos <input type="checkbox"/>
13	Quantos dias por semana utiliza as redes sociais?	5) Entre 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 6) Entre 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 7) Entre 5 a 6 dias por semana <input type="checkbox"/> 8) Todos os dias por semana <input type="checkbox"/>

14	Quantas horas por dia passa nas redes sociais?	1) Menos de 1 hora por dia <input type="checkbox"/> 2) Entre 1 a 4 horas por dia <input type="checkbox"/> 3) Entre 5 a 7 horas por dia <input type="checkbox"/> 4) Mais de 8 horas por dia <input type="checkbox"/>
15	Costuma aceder às redes sociais durante o horário escolar/estágio?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
16	Utiliza as redes sociais no computador?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
17	Utiliza as redes sociais no telemóvel?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
18	Quais os motivos que leva a utilizar uma rede social?	1) Para manter contato com família e amigos <input type="checkbox"/> 2) Para fazer amigos <input type="checkbox"/> 3) Para partilhar videos/ imagens/ música <input type="checkbox"/> 4) Para jogar <input type="checkbox"/> 5) Outros <input type="checkbox"/> Quais: _____ —
19	Utiliza o <i>chat</i> dessas redes sociais? (Se respondeu não, passe para próxima página).	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
20	Se sim, quanto tempo passa no <i>chat</i> ?	1) Menos de 1 hora por dia <input type="checkbox"/> 2) Entre 1 a 4 horas por dia <input type="checkbox"/> 3) Entre 5 a 7 horas por dia <input type="checkbox"/> 4) Mais de 8 horas por dia <input type="checkbox"/>
21	Se sim, com quantas pessoas interage habitualmente por dia nesse <i>chat</i> ?	1) 1 Pessoa <input type="checkbox"/> 2) 2 a 4 Pessoas <input type="checkbox"/> 3) 5 a 7 Pessoas <input type="checkbox"/> 4) Mais de 8 Pessoas <input type="checkbox"/>
22	Se sim, alguma das pessoas que conheceu através das redes sociais, veio a manter algum tipo de relação de amizade/amorosa?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>

A seguir, encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssi mas Vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
2	Desmaios ou tonturas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
7	Dores sobre o coração ou no peito	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
8	Medo na rua ou praças públicas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
9	Pensamentos de acabar com a vida	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
11	Perder o apetite	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
13	Ter impulsos que não se podem controlar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
16	Sentir-se sozinho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
17	Sentir-se triste	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

18	Não ter interesse por nada	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
19	Sentir-se atemorizado	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
22	Sentir-se inferior aos outros	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
23	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
24	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
25	Dificuldade em adormecer	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
27	Dificuldade em tomar decisões	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
29	Sensação de que lhe falta o ar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssi mas Vezes
30	Calafrios e afrontamentos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
32	Sensação de vazio na cabeça	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

36	Ter dificuldade em se concentrar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
37	Falta de forças em partes do corpo	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
45	Ter ataques de terror ou pânico	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
46	Entrar facilmente em discussão	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
50	Sentir que não tem valor	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
52	Ter sentimentos de culpa	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
53	Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

Por favor, preencha as seguintes perguntas da forma mais honesta possível.

Assinale, num dos espaços à direita de cada item, aquele que melhor descreve o GRAU DE CONCORDÂNCIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES,

Conteúdo do Item		Discordo Totalmente	Discordo	Nem Discordo / Nem Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	Utilizo muito mais vezes as redes sociais do que pretendia.					
2	Considero que a vida sem as redes sociais seria aborrecida.					
3	Tenho abdicado muitas vezes do meu trabalho escolar/estágio por causa das redes sociais.					
4	Fico irritado se alguém me interrompe quando estou a utilizar as redes sociais.					
5	Não sinto necessidade de utilizar as redes sociais durante vários dias.					
6	Não me apercebo da passagem do tempo quando estou a utilizar as redes sociais.					
7	É-me difícil adormecer logo após a utilização das redes sociais.					

8	Fica aborrecido se tivesse que reduzir a quantidade de tempo que passo nas redes sociais.					
9	Os meus familiares queixam-se frequentemente da importância que dou às redes sociais.					
10	As minhas notas escolares desceram por causa da utilização das redes sociais.					
11	Costumo usar as redes sociais durante o horário escolar/estágio.					
12	Costumo cancelar encontros com os meus amigos por causa da necessidade que tenho de utilizar as redes sociais.					
13	Dou por mim várias vezes a pensar sobre o que aconteceu nas redes sociais mesmo quando não as estou a utilizar.					
14	Sinto que a minha dependência das redes sociais tem aumentado significativamente e desde que as comecei a utilizar.					

Muito obrigado pela colaboração!