

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Carolina Correia Miranda Ramos Otero

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DA
ESCALA DE TOLERÂNCIA AO SOFRIMENTO
NUMA AMOSTRA COMUNITÁRIA DE
ADOLESCENTES**

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e pela Doutora Diana Ribeiro da Silva e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Setembro de 2023

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

Validação da Versão Portuguesa da Escala De Tolerância ao Sofrimento Numa Amostra Comunitária De Adolescentes

Ana Carolina Correia Miranda Ramos Otero

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em
Psicologia Clínica e da Saúde orientada pelo Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo e
pela Doutora Diana Ribeiro da Silva e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de Coimbra

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Declaração de integridade.

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Statement of integrity.

I hereby declare having conducted this academic work with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of undue use of information or falsification of results along the process leading to its elaboration.

Resumo

A tolerância ao sofrimento é conceptualizada como uma capacidade de tolerar estados emocionais negativos, estando associada a um elevado número de quadros psicopatológicos e comportamentos de risco. Apesar de amplamente estudada na população adulta, existem poucos estudos sobre a tolerância ao sofrimento na população adolescente, o que poderá ser consequência da ausência de medidas de autorrelato empiricamente validadas para esta população. Este estudo teve como objetivo a validação e a investigação das propriedades psicométricas da Escala de Tolerância ao Sofrimento (ETS) para a população adolescente portuguesa. A amostra foi constituída por 120 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($M=15.21$; $DP=1.89$), 66 do sexo feminino (55%), 53 do sexo masculino (44.2%) e um participante que se identificou como “outro” (0.8%). Os participantes responderam a um protocolo de avaliação constituído pela ETS e por medidas de Evitamento Emocional, Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade e Stress, Competências Socioemocionais, Regulação Emocional e Bem-Estar Emocional, Social e Psicológico. Na adaptação da ETS para a população portuguesa, em paralelo com o que foi feito no estudo para a população adolescente chinesa (You & Leung, 2012), alterou-se a cotação dos itens, passando a ser avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1- discordo fortemente, a 5- concordo fortemente), como tal, pontuações mais altas passaram a corresponder a baixa tolerância ao sofrimento e pontuações mais baixas passaram a ser sinónimo de alta tolerância ao sofrimento. A ETS revelou um bom ajustamento do modelo unidimensional proposto, assim como uma boa consistência interna. No que concerne à validade do construto em relação a variáveis externas relevantes, foram verificadas associações positivas entre a baixa Tolerância ao Sofrimento e medidas de Evitamento de Pensamentos e Sentimentos; Depressão, Ansiedade e *Stress* e de Regulação Emocional. Por outro lado, foram encontradas associações negativas com as medidas de Qualidade de Vida, Competências Socioemocionais e de Bem-Estar Emocional, Social e Psicológico. Este estudo indica que a ETS poderá constituir-se um instrumento fiável e válido para a avaliação da tolerância ao sofrimento em adolescentes portugueses, o que facilitará o desenvolvimento de estudos futuros e a sua utilização na prática clínica.

Palavras-chave: tolerância ao sofrimento; adolescência; Escala de Tolerância ao Sofrimento; propriedades psicométricas

Abstract

Distress tolerance is conceptualized as an individual capacity to tolerate negative emotional states and is associated with a high number of psychopathological conditions and risk behaviors. Although it has been widely studied in the adult population, the impact of this variable on the adolescent population lacks studies, which may be due to the lack of validated self-report measures. The present study aimed to validate the Distress Tolerance Scale (DTS) for Portuguese adolescent population. The psychometric properties of the instrument were also studied. The sample of this study had 120 adolescents, aged between 12 and 18 years old ($M=15.21$; $SD=1.89$), 66 females (55%), 53 males (44.2%) and one participant who identified as “other” (0.8%). A protocol with DTS and other set of self-response questionnaires that measured Emotional Avoidance, Quality of Life, Depression, Anxiety and Stress, Socio-emotional Skills, Emotional Regulation and Emotional, Social and Psychological Well-Being were distributed to participants. The adaptation of ETS to the Portuguese population, in parallel with what was done in the study for the Chinese population (You & Leung, 2012), the rating of the items was changed, and they were now evaluated on a 5-point Likert scale. (1- strongly disagree, to 5- strongly agree), where higher scores began to correspond to low distress tolerance and lower scores became synonymous of high distress tolerance. The DTS reveals good fit with the unidimensional proposal model as well as good internal consistency. Regarding the validity of the construct in relation to relevant external variables, positive associations were verified between low Distress Tolerance and measures of Avoidance of Thoughts and Feelings; Depression, Anxiety and Stress and Emotional Regulation. On the other hand, negative correlations were found with the Quality of Life measure, with socio-emotional skills measure and with Emotional, Social and Psychological Well-Being measure. This study indicates that the DTS could be a reliable and valid instrument for assessing distress tolerance in Portuguese adolescents, which will facilitate the development of future studies and their use in clinical practice.

Keywords: distress tolerance; adolescence; Distress Tolerance Scale; psychometric properties

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Daniel Rijo por toda a partilha de conhecimentos e palavras de esperança.

À Doutora Diana Ribeiro da Silva pela sua atitude sempre positiva, pela calma que transmite, pela empatia e pelas orientações dadas.

À Doutora Inês Maças de Carvalho pela ajuda e disponibilidade.

Ao Manel Maria, por ter abraçado comigo este projeto.

À minha Mãe, porque apesar de nem sempre concordarmos no caminho, acabamos sempre por trilhá-lo lado a lado.

Índice

Enquadramento.....	1
Objetivos e Hipóteses.....	8
Objetivos.....	8
Hipóteses.....	8
Metodologia.....	8
Instrumentos.....	8
Amostra.....	12
Procedimentos.....	12
Estratégia Analítica.....	13
Resultados.....	15
Análise Preliminar de Dados.....	15
Estudo da dimensionalidade.....	15
Propriedades Psicométricas.....	15
Validade de construto em relação a variáveis externas.....	16
Discussão.....	18
Limitações e Futuras Direções.....	20
Conclusão.....	22
Referências bibliográficas.....	23
Anexos.....	34

Enquadramento

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento na qual se enfrentam numerosas mudanças e desafios, nomeadamente a nível social, psicológico e neurofisiológico (Elliott & Feldman, 1990; Sousa et al., 2013). Se alguns adolescentes enfrentam estes desafios e exigências sem relativa alteração do seu bem-estar psicológico, outros poderão sofrer uma exaustão nos seus recursos físicos, emocionais, cognitivos e sociais, culminando em profundas alterações do seu equilíbrio e bem-estar (Bizarro, 1991).

Com efeito, é nesta fase que se experimentam maiores oscilações afetivas, níveis mais elevados de afecto negativo, bem como uma maior labilidade emocional (Sousa et al., 2013), o que contribui para risco aumentado de desenvolver um conjunto de sintomas internalizantes e externalizantes (Blonigen et al. 2008; Daughters et al., 2014; Sousa et al., 2013), para o aumento do risco de desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Daughters et al., 2013; Colman et al., 2007)), pensamentos e comportamentos autodestrutivos (Klomek et al., 2008, Nock & Mendes, 2008), comportamento desviantes (Daughters et al., 2009) e problemas de saúde física (Keenan-Miller, Hammen, Brennan, 2007). É ainda uma etapa marcada pelo início de vários processos simultâneos, desde uma maior autonomia e independência pessoal a uma adaptação às frequentes modificações físicas e psicológicas (Bizarro, 2001), passando pelo aumento das exigências sociais, com relações sociais mais complexas/relevantes em que o adolescente se torna progressivamente mais consciente da representação de si, da visão dos outros e da relação eu-outros (Cunha, Xavier & Vitória, 2013), bem como das exigências cognitivas, com tarefas académicas de complexidade crescente (Cummings et al., 2013). Também o *feedback* de pais, de outros adultos significativos e do grupo de pares começa a ter um papel relevante, em áreas como o fracasso e a experiência interna de acontecimentos negativos (Lerner & Steinberg, 2009).

Todas estas mudanças e adaptação a novas realidades exigem estratégias eficazes para lidar com elas de forma adaptativa. Muitas das vezes, o adolescente não possui as ferramentas necessárias para lidar com o sofrimento gerado pelos estados emocionais negativos que todas estas alterações acarretam (Timpano et al., 2009). A necessidade de explorar a temática da tolerância ao sofrimento e a forma como se desenvolve e comporta ao longo da vida, através da análise de trajetórias normativas de desenvolvimento, torna-se ainda mais evidente nesta

fase, uma vez que há fortes indícios de que esta possa surgir na infância e adolescência e que permanece relativamente estável durante a idade adulta (Leyro et al., 2010; Soenke et al., 2010). Deste modo, é essencial o seu estudo para que possa ser delineada uma intervenção preventiva e eficaz, com base na definição de períodos de alto risco no desenvolvimento (Cummings et al., 2013)

A tolerância ao sofrimento é conceptualizada como uma variável individual (McHugh et al., 2011) relacionada com a capacidade do indivíduo tolerar estados emocionais negativos (Simons & Gaher, 2005) ou sensações físicas desagradáveis (e.g., dor física, desconforto corporal) (Zvolensky, Vujanovic, Bernstein & Leyro, 2010) Uma elevada tolerância ao sofrimento traduz-se na persistência em tarefas direcionadas para um objetivo, apesar do sofrimento percebido, seja ele emocional e/ou físico (Daughters et al., 2005; McHugh et al., 2011). No que diz respeito especificamente à tolerância ao sofrimento emocional, este construto é avaliado através da capacidade percebida de tolerar emoções negativas e/ou outros estados aversivos, e dos comportamentos efetivos do indivíduo para tolerar estados internos angustiantes, espoletados por um fator interno ou externo (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010). Ainda de salientar que a investigação científica tem demonstrado que a intolerância varia de acordo com o tipo do sofrimento (e.g. dor, ansiedade) (McHugh & Otto, 2011).

Trafton e Gifford (2011) propuseram um modelo funcional de tolerância ao sofrimento, onde advogam que a mesma envolve inibição comportamental ou não resposta a uma oportunidade de reforço negativo (e.g alívio imediato do sofrimento), representa o auto-controlo na resposta a oportunidades de recompensa imediata e pode ser conceptualizada como uma faceta da impulsividade na resposta a um reforço imediato, ignorando possíveis reforços alternativos que se tornariam acessíveis se o reforço negativo imediato fosse inibido ou ignorado. Também Simons e Gaher (2005) apresentaram uma conceptualização multidimensional da tolerância ao sofrimento psicológico que a caracteriza como a (a) capacidade de tolerar experiências aversivas, (b) a avaliação da aceitabilidade de experiências aversivas (c) a tendência a absorver a atenção e interromper o funcionamento e (d) regulação eficiente das emoções.

Kiselica, Webber e Bornovalova (2014), põe a hipótese de que tolerância ao sofrimento possa ser conceptualizada como uma dimensão da personalidade e que poderá funcionar de forma semelhante a outras características de personalidade a nível de estabilidade temporal e de mudança ao longo do desenvolvimento, não estando ainda bem estudado se é maleável ao

longo dos anos e se poderá funcionar mais com um estado ou um traço

Há ainda alguns estudos que levantam a possibilidade de que o desenvolvimento da tolerância ao sofrimento ocorre sob a influência de fatores genéticos e ambientais, indicando que uma baixa tolerância ao sofrimento está associada a polimorfismos genéticos envolvidos no transporte de serotonina e liberação de dopamina (fatores genéticos) e a aspetos como o abuso emocional (fator ambiental) (Amstadter et al., 2012). Sabe-se igualmente que a tolerância ao sofrimento pode ser afetada por uma variedade de processos relacionados com a autorregulação, nomeadamente atenção, avaliações cognitivas de estados físicos e emocionais angustiantes e respostas emocionais e comportamentais ao sofrimento (Zvolensky, Vujanovic, Bernstein & Leyro, 2010). Esta informação reforça a hipótese de que diferenças individuais na experiência das emoções, nomeadamente a nível de intensidade e frequência, podem influenciar a natureza da tolerância ao sofrimento (Zvolensky, Vujanovic, Bernstein & Leyro, 2010).

A baixa tolerância ao sofrimento será responsável por avaliar o sofrimento emocional como intolerável, amplificando a experiência de angústia (McHugh & Otto, 2012; Simons & Gaher, 2005, Timpano et al., 2009). Este facto, resultará em esforços não adaptativos para aliviar ou suprimir este estado emocional negativo, culminando numa incapacidade de descentração da sua angústia (O'Leirigh & Ironson, 2007; Simons e Gaher, 2005), passando a ser a sua preocupação motivacional primária (Amstadter et al., 2012). Assim, prevê-se que indivíduos com uma baixa tolerância ao sofrimento serão mais propensos a reagir desproporcionalmente a situações de stress e angústia (Keough et al., 2010), evidenciando reatividade comportamental ou afectiva aumentada (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010), frequentemente associada à utilização de estratégias mal-adaptativas ou inflexíveis para lidar com situações/ estados adversos (Zvolensky & Otto, 2007). A base motivacional de muitos comportamentos desadaptativos é a fuga ou evitamento do sofrimento afetivo (Baker et al., 2004) e as formas de lhe escapar podem ser de origem cognitiva, comportamental ou experiencial (Williams, Thompson & Andrews, 2013). O alívio rápido do sofrimento e a diminuição da experiência de afeto negativo faz com que estes comportamentos funcionem como reforço negativo o que levará a uma reprodução contínua dos mesmos (Williams, Thompson & Andrews, 2013). Deste modo, indivíduos com baixa tolerância ao sofrimento têm mais propensão a: desenvolver problemas relacionados com ansiedade, devido à perceção dos sintomas de ansiedade com opressores e incontroláveis; a não aceitar as suas emoções negativas

(Juarascio, Manasse et al., 2020; McHugh e Otto, 2012), sentindo-se incapazes de lidar com as mesma (Bornovalova et al., 2008; Conway et al., 2021; McHugh et al., 2013); a ter comportamentos de evitamento (Jeffries et al., 2015, Naragon-Gainey et al., 2017) e a recorrer a comportamentos de segurança e/ou comportamentos ritualizados (Keough et al., 2010); a desenvolver de obsessões ligadas à tendência de agir impulsivamente diante do afeto negativo e a terem baixa capacidade para controlar o pensamento (Cogle, Timpano & Goetz, 2012; Gay, Schmidt & Van der Linden, 2011). Por fim, de salientar que nos jovens a intolerância ao sofrimento está associada a problemas de internalização e externalização (Daughters et al., 2009).

Alternativamente, pessoas com altos níveis de tolerância ao sofrimento deverão ser capazes de tolerar emoções negativas e estados aversivos, envolvendo-se de forma menos frequente em comportamentos de reforço negativo (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010). Porém, altos níveis de tolerância ao sofrimento podem não ser sinónimo de adaptação. Um nível rígido e inflexível de tolerância ao sofrimento pode revelar-se como uma estratégia disfuncional, nomeadamente em situações em que poderá ser adaptativo empregar algum evitamento (Williams, Thompson & Andrews, 2013), ou pode fazer transparecer alguma inflexibilidade ou insensibilidade ao contexto (Karshdan et al., 2006).

A hipótese da tolerância ao sofrimento se constituir com um fator que contribui para o desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia tem sido amplamente disseminada (Andrés et al., 2021; Cogle et al., 2012; Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010; Orsillo and Roemer 2005). Na realidade, alguns estudos têm vindo a demonstrar que o desenvolvimento e manutenção de uma alargada gama de distúrbios psicológicos e comportamentos desadaptativos está associado a esta variável, o que progressivamente a torna um foco comum no tratamento de vários quadros psicopatológicos (Leyro et al., 2010). Podemos conceptualizá-la como um fator de risco (McHugh, 2014), associado a patologias ligadas à ansiedade (Macatee et al., 2015; McHugh& Otto, 2012; Williams, Thompson & Andrews, 2013), principalmente ansiedade social e pânico (Keough , Riccardi, Timpano, Mitchell, & Schmidt, 2010; Riccardi, Timpano & Schmidt, 2018); a perturbações da personalidade, mais especificamente borderline e antissocial (Daughters et al., 2005; Nock & Mendes, 2008); a distúrbios alimentares (Anestis et al., 2007; Waller, & Meyer, 2007) e à depressão (Simons et al., 2005). Além disso, está associada a estratégias de autorregulação desadaptativas como o consumo de substâncias (Bresin, 2020; Buckner, Keough & Schmidt,

2007; Leyro et al., 2008; Zvolensky et al., 2009), o tabagismo (Brown et al. 2005; Marshal et al., 2008; Veilleux, 2019), o vício do jogo (Daughters et al., 2005), o uso de analgésicos (Schmidt et al., 2006), a automutilação (Anestis et al., 2007; Nock & Mendes, 2008), comportamentos de compulsão/purga (Bornovalova et al., 2012) e a respostas amplificadas a sintomas somáticos (Zvolensky et al., 2010).

A presença comum desta variável em diferentes patologias, influenciando o seu desenvolvimento e manutenção, destaca a sua relevância transdiagnóstica (Cogle et al., 2012; Heiland & Veilleux, 2023; Macatee et al., 2016; McHugh & Otto, 2012). Esta particularidade confere-lhe especial atenção na pesquisa sobre a etiologia da psicopatologia, que tem vindo a mudar o seu foco da identificação de fatores de risco em condições individuais para a identificação de fatores de risco transdiagnósticos (Krueger & Eaton, 2015). As intervenções direcionadas para a tolerância ao sofrimento têm vindo a demonstrar eficácia para vários distúrbios psicológicos (Brown et al., 2008).

Alguns estudos apontam que a tolerância ao sofrimento pode ser modificável através de intervenção psicológica (McHugh et al. 2014), com impacto nos resultados comportamentais e funcionais, potenciando a capacidade de persistir em objetivos em contexto de sofrimento e reduzindo os comportamentos desadaptativos de evitamento (Bornovalova et al., 2012).

A população adolescente tem sido alvo de estudo na área da tolerância ao sofrimento, revelando diferentes associações consoante o género e o país de origem (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020). Num desses estudos concluiu-se que, no sexo feminino, a baixa tolerância ao sofrimento está associada ao aumento dos sintomas internalizantes, como depressão, ansiedade e queixas psicossomáticas (Angold et al., 2002; Wade, Cairney & Pevalin, 2002). Na depressão, estudos com a população adolescente chinesa (You&Leung, 2012) evidenciaram que baixa tolerância ao sofrimento está associada a depressão, ansiedade e reatividade emocional. As diferenças entre os sexos são mais evidentes ao nível do sofrimento afetivo, humor deprimido e ansioso, enquanto as menos significativas estão ao nível do sono e concentração (Compas et al., 1997). O efeito de alguns fatores de risco como a pressão da imagem corporal, a autoestima e as mudanças da puberdade têm-se mostrado mais preponderantes no sexo feminino (Marcotte et al. 2002). As adolescentes também relatam um maior número de eventos causadores de stress, interpretando-os como mais desgastantes e

respondendo-lhes de forma mais acentuada do que os adolescentes rapazes (Jose & Ratcliffe, 2004).

A tolerância ao sofrimento pode ser medida comportamentalmente e/ou por autorrelato (Simons & Gaher, 2005). As medidas comportamentais envolvem a avaliação da capacidade real de um indivíduo tolerar o sofrimento numa tarefa difícil, que induz o afeto negativo ou a frustração e que exige persistência em direção a um determinado objetivo (Brandon et al., 2003; Strong et al., 2003), sendo a persistência mais curta indicativa de menor tolerância ao sofrimento (Leyro et al., 2010). Estas medidas incluem tarefas que induzem sofrimento físico como a de pressão fria, que tem como objetivo avaliar a tolerância ao sofrimento em relação à dor física (Rhudy & Meagher, 2003), onde os participantes são instruídos a submergir a mão não dominante até o pulso num recipiente de água fria (e.g. 0–2 graus Celsius) (McHugh et al., 2011) e a tarefa de desconforto respiratório (Marshall et al., 2008). Para medir a tolerância ao sofrimento mental e emocional são aplicadas tarefas mentais de exposição a situações potenciadoras de stress (Lejuez, Kahler, & Brown, 2003) ou a imagens de carácter emocional negativo (Veilleux et al., 2017). Este tipo de medidas tem como principal vantagem um resultado objetivamente mensurável que não depende de auto-relato, mas apresenta a desvantagem de ser objetivamente influenciadas pela motivação dos participantes em persistir na tarefa, que pode ser mediada por um conjunto de fatores que não a tolerância ao sofrimento (Simons & Gaher, 2005). Tem ainda como desvantagem poderem ser amplamente influenciadas por fatores contextuais (Szuhany & Otto, 2015), como por exemplo a privação prolongada de nicotina (Bernstein et al., 2008) e a dificuldade em completar uma tarefa (Daughters et al., 2005). Por outro lado, as medidas de autorrelato avaliam a capacidade percebida de suportar o sofrimento não dirigido a um objetivo ou recompensa (Kiselica, Webber & Bornovalova, 2014). Investigações recentes relatam que as tarefas comportamentais e de autorrelato, na sua generalidade, não se encontram correlacionadas (Evanovich et al., 2019; Marshall-Berenz et al., 2010) uma vez que refletem componentes distintas da tolerância ao sofrimento (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010; McHugh & Otto, 2012; Zvolensky, Bernstein, & Vujanovic, 2011), deste modo, poderão não prever os mesmos resultados (Anestis et al., 2012). Apesar destes dados, as análises psicométricas indicaram que os resultados das medidas comportamentais e de autorrelato são relativamente estáveis no tempo (Cummings et al., 2013). Isto é verdade sobretudo na população adulta, uma vez que a maioria dos estudos com a população adolescente avalia a tolerância ao sofrimento com recurso a medidas

comportamentais, devido à ausência de medidas de auto-relato validadas (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020).

Simons e Gaher (2005) desenvolveram a Escala de Tolerância ao Sofrimento (ETS) que pretende avaliar a capacidade percebida de um indivíduo de tolerar emoções aversivas. É uma escala de autorresposta com 15 itens, constituída por 4 fatores de primeira ordem, Tolerância, Absorção, Avaliação e Regulação e 1 fator de ordem superior *Tolerância ao Sofrimento Geral* (ETS-TSG), que engloba a *Tolerância*, *Avaliação* e *Absorção*. Os participantes avaliam esses itens numa escala *Likert* de 5 pontos (1- Concordo fortemente; 5- Discordo fortemente). Ao interpretar as pontuações da ETS, verificamos que pontuações mais baixas indicam menor capacidade para tolerar o sofrimento, enquanto que pontuações mais altas são sinonimo de uma alta tolerância ao sofrimento.

You e Leung (2012) realizaram estudos em amostras comunitárias de adolescentes chineses para testar a estrutura fatorial da ETS. A análise fatorial confirmatória sugeriu uma estrutura fatorial hierárquica com um fator de ordem superior, Tolerância ao Sofrimento Geral, composto por apenas três dos quatro fatores originais da escala: absorção, avaliação e tolerância. Um estudo mais recente de Tonarely & Ehrenreich-May (2020) concluiu que a validação da tolerância ao sofrimento na população adolescente deve ser obtida através da soma das pontuações dos itens de um único fator, Tolerância ao Sofrimento Geral (ETS-TSG), que absorve os itens dos fatores da escala original, Tolerância, Avaliação e Absorção, passando a escala a ser constituída por 12 itens.

Estes estudos apontam para a potencialidade da ETS avaliar de forma robusta a tolerância ao sofrimento na população adolescente, com implicações para a investigação e para a prática clínica (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020). Em concreto, a validação da ETS poderá moldar investigações futuras sobre o impacto da tolerância ao sofrimento neste período desenvolvimental e em diversos quadros psicopatológicos. A ETS poderá ser ainda um instrumento útil na avaliação psicológica de adolescentes, com vista à prevenção e intervenção precoce (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020; You & Leung, 2012).

Objetivos e Hipóteses

Objetivos

A presente investigação tem como principal objetivo a adaptação e validação da Escala de Tolerância ao Sofrimento (ETS) (Simons & Gaher, 2005), numa amostra comunitária de adolescentes.

De forma a avaliar as propriedades psicométricas da escala, foram estabelecidos objetivos específicos: (1) avaliar a estrutura fatorial da ETS; (2) avaliar a precisão da ETS através da consistência interna; (3) testar a validade de construto em relação a variáveis externas relevantes.

Para o teste da validade de construto, foram consideradas como variáveis externas relevantes como: Qualidade de Vida, Regulação Emocional, Competências Socioemocionais, Depressão, Ansiedade e Stress, Bem-Estar Emocional, Social e Psicológico e Evitamento Emocional.

Hipóteses

Hipotetiza-se que a escala apresente uma estrutura unidimensional (H1). É esperado que o instrumento apresente indicadores adequados de consistência interna (H2).

Relativamente às relações do ETS com as variáveis externas relevantes são apontadas algumas hipóteses (H3). Espera-se, que sejam confirmadas correlações negativas entre a baixa Tolerância ao Sofrimento e as medidas de Qualidade de Vida (KIDSCREEN-10), Competências Socioemocionais (ECS) e Bem-Estar Emocional, Social e Psicológico (MHC-SF). No mesmo sentido, são esperadas associações positivas com as medidas de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21), Regulação Emocional (EDRE-VR) e o Evitamento Emocional (IEEE).

Metodologia

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi criado um questionário sociodemográfico para o presente estudo, com o objetivo de recolher informações acerca de variáveis como: sexo, idade, nacionalidade, ano de

escolaridade, área de residência, necessidades educativas especiais, acompanhamento psicológico atual e passado.

Escala de Tolerância ao Sofrimento (ETS; Simons & Gaher, 2005; Tonarely & Ehrenreich-May, 2020)

A ETS é uma escala de autorrelato, composta por 12 itens, que avalia a capacidade percebida de um indivíduo de tolerar situações ou emoções aversivas de forma unidimensional (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020). As respostas aos itens (e.g., “Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido (a) é insuportável para mim”, “Eu não consigo tolerar sentir-me angustiado (a) ou aborrecido (a)”) são feitas através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1- Discordo Fortemente; 5 – Concordo Fortemente). Pontuações mais baixas correspondem a maior tolerância ao sofrimento. Na versão original a TSF-ETS apresentou uma estrutura unifatorial e uma boa consistência interna com alfa de Cronbach de .86. Serão apresentadas as propriedades psicométricas da versão portuguesa deste instrumento na secção dos resultados.

Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional para Adolescentes (IEEE; Fairholme et al., 2008; Kennedy & Ehrenreich-May, 2017;)

A IEEE é uma medida de auto-resposta de 17 itens que avalia o uso da estratégia de evitamento emocional nos adolescentes, sendo uma versão adaptada da escala original que contém 33 itens. A IEEE é composta 3 fatores que medem o Evitamento da Expressão de Emoções, o Evitamento de Pensamentos e Sentimentos e a Distração. As respostas aos itens (e.g., “Eu tento evitar situações desconfortáveis”) são feitas segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (0 – Nada verdade sobre mim a 4 – Extremamente verdade para mim). A versão original da escala obteve uma boa consistência interna com um valor de *alfa de Cronbach* de .86. No presente estudo a IEEE apresentou uma boa consistência interna $\alpha=.83$.

Escala de Competências Socioemocionais (ECS; UNICEF, 2023)

A ECS é uma medida de auto-resposta que avalia as competências socioemocionais dos indivíduos. É composta por 18 itens (e.g., “Prestas atenção aos teus níveis de stress?”), avaliados numa escala de tipo *Likert* de 3 pontos (0-Nunca a 3- Sempre). Um valor elevado nesta escala sugere um bom nível de competências socioemocionais. Ainda não foram publicados estudos de validação desta medida. No presente estudo a ECS apresentou um $\alpha=.79$.

KIDSCREEN-10 (Ravens-Sieberer et al., 2006; versão portuguesa de Matos, Gaspar & Simões, 2012)

A escala KIDSCREEN-10 é uma escala unidimensional de autorresposta, que se configura como uma versão reduzida do instrumento KIDSCREEN-52, resultando num valor global de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. É composto por 10 itens (e.g., “Senteste bem e em forma?”), cotados através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1- Nada a 5 – Totalmente). Um valor baixo neste instrumento sugere um sentimento de insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida das crianças e adolescentes, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Um valor elevado, por sua vez, sugere uma perceção de adequação e satisfação com o seu contexto. A versão portuguesa do instrumento KIDSCREEN-10 mostrou uma boa consistência interna com $\alpha=.78$, tal como a versão original com uma consistência interna de $\alpha=.82$. No presente estudo a KIDSCREEN-10 revelou uma boa consistência interna com $\alpha=.90$.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21; Antony et al., 1998; versão portuguesa de Leal et al., 2009)

A DASS-21 é uma medida de autorresposta de 21 itens que avalia depressão, ansiedade e stress, através de três subescalas, constituídas por sete itens cada (e.g., “Senti-me desanimado e melancólico”; “Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula”; “Tive dificuldades em me acalmar”). Os itens são cotados através de uma escala de tipo *Likert* de 3 pontos (0- Não se aplicou nada a mim a 3-Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), tendo por referência as a semana anterior. Pontuações mais elevadas em cada subescala correspondem a índices mais altos de sintomatologia depressiva, ansiosa e stress. Relativamente a qualidades psicométricas, a versão original (Antony et al.,1998) apresentou uma consistência interna para a subescala de depressão de $\alpha=.94$, $\alpha=.87$ para a subescala de ansiedade e $\alpha=.91$ na subescala de stress. A versão portuguesa do instrumento (Leal et al., 2009) apresentou um *alfa de cronbach* para a subescala de depressão $\alpha=.78$, $\alpha=.75$ para a subescala de ansiedade e $\alpha=.74$ na subescala do stress. No presente estudo a DASS-21 revelou uma boa consistência interna com $\alpha=.85$.

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional- Versão Reduzida (EDRE-VR; Kaufman et al., 2015; versão portuguesa de Moreira, Gouveia & Canavarro, 2020)

A EDRE-VR é uma medida de auto-resposta que avalia a dificuldade de regulação emocional num total de 18 itens divididos igualmente por seis subescalas : Não aceitação de respostas emocionais (e.g. “Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim”), Dificuldades em se envolver em comportamentos direcionados a objetivos (e.g. “Quando estou chateado, tenho dificuldade de concentração”), Dificuldades de controlo de impulsos (e.g. “Quando estou chateado, fico fora de controlo”), Falta de Consciência Emocional (e.g. “Presto atenção a como me sinto”), Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional (e.g. “Quando estou chateado , demoro muito para me sentir melhor”) e falta de clareza emocional (e.g. “estou confuso sobre como me sinto”). Os itens são cotados através de uma escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1-quase nunca a 5- quase sempre). Pontuações mais altas indicam maiores dificuldades na regulação das emoções. Os itens da subescala Consciência são codificados inversamente. Relativamente a qualidades psicométricas, a versão original (Kaufman et al., 2015) apresentou uma consistência interna de $\alpha=.80$ e a versão portuguesa (Moreira, Gouveia & Canavarro, 2020) apresentou um *alfa de cronbach* entre .78 a .91. No presente estudo a EDRE-VR revelou uma boa consistência interna com $\alpha=.93$.

Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes et al., 2008; versão portuguesa de Matos et al., 2010)

A MHC – SF é uma medida de auto-resposta que avalia estados de saúde mental, estimados a partir do grau de bem-estar - emocional, social e psicológico. É constituída por 14 itens, divididos da seguinte maneira: três deles dizem respeito ao bem-estar emocional (e.g., “Satisfeito/a com a vida”), cinco ao bem-estar social (e.g. “Que tinhas alguma coisa importante para contribuir para a sociedade”) e seis ao bem-estar psicológico (e.g. “Que gostavas da maior parte das características da tua personalidade”). Os itens dizem respeito ao mês antecedente e são cotados através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (0- Nunca a 5 –Todos os dias). Os indivíduos que pontuam com 4 (quase todos os dias) ou 5 (todos os dias) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de funcionamento positivo (bem-estar social e psicológico) encontram-se em estado de *flourishing*. Já o estado de *languishing*, é identificado quando são obtidas pontuações de 0 (nunca) ou 1 (uma ou duas vezes) em pelo menos um dos três itens de bem-estar emocional e em pelo menos seis dos onze itens de bem-estar social e psicológico. Relativamente às qualidades psicométricas, a versão

original (Keyes et al., 2008) apresentou uma consistência interna de $\alpha=.74$ e a versão portuguesa (Matos et al., 2010) apresentou um *alfa de cronbach* de .90. No presente estudo a MHC-SF revelou uma boa consistência interna com $\alpha=.88$.

Amostra

Para o presente estudo foi recolhida uma amostra de adolescentes provenientes do território nacional (continente e ilhas). A amostra é constituída por 120 participantes, 66 do sexo feminino (55%) e 53 do sexo masculino (44.2%) e 1 participante que se identificou com “outro” (0.8%), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($M=15.21$; $DP=1.89$). A maioria dos participantes vive em zona urbana 93 participantes (75%) e 27 participantes (25%) em zona rural.

No que concerne à nacionalidade, 119 participantes são de nacionalidade portuguesa (99.2%) e 1 participante de outra nacionalidade (0.8%). No que diz respeito à escolaridade, os participantes encontram-se entre o 5º ano do ensino básico e o 2º ano da faculdade ($M=9.91$; $DP=1.95$).

Do total dos participantes, 113 (94.2%) não têm necessidades educativas especiais, 6 (5%) têm necessidades educativas especiais e 1 participante (0.8%) preferiu não responder. Ainda de salientar que 99 participantes (82.5%) não têm acompanhamento psicológico atual e 21 participantes (17.5%) têm acompanhamento psicológico atual, 75 participantes (62.5%) tiveram acompanhamento psicológico no passado e 45 participantes (37.5%) nunca beneficiaram de acompanhamento psicológico no passado.

Procedimentos

Tradução de adaptação da ETS

Foi solicitada autorização aos autores (Simons & Gaher, 2005) da Escala de Tolerância ao Sofrimento para ser feita a tradução e adaptação da mesma para a população adolescente portuguesa. A escala foi traduzida por três tradutores independentes, sendo as três traduções submetidas a comparação por um quarto tradutor, onde se chegou à versão final. Posteriormente fez-se a retroversão, por um outro tradutor bilingue (Português/ Inglês), da versão traduzida para português para a língua original, o inglês. Por fim, foi comparada essa retroversão com a versão original da escala para que se pudesse perceber se coincidia.

Foi feita uma alteração à escala original na forma como os itens são cotados, sendo que na versão original os itens são avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos: 1- concordo fortemente, 2- concordo moderadamente, 3- nem concordo, nem discordo, 4- discordo moderadamente, 5- discordo fortemente, no entanto na versão traduzida os itens serão igualmente avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos mas com ordem inversa: 1- discordo fortemente, 2- discordo moderadamente, 3- nem concordo, nem discordo, 4- concordo moderadamente, 5- concordo fortemente. Esta alteração fará com que pontuações altas revelem uma baixa tolerância ao sofrimento e pontuações baixas sejam sinónimo de alta tolerância ao sofrimento.

Recolha de dados

O presente estudo integra-se no projeto “Por ti – Promoção de Promoção de Bem-Estar Mental nas Escolas”, financiado pela Z Zurich Foundation e implementado pela EPIS-Empresários pela Inclusão Social em parceria com a Unidade de Psicologia Clínica e Cognitivo- Comportamental (UpC3) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Foi aprovado previamente pela Comissão de Ética daquela faculdade, salvaguardando todos os pressupostos éticos. Foram ainda obtidas as autorizações dos autores dos instrumentos utilizados neste estudo. A recolha da amostra foi feita de forma presencial (78.3%) e em formato online, através da plataforma Google Forms (21.7%). Foram incluídos neste estudo adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, que soubessem ler e escrever português e que não tivessem suspeita de défice cognitivo, perturbações neurodesenvolvimentais e/ou psicóticas. O protocolo de avaliação continha uma breve explicação do estudo, o assentimento informado para os jovens, o consentimento informado para os encarregados de educação e os instrumentos anteriormente referidos. Foram cedidos os contactos dos investigadores, para possibilitar o esclarecimento de eventuais questões.

Estratégia Analítica

A análise estatística foi feita com recurso ao *software Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 27) e MPLUS v.8.3 (Muthén & Muthén, 2019). O SPSS foi utilizado para realizar análises preliminares, estatísticas descritivas, testar a normalidade dos dados, analisar a consistência interna dos instrumentos de autorrelato e estabelecer

correlações entre a ETS e as restantes variáveis. O MPLUS foi utilizado para testar a dimensionalidade da escala.

Numa fase inicial foram realizadas análises preliminares, onde se estudou a distribuição dos valores dos *missings* e se percebeu que não havia respostas em falta, não havendo necessidade de eliminar sujeitos. Para a análise da normalidade das variáveis em estudo, foi testada a normalidade univariada recorrendo ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, considerando o critério de referência de uma distribuição normal de $p > .05$. Foram também realizadas análises de estatísticas descritivas, com o objetivo de obter medidas de tendência central e de dispersão. No sentido de estudar a dimensionalidade da escala foi realizada uma Análise Factorial Confirmatória (AFC), com o objetivo de apurar se os dados obtidos suportam o modelo teórico proposto, que sugeriu uma estrutura unifactorial. Após ser testada a normalidade da ETS, concluiu-se que os dados não seguem uma distribuição normal, como tal, as Análises Fatoriais Confirmatórias foram conduzidas utilizando o estimador *Maximum Likelihood Robust* (MLR). Para testar o ajustamento do modelo de medida, foram analisados os seguintes índices de ajustamento: *Chi-Square* (χ^2/df) e os seus graus de liberdade; *Comparative Fit Index* (CFI); *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA) e *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Segundo Hu & Bentler (1999), para um bom nível de ajustamento do modelo de medida o valor de CFI deve ser igual ou superior a .95 (valores iguais ou superiores a .90 são considerados aceitáveis), combinado com valores de SRMR iguais ou inferiores a .08 (valores iguais ou inferiores a .11 são considerados aceitáveis) ou valores de RMSEA iguais ou inferiores a .06 (valores iguais ou inferiores a .08 são considerados aceitáveis). A qualidade dos itens foi testada através da análise dos *loadings*, considerando-se aceitáveis quando apresentam valores iguais ou superiores a .40 (Mâroco, 2018).

Para testar a validade de constructo entre as variáveis da ETS e as variáveis externas relevantes foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal. De acordo com as normas de Pestana e Gageiro (2005), valores de correlação inferiores a .20 são consideradas muito baixas, entre .21 e .39 baixas, entre .40 e .69 moderadas, entre .70 e .89 elevadas e correlações com valores superiores a .90 são consideradas muito elevadas.

Resultados

Análise Preliminar de Dados

A normalidade foi testada com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($K-S = .095$ $p = .009$), concluindo que os dados não seguem uma distribuição normal. Com base nestas informações, foi utilizado o estimador *Maximum Likelihood Robust* (MLR) para efetuar a análise fatorial confirmatória.

Estudo da dimensionalidade

Foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (CFA) do modelo original da escala (modelo I), de forma a avaliar o ajustamento dos dados ao modelo. Os índices de ajustamento apresentados, de acordo com os critérios de Hu & Bentler (1999), apresentam valores de CFI e RMSEA aceitáveis e valores de SRMR considerados bons.

Tabela 1

Índices de Ajustamento do Modelo de Medida

	χ^2	df	RMSEA	CI for RMSEA	SRMR	CFI
Modelo I	573.932	66	.083	0.056 ; 0.108	.058	.913

Nota: χ^2 = Chi-Square; df = degrees of freedom; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = confidence interval; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.
 $p < .001$

Propriedades Psicométricas

As propriedades psicométricas de cada item que constitui a ETS são apresentadas na Tabela 2, nomeadamente média, desvio-padrão, *loadings* de cada item e a correlação item-total do fator. Os valores de correlação item-total do fator variam entre .41 (item 6 “Eu consigo tolerar estar angustiado(a) ou aborrecido(a) tão bem como a maioria das pessoas”) e .83 (item 4 “Os meus sentimentos de angústia são tão intensos que me dominam completamente), sendo considerados moderados. Todos os itens da escala apresentam *loadings* fortes $>.40$ (Mâroco, 2018), exceto o item 12 “Quando eu me sinto angustiado(a) ou aborrecido(a), não consigo deixar de pensar no quão mal me sinto” que apresenta um *loading* de .34. Os *loadings* dos itens variam entre .34 (item 12) e .83 (item 4).

Tabela 2

Propriedades Psicométricas dos Itens da ETS

Itens	M	DP	r	λ
1. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) é (...)	3.10	1.19	.58	.52
2. Quando eu me sinto angustiado(a) ou (...)	2.90	1.19	.79	.77
3. Eu não consigo tolerar sentir-me angustiado(a) (...)	2.78	1.16	.66	.63
4. Os meus sentimentos de angústia são tão intensos (...)	2.42	1.18	.83	.83
5. Não há nada pior do que sentir-me (...)	2.61	1.15	.75	.72
6. Eu consigo tolerar estar angustiado(a) (...)	2.83	1.10	.41	.44
7. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) (...)	2.37	1.16	.51	.73
8. As outras pessoas parecem ser mais capazes (...)	2.71	1.11	.76	.73
9. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) é (...)	2.62	1.67	.77	.66
10. Eu sinto vergonha de mim próprio quando (...)	2.13	1.25	.71	.65
11. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) (...)	2.28	1.15	.68	.73
12. Quando eu me sinto angustiado(a) (...)	2.78	1.16	.73	.34

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *r* = correlação item-total do fator; λ = *loadings* dos itens

Validade de construto em relação a variáveis externas

Para efetuar a análise da validade de constructo em relação a variáveis externas recorreu-se à correlação de *Spearman*. Foram encontradas correlações positivas significativas moderadas entre a baixa Tolerância ao Sofrimento e o fator Evitamento de Pensamentos e Sentimentos da escala IEEE, com os fatores Depressão, Ansiedade e *Stress da escala DASS-21* e com o fator Estratégias da escala da EDRE-VR. Também foram identificadas correlações positivas significativas baixas com os fatores Evitamento da Expressão de Emoções e Distração da escala IEEE e com os fatores Clareza, Objetivos, Impulsos e Não Aceitação da escala EDVRE-VR.

Foram ainda encontradas correlações negativas significativas moderadas com o *Kidscreen-10*, e correlações negativas significativas baixas com a ECS e o MHC-SF.

Tabela 3

Correlações entre a ETS e outras Medidas Externas Relevantes

Medidas	ETS-TSG
IEEE	
Evitamento da Expressão de Emoções	.19*
Evitamento de Pensamentos e Sentimentos	.55**
Distração	.20*
ECS	-.36**
MHC-SF	-.33**
Kidscreen-10	-.44**
DASS-21	
Depressão	.45**
Ansiedade	.41**
Stress	.46**
EDRE-VR	
Consciência	-.00
Clareza	.37**
Objetivos	.35**
Impulsos	.36**
Não-Aceitação	.38**
Estratégias	.62**

Nota: IEEE= Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional; ECS= Escala de Competências Socioemocionais ; MHC-SF= Mental Health Continuum – Short Form; DASS-21= Escala de Ansiedade Depressão e *Stress*; EDRE= Escala de Regulação Emocional ; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Discussão

A Tolerância ao Sofrimento tem vindo a ganhar importância como variável transdiagnóstica, com impacto no desenvolvimento e manutenção de uma ampla gama de psicopatologias (McHugh & Otto, 2012). Relativamente estável e semelhante a um traço (Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010), alguns estudos apontam para o seu desenvolvimento na infância ou adolescência (Daughters et al., 2013), parecendo estar associado a diferentes sintomas, quadros psicopatológicos e comportamentos desadaptativos na idade adulta. (Allan, 2015). Ao comportar-se como um marcador de risco, uma adequada avaliação da tolerância ao sofrimento em fases precoces do desenvolvimento poderá prevenir que padrões comportamentais desadaptativos se rigidifiquem (You & Freedom, 2012). Apesar da sua relevância para a prática clínica e para a investigação, existe uma escassez de medidas de autorrelato capazes de avaliar a tolerância ao sofrimento na adolescência (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020). A ETS tem-se mostrado um instrumento válido e robusto para avaliar este construto em amostras internacionais de adolescentes. Este estudo teve como principal objetivo adaptar e validar a ETS (Simons & Gaher, 2005) numa amostra comunitária de adolescentes. Para tal, foram feitos estudos de dimensionalidade dos itens do instrumento, analisadas as propriedades psicométricas, mais precisamente os *loadings*, a consistência interna e as correlações item total do fator. Foi também testada a validade de construto relativa a variáveis externas relevantes.

Relativamente à dimensionalidade da escala, os resultados apontam para uma estrutura unidimensional, com um ajustamento do modelo de medida aceitável. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Tonarely e Ehrenreich-May (2020), apontando para a unidimensionalidade da ETS em amostras de adolescentes, contrariando a estrutura de 4 factores (Tolerância, Absorção, Avaliação e Regulação) da ETS no seu estudo de validação original com a população adulta (Simons & Gaher, 2005). Estudos anteriores (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020; You & Leung, 2012) chamam a atenção para a dificuldade apresentada pelos adolescentes na compreensão dos itens que constituem o fator Avaliação, que exigem que os indivíduos comparem a sua experiência de angústia com a dos outros (e.g., “ Eu consigo tolerar estar angustiado (a) ou aborrecido(a) tão bem como a maioria das pessoas”), referindo que esta mudança de perspectiva pode ser difícil de compreender por parte dos jovens em algumas fases de desenvolvimento. Para além disso, pôs-se a hipótese de adolescentes com baixos níveis de angústia tenham uma dificuldade aumentada em identificar as suas reações à

angústia percebida (e.g, “Sentir-me angustiado (a) ou aborrecido (a) não é aceitável”), o que impactará fortemente na avaliação deste fator. Deste modo, a diferenciação dos fatores tolerância e avaliação acabou por não fazer sentido, uma vez que os adolescentes não conseguem fazer uma distinção correta entre lidar com o sofrimento (tolerância) e aceitar o sofrimento (avaliação). Nestes estudos, as escalas de absorção, avaliação e tolerância foram altamente correlacionadas, o que levou à unificação destes três fatores num só ETS-TSG, que veio reforçar a unidimensionalidade da ETS nestas faixas etárias.

Relativamente às propriedades psicométricas dos itens que constituem a ETS, a maioria apresenta bons *loadings* e boas correlações com o item total, o que reforça o adequado ajuste dos itens da escala original de quatro fatores para apenas um fator. Também os valores de consistência interna $\alpha=.90$, sugeriram que os itens avaliam o construto que se propõem avaliar.

O Evitamento de Pensamentos e Sentimentos, associado à tendência para responder a situações que geram sofrimento de forma desadaptativa, no sentido de atenuar o sofrimento (Simons & Gaher, 2005; Williams, 2012), mostrou estar associado a uma baixa Tolerância ao Sofrimento. Por vezes, a capacidade de enfrentar o sofrimento é percebida como diminuta, o que leva ao evitamento de pensamentos e sentimentos que geram angústia, num esforço muitas das vezes desproporcional à situação (Jeffries, 2015; Leyro, Zvolensky & Bernstein, 2010; McHugh & Otto, 2011; Simons & Gaher, 2005). O alívio rápido do sofrimento e a quebra da experiência de afeto negativo, transformam-se num reforço negativo que conduz ao envolvimento contínuo em comportamentos de evitamento de pensamentos e sentimentos (Williams, Thompson & Andrews, 2013).

A baixa tolerância ao sofrimento poderá configurar-se como um fator de risco para a Depressão (Simons et al., 2005). O aumento do afeto negativo é um sintoma característico desta patologia, pelo que a capacidade de tolerar estados emocionais negativos ou desconfortáveis é um ponto fulcral na intervenção (Lass & Winer, 2020). Alguns estudos propuseram que indivíduos com baixa tolerância ao sofrimento, por se envolverem em estratégias de *coping* desadaptativas para lidar com a angústia, poderão ter uma probabilidade aumentada de sofrer de depressão (Campbell-Sills & Barlow, 2007), assim como indivíduos que sofrem de depressão poderão ser mais propensos a exibir comportamentos desadaptativos para lidar com o sofrimento percebido (Gross & Munoz, 1995).

Indivíduos com menor tolerância ao sofrimento tendem a perceber sintomas de Ansiedade como avassaladores e incontroláveis (Keough et al., 2010), o que poderá resultar numa incapacidade, por parte do indivíduo, de ter consciência da sua real competência para gerir a ansiedade, reforçando crenças negativas acerca de si mesmo (Michel et al., 2016).

O Stress está associada a um baixo nível de resistência à frustração e à desilusão (Leal et al., 2009), facto que poderá estar diretamente relacionado com uma baixa tolerância ao sofrimento (Keough et al., 2010).

Indivíduos com baixa tolerância ao sofrimento acreditam que pouco poderá ser feito para regular as emoções quando estão angustiados (Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional). Ao serem pouco tolerantes a estados emocionais negativos parecem ser mais propensos a usar estratégias de regulação emocional desadaptativas (Conway et al., 2021), mais especificamente evitamento e ruminação, como estratégias primárias de regulação emocional (Jeffries et al., 2015). O recurso a estas estratégias tem como principal objetivo reduzir ou aliviar, de forma imediata, o sofrimento associado à situação (Leyro, Zvolensky, & Bernstein, 2010).

A Qualidade de Vida dos indivíduos poderá ser significativamente afetada por uma baixa tolerância ao sofrimento, altamente relacionada com uma variedade de comportamentos desadaptativos e transtornos psicopatológicos (Leyro et al., 2010).

Limitações e Futuras Direções

O presente estudo apresenta algumas limitações, pelo que a interpretação dos resultados deve ser feita com as devidas precauções. De salientar alguns imprevistos relacionados com atrasos no pedido de autorizações à Comissão de Ética da FPCEUC, bem como nos pedidos de autorização aos autores da escala e, conseqüentemente, na tradução da mesma. Todos estes percalços levaram a que o início da recolha da amostra acontecesse na altura da pausa letiva do verão, o que dificultou de sobremaneira a recolha de dados. Isto aliado ao facto de ser uma população adolescente que carecia do consentimento dos pais/tutores legais levou a um retorno de questionários bastante inferior aos que foram distribuídos. Todos estes factos levaram a que o tamanho da amostra recolhida fosse pequeno, o que pode ter influenciado os resultados e impossibilitou a análise da invariância do modelo de medida por sexo e idade e ainda o teste-reteste. Este tipo de análise poderá constar em futuras investigações, uma vez que já existem

estudos noutras populações, que revelam resultados interessantes (Tonarely & Ehrenreich-May, 2020; You & Leung, 2012).

O desenho transversal do estudo e o recurso exclusivo a questionários de autorrelato é também passível de suscitar enviesamentos, nomeadamente associados à desejabilidade social. Neste sentido, importa que investigações futuras incluam uma medida capaz de controlar esta componente.

Uma vez que este é o primeiro estudo de validação da ETS para a população adolescente portuguesa, futuros estudos deveriam ser realizados por forma a confirmar as conclusões obtidas. Dado o carácter transdiagnóstico da tolerância ao sofrimento, sugere-se ainda a sua aplicação em amostras de adolescentes com diferentes quadros psicopatológicos (e.g., adolescentes com perturbações internalizantes, adolescentes com perturbações externalizantes), em estruturas de acolhimento (e.g. acolhimento terapêutico) e culturas.

Conclusão

A ETS foi adaptada com o objetivo de colmatar a ausência de uma medida de autorrelato validada para a população adolescente portuguesa. Esta adaptação irá possibilitar a avaliação da tolerância ao sofrimento nesta faixa etária, de forma mais precisa e fiável, o que impactará na avaliação das intervenções, na identificação de eventuais candidatos a psicoterapia bem como no desenvolvimento de estudos futuros sobre este construto.

Ao longo do presente estudo foi ressaltada a importância da vertente transdiagnóstica da tolerância ao sofrimento, especialmente na fase da infância/adolescência que corresponde à sua fase de formação e onde haverá uma probabilidade aumentada da rigidificação de alguns padrões de comportamento desadaptativos. Pode assim atuar como um fator de risco para indivíduos sem patologia e como um fator de manutenção para indivíduos com patologia. Torna-se fulcral apostar no desenvolvimento de tratamentos com foco na tolerância ao sofrimento e, conseqüentemente, de elevada importância avaliá-la de forma precisa na prática clínica (Heiland & Veilleux, 2023).

Referências bibliográficas

- Abdolhosseini, A., Mami, S., & Ahmadi, V. (2022). Quality of Life Model Based on Perceived Stress and Distress Tolerance of the Elderly in Ilam with the Mediating Role of Hope: quality of life association with perceived stress and distress tolerance. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 9(2), 23–31. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v9i2.36357>
- Allan, N., Macatee, R., Norr, A., Raines, A., & Schmidt, N. (2015). Relations between common and specific factors of anxiety sensitivity and distress tolerance and fear, distress, and alcohol and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.002>.
- Amstadter, A., Daughters, S., MacPherson, L., Reynolds, E., Danielson, C., Wang, F., & Lejuez, C. (2012). Genetic associations with performance on a behavioral measure of distress intolerance. *Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.09.017>.
- Andrés, M., del-Valle, M., Richaud de Minzi, M., Introzzi, I., Canet-Juric, L., & Navarro-Guzmán, J.(2021). Distress tolerance and executive functions: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 14(3), 280-297. <https://doi.org/10.1037/pne0000259>.
- Anestis, M., Bagge, C., Tull, M. , & Joiner, T. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal- psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 603–611. <https://doi.org/110.1016/ j.jpsychires.2010.10.013>.
- Anestis, M., Lavender, M., Marshall-Berenz, C., Gratz, L., Tull, T., & Joiner, T. (2012). Evaluating distress tolerance measures: Interrelations and associations with impulsive behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 593–602. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9377-8>
- Anestis, M., Selby, E., Fink, E. & Joiner, T. (2007), The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *Int. J. Eat. Disord.*, 40, 718-726. <https://doi.org/10.1002/eat.20471>
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. (2002). Depression scale scores in 8–17-year-olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry and Allied Disciplines, 43,1052– 1063. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00232>
- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>.
- Baker, T., Piper, M., McCarthy, D., Majeskie, M., & Fiore, M. (2004). Addiction motivation reformulation: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Barry, M., Clarke, A., & Dowling, K. (2017). Promoting social and emotional well-being in schools. *Health Education*, 117 (5), 434–451. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2016-0057>.
- Bebane, S., Flowe, H., & Maltby, J. (2015). Refining the measurement of distress intolerance. *Personality and Individual Differences*, 85, 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.005>.
- Bernstein, A., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Multi-method evaluation of distress tolerance measures and construct (s): concurrent relations to mood and anxiety psychopathology and quality of life. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2, 386–399.
- Bernstein, A., Trafton, J., Ilgen, M., & Zvolensky, M. J. (2008). An evaluation of the role of smoking context on a biobehavioral index of distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 33(11), 1409–1415. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.003>
- Bernstein, A., Zvolensky, M., Vujanovic, A., & Moos, R. (2009). Integrating Anxiety Sensitivity, Distress Tolerance, and Discomfort Intolerance: A Hierarchical Model of Affect Sensitivity and Tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291–301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>.
- Bizarro, L. (1999). O bem-estar psicológico durante a adolescência (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa
- Blonigen, D., Carlson, M., Hicks, B., Krueger, R., & Iacono, W. (2008). Stability and change in personality traits from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *Journal of Personality*, 76, 229–266. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00485.x>.

- Bluth, K., Campo, R., & Futch, W. (2017). Age and Gender Differences in the Associations of Self-Compassion and Emotional Well-being in A Large Adolescent Sample. *J Youth Adolescence*, 46, 840–853. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0567-2>.
- Bornovalova, M., Gratz, K., Daughters, S., Hunt, E., & Lejuez, C. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 70–76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.012>.
- Brandon, T., Herzog, T., Juliano, L., Irvin, J., Lazev, A., & Simmons, V. (2003). Pretreatment task persistence predicts smoking cessation outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 448 – 456. [10.1037/0021-843X.112.3.448](https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.448)
- Bresin, K. (2020). Toward a unifying theory of dysregulated behaviors. *Clinical Psychology Review*, 80, 101885. [tps://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101885](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101885).
- Brown, R., Burton, A., & Abbott, M. (2022). The Relationship Between Distress Tolerance and Symptoms of Depression: Validation of the Distress Tolerance Scale (DTS) and short-form (DTS-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 78, 2609-2630. <https://doi.org/10.1002/jclp.23370>.
- Brown, R., Lejuez, C., Kahler, C., Strong, D., & Zvolensky, M. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 713–733. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.003>.
- Brown, R., Reed, K., Bloom, E., Minami, H., Strong, D., Lejuez, C., Kahler, C., Zvolensky, M., Gifford, E., & Hayes, S. (2013). Development and Preliminary Randomized Controlled Trial of a Distress Tolerance Treatment for Smokers With a History of Early Lapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(12), 2005–2015. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt093>.
- Buckner, J., Keough, M., & Schmidt, N. (2007). Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1957–1963. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.019>.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- Clark L., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.
- Colman, I., Wadsworth, M., Croudace, T., & Jones, P. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 26– 133. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.126>

- Compas, B., Oppedisano, G., Connor, J., Gerhardt, C., Hinden, B., & Achenbach, T. (1997). Gender differences in depressive symptoms in adolescence: Comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 617–626. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.4.617>.
- Conway, C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. (2021). The structure of distress tolerance and neighboring emotion- regulation abilities. *Assessment, 28*, 1050–1064. <https://doi.org/10.1177/1073191120954914>.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors, 8*(1), 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.003>.
- Cougle, J., Bernstein, A., Zvolensky, M., Vujanovic, A., & Macatee, R. (2012). Validation of Self-Report Measures of Emotional and Physical Distress Tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(1), 76–84. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9317-2>.
- Cougle, J., Timpano, K., & Goetz, A. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences, 52*(4), 515–520. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.11.017>.
- Cummings, J., Bornovalova, M., Ojanen, T., Hunt, E., MacPherson, L., & Lejuez, C. (2013). Time Doesn't Change Everything: The Longitudinal Course of Distress Tolerance and its Relationship with Externalizing and Internalizing Symptoms During Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 735–748. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9704-x>.
- Cunha, M., Xavier, A., & Vitória, I. (2014). Avaliação da auto-compaixão em adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de auto-compaixão. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente, 4*(2), 95–117.
- Daughters, S., Gorka, S., Rutherford, H., & Mayes, L. (2014). Maternal and adolescent distress tolerance: The moderating role of gender. *Emotion, 14*(2), 416–424. <https://doi.org/10.1037/a0034991>.
- Daughters, S., Gorka, S., Magidson, J., MacPherson, L., & Seitz-Brown, C. (2013). The role of gender and race in the relation between adolescent distress tolerance and externalizing and internalizing psychopathology. *Journal of Adolescence, 36*(6), 1053–1065. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013>.

- Daughters, S., Lejuez, C., Bornovalova, M., Kahler, C., Strong, D., & Brown, R. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnorm Psychology*, 114, 729–734. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.729>
- Daughters, S., Reynolds, E., MacPherson, L., Kahler, C., Danielson, C., Zvolensky, M., & Lejuez, C. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.00>.
- Domitrovich, C., Durlak, J., Staley, K., & Weissberg, R. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Dev*, 88, 408-416. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136– 157. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.1.136>
- Evanovich, E., Marshall, A., David, S., Mumma, & Gregory H. (2019). A network conceptualization of the multiple facets of distress tolerance. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1641799>.
- Farris, S., DiBello, A., & Zvolensky, M. (2018). Development and validation of a contextual behavioral distress intolerance task in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 87, 260–266. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.07.020>.
- Feldman, G., Dunn, E., Stemke, C., Bell, K., & Greeson, J. (2014). Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Personality and Individual Differences*, 56, 154–158 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.040>.
- Gay, P., Schmidt, R. & Van der Linden, M. (2011). Impulsivity and intrusive thoughts: Related manifestations of self-control difficulties? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 293–303. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9317-z>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>.

- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Heiland, A., & Veilleux, J. (2023). Reductions in Distress Intolerance via Intervention: A Review. *Cogn Ther Res*. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10425-1>.
- Huang, K., Szabó, M., & Han, J. (2009). The Relationship of Low Distress Tolerance to Excessive Worrying and Cognitive Avoidance. *Behaviour Change*, 26(4), 223-234. doi:10.1375/bech.26.4.223.
- Jeffries, E., Mcleish, A., Kraemer, K., Avallone, K., & Fleming, J. (2015). The Role of Distress Tolerance in the Use of Specific Emotion Regulation Strategies. *Sage Journals*, 40(3), 1-13. <https://doi.org/10.1177/0145445515619596>
- Jose, P., & Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 145– 154.
- Juarascio, A., Manasse, S., Clark, K., Schaumberg, K., Kerrigan, S., Goldstein, S., Evans, B., Wycko, E., Murray, H., Felonis, C., Forman, E., Wyckoff, E., Murray, H., Felonis, C., & Forman, E. (2020). Understanding the overlap and differences in terms describing patterns of maladaptive avoidance and intolerance of negative emotional states. *Personality and Individual Differences*, 158(1), 109859. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109859>.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Keenan-Miller, D., Hammen, C., & Brennan, P. (2007). Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*, 41, 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.015>
- Keough, M., Riccardi, C., Timpano, K. C. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association With Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>.

- Kiselica, A., Webber, T., & Bornovalova, M. (2014). Stability and change in distress tolerance and its prospective relationship with borderline personality features: A short-term longitudinal study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 247–256. <https://doi.org/10.1037/per0000076>.
- Klomek, A., Sourander, A., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen I, Almqvist, F., & Gould, M.(2008). Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among finnish males. *Journal of Affective Disorders*, 109,47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.226>
- Krueger, R., & Eaton, N. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, 14(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Lass, A., & Winer, E. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Clin Psychol Sci Pract*, 27, 123-136. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12336>
- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, J., & Maroco, J. (2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para Crianças. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 277-284.
- Lejuez, C., Kahler, C., & Brown, R.(2003). A modified computer version of the paced auditory serial addition task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *The Behavior Therapist*, 26, 290–293.
- Lerner, R., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology*. John Wiley & Sons
- Leyro, T., Zvolensky, M., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576–600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* . Report Number.
- Macatee, R., Albanese, B., Allan, N., Schmidt, N., Cogle, J. (2016). Distress intolerance as a moderator of the relationship between daily stressors and affective symptoms: Tests of incremental and prospective relationships. *Journal of Affective Disorders*, 206, 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.035>.
- Macatee, R., Capron, D., Schmidt, N., & Cogle, J.(2013). An examination of low distress tolerance and life stressors as factors underlying obsessions. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1462–1468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.019>

- Macatee, R., Capron, D., Guthrie, W., Schmidt, N., & Cogle, J. (2015). Distress Tolerance and Pathological Worry: Tests of Incremental and Prospective Relationships. *Behavior Therapy*, 46(4), 449–462. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.03.003>.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002) Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 29–43. <https://doi.org/10.1177/106342660201000104>
- Marshall, E., Vujanovic, A., Bonn-Miller, M., Bernstein, A., & Zvolensky, M. (2010). Multimethod study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 623–630. <https://doi.org/10.1002/jts.20568>
- Marshall, E., Zvolensky, M., Vujanovic, A., Gregor, K., Gibson, L., & Leyro, T. (2008). Panic reactivity to voluntary hyperventilation challenge predicts distress tolerance to bodily sensations among daily cigarette smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(4), 313–321. <https://doi.org/10.1037/a0012752>.
- Matos, A. P., André, R. S., Cherpe, S., Rodrigues, D., Figueira, C., & Pinto, A. M. (2010). Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum – Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica*, (53), 131-156. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_7.
- McHugh, R., & Otto, M. (2012). Refining the Measurement of Distress Intolerance. *Behavior Therapy*, 43, 641–651.
- McHugh, R., Daughters, S., Lejuez, C., Murray, H., Hearon, B., Gorka, S., & Otto, M. (2011). Shared variance among self-report and behavioral measures of distress intolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 35(3), 266–275. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9295-1>.
- McHugh, R., Kertz, S., Weiss, R., Baskin-Sommers, A., Hearon, Bridget A., & Björgvinsson, T. (2014). Changes in Distress Intolerance and Treatment Outcome in a Partial Hospital Setting. *Behavior Therapy*, 45(2), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.11.002>.
- McHugh, R., & Otto, M. (2011). Domain-general and domain-specific strategies for the assessment of distress intolerance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 745–749. <https://doi.org/10.1037/a0025094>.

- McHugh, R., Reynolds, E., Leyro, T., & Otto, M. (2013). An examination of the association of distress intolerance and emotion regulation with avoidance. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 363–367. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9463-6>.
- Michel, N., Rowa, K., Young, L., & McCabe, R. (2016). Emotional distress tolerance across anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 94–
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.009>.
- Moreira, H., Gouveia, M.J., & Canavarro, M.C. (2022). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Curr Psychol*, 41, 757–782. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T., & Chacko, T. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>.
- Nock, M., & Mendes, W. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022->
- Norman, B., Schmidt, J., Richey, A., & Fitzpatrick, K. (2006). Discomfort intolerance: Development of a construct and measure relevant to panic disorder. *Anxiety disorders*, 20(3), 263–280. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.02.002>.
- O’Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV?. *Behavior Therapy*, 38(3), 314–323. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.11.001>.
- Potter, C., Vujanovic, A., Marshall-Berenz, E., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 437–443. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.007>.
- Rhudy, J., & Meagher, M. (2003). Negative affect: Effects on an evaluative measure of human pain. *Pain*, 104(3), 617–626. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00119-2).
- Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>.

- Soenke, M., Hahn, K., Lull, M., & Gratz, K. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: the mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 401–412. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9264-8>.
- Sousa, R., Petrocchi, N., Gilbert, P., & Rijo, D. (2022). Unveiling the heart of young offenders: Testing the tripartite model of affect regulation in community and forensic male adolescents. *Journal of Criminal Justice*, 82, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.101970>.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475>.
- Timpano, K., Buckner, J., Richey, J., Murphy, J., & Schmidt, N. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors. *Depress Anxiety*, 26(4), 343–353. <https://doi.org/10.1002/da.20469>.
- Tonarely, N. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Confirming the factor structure and validity of the distress tolerance scale (DTS) in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(4), 514–526. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00935-z>.
- Trafton, J., & Gifford, E. (2011). *Biological bases of distress tolerance*. Guilford.
- Zvolensky, M., & Otto, M. (2007). Affective intolerance, sensitivity, and processing: Advances in clinical science introduction. *Behaviour Therapy*, 38(3), 228–233. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.01.002>.
- Veilleux, J. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 71, 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003>.
- Veilleux, J., Pollert, G., Zielinski, M., Shaver, J., & Hill, M. (2017). Behavioral assessment of the negative emotion aspect of distress tolerance. *Assessment*, 26(3), 386–403. <https://doi.org/10.1177/1073191116689819>.
- Wade, T., Cairney, J., & Pevalin, D. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 190–198. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>.

- Williams, A. (2012). Distress tolerance and experiential avoidance in compulsive acquisition behaviours. *Australian Journal of Psychology*, 64, 217–224. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2012.00055.x>.
- Williams, A., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 469–475. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.005>.
- You, J., Leung ,F. (2012) A Chinese adaptation of the distress tolerance scale among adolescents: factor structure and psycho- metric properties. *Journal of Psychopathol Behav Assess* ,34(1),136–144. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9256-3>.
- Zvolensky, M., Marshall, E., Johnson, K., Hogan, J., Bernstein, A., & Bonn-Miller, M. (2009). Relations between anxiety sensitivity, distress tolerance, and fear reactivity to bodily sensations to coping and conformity marijuana use motives among young adult marijuana users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(1), 31–42. <https://doi.org/10.1037/a0014961>.
- Zvolensky, M., Vujanovic, A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress Tolerance: Theory, Measurement and Relations to Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406–410. <https://doi.org/10.1177/096372141038864>.

Anexos

Anexo 1

Carta de Instruções



Estudo Psicométrico de Medidas de Avaliação para Adolescentes

O Estudo Psicométrico de Medidas de Avaliação para Adolescentes pretende validar a Escala de Escala de Tolerância ao Sofrimento, o Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional e a Escala de Competência Socioemocionais.

Este estudo insere-se no Projeto “Por Ti – Programa de promoção de bem-estar mental nas escolas”, financiado pela Z Zurich Foundation e implementado pela EPIS - Empresários Pela Inclusão Social e pela Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo - Comportamental (UpC3) da Universidade de Coimbra. Para o efeito, pedimos-te que preenchas um conjunto de questionários que abordam questões sobre as emoções, o bem-estar mental e a forma de pensar e reagir a situações do dia-a-dia.

De modo a garantir o **anonimato** será atribuído um código a cada participante. Pedimos-te assim que **preenchas o teu código**, no espaço abaixo apresentado, de acordo com: a iniciais do nome da tua escola, o ano que frequentas, a tua turma e o teu número de aluno na turma. Por exemplo, na Escola Secundária de Anadia, um aluno do 7ºB, cujo número na turma é o 6, escreveria: ESA7B6.

Iniciais do nome da escola	Ano	Turma	Nº na turma

Anexo 2

Escala de Tolerância ao Sofrimento



ETS

(Tonarely, N. A., & Ehrenreich-May, J., 2020)
(Versão portuguesa experimental, 2023)

Instrução: Pensa nos momentos em que te sentes angustiado ou chateado. Para cada frase, escolhe o número que melhor descreve aquilo que tu pensas sobre sentires sofrimento psicológico ou sobre estares chateado.

	Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Nem concordo, nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) é insuportável para mim.	1	2	3	4	5
2. Quando eu me sinto angustiado(a) ou aborrecido(a), só consigo pensar em como me sinto mal.	1	2	3	4	5
3. Eu não consigo tolerar sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a).	1	2	3	4	5
4. Os meus sentimentos de angústia são tão intensos que me dominam completamente.	1	2	3	4	5
5. Não há nada pior do que sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a).	1	2	3	4	5
6. Eu consigo tolerar estar angustiado(a) ou aborrecido(a) tão bem como a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
7. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) não é aceitável.	1	2	3	4	5
8. As outras pessoas parecem ser mais capazes de tolerar sentimentos de angústia ou aborrecimento do que eu.	1	2	3	4	5
9. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) é um grande desafio para mim.	1	2	3	4	5
10. Eu sinto vergonha de mim próprio quando me sinto angustiado(a) ou aborrecido(a).	1	2	3	4	5
11. Sentir-me angustiado(a) ou aborrecido(a) assusta-me.	1	2	3	4	5
12. Quando eu me sinto angustiado(a) ou aborrecido(a), não consigo deixar de pensar no quão mal me sinto.	1	2	3	4	5

Anexo 3

Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional para Adolescentes



IEEE

(Simons, J. S. & Gaber, R. M., 2005)
(Versão portuguesa experimental, 2023)

Instrução: Para cada frase, circula o número na coluna à direita, para indicar o nível com o qual te identificas com a afirmação e que esta te representa.

Nada verdade sobre mim	Um pouco verdade sobre mim	De alguma forma verdade sobre mim	Muito verdade sobre mim	Extremamente verdade sobre mim
0	1	2	3	4

1. Eu tento evitar situações que podem provocar pensamentos e sentimentos desagradáveis.	0	1	2	3	4
2. Eu faço tudo o que consigo para evitar sentir-me triste, preocupado ou assustado.	0	1	2	3	4
3. Eu "passo-me" se não me conseguir distrair dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4
4. Se eu começar a sentir-me chateado(a), tento fazer alguma coisa para me distrair.	0	1	2	3	4
5. Eu tento evitar situações desconfortáveis.	0	1	2	3	4
6. Quando tenho pensamentos e sentimentos de que não gosto, tento não pensar neles.	0	1	2	3	4
7. Mesmo que alguém me pergunte o que me incomoda, eu finjo que não se passa nada.	0	1	2	3	4
8. Eu esforço-me muito para esquecer as coisas que me preocupam ou chateiam.	0	1	2	3	4
9. Para evitar tomar decisões difíceis, eu afasto-me de situações difíceis ou stressantes.	0	1	2	3	4
10. Eu tento não parecer triste, mesmo quando me sinto assim.	0	1	2	3	4
11. Quando as coisas não correm tão bem como eu esperava, eu tento não demonstrar que estou chateado(a) ou triste.	0	1	2	3	4
12. Eu tenho dificuldade em demonstrar os meus verdadeiros sentimentos.	0	1	2	3	4
13. Eu esforço-me muito para me acalmar quando começo a ficar zangado(a).	0	1	2	3	4
14. Manter-me ocupado ajuda-me a evitar pensamentos ou ideias desagradáveis.	0	1	2	3	4
15. Eu prefiro manter conversas alegres ou leves.	0	1	2	3	4
16. Não importa o quão nervoso(a) ou chateado(a) estou, eu tento manter-me calmo(a).	0	1	2	3	4
17. Eu tenho dificuldade em dizer aos outros o quanto eles significam para mim.	0	1	2	3	4

Anexo 4

Escala de Competências Socioemocionais



ECS

(UNICEF, 2023)

(Versão portuguesa experimental, 2023)

Instruções: Por favor, responde a estas perguntas da melhor forma possível, selecionado o número da escala que melhor te representa em cada afirmação. Não existem respostas certas ou erradas.

Nunca	As vezes	Frequentemente	Sempre	
0	1	2	3	
1. Compreendes como é que a tua saúde mental e física estão ligadas?	0	1	2	3
2. Achas que a saúde mental é tão importante como a saúde física?	0	1	2	3
3. És capaz de identificar e fazer algo para cuidar da tua saúde mental?	0	1	2	3
4. És capaz de identificar como as diferentes emoções e sentimentos que experiências (ex., alegria, excitação, tristeza, etc.) afetam o teu corpo?	0	1	2	3
5. Quanto estás chateado, tens dificuldades em controlar os teus comportamentos?	0	1	2	3
6. Tens formas saudáveis de te acalmar quando estás stressado ou chateado?	0	1	2	3
7. Prestas atenção aos teus níveis de stress?	0	1	2	3
8. Quando enfrentas um problema, pensas em diferentes formas para o resolver?	0	1	2	3
9. Achas que as estratégias de resolução de problemas são importantes para ultrapassar desafios?	0	1	2	3
10. É fácil para ti partilhar os teus sentimentos com as outras pessoas?	0	1	2	3
11. Tentas compreender como é que as outras pessoas pensam e se sentem?	0	1	2	3
12. Achas que é importante partilhar os teus sentimentos e necessidades com as outras pessoas?	0	1	2	3
13. Achas que tens informação suficiente sobre substâncias para fazeres escolhas informadas sobre o seu consumo?	0	1	2	3
14. Compreendes como o consumo de substâncias tem impacto nas tuas relações com as outras pessoas?	0	1	2	3
15. Compreendes como o consumo de substâncias tem impacto no teu corpo e na tua mente?	0	1	2	3
16. És capaz de te defender sem inferiorizar ninguém?	0	1	2	3
17. Sabes quais são as tuas qualidades?	0	1	2	3
18. Quando te sentes mal contigo mesmo, tentas mudar a forma como pensas sobre ti?	0	1	2	3

Anexo 5

Mental Health Continuum – Short Form



MHC-SF

(Keyes et al., 2008)

(Traduzido e adaptado por Matos et al., 2010)

Instruções: Por favor, responde às seguintes questões acerca da forma como te tens sentido no último mês. Selecciona a opção que melhor representa a frequência com que tens experienciado ou sentido o seguinte:

Durante o último mês, quantas vezes te sentiste...	Nunca	Uma ou duas vezes	Cerca de uma vez por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
1. feliz						
2. interessado/a pela vida						
3. satisfeito/a com a vida						
4. que tinhas alguma coisa importante para contribuir para a sociedade						
5. que pertencias a uma comunidade (como um grupo social ou a um bairro/vizinhança)						
6. que a nossa sociedade é um lugar bom, ou se está a tornar num lugar melhor para todas as pessoas						
7. que as pessoas são essencialmente boas						
8. que a forma como a nossa sociedade funciona lhe faz sentido						
9. que gostavas da maior parte das características da tua personalidade						
10. que geriste bem as responsabilidades da tua vida diária						
11. que tiveste relações calorosas e de confiança com os outros						
12. que tiveste experiências que te desafiaram a crescer e a tornares-te uma pessoa melhor						
13. confiante para pensar ou expressar as tuas próprias ideias e opiniões						
14. que a tua vida tem um rumo ou significado						

Anexo 6

KIDSCREEN-10



Kidscreen-10

(Ravens-Sieberer, et al., 2010)

(Traduzido e adaptado por Matos, M. G., Gaspar, T., & Simões, C., 2012)

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contes.

Por favor, lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e marca a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas. É importante que respondas a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar **na tua última semana**.

Não tens de mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

Pensa na última semana ...		nada	pouco	moderada muito	muito	totalmente
1.	Sentiste-te bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sentiste-te cheio(a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sentiste-te triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sentiste-te sozinho(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Os teus pais trataram-te com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Divertiste-te com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Foste bom/boa aluno(a) na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sentiste-te capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 7
DASS-21



DASS-21

(Antony et al., 1998)
(Tradução: Leal et al., 2009)

Instrução: Por favor, lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:					
0	= não se aplicou nada a mim				
1	= aplicou-se a mim algumas vezes				
2	= aplicou-se a mim de muitas vezes				
3	= aplicou-se a mim a maior parte das vezes				
1.	Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2.	Senti a boca seca.	0	1	2	3
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento bom. Por ex. Não consegui parar de chorar.	0	1	2	3
4.	Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5.	Tive dificuldade em tomar iniciativas para fazer coisas. Por ex. Não me apetecia ver televisão, estudar nem jogar computador.	0	1	2	3
6.	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. Por ex. Apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula.	0	1	2	3
7.	Senti tremores. Por ex. nas mãos, nas pernas.	0	1	2	3
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa. Por ex. Só depois de correr até perder o fôlego, me senti mais tranquilo.	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. Por ex. Ter muito medo, ficar muito assustada e, todos os meus amigos perceberem e gozarem comigo.	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro. Por ex. Que nada do que eu sonho, se podia tornar realidade.	0	1	2	3
11.	Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12.	Senti dificuldade em relaxar. Por ex. Não conseguia estar sentado, parado e quieto.	0	1	2	3
13.	Senti-me desanimado/cansado e melancólico/bristinha.	0	1	2	3
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. Como por ex. Faltar à aula, não conseguir terminar o jogo de computador e, ficar muito irritado e resmungão.	0	1	2	3
15.	Senti-me quase a entrar em pânico ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. Por ex. Nem de jogar computador ou ver televisão, eu tinha vontade.	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
18.	Senti que, por vezes estava sensível. Por ex. Tive muita vontade de chorar de repente.	0	1	2	3
19.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. Por ex. O coração começou a bater muito depressa, de repente.	0	1	2	3
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. Por ex. Fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada.	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido. Por ex. Parece que de repente, as coisas deixaram de valer a pena.	0	1	2	3

Anexo 8

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional- Versão Reduzida



EDRE-VR

(Kaufman et al., 2015)

(Versão portuguesa: Morcia, Gouveia, & Canavero, 2020)

Instruções: Por favor, indica com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a ti.

	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas das vezes	A maioria das vezes	Sempre
Costumo prestar atenção àquilo que estou a sentir.	1	2	3	4	5
Tenho muita dificuldade em perceber como me estou a sentir.	1	2	3	4	5
Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
Dou importância àquilo que sinto.	1	2	3	4	5
Sinto-me confuso em relação àquilo que sinto.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, fico envergonhado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, tenho dificuldade em concluir tarefas ou trabalhos	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, fico fora de controlo.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, acredito que vou acabar por ficar muito deprimido/a.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, tenho dificuldade em focar a minha atenção noutras coisas.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, fico irritado comigo mesmo por me sentir assim.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos.	1	2	3	4	5
Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor.	1	2	3	4	5

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contacto com a equipa do projeto através dos endereços de e-mail:

drjo@fcca.uc.pt

inescarvalho.psicologia@gmail.com

Anexo 9

Consentimento Informado**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Encarregados de Educação

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

Vimos por este meio convidar o(a) seu(sua) educando(a) a participar no "Estudo Psicométrico de Medidas de Avaliação para Adolescentes", para a validação das seguintes escalas: 1) Escala de Tolerância ao Sofrimento; 2) Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional e 3) Escala de Competência Socioemocionais.

O estudo de validação das escalas acima mencionadas faz parte do Projeto "Por Ti – Programa de promoção de bem-estar mental nas escolas", financiado pela Z Zurich Foundation e implementado pela EPIS - Empresários Pela Inclusão Social e pela Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo - Comportamental (UpC3) da Universidade de Coimbra.

Para tal, estamos a convidar adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos a colaborar connosco. A participação neste projeto incluirá responder a um conjunto de questionários que abordam diversos fatores psicológicos associados ao bem-estar mental, qualidade de vida e processos transdiagnósticos, e terá duração aproximada de 15 minutos.

Serão também recolhidos dados pessoais para a caracterização geral dos adolescentes que participem no estudo, nomeadamente: sexo, idade, ano de escolaridade, nacionalidade, área de residência, se tem acompanhamento psicológico e se tem necessidades educativas especiais. Serão também feitas algumas questões relativamente à forma como se sentem na escola.

Os dados recolhidos serão armazenados durante 5 anos após o término do estudo e serão tratados por investigadores da UpC3 (Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra).

Será assegurado o **anonimato** e total **confidencialidade** dos dados recolhidos, sendo que os mesmos serão utilizados exclusivamente no âmbito da divulgação de resultados do projeto.

A identidade do seu/sua educando/a não será revelada em nenhum momento e apenas os responsáveis do projeto de investigação terão acesso aos mesmos.

A participação do seu/sua educando/a é voluntária, podendo livremente abandonar o estudo em qualquer momento sem qualquer consequência.



Se pretender exercer o seu direito de acesso, retificação ou esquecimento dos dados deve contactar o investigador responsável.

O seu/sua educando/a não incorrerá em qualquer risco com a sua participação.

Este estudo foi submetido a consulta pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação da FPCEUC, no âmbito das suas competências, tendo obtido parecer favorável.

Gostaríamos de solicitar a sua autorização para o seu/sua educando/a participar neste estudo. Caso autorize, pedimos que proceda ao preenchimento do formulário apresentado de seguida.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

O Investigador responsável pelo projeto,

Assinado por: Daniel Maria Bugalho Rijo
Num. de Identificação: 09474904
Data: 2023.04.23 17:58:59+0100'

Daniel Rijo
upC3
Professor Associado
Universidade de Coimbra

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contacto com a equipa do projeto através dos endereços de e-mail:

drijo@fpce.ucp.pt

inescarvalho.psicologia@gmail.com

(POR FAVOR, CONSERVE A PRESENTE FOLHA E ENTREGUE APENAS O FORMULÁRIO
APRESENTADO DE SEGUIDA À INVESTIGADORA RESPONSÁVEL)



Formulário do Consentimento Informado

Eu, _____ abaixo assinado(a), na qualidade de Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a)

_____ tomei conhecimento do estudo de investigação que faz parte do Projeto "Por Ti – Programa de promoção de bem-estar mental nas escolas", financiado pela Z Zurich Foundation e implementado pela EPIS - Empresários Pela Inclusão Social e pela Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo - Comportamental (UpC3) da Universidade de Coimbra.

Foi-me explicado o objetivo do estudo, tendo sido facilitada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas. É do meu conhecimento que os dados do(a) meu(minha) educando(a) serão recolhidos e, posteriormente, utilizados para efeitos de investigação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos mesmos. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, o meu/minha educando/a recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Declaro que autorizo a participação do meu/minha educando/a no referido projeto de investigação e que autorizo o tratamento dos dados do meu/minha educando/a para o mesmo fim, sob compromisso de este manter a confidencialidade dos dados.

Caso autorize a participação do(a) educando(a), assinale, por favor, o quadrado abaixo:

Autorizo a participação voluntária do(a) educando(a) acima mencionado(a) neste estudo.

O(a) Encarregado(a) de Educação,

Data: __/__/__

Anexo 10

Assentimento Informado**ASSENTIMENTO INFORMADO**

Alunos

Caro(a) aluno(a),

Vimos por este meio convidar-te a participar no "Estudo Psicométrico de Medidas de Avaliação para Adolescentes", para a validação das seguintes escalas: 1) Escala de Tolerância ao Sofrimento; 2) Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional; 3) Escala de Competência Socioemocionais. Este estudo faz parte do Projeto "Por Ti – Programa de promoção de bem-estar mental nas escolas".

Os adolescentes com idade compreendida entre os 12 e os 18 anos da tua escola estão a ser convidados a responder a um conjunto de questionários que abordam diversos fatores psicológicos associados ao bem-estar mental, qualidade de vida e processos transdiagnósticos, que terá a duração aproximada de 15 minutos. Serão também recolhidos dados pessoais para a caracterização geral dos adolescentes que participem no estudo, nomeadamente: sexo, idade, ano de escolaridade, nacionalidade, área de residência, se tem acompanhamento psicológico e se tem necessidades educativas especiais. Serão também feitas algumas questões relativamente à forma como se sentem na escola. Os dados serão armazenados durante 5 anos após o término do projeto e serão tratados por investigadores da UpC3 (Unidade de Psicologia Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra). Será assegurado o anonimato e a total confidencialidade dos dados, sendo que os mesmos serão utilizados exclusivamente no âmbito da divulgação de resultados do projeto.

A tua participação é **voluntária e confidencial**. As tuas respostas ou a tua participação nunca serão divulgados a ninguém. Em qualquer momento podes optar por abandonar o estudo sem qualquer consequência. Poderás também contactar um dos elementos da equipa de investigação para qualquer esclarecimento adicional.

Agradecemos desde já a tua colaboração.

O Investigador responsável pelo projeto,

Assinado por: Daniel Maria Bugalho Rijo
 Num. de identificação: 09474904
 Data: 2023.04.03 17:55:23+01'00'

Daniel Rijo
 UpC3
 Professor Associado, Universidade de Coimbra

Em caso de dúvidas, poderás entrar em contacto com a equipa do projeto através do e-mail:

drijo@fpce.uc.pt e inescarvalho.psicologia@gmail.com



Formulário do assentimento informado

Eu, abaixo assinado(a) _____
 (nome completo) aceito participar no estudo de validação das escalas: 1) Escala de Tolerância ao Sofrimento; 2) Inventário de Estratégias de Evitamento Emocional; 3) Escala de Competência Socioemocionais, que faz parte do Projeto "Por Ti – Programa de promoção de bem-estar mental nas escolas", financiado pela Z Zurich Foundation e implementado pela EPIS - Empresários Pela Inclusão Social em parceria com a Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo - Comportamental (UpC3) da Universidade de Coimbra.

Foi-me explicado o objetivo do estudo e facilitada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas. É do meu conhecimento que os meus dados serão recolhidos e, posteriormente, utilizados para efeitos de investigação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Declaro por este meio, que permito o tratamento dos dados indicados, ao responsável pelo tratamento, sob compromisso de este manter a confidencialidade dos dados.

Caso aceites participar, assinala, por favor, o quadrado abaixo:

Aceito participar neste estudo,

O (A) participante,

Data: __/__/__

