



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# FUNCIONAMENTO FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

*Diana Carolina Gomes Arenas*

Porto, julho de 2022



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# FUNCIONAMENTO FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Diana Carolina Gomes Arenas*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Doutora Vânia Sousa Lima

Porto, julho de 2022

## **Agradecimentos**

Um eterno agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam neste caminho e me fizeram acreditar que isto era possível.

À Prof<sup>a</sup> Vânia Sousa Lima, pelo apoio e confiança que sempre depositou em mim e no meu trabalho. Por toda a dedicação, disponibilidade e tranquilidade que era capaz de me transmitir ao longo das reuniões. Por ser uma verdadeira inspiração a nível profissional, muito obrigada.

A todos os profissionais e participantes que formaram parte deste projeto, foi graças a este apoio consegui culminar esta grandiosa etapa, muito obrigada.

À Prof<sup>a</sup> Lurdes Veríssimo por me motivar e me ter feito acreditar em mim para completar esta etapa tão importante, adorei conhecê-la muito obrigada por tantos momentos de partilha, sorrisos e por responder ao milhão de perguntas que nunca deixei de fazer.

À minha família, por estar sempre presente para me apoiar e me dizer que estão orgulhosos de mim e do que tenho alcançado, vocês são a minha motivação todos os dias.

Ao meu esposo, porque este caminho pertence a ambos, sem ti teria sido difícil, obrigada por me teres apoiado nisto, tu sabes o que significa para mim.

À minha irmã Angie, por todas as gargalhadas e queixas que partilhamos juntas no momento em que sentimos que não poderíamos continuar, mas tínhamos uma a outra para não desistir, obrigada por estar comigo.

*Cree en ti y todo será posible.*

## **Resumo**

O objetivo geral deste estudo consiste em descrever e comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias) e não clínicas, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares. O CERFB foi preenchido por 16 participantes, dos quais 8 formaram o grupo clínico e 8 o grupo da população-geral.

Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da Conjugalidade e da Parentalidade entre os dois grupos nem entre os dois sexos, bem como nas correlações entre a Conjugalidade e a Parentalidade em ambos grupos. No entanto nos resultados relativos a estatística descritiva, verifica-se que os valores mais elevados no grupo clínico correspondem a dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa e Parentalidade Primariamente Conservada.

Neste estudo não foi possível determinar a capacidade discriminativa do CERFB para diferenciar a populações clínicas e não clínicas segundo a quantificação da Conjugalidade e Parentalidade, mas demonstrou ser relevante, na medida em que permitiu a obtenção de informação útil que pode ser incluída na intervenção (diádica ou em grupo) com famílias em que esta perturbação está presente, assim como na acumulação de evidências para futuras investigações.

Palavras chaves: Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas, Dinâmica Familiar, Conjugalidade, Parentalidade, Perturbação de Consumo de Substâncias

## *Abstract*

The main objective of this study consists of describing and comparing the family functionality between clinical (substance abuse disorder) and non-clinical families, based on Linare's Basic Family Relations Theory. The CERFB was filled by 16 participants, from which 8 formed the clinical group and 8 the general population.

The results didn't present significant statistical differences in the marital and parental scores between the two groups nor between both genders. Furthermore, there weren't differences in the correlations between marital and parental functions between both groups. However, in the results related to the descriptive statistics can be verified that the highest values from the clinical group correspond to the disharmonious marital and primarily conserved parental dimensions.

With this study, it wasn't possible to determine the discriminative capacity of the CERFB to differentiate the clinical and non-clinical families according to the quantification of the marital and parental functions; however, it was demonstrated to be relevant as it allowed obtaining helpful information that can be included in the intervention (dyadic or group) of families in which the disorder is present, and the evidence gathering for future research.

**Keywords:** Basic Family Relations Inventory, Familiar Dynamics, Marital Functions, Parental Functions, Substance Abuse Disorders.

## Índice de Conteúdos

Introdução.....	1
CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	3
1. Teoria das Relações Familiares Básicas.....	3
2. Perturbações Relacionadas com Substâncias: .....	8
3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB).....	12
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO .....	14
1. Método .....	14
1.1 Participantes:.....	14
1.2 Instrumentos.....	18
a. Questionário sociodemográfico .....	18
b. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB).....	19
1.3 Procedimentos de Recolha de Dados .....	20
1.4. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados.....	20
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	21
1. Estatística Descritiva: CERFB .....	21
2. Diferenças entre as dimensões do CERFB em função dos grupos .....	25
3. Correlações entre as dimensões do CERFB no GPG e GCL .....	27
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS.....	29
1. Discussão de Resultados .....	29
2. Implicações Clínicas, Limitações e Direções Futuras.....	34
Referências Bibliográficas .....	38

## **Lista de Abreviaturas**

CERFB – Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas

ECATD-CAD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros  
Comportamentos Aditivos e Dependências

GCL – Grupo Clínico

GPG – Grupo da População Geral

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos relativos aos participantes de ambos grupos

Tabela 2 - Dados sociodemográficos relativos ao/à filho/a com Perturbações relacionadas com Substâncias

Tabela 3 - Dados descritivos dos itens do CERFB

Tabela 4 - Caracterização das dimensões do CERFB em função do grupo e do sexo dos pais

Tabela 5 - Diferenças entre as dimensões do CERFB no GPG, em função do sexo dos pais

Tabela 6 - Diferenças entre as dimensões do CERFB no GCL em função do sexo dos pais

Tabela 7 - Diferenças entre as dimensões do CERFB em função do grupo

Tabela 8 - Correlações entre as dimensões do CERFB do GPG

Tabela 9 - Correlações entre as dimensões do CERFB do GCL

## **Lista de figuras**

Figura 1- Modelo bidimensional da Teoria das Relações Familiares Básicas, Conjugalidade e Parentalidade

## Introdução

A família, os elementos que a constituem e as suas interações, têm sido alvo de estudo em numerosas investigações, procurando compreender melhor o seu funcionamento, as suas dinâmicas internas e as influências externas que sofrem ao longo do seu ciclo de vida, na medida em que é uma das principais promotoras para o desenvolvimento psicoafectivo e ajustamento emocional do indivíduo (Correia & Mota, 2017). Segundo Linares (2002), no processo de criação de uma família, uns dos aspetos mais importantes nesta relação, é a experiência subjetiva de ser amado, designada como *relational nurturing*. No entanto o que é determinante nesta experiência é a existência de duas funções relacionais independentes: que são a Conjugalidade e Parentalidade (Linares 1996, 2001, 2006, 2008, 2012). Ambas as funções estão estreitamente relacionadas, de modo que constituem duas dimensões ou construções relacionais a partir das quais se podem estudar as dinâmicas familiares e o funcionamento (Ibáñez-Martinez, 2016). Por vezes as famílias deparam-se com uma sobrecarga de tarefas ou exigências que poderão suscitar situações potencialmente indutoras de stress e conflito, ultrapassando os recursos e mecanismos de *coping* da família para lidar com as demandas específicas, quer internas, quer externas, que surgem nestas situações de stress, pondo em risco a saúde mental e física dos membros da família (Puigdesens, 2017; Rutter, 1987). Por exemplo, uma perturbação mental em crianças, adolescentes e jovens adultos, tende a, estar associada à presença de dificuldades familiares e de casal, onde será difícil conseguir uma mudança estável e significativa se não é tido em conta o contexto familiar dos clientes (Puigdesens, 2017). Tal consubstancia relevância do estudo das dinâmicas familiares, pois ajudará a obter uma avaliação mais abrangente e rigorosa das perturbações psicopatológicas, bem como uma orientação adequada aos tratamentos. Dada a necessidade aumentar o conhecimento das relações familiares em contextos definidos tanto no campo da prevenção e intervenção como na investigação, se procurou desenvolver, construir e validar na população geral um instrumento capaz de discriminar e avaliar simultaneamente a conjugalidade e a parentalidade. Ajudando desta forma na rigorosidade do diagnóstico familiar Ibáñez et al., (2012). Com base no anterior, foi construído o CERFB, por Ibáñez e colaboradores (2012), que permite avaliar e diferenciar, ao mesmo tempo, a conjugalidade e a parentalidade, discriminando a funcionalidade conjugal bem como o exercício adequado ou inadequado das funções parentais. O estudo de validação deste instrumento para a população-geral portuguesa já se encontra realizado (Lima et al., 2022), no entanto, é necessário determinar a sua utilidade na investigação em contextos clínicos.

Noutros países, nomeadamente em Espanha, foram realizadas investigações que procuravam determinar a utilidade clínica do CERFB no diagnóstico relacional familiar, sendo que os resultados foram muito promissores. Em concreto Campreciós, et al., (2020), com o objetivo de validar a aplicação clínica do CERFB nas PCA, encontraram resultados prometedores, concluindo que este instrumento pode ser utilizado na avaliação da dinâmica familiar baseada na relação conjugal e no exercício da parentalidade em famílias espanholas com um filho com PCA, tanto em contextos clínicos como de investigação. Estes resultados também foram encontrados por Mercadal-Salort (2018), para populações com perturbações por consumo de substâncias, permitindo diferenciar o grupo clínico do não clínico, com pontos de corte para cada uma das dimensões, 56 para conjugalidade e 41 para a Parentalidade.

Dados os resultados prometedores dos estudos descritos, considera-se pertinente que este instrumento seja utilizado em contexto português com populações clínicas, uma vez que o estudo das dinâmicas familiares pode permitir a identificação de desvios significativos nas trajetórias de desenvolvimento e das transformações que podem ocorrer à medida que o indivíduo continua numa trajetória atípica, assim como no reconhecimento de fatores de proteção que possam contribuir para a anulação ou redução de riscos e vulnerabilidades que possam influenciar uma determinada perturbação (Chicchetti & Cohen, 2006 citado em Mairós-Ferreira, 2018). Nesse sentido, o presente projeto de investigação tem como objetivo descrever e comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias) e não clínicas com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares, procurando perceber se o CERFB em contexto português pode ser útil na avaliação da Conjugalidade e da Parentalidade, com esta população.

Este trabalho, está dividido em 4 capítulos. O primeiro diz respeito à conceptualização teórica, em que se abordam as principais temáticas deste projeto, nomeadamente a Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares (1996, 2006, 2007, 2012), as relações familiares básicas em famílias com um filho com perturbação de consumo de substâncias e por fim, uma contextualização do CERFB, como instrumento que se sustenta nesta teoria. O segundo capítulo corresponde ao estudo empírico que inclui a descrição dos participantes, dos instrumentos utilizados e do procedimento de recolha e de análise dos dados. A seguir encontra-se o terceiro capítulo, que se refere à apresentação dos resultados referentes à estatística descritiva e à estatística inferencial. O quarto e último capítulo consiste na discussão dos resultados obtidos e das conclusões finais, sendo que inclui também as limitações do estudo, implicações clínicas e direções futuras.

## CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

### 1. Teoria das Relações Familiares Básicas

A família é uma das principais promotoras para o desenvolvimento psicoafectivo e ajustamento emocional do indivíduo, bem como os fatores de condicionamento cultural, e o espaço onde são gerados e desenvolvidos os estímulos relacionais mais influentes sobre a maturação individual, (Linares, 2007; Correia & Mota, 2017). Atualmente, segundo Linares (2002), no processo de criação de uma família, um dos aspetos mais importantes nesta relação, é a experiência subjetiva de ser amado, designada como *relational nurturing*, que conjuga elementos cognitivos, emocionais e pragmáticos, que se combinam entre si de forma a tornar a interação humana a base para o crescimento, o desenvolvimento, o bem-estar e a saúde mental. Nesse sentido o autor expõe que na construção de uma personalidade madura, a criança precisa de se ver como um indivíduo independente, dotado de necessidades próprias e distintas das dos seus pais, mantido, no entanto o sentimento de pertença (Linares, 2011; Alarcão & Gaspar, 2017). Portanto, quando é apresentada uma falta de reconhecimento e desvalorização das qualidades pessoais por parte das figuras relevantes no ambiente relacional, isto é considerado como uma falha da *relational nurturing*.

Atualmente na constituição de uma família, o género já não determina a estrutura dos casais, nem o facto de os filhos serem biológicos, adotados ou concebidos através de técnicas de fertilização artificial, para poder obter esta nutrição relacional (Linares, 2012). No entanto, o que é determinante nesta experiência subjetiva de ser amado, é a existência de duas funções relacionais independentes: que são a Conjugalidade e Parentalidade (Linares 1996, 2001, 2006, 2008, 2012), a primeira entendida como amor conjugal e a segunda como amor parental, sendo duas funções indispensáveis para a compreensão da Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares (1996, 2006, 2007, 2012). No que diz respeito à conjugalidade, esta descreve a relação entre as figuras parentais e a forma como interagem na resolução de conflitos (Linares, 2006). A conjugalidade, num casal com desejos de constituir uma família, baseia-se numa reciprocidade cognitiva (reconhecimento e valorização), emocional (ternura e afeto) e pragmática (desejo e sexo) (Linares, 2006). Tudo isto requer troca, ou seja, um exercício de dar e receber de uma forma equilibrada, com uma importante componente igualitária (Linares, 2007).

Seguindo a teoria de Linares (1996, 2006) e Linares e Campo (2002), é possível caracterizar um casal com uma conjugalidade harmoniosa quando os parceiros se reconhecem

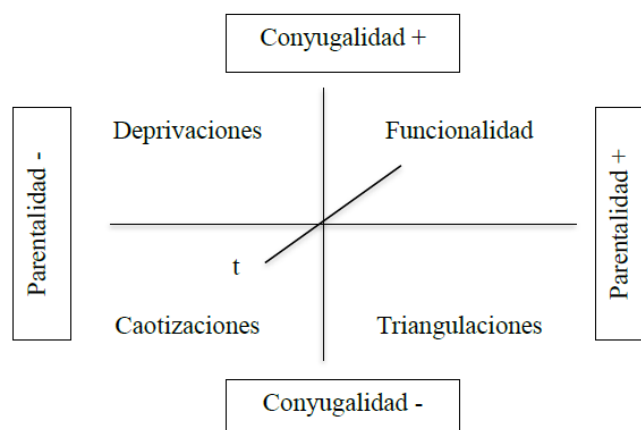
como cônjuges, ou seja, se valorizam um ao outro, percebem o equilíbrio entre o que dá e o que recebe, assim como a existência de um acordo entre a díade sobre como cuidar, proteger e educar os filhos. Nesse sentido, o feedback contínuo é necessário para a manutenção da qualidade na relação do casal, por isso é preciso que ambos membros transmitam sinais a nível comunicacional sobre o que pensam do outro (Ibáñez- Martinez, 2016). Portanto, um casal/pais com uma conjugalidade harmoniosa é aquele que tem uma hierarquia interna equilibrada, com uma coesão centrada, ou seja, (nenhum deles este demasiado próximo ou demasiado desligado), conseguindo-se adaptar aos diferentes contextos e fases do ciclo de vida, com um clima emocional baseado no reconhecimento e apreciação mútuos, assim como um ajustamento emocional e sexual (Ibáñez- Martinez, 2016). Pelo contrário, um casal com uma conjugalidade desarmoniosa caracteriza-se por se desqualificarem continuamente, podendo verificar-se; distanciamento emocional, bem como insatisfação nas relações sexuais, sendo que o intercâmbio é desigual entre os cônjuges. Isto leva a uma percepção de insatisfação com as necessidades e expectativas colocadas na relação (Linares, 2006). É importante salientar que a conjugalidade, deve ser entendida em termos de continuidade, ou seja, não é algo estático e imóvel, mas pelo contrário, algo em mudança, onde os casais evoluem, e podem tornar-se funcionais ou disfuncionais em função dos eventos críticos por que passam; onde a influência do ambiente, a procura ativa de recursos sociais e pessoais, incluindo abordagens psicoterapêuticas, pode transformar uma família caótica numa família funcional (Ibáñez- Martinez, 2016).

A parentalidade, descreve a forma como os pais desempenham o exercício das funções parentais, ou seja, como os pais comunicam entre si e como tratam os seus filhos (Linares, 1996). Ao contrário da conjugalidade, a parentalidade baseia-se numa relação complementar e desigual, na qual deve existir um certo desequilíbrio entre dar e receber; ou seja, também existem elementos cognitivos, que implicam (reconhecimento e valorização), elementos emocionais, tais como (afeto e ternura), e elementos pragmáticos, centrados no exercício da socialização necessária para a integração harmoniosa dos filhos na sociedade, onde aprenderão a respeitar as regras e a proteger-se adequadamente (Linares, 2011). Nesse sentido, se na família existe uma *relational nurturing* suficiente, o filho será capaz de transferi-la a suas relações sociais, criando um ciclo de *feedback* positivo constante (Ibáñez- Martinez, 2016). Neste sentido, de modo similar no que concerne à conjugalidade, Linares (1996, 2000, 2002, 2006, 2011, 2012) propõe que para manter uma parentalidade positiva os pais deverão trabalhar em equipa, transmitindo aos seus filhos, a partir destas três componentes (fazer, sentir e pensar)

uma mensagem inequívoca, autêntica e coerente de amor, aceitação, valorização, proteção e adequação social. Linares (1996, 2006) assinala que a parentalidade é também uma função contínua na qual haveria um polo de máxima positividade e um polo de máxima negatividade, sendo que, neste último se encontra a Parentalidade Deteriorada, em que os pais não satisfazem as necessidades afetivas e socializantes dos seus filhos, tendo assim uma má nutrição relacional. Na Parentalidade Deteriorada, os pais não têm necessariamente de apresentar dificuldades relevantes na esfera conjugal, mas são incompetentes no exercício do seu papel parental. Linares (2006), chama a este tipo de disfunção no exercício das funções parentais privação, uma vez que esta situação gera deficiências importantes na nutrição relacional dos filhos. Mas a parentalidade também pode ser afetada quando existe uma Conjugabilidade Desarmoniosa em que os cônjuges, devido às suas dificuldades relacionais, também acabam por ser incompetentes no exercício da parentalidade, ou seja, são duas funções relacionais autónomas, no entanto, influenciam-se mutuamente, sendo que a conjugabilidade pode deteriorar a parentalidade ou ajudá-la a recompor-se, e a parentalidade pode comprometer ou redimir a conjugabilidade Linares (1996, 2006, 2007, 2012). Portanto, ambas as funções estão estreitamente relacionadas, de modo que constituem duas dimensões ou construções relacionais a partir das quais se podem estudar as dinâmicas familiares e o funcionamento (Ibáñez-Martínez, 2016). Desta forma, Linares (1996, 2006), estabelece que Conjugabilidade e Parentalidade se cruzam formando um diagrama ortogonal, com dois polos de máxima positividade e dois polos de máxima negatividade para cada uma das funções.

### Figura 1

*Modelo bidimensional da Teoria das Relações Familiares Básicas, Conjugabilidade e Parentalidade, com as suas quatro modalidades relacionais (adaptado de Linares, 2006 citado em Bastardas, 2020).*



Como se pode ver na Figura 1, o quadrante superior direito define-se pela funcionalidade familiar, dando origem a uma *relational nurturing* satisfatória, definida por uma Conjugalidade Harmoniosa e uma Parentalidade Preservada, ou seja, o casal consegue exercer as funções parentais de forma adequada enquanto ao mesmo tempo, perante dificuldades na resolução dos seus conflitos conjugais, conseguem estar envolvidos na prestação de cuidados e satisfação das necessidades dos seus filhos (Linares 2006, 2007, 2012). Nestas famílias, são apresentadas as melhores opções para um desenvolvimento saudável tanto a nível físico, psicológico e social dos seus membros.

Em contraste, os restantes quadrantes descrevem as famílias em que uma ou ambas as dimensões apresentam uma tendência disfuncional (Linares 1996, 2006, 2012). O quadrante inferior direito, coloca as famílias caracterizadas por uma Conjugalidade Desarmoniosa e uma parentalidade essencialmente preservada. Perante a dificuldade do casal em resolver o conflito conjugal, em casos de separação ou divórcio, dificuldades em estabelecer acordos e resolver os seus conflitos; recorrem à inclusão dos filhos, procurando uma aliança, para resolver o conflito. Linares (1996, 2006, 2012) define esta atmosfera relacional como triangulação, onde a criança é triangulada entre ambos os pais. Nestes casos, muitas vezes os pais lutam para manter o poder, sendo mais fácil que os filhos fiquem envolvidos nos conflitos relacionais disfuncionais dos pais, por meio de uma aliança, que por vezes pode ser encoberta ou explícita, e desta forma o filho é triangulado entre pai e mãe, muitas vezes em detrimento do seu desenvolvimento pessoal.

No quadrante superior esquerdo temos a situação relacional inversa, ou seja, quando o casal não tem dificuldades conjugais e coloca a sua própria felicidade acima da dos seus filhos. Desta forma, mostram-se principalmente incompetentes no exercício da parentalidade, uma vez que privam os seus filhos, tanto emocionalmente, cognitiva e pragmaticamente. Nesta atmosfera relacional de privação, Linares (2012) tem observado que as perturbações do humor, tais como a depressão, bem como as perturbações de ligação social, aparecem com mais frequência. Finalmente, no quadrante inferior esquerdo, temos aquelas famílias onde ambas as funções estão muito deterioradas e reina um ambiente relacional caótico, em que coexiste um importante défice nutricional relacional tanto a nível conjugal como parental e não se interiorizam as normas sociais (Linares, 2012). Esta esfera caótica relacional, pode ser observada entre famílias multi-problemáticas, e é muitas vezes o terreno propício para o desenvolvimento de perturbações de ligação social, tais como distúrbio de personalidade dissocial ou antissociais.

Nesse sentido, é importante salientar desde uma perspectiva desenvolvimental, esta esfera caótica relacional não só pode ser vista como entidade patogênica estática que determinados indivíduos “possuem”, devido a que o desenvolvimento de perturbações deve ser considerado com uma leitura integrativa que inclui processos genéticos, biológicos e psicossociais que exercem influência na adaptação em determinado momento do desenvolvimento (Mairos-Ferreira, 2018). A presença de perturbações, vão depender do grau de adversidades em que os sujeitos foram expostos ao longo do seu desenvolvimento, portanto as experiências acumuladas terão impacto na forma como o indivíduo se vincula ao mundo na idade adulta e sobre a forma como percebe ou estimula redes de apoio social (Cicchetti, 2016).

As diferentes adversidades ou stressores experienciados não têm uma relação linear do tipo causa-efeito, o que permite perceber porque alguns sujeitos desenvolvem ou não sintomatologia; ou seja, o desenvolvimento das diferentes perturbações ocorrem através de uma variedade de vias, onde alguns sujeitos estarão expostos a diferentes adversidades e terminam apresentando a mesma perturbação (diferentes pontos de partida, mas mesmo resultado), ou estarão expostos a uma mesma adversidade, mas apresentaram outros tipos de perturbações ou nenhuma, ou seja (mesmo ponto de partida e diferentes resultados) (Cicchetti & Toth, 1995, citado em Soares-Monteiro 2009). A continuidade negativa ou descontinuidade positiva dos sintomas em qualquer perturbação, vão depender dos diferentes fatores protetores que se tenham nesse momento (e.g., o apoio social) ou aqueles que podem ser adquiridos a través do tempo, (e.g., desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento ou estratégias de *coping*) para lidar de melhor forma com as situações stressantes ou angustiantes (Cicchetti, 2016; Mairos-Ferreira, 2018).

Desse modo, o estudo das dinâmicas familiares pode permitir a identificação de desvios significativos nas trajetórias de desenvolvimento e das transformações que podem ocorrer à medida que o indivíduo continua numa trajetória atípica, pois é um dos fatores que pode influenciar o desenvolvimento das perturbações, no entanto também ajudar no reconhecimento de fatores de proteção que possam contribuir para a anulação ou redução de riscos e vulnerabilidades que possam influenciar uma determinada perturbação (Cicchetti & Cohen, 2006, citado em Mairos-Ferreira, 2018).

Posteriormente à apresentação da Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares (1996, 2006, 2007, 2012) é pertinente a sua contextualização nas Perturbações de uso de substâncias.

## 2. Perturbações Relacionadas com Substâncias

As perturbações relacionadas com substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; Cannabis; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo- hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). A característica essencial de uma perturbação por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de evidenciar problemas significativos relacionados à substância (APA, 2014).

As evidências empíricas da última década apresentam as perturbações do uso de substâncias como um fenómeno global de saúde e social importante, muito presente hoje em dia. Estima-se que cerca de 83 milhões, ou 28,9%, dos adultos (15-64 anos) na União Europeia tenham consumido drogas ilícitas pelo menos uma vez ao longo da vida, atingindo principalmente os jovens adultos entre (15-34 anos) (16,9%), com uma proporção quase duas vezes superior de consumidores do sexo masculino (21,6%) comparativamente com o sexo feminino (12,1%) (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2021).

O último *World Drug Report* (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021), estimou que cerca de 275 milhões de pessoas em todo o mundo usaram drogas no ano passado, um aumento de 226 milhões em relação a 2010, com uma estimativa de 36 milhões de pessoas a sofrer de distúrbios relacionados com o consumo de drogas em 2019. Em referência as diferentes substâncias, a mais utilizada atualmente a nível europeu, é a cannabis (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2021), duplicando no tempo, aproximadamente do 6% ao 11% na europa entre 2002 e 2019. A qual tem sido atribuída à aparição de perturbações mentais pelo consumo frequente a longo prazo, embora a percentagem de adolescentes que percebem o cannabis como nocivo tem vindo a diminuir num 40%.

No que tange a dados nacionais, o Plano Nacional de Ação para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (2013-2020), no seu relatório anual (2019) indicaram que no último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral 2016/2017 realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias, verificando-se aumentos face a 2012.

No estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas assim como outros comportamentos aditivos e dependências (ECATD-CAD), a nível nacional para o ano 2019, a prevalência de consumo ao longo da vida de qualquer droga nos alunos de 13-18 anos foi de 15% e a de consumo recente 13%, a prevalência de consumo atual de cannabis nos alunos, foi de 6%, e o 15% reportou ter um consumo diário ou quase, diário de cannabis. Nesse sentido, em Portugal tal como no resto da Europa, a cannabis é percebida como a droga de maior acessibilidade, verificando-se um aumento de internamentos nas unidades de desabituação e comunidades terapêuticas pelo consumo de cannabis e cocaína como drogas principais.

Por conseguinte, a perturbação do uso de substâncias, (entre outras perturbações mentais) é proposta como uma área prioritária de intervenção, sendo considerada como um fenómeno complexo decorrente da confluência de diferentes fatores na sua etiologia, quer dizer individuais, sociais e relacionais. Um dos fatores mais influentes que tem sido alvo de estudo são nomeadamente os familiares, e seu papel no desenvolvimento das diferentes perturbações, incluindo as relacionadas com substâncias; seguindo a (Minuchin 1974 citado em Mercadal-Salort 2018), os sintomas de uma perturbação, incluindo a toxicod dependência, residem em posições extremas de famílias muito aglutinadas ou desligadas. Sendo as primeiras caracterizadas por fortes vínculos e pouca distancia relacional entre si, onde as tentativas de mudança por parte de um membro estão geralmente ligadas à fase de individuação, desencadeando uma rápida resistência complementar por parte dos outros. Em contraposição, as desligadas se caracterizam por vínculos internos fracos ou inexistentes, onde a excessiva distância relacional entre os membros permite a individualização, embora a pertença esteja gravemente comprometida. Portanto, seja em uma ou outra, existe uma falta de clareza nos limites entre os diferentes subsistemas (conjugal e parental).

Na mesma linha, Cirillo e colaboradores (1993, 1996) consideraram que a organização familiar neste tipo de perturbações deve ter impedido inconscientemente as tarefas características da fase adolescente, não conseguindo transferir para os seus filhos o sentimento de responsabilidade por eles próprios como pessoas autónomas, em particular pela falta de resolução de conflitos conjugais, excessiva aderência com a família de origem ou carências afetivas presentes nas diferentes fases do desenvolvimento evolutivo individual e familiar.

Autores como Stanton e Todd, (1985), sugeriram que a toxicod dependência faz parte de um processo cíclico que envolve geralmente o toxicod dependente e os seus pais. Neste caso, quando o equilíbrio do sistema familiar é ameaçado por um conflito conjugal que pode implicar

uma separação iminente, o filho toxicodependente, ativa uma série de comportamentos autodestrutivos, fazendo que a atenção dos pais se concentre nos problemas do mesmo evitando assim o conflito conjugal. Neste caso, considera-se que o comportamento do toxicodependente cumpre uma importante função protetora e contribui a conservar o equilíbrio homeostático do sistema familiar (Haley, 1985).

Por outro lado, Cancrini e colaboradores (1988), classificaram a toxicodependência em quatro tipos: *traumática ou tipo A*, a qual descreve a famílias com características diferenciadas, mas o filho tem dificuldades para expressar os seus próprios problemas, assim, face a um acontecimento traumático, e perante dificuldade de encontrar um ponto de referência dentro de uma relação interpessoal segura, para a verbalização do acontecimento traumático vivido, a pessoa não consegue lidar de forma adequada com a situação e recorre ao abuso de substâncias. *Neurótica ou tipo B*, é atribuído a um cenário de crise parental, atraindo tensão familiar e distraíndo a tensão conjugal, cumprindo uma função homeostática. Nestas famílias existe uma forte implicação de um dos progenitores na vida do filho e a sua doença, enquanto o outro desempenha um papel periférico, existindo um modelo comunicativo caracterizado pela contradição das mensagens e rapidez no desenvolvimento de conflitos. *Transição psicótica ou tipo C*, neste caso, o consumo oculta problemas caracterizados por perturbações de personalidade (estrutura limite ou psicose maníaco-depressiva), neste caso as famílias em que esta toxicodependência se desenvolve, têm analogias significativas em termos de organização e estilo comunicativo, com famílias com dificuldades de desvinculação, e em particular, com famílias com um membro com anorexia. *Sociopático ou tipo D*, envolvem comportamentos antissociais, onde os conflitos são geridos por meio de *acting-out* com atitudes desafiantes, frieza emocional e uso não seletivo de substâncias, pertencentes a famílias desligadas. Nesse sentido, a tipologia B e C, podem explicar como a toxicodependência esteja relacionada com a estrutura e organização familiares, em consonância com o quadrante das triangulações do diagrama da teoria das relações familiares básicas de Linares (1996, 2007, 2012).

De acordo com a literatura, existe uma maior prevalência de perturbações de uso de substâncias em indivíduos cuja relação com os pais, é marcada pelo controlo sem afeto (Mercadal-Salort, 2018). Autores como Gonçalves e Pereira (2011), com objetivo avaliar o impacto das variáveis familiares no toxicodependente, encontraram que no grupo de recaídas, os toxicodependentes percecionaram menor nível de coesão familiar, situando-se na categoria de “família desmembrada”, e os familiares situam-se no nível de “família separada”, enquanto que no grupo de toxicodependentes reabilitados, encontraram-se mais recursos familiares,

tendo maior capacidade em termos de mudança para a melhora do membro familiar. Na mesma linha, com o objetivo de perceber a percepção dos jovens com perturbação de uso de substâncias no que se refere à vinculação e estilo parental dos pais, McLaughlin, Campbell & McColgan (2016), encontraram que os participantes descreveram geralmente os pais como restritos, sobreprotetores (especialmente das filhas) e os principais disciplinadores, enquanto as mães eram vistas como apoiantes, protetoras dos seus filhos, emotivas ou sensíveis e abertas à discussão. Igualmente reportaram, que eram mais propensos a consumir substâncias em famílias onde os pais reprimiam o afeto, eram agressivos, restritos, controladores, difíceis de satisfazer e presença de alto stress parental. Finalmente, os participantes sugeriram que a utilização de substâncias pode ajudar a aliviar os sentimentos de fracasso, depressão ou solidão, assim como um mecanismo de evasão ou uma forma de rebelião.

Relativamente à conjugalidade, se tem observado na literatura que em esta população clínica existe uma variabilidade nos resultados ao comparar diferentes investigações, além disso considerando a data atual, existem poucos estudos que envolvam a filhos com perturbações de consumo de substâncias e a relação conjugal dos pais. Autores como Muñoz-Rivas & Graña (2001), descobriram que uma das dimensões que prediziam um maior risco de utilização de substâncias na adolescência era a existência de conflito entre os pais com altos níveis de intensidade. Ao contrário destas contribuições, Vilaregut (2003) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de famílias com um membro toxicodependente e o grupo controlo em termos de ajustamento diádico conjugal percebido. No entanto, Vilaregut (2003) concluiu que estes eram resultados desejáveis, baseados na conceção do sintoma como funcional para a estabilidade do casal conjugal.

Por outro lado, Mercadal-Salort (2018), com o objetivo de validar e determinar a aplicabilidade clínica do CERFB em famílias clínicas espanholas com um filho com perturbações relacionadas com substâncias, verificou que as famílias clínicas e as famílias funcionais sem diagnóstico psicopatológico diferem significativamente, devido à disfunção na conjugalidade e na parentalidade, encontrando no CERFB pontos de corte para cada uma das dimensões, 56 para conjugalidade e 41 para a Parentalidade, sendo consistente com as propriedades psicométricas do CERFB nas PCA. Nesse sentido Mercadal-Salort (2018), concluíram que tais resultados se enquadram nas observações de Linares (1996, 2007, 2012) sobre a presença da disfunção relacional nas famílias com um filho com um diagnóstico psicopatológico.

### 3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB).

Dada a necessidade de teoricamente desenvolver, construir e validar na população geral um instrumento, que simultaneamente avalie e diferencie a conjugalidade e a parentalidade, e ajudasse numa rigorosidade do diagnóstico familiar Ibáñez et al., (2012) construíram o CERFB. Ibáñez e colaboradores (2012), com o objetivo de aumentar o conhecimento das relações familiares em contextos definidos tanto no campo da prevenção e intervenção como na investigação procuraram desenvolver um instrumento capaz de discriminar e avaliar, ao mesmo tempo, estas duas funções relacionais básicas diferenciando entre casais funcionais e disfuncionais, e entre um exercício adequado ou não das funções parentais. A amostra final deste estudo consistiu em 442 participantes (221 casais), com idades entre os 27 e os 71 anos ( $M = 52.4$ ;  $DP = 6.7$ ). A investigação realizada por Ibáñez et al. (2012), centrada no estudo da validade fatorial exploratória, coerência interna e validade construtiva do CERFB, concluiu que as análises realizadas são indicativas de boas propriedades psicométricas, onde obtiveram um alpha de Cronbach de 0.92 e 0.91 para os fatores de conjugalidade e parentalidade, evidenciando assim uma excelente consistência interna em ambas escalas, sendo considerado um instrumento válido para avaliar o modelo bidimensional da teoria das relações familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Devido a estos resultados favorecedores em referência ao questionário, outros países mostraram interesse em expandir a aplicabilidade do CERFB, tais como Portugal e Itália, assim como a sua utilização em populações clínicas.

Relativamente ao estudo realizado no contexto italiano, Vilaregut e colaboradores (2019), com uma amostra de 228 participantes (114 casais), com idades entre os 34 e os 69 anos ( $M = 51.70$ ;  $DP = 6.04$ ), e efetivamente como no caso do instrumento original, se obtiveram boas propriedades psicométricas, apresentando um alpha de cronbach 0.92 para conjugalidade e 0.80 para a escala de parentalidade. Portanto, Vilaregut e colaboradores (2019) concluíram que a versão italiana do CERFB, pode ser considerada para avaliar simultaneamente as relações familiares básicas, através da conjugalidade e parentalidade, e assim melhorar a eficácia dos programas de prevenção e de intervenção psicológica.

No caso de Portugal, a adaptação e validação deste instrumento (Lima et al., 2022), foi efetuado a partir de uma amostra total de 189 casais como uma unidade familiar ( $N = 378$  participantes), que se conformaram aos mesmos critérios de inclusão utilizados na investigação da população espanhola em geral (Ibáñez et al., 2012). A análise da consistência interna do CERFB realizada por Lima et al. (2022), utilizando o coeficiente alfa de Cronbach,

evidenciando uma excelente homogeneidade entre os itens da escala Conjugalidade ( $\alpha = .92$ ) e uma boa homogeneidade entre os itens da escala Parentalidade ( $\alpha = .81$ ). Por conseguinte, considerando estas propriedades psicométricas da versão portuguesa do CERBF, demonstram a sua utilidade na avaliação das relações familiares básicas através das funções conjugais e parentais referidas por Linares (1996, 2012), progredindo, assim, na falta de instrumentos disponíveis para os investigadores e clínicos em contexto português, interessados em avaliar simultaneamente estas duas dimensões da família. Em acréscimo, já foi desenvolvido outro estudo em que foram incluídas populações clínicas, nomeadamente o trabalho de Mesquita (2020) em que se tinha como objetivo, comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e a população-geral, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares. Os resultados deste trabalho evidenciam que as famílias em que está presente esta perturbação, tendem a perceber a Conjugalidade e a Parentalidade como menos funcionais do que as famílias da população-geral, bem como correlações estatisticamente significativas entre a Conjugalidade e a Parentalidade no grupo clínico.

Por conseguinte, o CERFB pode ser utilizado como uma medida de rastreio para a identificação de prioridades na intervenção psicossocial, bem como um instrumento de monitorização para avaliar a eficácia das intervenções padronizadas (Lima et al., 2022). Neste sentido, Campreciós, et al. (2020), com o objetivo de validar a aplicação clínica do CERBF nas PCA, encontraram resultados prometedores, concluindo que este instrumento pode ser utilizado na avaliação da dinâmica familiar baseada na relação conjugal e no exercício da parentalidade em famílias espanholas com um filho com PCA, tanto em contextos clínicos como de investigação, reforçando assim os resultados de Campreciós-Oriols (2014) sobre a capacidade discriminativa a nível empírico do CERFB nas PCA e famílias não clínicas a partir do ponto de corte de 55 para a dimensão de conjugalidade e 42 para parentalidade, em que igual ou abaixo deste valor correspondem aos participantes pertencentes ao grupo com pontuações mais desfavoráveis para ambas as funções. Estes resultados também foram encontrados por Mercadal-Salort (2018) para populações com perturbações por consumo de substâncias, com pontos de corte para cada uma das dimensões, 56 para conjugalidade e 41 para a Parentalidade.

Considerando o trabalho desenvolvido com o CERFB em contexto português, a realização de outros estudos com populações clínicas, assumem-se como relevantes, definindo-se como objetivo do presente projeto de investigação, descrever e comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias) e não clínicas, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares.

## **CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. Método**

O estudo é desenvolvido com uma abordagem de carácter quantitativo, uma vez que, foram compilados metodicamente dados verificáveis, analisados com ajuda de técnicas estatísticas, com o fim de contribuir para as próximas investigações, pretendendo-se ulteriormente a generalização dos resultados encontrados na população estudada.

Igualmente, o estudo é de tipo descritivo, porque pretende especificar propriedades e características importantes do fenómeno (funcionalidade familiar), e descrever as tendências num grupo ou população (perturbação de consumo de substâncias). Finalmente, é uma investigação de tipo não experimental ou observacional, assim como transversal; na medida em que foi realizado sem a manipulação deliberada de variáveis, sendo apenas observados fenómenos num momento único (Kerlinger & Lee, 2002; Sampieri, Collado & Lucio, 2014).

Por conseguinte, os objetivos específicos deste estudo são:

1. Descrever a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias), e famílias da população-geral.
2. Comparar a escala de Parentalidade entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias), e não clínicas considerando o sexo dos pais.
3. Comparar a escala de Conjugalidade entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias), e não clínicas considerando o sexo dos pais.
4. Analisar as diferenças entre as dimensões da Conjugalidade e as dimensões da parentalidade em função do grupo (clínico e população-geral) e sexo dos pais.
5. Analisar a correlação entre as dimensões da Conjugalidade e as dimensões da parentalidade entre famílias clínicas e não clínicas.

#### **1.1 Participantes:**

Os participantes deste estudo foram selecionados por meio de uma amostragem não probabilística, por conveniência, respeitando os critérios de inclusão definidos para as famílias em estudo (Marotti et al. 2008; Ribeiro, 2007). Assim, os participantes foram casais, que tinham um filho com o diagnóstico de perturbação do uso de substâncias, assim como, casais com filhos que não tinham nenhuma psicopatologia.

Desse modo, a amostra foi dividida em dois grupos: grupo não clínico (constituído por famílias da população geral - GPG) e o grupo clínico (constituído por famílias clínicas - perturbação de consumo de substâncias - GCL).

#### *Grupo da População-Geral (GPG)*

Em relação à população-geral, foram utilizados os dados recolhidos para o projeto da adaptação e validação do CERFB, em contexto português por Lima et al., (2022); utilizando uma amostra de 378 participantes (189 casais). Em virtude da extensividade da recolha de dados original, foi realizada uma seleção de participantes, que fossem o mais semelhante possível aos do GCL, incluindo não só o mesmo número de elementos ( $N=8$ ), mas também determinadas características sociodemográficas (sexo, idade dos participantes, idade dos filhos, anos de coabitação do casal e tipologia da relação conjugal).

Os participantes que foram considerados elegíveis para o grupo não clínico, deviam cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- Ter nacionalidade portuguesa;
- Ter entre 18 e 70 anos de idade;
- Fazer parte de um casal heterossexual;
- Ter, pelo menos, um filho biológico em comum, com mais de 11 anos de idade a viver com eles;
- Ausência de psicopatologia em algum dos filhos.

Nesse sentido, os participantes pertencentes do GPG são 2 homens (25%) e 6 mulheres (75%), com idades compreendidas entre os 38 e 70 anos ( $M = 59.75$ ,  $DE = 10.33$ ). Em relação às habilitações literárias, (12.5 %,  $N = 1$ ) possui o 2º ciclo do ensino básico, (25 %,  $N = 2$ ) têm o ensino secundário, (50 %,  $N = 4$ ) têm licenciatura e (12.5 %,  $N = 1$ ) têm doutoramento. No que diz respeito a situação profissional, (62.5 %,  $N = 5$ ) dos participantes encontrasse empregado por conta de outrem e (37.5%,  $N = 3$ ) empregado por conta própria.

Relativamente ao estado civil, (100 %,  $N = 8$ ) dos participantes referem estar casados, no primeiro casamento. No que concerne aos anos de convivência em casal, as respostas apresentam uma variação entre 6 e 40 anos ( $M = 24.71$ ,  $DE = 10.45$ ), sendo que 1 a 2 filhos vivem com os pais. Todos os participantes são de naturalidade portuguesa, sendo que os locais de residência atual, são no norte do país, nomeadamente Grande Porto. Em relação ao consumo de algum medicamento, 4 dos participantes referiram tomar algum tipo de medicação,

nomeadamente fármacos que atuam para o tratamento de doenças cardiovasculares, como a pressão arterial elevada, hipotireoidismo, cancro, asma e depressão.

### *Grupo clínico (GCL)*

Relativamente à população clínica, foi constituída por 8 famílias, que possuem um filho/a com um diagnóstico de perturbação relacionadas com consumo de substâncias.

Os participantes que foram considerados elegíveis para o grupo clínico, deviam cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- Ter nacionalidade portuguesa;
- Ter entre 18 e 70 anos de idade;
- Fazer parte de um casal heterossexual;
- Ter, pelo menos, um filho/a biológico em comum, com mais de 11 anos de idade a viver com eles.
- Um dos filhos ter o diagnóstico de uma perturbação associada ao uso de substâncias.

Os participantes pertencentes ao GCL são 2 homens e 6 mulheres, com idades compreendidas entre os 34 e 77 anos ( $M = 61.25$ ,  $DE = 11.97$ ). Em relação às habilitações literárias, (37.5%,  $N = 3$ ) dos participantes possui o ensino secundário, (50%,  $N = 4$ ) têm licenciatura e (13%,  $N = 1$ ) têm mestrado. No que diz respeito a situação profissional, (25%,  $N = 2$ ) dos participantes encontrasse empregado por conta de outrem, (12.5%,  $N = 1$ ) desempregado há mais de 12 meses, e (62,5%,  $N = 5$ ) encontra-se reformado.

Relativamente ao estado civil, 1 dos participantes encontra-se em união de facto (12.5%,  $N = 1$ ) e (87.5%,  $N = 7$ ) referem estar casados, no primeiro casamento. No que diz respeito aos anos de convivência em casal, as respostas apresentam uma variação entre 5 e 50 anos ( $M = 36$ ,  $DE = 14.99$ ), sendo que 1 a 2 filhos vivem com os pais. Todos os participantes são de naturalidade portuguesa, sendo que os locais de residência atual, variam entre Grande Lisboa, Grande Porto e os Açores. Em relação ao consumo de algum medicamento, 5 dos participantes referiram tomar algum tipo de medicação, nomeadamente fármacos que atuam para o tratamento de doenças cardiovasculares, que inibem a formação de coágulos e regulamento da pressão arterial elevada, assim como ansiolíticos e tratamento para a diabetes. No que diz respeito aos filhos com perturbações relacionadas com substâncias, foram identificados 6 homens e 2 mulheres, com idades compreendidas entre 17 e 43 anos ( $M = 31.50$ ,  $DE = 9.65$ ), sendo que os diagnósticos conferidos variavam entre: esquizofrenia, perturbação obsessiva

compulsiva, psicose, perturbação esquizoafetiva, toxicod dependência, consumo de álcool. Relativamente ao tempo em que foi realizado o diagnóstico, existe uma variação entre 3 e 11 anos ( $M = 6.80$ ,  $DE = 3.77$ ). No que lhe concerne ao acompanhamento psicológico, variam entre 7 e 144 meses ( $M = 64$ ,  $DE = 54.0$ ) e o acompanhamento psiquiátrico oscila entre 12 e 144 meses ( $M = 51.17$ ,  $DE = 48.67$ ) Finalmente, el (75%,  $N = 6$ ) dos participantes reportaram a existência e internamentos, os quais decorreram entre 2018 e 2022.

Na tabela 1 e 2, expõem-se de forma mais sistematizada os dados sociodemográficos descritos na secção anterior, incluindo tanto as famílias clínicas como não clínicas, assim como ao/à filho/a dos participantes com uma perturbação relacionada com substâncias.

**Tabela 1**

*Dados Sociodemográficos relativos aos participantes de ambos grupos*

Variáveis	GCL		GPG	
	<i>n</i>	<i>M(DP) ou %</i>	<i>n</i>	<i>M(DP) ou %</i>
Idade (anos)	8	61.25 (11.96)	8	59.75 (10.33)
<i>Sexo</i>				
Feminino	6	75.0	6	75.0
Masculino	2	25.0	2	25.0
<i>Habilitações Literárias</i>				
2º Ciclo do Ensino Básico	0	0	1	12.5
Ensino Secundário	3	37.5	2	25.0
Licenciatura	4	50.0	4	50.0
Mestrado	1	12.5	0	0
Doutoramento	0	0	1	12.5
<i>Local de residência Atual</i>				
Grande Porto	5	62.5	8	100.0
Grande Lisboa	1	12.5	0	0
Outros	2	25.0	0	0
<i>Estado civil</i>				
União de facto	1	12.5	0	0
Casado 1º Casamento	7	87.5	8	100
Anos de Convivência	8	36.0 (14.99)	8	24.71 (10.45)
<i>Número de filhos</i>				
1 a 2 Filhos	2	25.0	6	75.0
3 a 4 Filhos	6	75.0	2	25.0
<i>Situação Profissional</i>				

Empregado por conta de outrem	2	25.0	5	62.5
Empregado por conta própria	0	0	3	37.5
Desempregado há mais de 12 meses	1	12.5	0	0
Outro	5	62.5	0	0

**Tabela 2**

*Dados sociodemográficos relativos ao/à filho/a com Perturbações relacionadas com Substâncias*

<b>Variáveis</b>	<i>n</i>	<i>M(DP) ou %</i>
Idade (anos)	8	31.50 (9.65)
<i>Sexo</i>		
Feminino	2	25.0
Masculino	7	75.0
<i>Diagnóstico</i>		
Sem comorbilidades	5	62.5
Com comorbilidades	3	37.5
Tempo de diagnóstico (anos)	5	6.80 (3.77)
Acompanhamento psiquiátrico (Meses)	6	64.0 (54.02)
Acompanhamento psicológico (Meses)	6	51.17 (48.67)
<i>Existência de internamentos</i>		
Sim	6	75.0
Não	2	25.0

## **1.2 Instrumentos**

### **a. Questionário Sociodemográfico**

O questionário, sociodemográfico integra 22 perguntas, incluindo tanto respostas fechadas como abertas, permitindo a recolha de informações considerada relevantes para a caracterização dos participantes deste estudo, especificamente os que inserem no GCL. No que concerne aos progenitores, foram recolhidos dados como: idade, sexo, naturalidade, local de residência atual, estado civil, anos de coabitação em casal, habilitações literárias, situação profissional, profissão, consumo de alguma medicação, número e idades dos filhos/as, assim

como quantos deles moram com o progenitor. Relativamente a informações recolhidas sobre o filho/a dos participantes, com alguma perturbação associada ao uso de substâncias, obtiveram-se dados tais como: idade, sexo, tipo de diagnóstico, tempo de acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico, número de internamentos associados ao diagnóstico e quando é que estes ocorreram.

#### **b. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)**

O CERFB (versão original de Ibáñez et al., 2012; versão portuguesa de Lima et al., 2022) é o primeiro questionário, que permite avaliar e diferenciar, ao mesmo tempo, a conjugalidade e a parentalidade, discriminando a funcionalidade conjugal bem como o exercício adequado ou inadequado das funções parentais. Trata-se de um instrumento de autorrelato com 25 itens, politómicos, classificados numa escala de Likert de 5 pontos, sendo que (1) significa nunca, (2) significa poucas vezes, (3) significa algumas vezes, (4) significa bastantes vezes e (5) significa sempre. O instrumento é constituído por duas escalas: escala da Conjugalidade (14 itens, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24 y 25) e escala da Parentalidade (11 itens, 1, 2, 4, 5, 8, 13, 15, 18, 20, 21 y 23). Sendo que a pontuação de cada uma obtém-se a partir da soma das respostas dos itens que a compõem, indicando assim, o grau de funcionalidade conjugal e parental. A pontuação na escala de conjugalidade varia entre 14 e 70, e na escala de Parentalidade entre 11 e 55.

Os itens 6, 7, 9, 10, 14, 22 e 24 devem ser considerados como indicadores de conjugalidade desarmoniosa. Enquanto os itens 1, 2, 4, 15, 18, 21 e 23 indicam principalmente a parentalidade deficiente. Estes itens pontuam inversamente e devem ser recodificados antes de serem adicionados à soma da pontuação total (Ibáñez et al., 2012) portanto, pontuações altas são indicativas de funcionalidade superior e vice-versa. Considerando os resultados das propriedades psicométricas da versão portuguesa do CERFB, com uma amostra de 378 participantes, e uma excelente homogeneidade entre os itens da escala Conjugalidade ( $\alpha = .92$ ) e da escala Parentalidade ( $\alpha = .81$ ). Lima et al., (2022), concluíram que este questionário se torna o primeiro instrumento adaptado e validado à população geral portuguesa que avalia a família desde a teoria das relações familiares básicas de Linares.

### **1.3 Procedimentos de Recolha de Dados**

Em relação ao GPG, conforme mencionado, foram utilizados os dados recolhidos para o projeto da adaptação e validação do CERFB, para a população-geral portuguesa por Lima et al., (2022).

Relativamente ao GCL, os dados foram recolhidos num contexto clínico, especificamente numa Comunidade Terapêutica, no âmbito das perturbações de uso de substâncias. Nesse sentido, foi estabelecido o contacto com os profissionais via e-mail para conhecer a disponibilidade de participação do público-alvo, uma vez aceite, assegurou-se que a participação ocorresse de forma voluntária, com o direito de desistir do estudo em qualquer momento. A modalidade de recolha de dados foi via online, devido as diferentes restrições de distanciamento estabelecidas pelas entidades governamentais face aos aumentos de contágios por (COVID-19). O e-mail enviado aos participantes, incluía uma descrição das condições e objetivos do estudo, assegurando que não existiam nenhum tipo de riscos associados na participação, bem como o *link* com o formulário, permitindo aos participantes acederem a uma versão online do consentimento informado, questionário sociodemográfico e ao CERFB. Igualmente foi garantido o cumprimento das condições de privacidade, anonimato e confidencialidade no momento de preenchimento dos questionários, bem como como a proteção dos seus dados conforme a Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto (Lei da Proteção de Dados Pessoais Portuguesa) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia.

### **1.4. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados**

Após a recolha de dados, foram introduzidos e analisados no programa IBM SPSS versão 28. Na primeira fase, foi realizada uma análise descritiva dos dados recolhidos na amostra, por meio do questionário sociodemográfico, assim como uma análise às respostas dos itens do CERFB, em ambos grupos (GPG e GCL), efetuando os cálculos de médias, desvio padrão e frequências e número de respostas a cada item. Numa segunda fase, foi realizada a estatística inferencial, com um conjunto de testes baseados nos diferentes objetivos específicos anteriormente descritos. Nesse sentido, tendo em consideração o carácter descritivo e exploratório do projeto de investigação, uma variável dependente de tipo ordinal (Conjugalidade e Parentalidade), bem como uma amostra pequena ( $n < 20$ ), recorreu-se à estatística não paramétrica. Com o objetivo de comparar e averiguar as ordens médias de dois grupos independentes (homens e mulheres; GPG e GCL) com uma variável dependente ordinal

(Conjugalidade e Parentalidade), foi usado o teste Mann-Whitney. Finalmente para averiguar a associação entre a Parentalidade e a Conjugalidade, nos dois grupos, foi calculada a correlação de Spearman.

### CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

#### 1. Estatística Descritiva: CERFB

A tabela 3 expõe detalhadamente os dados descritivos (média, desvio-padrão e mediana), referentes às respostas dos itens do CERFB, conforme ao grupo (GPG e GCL) e das dimensões da Conjugalidade e Parentalidade do CERFB.

**Tabela 3**

*Dados descritivos dos itens do CERFB*

Itens CERFB	Grupo	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>
<i>Dimensão da Conjugalidade Harmoniosa</i>			
3. O/A meu/minha companheiro(a) ajuda-me a enfrentar os problemas quotidianos.	GCL	8	4.00 (1.06)
	GPG	8	3.75 (0.88)
11. O/A meu/minha companheiro(a) e eu fazemos uma boa equipa.	GCL	8	4.25 (0.88)
	GPG	8	3.75 (0.70)
12. O/A meu/minha companheiro(a) sabe como tratar-me.	GCL	8	4.13 (0.83)
	GPG	8	3.75 (0.70)
16. O/A meu/minha companheiro(a) sabe escutar-me.	GCL	8	3.75 (1.16)
	GPG	8	3.63 (0.91)
17. O/A meu/minha companheiro(a) mostra-se muito carinhoso(a) comigo.	GCL	8	3.63 (1.06)
	GPG	8	3.50 (0.92)
19. O/A meu/minha companheiro(a) ajuda-me a ser mais forte.	GCL	8	4.13 (0.83)
	GPG	8	3.38 (0.74)
25. O/A meu/minha companheiro(a) e eu dialogamos tranquilamente sobre qualquer coisa.	GCL	8	4.00 (1.06)
	GPG	8	3.63 (0.91)
<i>Dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa</i>			
6. Creio que o/a meu/minha companheiro(a) não me compreende.*	GCL	8	3.63 (1.18)
	GPG	8	3.25 (0.70)
	GCL	8	4.13 (1.12)

7. O/A meu/minha companheiro(a) estraga as coisas com a sua indelicadeza.*	GPG	8	3.75 (1.03)
9. O/A meu/minha companheiro(a) tem mais em conta as opiniões dos outros do que as minhas.*	GCL	8	4.25 (0.88)
	GPG	8	3.75 (1.03)
10. É-me difícil disfrutar na intimidade com o/a meu/minha companheiro(a).*	GCL	8	4.38 (1.06)
	GPG	8	3.63 (0.91)
14. O/A meu/minha companheiro(a) dedica-me pouco tempo.*	GCL	8	3.75 (0.70)
	GPG	8	3.63 (0.74)
22. O/A meu/minha companheiro(a) e eu discutimos diariamente de forma acalorada por qualquer assunto.*	GCL	8	4.13 (0.83)
	GPG	8	3.88 (0.83)
24. Penso que o/a meu/minha companheiro(a) e eu estamos em desacordo na maioria das coisas.*	GCL	8	3.75 (0.88)
	GPG	8	3.75 (0.70)
<i>Dimensão da Parentalidade primariamente conservada</i>			
5. Sinto que o(s) meu(s) filhos me corresponde(m) afetivamente.	GCL	8	4.38 (0.74)
	GPG	8	3.75 (0.70)
8. Diálogo tranquilamente com o(s) meu(s) filho(s).	GCL	8	3.63 (1.18)
	GPG	8	4.00 (0.53)
13. Gosto de partilhar o tempo livre com o(s) meu(s) filho(s).	GCL	8	4.00 (0.92)
	GPG	8	4.50 (0.53)
20. Reconheço abertamente quando o(s) meu(s) filho(s) atua(m) corretamente.	GCL	8	4.25 (0.70)
	GPG	8	4.38 (0.52)
<i>Dimensão da Parentalidade primariamente deteriorada</i>			
1. Estou seguro(a) que o(s) meu(s) filho(s) só pensa(m) em levar a dele(s) avante.*	GCL	8	3.00 (0.92)
	GPG	8	3.00 (0.75)
2. Na minha opinião o(s) meu(s) filhos têm defeitos importantes.*	GCL	8	2.75 (0,46)
	GPG	8	3.25 (0.70)
4. Creio que o(s) meu(s) filho(s) não são responsável(eis).*	GCL	8	3.25 (1.28)
	GPG	8	3.88 (0.83)
	GCL	8	4.13 (1.12)

15. Costumo ter que gritar com o(s) meu(s) filho(s) para que me obedeça(m).*	GPG	8	3.88 (0.83)
18. Penso que o(s) meu(s) filho(s) não sabe(m) como tratar-me.*	GCL	8	2.88 (0.83)
	GPG	8	3.88 (0.64)
21. Sinto que o(s) meu(s) filho(s) me tiram do sério frequentemente. *	GCL	8	3.50 (0.75)
	GPG	8	3.63 (0.74)
23. Estou convencido(a) que o(s) meu(s) filho(s) só obedece(m) quando se ameaça castigá-lo(s).*	GCL	8	3.75 (0.88)
	GPG	8	4.00 (0.74)

Nota: Os itens assinalados (\*) correspondem aos itens invertidos.

No GPG, a média mais alta de todas as respostas, correspondem ao item 13 – “Gosto de partilhar o tempo livre com o(s) meu(s) filho(s)” ( $M = 4.50$   $DP = 0.53$ ) e ao item 20 – “Reconheço abertamente quando o(s) meu(s) filho(s) atua(m) corretamente” ( $M = 4.38$ ,  $DP = 0.52$ ), os quais integram a dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada. Em relação a média mais baixa, esta corresponde ao item 2 – “Na minha opinião o(s) meu(s) filhos têm defeitos importantes.” ( $M = 3.25$ ,  $DP = 0.70$ ) componente da Parentalidade Primariamente Deteriorada.

Em relação ao grupo GCL, verifica-se que a média, mais alta em todas as respostas corresponde ao item 10 – “É-me difícil disfrutar na intimidade com o/a meu/minha companheiro(a)” ( $M = 4.38$ ,  $DP = 1.06$ ), sendo este item uma componente da conjugalidade desarmoniosa. Por sua vez, ao comparar as médias das dimensões da Parentalidade, observa-se que os valores mais altos correspondem a dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada, nomeadamente o item 5 – “5. Sinto que o(s) meu(s) filhos me corresponde(m) afetivamente” ( $M = 4.38$ ,  $DP = 0.74$ ) e item 20 – “Reconheço abertamente quando o(s) meu(s) filho(s) atua(m) corretamente” ( $M = 4.38$ ,  $DP = 0.52$ ).

A tabela 4 expõe a média e desvio padrão das pontuações obtidas dos participantes relativas as diferentes dimensões do CERFB. Sendo organizadas pelo sexo (feminino e masculino) e pelo grupo (GPG e GCL).

**Tabela 4***Caracterização das dimensões do CERFB em função do grupo e do sexo dos pais.*

<b>Dimensão</b>	<b>sexo</b>	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>M (DP)</b>
CERFB – Conjugalidade	Masculino	GCL	2	49.50 (17.67)
		GPG	2	44.00 (11.31)
	Feminino	GCL	6	58.00 (4.33)
		GPG	6	53.33 (8.91)
CERFB – Parentalidade	Masculino	GCL	2	40.00 (1.41)
		GPG	2	40.00 (1.41)
	Feminino	GCL	6	39.33 (3.50)
		GPG	6	43.50 (3.52)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	Masculino	GCL	2	25.50 (12.02)
		GPG	2	21.50 (6.36)
	Feminino	GCL	6	28.67 (4.67)
		GPG	6	26.67 (4.54)
CERFB – Conjugalidade desarmoniosa	Masculino	GCL	2	24.00 (5.66)
		GPG	2	24.00 (5.65)
	Feminino	GCL	6	29.33 (3.32)
		GPG	6	26.67 (4.54)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	Masculino	GCL	2	16.50 (0.70)
		GPG	2	16.00 (0.00)
	Feminino	GCL	6	16.17 (2.78)
		GPG	6	16.83 (1.72)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	Masculino	GCL	2	23.50 (0.70)
		GPG	2	23.50 (6.36)
	Feminino	GCL	6	23.17 (4.58)
		GPG	6	26.17 (2.99)

Relativamente à dimensão da Conjugalidade do CERFB, no grupo GPG a média mais alta pertence as mulheres ( $M = 53.33$ ,  $DP = 8.91$ ), no GCL também pertence as mulheres ( $M = 58.00$ ,  $DP = 4.33$ ). Sendo que a média mais baixa é observada nos homens pertencentes ao grupo GPG ( $M = 44.00$ ,  $DP = 11.31$ ). No que diz respeito à dimensão da Parentalidade, no

GPG as mulheres apresentam a média mais alta ( $M = 43.50$ ,  $DP = 3.52$ ) e no GCL os homens apresentam a média mais alta ( $M = 40.00$ ,  $DP = 1.41$ ).

Na dimensão da Conjugalidade Harmoniosa do CERFB, no GPG ( $M = 26.67$ ,  $DP = 4.54$ ) e GCL ( $M = 28.67$ ,  $DP = 4.67$ ) a média mais alta corresponde às respostas apresentadas por participantes do sexo feminino. No que se refere à dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa, de igual forma tanto no GPG ( $M = 26.67$ ,  $DP = 4.54$ ), como no GCL ( $M = 29.33$ ,  $DP = 3.32$ ) a média corresponde as mulheres.

Em relação à dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada do CERFB, à média mais alta do GPG pertence as mulheres ( $M = 16.83$ ,  $DP = 1.72$ ) e no GCL a média mais alta corresponde aos homens ( $M = 16.50$ ,  $DP = 0.70$ ). No que diz respeito a dimensão da Parentalidade Primariamente Deteriorada, no GPG a média mais alta foi observada nas mulheres ( $M = 26.17$ ,  $DP = 2.99$ ), enquanto no GCL a média mais alta pertence aos homens ( $M = 23.50$ ,  $DP = 0.70$ ).

## 2. Estatística Inferencial: Teste de *Mann-Whitney*

A tabela 5 expõe detalhadamente os dados obtidos no teste de diferenças de grupos independentes (ordem média, U de *Mann-Whitney* e nível de significância estatística), no grupo da população geral considerando o sexo dos pais.

**Tabela 5**

*Diferenças entre as dimensões do CERFB no GPG, em função do sexo dos pais.*

	Homens (n = 2) Ordem Média	Mulheres (n = 6) Ordem Média	<i>Mann-Whitney</i> <i>U (sig.)</i>
CERFB – Conjugalidade	2.50	5.17	2.00 (0.18)
CERFB – Parentalidade	3.00	5.00	3.00 (0.31)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	2.50	5.17	2.00 (0.17)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	3.00	5.00	3.00 (0.31)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	3.50	4.83	4.00 (0.47)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	3.50	4.83	4.00 (0.50)

$p < .01^{**}$

Em relação à avaliação das diferenças na tabela 5, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres do GPG na escala de Conjugalidade e Parentalidade assim como em nenhuma das suas dimensões.

A tabela 6 expõe detalhadamente os dados obtidos no teste de diferenças de grupos independentes (ordem média, U de Mann-Whitney e nível de significância estatística), no grupo clínico considerando o sexo dos pais.

**Tabela 6**

*Diferenças entre as dimensões do CERFB no GCL em função do sexo dos pais.*

	Homens (n = 2) Ordem Média	Mulheres (n = 6) Ordem Média	Mann-Whitney <i>U (sig.)</i>
CERFB – Conjugalidade	4.00	4.67	5.00 (0.74)
CERFB – Parentalidade	5.25	4.25	4.50 (0.61)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	4.25	4.58	5.50 (0.87)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	2.50	5.17	2.00 (0.18)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	4.25	4.58	5.50 (0.08)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	4.50	4.50	6.00 (1.00)

$p < .01^{**}$

Os dados representados na tabela 6, permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres do grupo clínico na escala de Conjugalidade e Parentalidade assim como em nenhuma das suas dimensões.

A tabela 7 expõe detalhadamente os dados obtidos no teste de diferenças de grupos independentes (ordem média, U de Mann-Whitney e nível de significância estatística), segundo o grupo.

**Tabela 7**

*Diferenças entre as dimensões do CERFB em função do grupo.*

	GPG (n = 8) Ordem Média	GCL (n = 8) Ordem Média	Mann-Whitney <i>U (sig.)</i>
--	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

CERFB – Conjugalidade	7.00	10.00	20.0 (0.21)
CERFB – Parentalidade	10.13	6.88	19.00 (0.17)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	7.38	9.63	23.00 (0.34)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	7.25	9.75	22.00 (0.29)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	8.13	8.88	29.00 (0.74)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	9.94	7.04	20.50 (0.22)

p < .01\*\*

A análise das diferenças segundo o grupo na tabela 7, permitem concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o GPG E GCL na escala de Conjugalidade e Parentalidade assim como em nenhuma das suas dimensões.

### 3. Estatística Inferencial: Coeficiente de Correlação de *Spearman*

As tabelas 8 e 9 permitem analisar as correlações entre as diferentes dimensões da Conjugalidade e da Parentalidade, no grupo não clínico e clínico, respetivamente.

#### Tabela 8

*Correlações entre as dimensões do CERFB do GPG*

Dimensões do CERFB	1	2	3	4	5	6
1.Conjugalidade (CERFB)	1					
2.Parentalidade (CERFB)	0.18	1				
3.Conjugalidade Harmoniosa (CERFB)	<b>0.99**</b>	0.29	1			
4.Conjugalidade Desarmoniosa (CERFB)	<b>0.99**</b>	.073	<b>0.96**</b>	1		

5. Parentalidade Conservada (CERFB)	Primariamente	0.53	0.35	0.59	0.48	1
6. Parentalidade Deteriorada (CERFB)	Primariamente	0.18	<b>0.86**</b>	0.25	0.12	.45 1

---

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Em relação à escala da Conjugalidade, esta apresenta uma correlação positiva e significativa com a dimensão Conjugalidade Harmoniosa ( $r = 0.99, p = 0.00$ ) e também com a Conjugalidade Desarmoniosa ( $r = 0.99, p = 0.00$ ). Relativamente à Parentalidade, há uma correlação positiva significativa com a Parentalidade Deteriorada ( $r = 0.86, p = 0.00$ ). Finalmente a Conjugalidade Desarmoniosa, apresenta uma correlação positiva significativa com a Conjugalidade Harmoniosa ( $r = 0.96, p = 0.00$ ). Não foram encontradas correlações significativas entre as escalas de conjugalidade e parentalidade.

### Tabela 9

*Correlações entre as dimensões do CERFB do GCL*

Dimensões do CERFB	1	2	3	4	5	6
1. Conjugalidade (CERFB)	1					
2. Parentalidade (CERFB)	0.39	1				
3. Conjugalidade harmoniosa (CERFB)	<b>0.90**</b>	0.27	1			
4. Conjugalidade desarmoniosa (CERFB)	0.48	0.25	0.16	1		
5. Parentalidade primariamente conservada (CERFB)	0.26	-.40	0.46	-.42	1	

6. Parentalidade primariamente deteriorada 0.28 **0.74\*** .06 0.63 **-.83\*** 1  
(CERFB)

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Na tabela 9, pode observar-se, a existência de uma relação positiva e significativa entre a escala da Conjugalidade e a dimensão Conjugalidade Harmoniosa ( $r = 0.99$ ,  $p = 0.00$ ). De igual forma, existe uma relação positiva e significativa entre a escala da Parentalidade e a dimensão Parentalidade primariamente deteriorada ( $r = 0.74$ ,  $p = 0.03$ ). Relativamente à escala Parentalidade primariamente conservada, há uma relação negativa e significativa com a dimensão da Parentalidade primariamente deteriorada ( $r = -.83$ ,  $p = 0.01$ ). Não foram encontradas correlações significativas entre a escala de Conjugalidade e Parentalidade.

## CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS

### 1. Discussão de Resultados

Conforme referido ao longo deste estudo, a partir da avaliação da conjugalidade e da parentalidade, o CERFB fornece informações sobre o ambiente relacional familiar em termos do grau de funcionalidade conjugal e parental, contribuindo assim para o diagnóstico relacional do funcionamento familiar, sendo o único instrumento validado para a população portuguesa que, numa perspetiva sistémica, avalia concomitantemente a Parentalidade e a Conjugalidade. Nesse sentido, a aplicabilidade e validade deste instrumento pode atualmente ser utilizada na população geral e em algumas populações clínicas, nomeadamente perturbações do comportamento alimentar (PCA) (Campreciós-Orrriols et al., 2014), e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (Mercadal-Salort, 2018).

Por sua vez, atualmente existem investigações que envolvem outras populações clínicas, especificamente a perturbação psicótica (Bastardas, 2020; Mesquita, 2020; Roca et al., 2020), pelo que existe uma probabilidade de que no futuro esta aplicabilidade seja estendida a esta população. Porém, a utilização do instrumento em populações clínicas apenas se encontra validada em população espanhola, considerando-se assim a necessidade de ter um instrumento em contexto português, que com garantias de validade e fidelidade, permita a avaliação da família em que a perturbação de consumo de substâncias esteja presente. Deste modo, o presente projeto de investigação, teve como objetivo descrever e comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (perturbações de uso de substâncias) e não clínicas, com base na

Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares. Por conseguinte, de acordo com os pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico, a discussão da informação obtida nesta investigação será apresentada nesta secção juntamente com a informação existente sobre o tema em questão.

No que concerne à dinâmica familiar entre os dois grupos (GPG e GCL), por meio estritamente da análise descritiva das respostas aos itens, é possível verificar que no grupo da população geral estão presentes valores mais elevados na dimensão da Parentalidade Primeiramente Conservada e da Conjugalidade Harmoniosa. Por sua vez, no grupo clínico verifica-se que os valores mais elevados correspondem a dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa, e ao comparar as dimensões da parentalidade, evidenciaram-se valores mais elevados em Parentalidade Primariamente Conservada. Estes resultados são consentâneos com os postulados da teoria de relações familiares básicas de Linares (1996, 2001, 2006, 2008, 2012), ao descrever que nas famílias em que está presente a perturbação de uso de substâncias existe uma atmosfera relacional em que o casal apresenta dificuldades consideráveis na resolução dos seus conflitos, podendo apresentar-se triangulações na dinâmica familiar. Embora os pais estejam aparentemente empenhados no bem-estar e saúde dos seus filhos, a sua incapacidade em gerir o impacto negativo dos conflitos conjugais dificulta a satisfação das necessidades dos filhos e, em última análise, a parentalidade pode ser secundariamente prejudicada. Por outro lado, o GPG apresenta características que são descritas na literatura, nomeadamente que ante a ausência de algum diagnóstico psicopatológico, está presente uma melhor funcionalidade familiar, definida por uma Conjugalidade Harmoniosa e uma Parentalidade Preservada, ou seja, o casal consegue exercer as funções parentais de forma adequada enquanto ao mesmo tempo, perante dificuldades na resolução dos seus conflitos conjugais, conseguem estar envolvidos na prestação de cuidados e satisfação das necessidades dos seus filhos (Linares 2006, 2007, 2012). Não obstante, esta dinâmica familiar seja observada por meio da análise às médias de resposta aos itens em cada grupo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ao contrário do ocorrido em trabalhos anteriores. De facto, Mercadal-Salort (2018), identifica que as pontuações nas escalas do CERFB de famílias de grupos clínicos com filho com perturbações relacionadas com substâncias são significativamente inferiores às pontuações das famílias de grupos de controlo sem um diagnóstico psicopatológico. Tal é consentâneo com o descrito por Linares (1996, 2007, 2012), que refere uma maior disfunção relacional nas famílias com um filho com diagnóstico psicopatológico em comparação com as famílias com capacidade de *relational nurturing*, ou

seja, as que conseguem fornecer e combinar elementos cognitivos, emocionais e pragmáticos, necessários para o crescimento, desenvolvimento, o bem-estar e a saúde mental no âmbito familiar. Por sua vez, em investigações que envolvem outras perturbações também foram encontradas estas diferenças tais como nas PCA e perturbação psicótica (Bastardas, 2020; Campreciós-Orriols, 2015; Campreciós-Orriols et al., 2014; Roca et al., 2020). Igualmente ao analisar a correlação entre a dimensão da conjugalidade e parentalidade, não foram encontradas correlações significativas em nenhum dos dois grupos, o que não está em conformidade com os postulados da teoria das relações básicas e os diferentes estudos realizados em que esta significância foi observada (Ibáñez et al., 2012; Ibáñez-Martinez, 2016; Lima et al., 2022; Mercadal-Salort, 2018; Roca et al., 2020), uma vez que é suposto que a parentalidade e conjugalidade sejam duas funções que se influenciam mutuamente devido a que a conjugalidade pode deteriorar a parentalidade ou ajudá-la a recompor-se, e a parentalidade pode comprometer ou redimir a conjugalidade (Linares 1996, 2006, 2007, 2012). Considera-se que a falta de significância nos resultados do presente estudo pode estar associada ao número de participantes envolvidos neste estudo, uma vez que quando os efeitos são pequenos e o tamanho da amostra é pequeno, o poder do contraste é reduzido, ou seja, a capacidade de detetar diferenças significativas diminui. À medida que amostra aumenta, é mais provável detetar diferenças significativas entre grupos quando de facto estes existem (Ribeiro, 2007), como por exemplo à amostra utilizada por Mercadal-Salort (2018), em que o estudo foi constituído por 676 participantes.

Por seu turno, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas em relação à percepção da conjugalidade e parentalidade, assim como nas diferentes dimensões entre homens e mulheres de ambos os grupos (GPG e GCL), são consentâneos com investigações que tinham como objetivo descrever e explorar as relações familiares básicas em famílias com um/a filho/a com uma perturbação psicótica (Mesquita, 2020; Roca et al., 2020). Tal é análogo ao que ocorre quando comparados ambos os grupos nas respetivas percepções de conjugalidade e parentalidade, Vilaregut (2003) num estudo sobre dinâmica familiar, vínculo conjugal e parental em famílias com um membro jovem-adulto toxicodependente, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo de famílias sem membro toxicodependente, em termos de ajustamento diádico conjugal percebido. Contudo, noutra investigação das relações familiares básicas, conjugalidade e parentalidade de famílias com um filho com (PCA) realizada por Campreciós-Orriols et al., (2014), identificou-se uma percepção significativamente diferente da conjugalidade, tanto no grupo clínico como no grupo

de controlo, com pontuações mais baixas para as mulheres e na parentalidade observou-se uma percepção significativamente diferente entre os casais do grupo clínico.

Relativamente aos dados obtidos em cada uma das dimensões, é possível verificar que na escala da parentalidade, os homens do GCL, são os que apresentam a média mais alta, sendo identificado o equivalente na dimensão Parentalidade Primariamente Conservada. Neste caso se pode observar que os homens do grupo clínico apresentam uma melhor percepção da forma em como desempenham o exercício das funções parentais em comparação com as mulheres, o qual não é expectável devido a que na literatura diferentes autores concluíram que as interações entre pai e o filho toxicodependente estão quase ausentes, e a relação maternal prevalece sobre a relação paterna (Muñoz-Rivas & Graña 2001; McLaughlin et al., 2016; Pons, Berjano, & García, 1996 cit in Mercadal-Salort 2018). Porém Linares (1996) descreve que nas perturbações por consumo de substâncias, existem triangulações na dinâmica familiar, pelo que existe um forte envolvimento de um dos pais na vida e na doença do filho, portanto está propensão observada nos homens enquanto a uma melhor percepção da dinâmica parental, poderia estar vinculada com este pressuposto.

No que diz respeito à escala de conjugalidade, no GPG e GCL são as mulheres as que apresentam a média mais alta, sendo equivalente nas dimensões Conjugalidade Harmoniosa e Desarmoniosa). Embora as diferenças encontradas neste estudo não tenham o nível de significância estatística, nos valores de ordem média das diferentes escalas e dimensões, observou-se que as mulheres das famílias clínicas percecionam um menor grau de coesão com os seus parceiros, e estar menos satisfeitas com as suas relações conjugais, o que é análogo ao observado em outros estudos com populações clínicas diferentes tais como nas PCA (Campreciós-Oriols et al., 2014) e perturbação psicótica (Roca et al., 2020), uma das quais já foi realizada em contexto português (Mesquita, 2020). Neste sentido, estes resultados permitem trazer alguma evidência sobre a relação conjugal na dinâmica familiar, uma vez que uma relação conjugal deteriorada pode afetar as relações pai-filho (Linares, 2012), em especial, no caso da presença de perturbações de uso de substâncias, dado que as diferentes investigações sugerem que o grau de estabilidade na relação conjugal, pode influenciar diretamente os padrões de consumo de substâncias nos filhos (Cirillo et al., 1993,1996; Muñoz-Rivas & Graña 2001; Sanz et al., 2006). Estes resultados podem dever-se a diversas razões, sendo que para o estudo em questão destacam-se algumas das seguintes possibilidades:

Em primeiro lugar, tal como expresso por Vilaregut (2003), a ausência de diferenças entre os grupos segundo o sexo, é expectável, com diferentes autores a sugerem que a perturbação relacionada com o consumo de substâncias faz parte de um processo cíclico, em que ao ativar uma serie de comportamentos autodestrutivos, fazem que as atenções dos pais se concentrem nos problemas do filho, evitando assim o conflito conjugal (Cancrini et al., 1988; Haley, 1985; Stanton e Todd, 1985). Igualmente, tal como referido por Ibañez-Martinez (2016), não existem diferenças na perceção da relação do casal, uma vez que ambos os parceiros são igualmente influenciados pelos acontecimentos que ocorrem em diferentes fases do ciclo de vida.

Em segundo lugar, de modo análogo ao estudo de Mesquita (2020), todas as famílias clínicas deste estudo, foram selecionadas em centros especializados com unidades de tratamentos, pelo que muitos destes centros ajudam as famílias no desenvolvimento de competências importantes para a gestão dos desafios do quotidiano, aumentar a funcionalidade familiar (comunicação, ambiente mais flexível, diminuição de conflitos), melhor qualidade das relações entre os diferentes membros, melhorias nas relações conjugais e integração social do filho após o tratamento (Crespo, 2016; Sierra & Garrido-Fernandez 2009; Palma et al., 2019). Portanto as perceções dos pais em como descrevem a relação de casal e como interagem na resolução de conflitos (conjugalidade), juntamente com a forma em que desempenham o exercício das funções parentais (parentalidade), podem diferir nos valores do CERFB segundo a fase de tratamento em que se encontram, ou seja, se estão apenas nas fases iniciais ou tardias da intervenção. Por conseguinte, se as famílias estavam mais próximas das fases finais do tratamento, isto pode sugerir porque não foram encontradas diferenças entre os dois grupos.

No geral, os resultados relativos à estatística descritiva das diferentes dimensões do CERFB indicam que o grupo clínico apresenta valores mais elevados na dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa, e ao comparar as dimensões da parentalidade, evidenciaram-se valores mais elevados na Parentalidade Primariamente Conservada. Face ao exposto, este estudo de carácter exploratório assume-se como um primeiro contributo para a acumulação de evidências em relação à adequabilidade do CERFB como medida de avaliação do funcionamento familiar de populações clínicas com o diagnóstico de perturbações de uso de substâncias em contexto português, informando sobre elementos a considerar nos processos de intervenção com estas famílias, como será discutido de seguida.

## **2. Implicações Clínicas, Limitações e Direções Futuras**

Não obstante, não seja possível determinar a capacidade discriminativa do CERFB na diferenciação de populações clínicas (perturbação de uso de substâncias) e não clínicas nos domínios da Conjugalidade e Parentalidade, crê-se que a relevância da família com a origem, persistência ou desistência do uso de substâncias (Correia & Mota, 2017; Bellon-Champel & Varescon, 2017), sustém a pertinência do presente estudo. Assim, os resultados obtidos podem apoiar na intervenção das famílias/pais em que esta problemática está presente, uma vez que ao apresentarem perceções menos funcionais numa determinada dimensão (Conjugalidade ou Parentalidade), os profissionais de saúde mental poderiam incluir no processo de intervenção em contexto terapêutico estas informações mais relevantes identificadas pelos pais. Esta intervenção numa modalidade diádica (pais/casal), pode trazer resultados muito positivos nomeadamente na atmosfera relacional familiar, tendo-se observado um aumento da funcionalidade familiar, em trabalhos que adotam esta modalidade de intervenção (Palma et al., 2019). A integração e envolvimento dos elementos que constituem a família no tratamento desta problemática tem demonstrado que existe uma maior motivação por parte dos consumidores de substâncias em participar nos programas de intervenção, promovendo o aumento a adesão ao tratamento bem como a diminuição da utilização de substâncias após o tratamento (Sierra & Garrido-Fernandez, 2009). Do mesmo modo, a melhoria na qualidade das relações entre pais e filhos, permite o desenvolvimento de competências importantes para a gestão dos desafios do quotidiano, bem como ajudar na normalização dos pacientes em termos de integração social (Ferreira dos Santos 2017; Sierra & Garrido-Fernandez, 2009). O exposto constituir-se-ia como promotor de fatores de proteção que podem contribuir para a anulação ou redução de riscos e vulnerabilidades que possam influenciar na perturbação de consumo de substâncias (Cicchetti, 2016; Palma et al., 2019).

Em relação às limitações deste estudo, considera-se que uma das principais é o tamanho reduzido da amostra, devido a que não permite estimar a validade e significância dos resultados obtidos. As dificuldades apresentadas no acesso aos participantes deveram-se principalmente a restrições de distanciamento estabelecidas pelas entidades governamentais face aos aumentos de contágios por (COVID-19), pelo que não foi possível assegurar presencialmente a recolha de dados. Além disso, considera-se que apenas a utilização do formato de recolha online poderia ter afetado o número de elementos e a representação da amostra, tal como observado neste estudo em que não foi possível a diversificação do grupo de participantes (e.g., o não equilíbrio quantitativo ao nível do sexo dos sujeitos). Por outro lado, muitos da população alvo, podem

não ter tido acesso a componentes essenciais que permitem a resposta do questionário (e.g., não ter acesso a internet, não dispor de computador ou telemóvel com tecnologia inteligente que permita o acesso ao e-mail, acontecimento de circunstâncias comuns como esquecer de responder o e-mail enviado ou não cumprir com todos os critérios de inclusão muito específicos que são característicos em este estudo).

Adicionalmente, considera-se que deve ser tido em conta que o CERFB é um instrumento de autoavaliação em que as pessoas avaliam a sua própria relação com o seu parceiro e a relação que têm com os seus filhos o que são aspetos muito pessoais e íntimos. Portanto pode conter duas das fontes de erro mais comentadas na literatura: desejabilidade social e simulação; devido a que se tem observado que ao tentar medir atitudes, os inquiridos tendem involuntária e inconscientemente, na maioria dos casos, a dar uma imagem de si próprios de acordo com uma imagem socialmente aceitável ou ideal (Ribeiro, 2007).

Relativamente a direções futuras, considera-se que desde o ponto de vista conceptual, dada a importância que tem sido observada nas diferentes investigações (Campreciós-Oriols et al., 2014; Mercadal-Salort 2018; Roca et al., 2020; Vilaregut, 2003) sobre o papel fundamental das duas funções relacionais independentes (conjugalidade e parentalidade), no desenvolvimento, prevenção e intervenção face um diagnóstico psicopatológico, bem como na indução do risco ou promoção da proteção no âmbito familiar (Cicchetti, 2016; Palma et al., 2019; Bellon-Champel & Varescon, 2017), deve ser dada continuidade a este estudo. Em concreto, realizar outras investigações que garantam a ampliação da dimensão da amostra, procurando atestar a adequabilidade do CERFB em populações clínicas, e avaliar se existe a possibilidade de ser utilizado em contexto português como uma medida que permita diferenciar entre famílias da população geral e famílias em que os filhos apresentem perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, como observado no trabalho de Mercadal-Salort (2018).

Por outro lado, considera-se que por se tratar de um estudo transversal, em que as famílias pertenciam a centros especializados com unidades de tratamentos que visam aumentar a funcionalidade familiar e o desenvolvimento de competências importantes para gerir com situações potencialmente indutoras de stress e conflito. Não foi possível diferenciar, se as perceções dos pais obtidos com o CERFB, sobre o funcionamento conjugal e a forma como desempenham os seus papéis parentais, pertenciam as famílias em que se encontravam apenas no início ou na fase final da intervenção. Pelo que se considera que no futuro, sejam realizados

estudos longitudinais que permitam analisar a fiabilidade do CERFB, e determinar a consistência da avaliação das relações familiares básicas, conjugalidade e parentalidade, antes de iniciar o tratamento e após um intervalo de tempo, e assim avaliar a eficácia das intervenções. Considera-se que nestes estudos, pode ser tomado em conta controlar outras variáveis estranhas tal como foi realizado na investigação de Mercadal-Salort (2018), em que foram controladas variáveis como (existência ou não de comorbidades com as perturbações relacionadas com substâncias, existência ou não de diagnóstico psicopatológico em outros membros do seio familiar e formato de recolha).

Nesse sentido, também se considera pertinente que os estudos de acumulação de evidências no contexto português sejam estendidos a outras populações clínicas tais como nas PCA, tendo em conta os resultados promissores de estudos realizados noutros países, sendo um exemplo o estudo realizado por Campreciós e colaboradores (2014), em que foi possível discriminação entre famílias com filhos com PCA e famílias do grupo da população geral, a nível da Conjugalidade e da Parentalidade. Em acréscimo é contemplada a ideia de que no futuro, seja realizada uma investigação que compare dois grupos clínicos, com objetivo de avaliar se existem diferenças na dinâmica familiar, segundo o diagnóstico psicopatológico.

Para finalizar, é importante salientar que, em geral, as diferentes investigações sobre a avaliação da dinâmica familiar com o CERFB provêm apenas da perceção dos pais. Portanto seria interessante em estudos futuros, sejam consideradas as perceções de outros membros da família, como por exemplo, conduzir um estudo descritivo, comparativo e correlacional da perceção dos filhos com um diagnóstico psicopatológico no que diz respeito às atitudes e comportamentos parentais de cada um dos pais, e dos pais sobre as suas próprias atitudes e comportamentos parentais.

Face ao exposto, é considerado que a continuação do desenvolvimento de investigação no estudo das dinâmicas familiares com a aplicabilidade do CERFB em contexto português, contribuiria para uma maior compreensão da complexidade associada a presença de uma perturbação mental no âmbito familiar, incluindo as perturbações de consumo de substâncias. A utilização deste instrumento poderia ajudar a obter uma avaliação mais abrangente e rigorosa das perturbações psicopatológicas, permitindo a identificação de desvios significativos nas trajetórias de desenvolvimento e das transformações que podem ocorrer à medida que o indivíduo continua numa trajetória atípica, assim como no reconhecimento de fatores de proteção que possam contribuir para a anulação ou redução de riscos e vulnerabilidades que

possam influenciar uma determinada perturbação (Chicchetti & Cohen, 2006 citado em Mairós-Ferreira, 2018). De modo equivalente, o CERFB poderia ser utilizado como uma ferramenta de rastreio complementar a outros tipos de avaliação clínica, permitindo desenhar e estabelecer intervenções ajustadas às necessidades de famílias com a presença de perturbações de uso de substâncias.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais (DSM-5)* (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Alarcão, M., & Gaspar, M.F. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paidéia* 17(36), 89-102.
- Bastardas, M.T. (2020). Relaciones Familiares Básicas en diferentes estructuras familiares con un hijo con trastorno del Espectro Psicótico. [Tese de Mestrado]. Universitat Ramon Llull.
- Bellon-Champel, L. y Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence: Facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.06.005>
- Campreciós-Orriols, M., Puigdesens-Vilaregut, V., Tejedor-Virgili, C., & Mercadal-Salort, L. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 311-326.
- Campreciós-Orriols, M. (2015). Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria. [Tese Doctoral]. Universitat Ramon Llull.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Callea, A., & Mercadal, L. (2020). Aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria: relación conyugal y parental en estructuras tradicionales de familia. *Actas Españolas de psiquiatría*, 48(5), 191-99.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families. *Family Process*, 27, 261-271. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x>

- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, Personality, and Biological Development: Illustrations from a Multilevel Developmental Psychopathology Perspective on Child Maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1993). Famiglia e tossicomanie. Un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi. *Ecologia della Mente*, 16, 11-37.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Raffaello Cortina.
- Correia, F., & Mota, C.P. (2017). Papel do ambiente familiar no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica em jovens adultos. *Psicologia Clínica* 29(2), 253-271.
- Crespo, L.F. (2016). El papel de la familia en el consumo de sustancias de adolescentes y jóvenes españoles. [Tese de Mestrado]. Universidad Pontificia Comillas.
- Ferreira Dos Santos, M.H. (2017). O papel das famílias na superação dos constrangimentos associados à doença mental de jovens: um estudo na ótica de jovens adultos diagnosticados com doença mental severa e seus familiares. [Tese de Mestrado]. Instituto Superior de Serviço social do Porto.
- Gonçalves, A.M., & Pereira, M. (2011). Variáveis familiares e toxicodpendência. *Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, 14(2), 228-251.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Editorial Amorrortu.
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.
- Ibáñez-Martinez, N. (2016). Validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). [Tese Doctoral]. Universitat Ramon Llull.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.) Mc Graw Hill.
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., Callea, A. (2022). Assesment of Basic Family Relationships: Portuguese validation of the “Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas” (CERFB). *Journal of Child and Family Studies*, 1-8.

- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J.L. (2001). ¿La historia termina con el posmodernismo? Hacia una terapia familiar ultramoderna. *Proceso familiar*, 4, 401-412.
- Linares, J.L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Paidós.
- Linares, J. L., & Campos, C. (2002). *Sobrevivir a la pareja: Problemas y soluciones*. Editorial Planeta.
- Linares, J.L. (2006). Amor complejo como crianza relacional: un concepto ultramoderno integrador. *Familia Proceso*, 45, 101-115.
- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399.
- Linares, J.L. & Vallarino, D. (2008). Esquizofrenia y eco-resiliencia. *Revista de terapias sistémicas*, 27(3), 16-29. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.3.16>
- Linares, J.L. (2011). Adolescentes que No Gustan a Sus Padres. *Ajayu*, 10(1), 1-18.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- Mairos-Ferreira, S.C. (2018). Psicopatología desenvolvimental e dependência de opioides. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 63-84.
- Marotti, J., Mantelli-Galhardo, A.P., Furuyama, R.J., Nogueira-Pigozzo, M., Nakakuki de Campos, T., & Cruz-Laganá (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 20(2), 186-194.
- McLaughlin, A., Campbell, A., & McColligan, M. (2016). Adolescent substance use in the context of the family: a qualitative study of young people's views on parent-child attachments, parenting style and parental substance use. *Substance use & Misuse*, 51(14), 1846-1855.

- Mercadal-Salort, L. (2018). Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias. [Tese Doctoral] Universitat Ramon Llull.
- Mesquita, A.C.P. (2020). Diagnóstico relacional familiar em saúde mental: perturbações psicóticas. [Tese de Mestrado] Universidade Católica Portuguesa.
- Muñoz-Rivas, M. J., & Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar* (2ª ed.). Gedisa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021). *Relatório europeu sobre drogas: Tendências e Evoluções*. Recuperado de [https://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en)
- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, Á., Gregorio, M., Palacio, A., Horta, A., Aliaga, F., & Barón, F. J. (2019). La Intervención Familiar Domiciliaria en Psicosis: Análisis Cualitativo de los Cambios Observados tras la Psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30(3), 147–154. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a21>
- Puigdesens, A.V. (2017). CERFB, Cuestionario de las Relaciones Familiares Básicas. La evaluación familiar. <http://www.cerfb.com/>
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Legis Editora.
- Roca, M., Vilaregut, A. & Palma, C. (2020). Basic Family Relations, Parental Bonding, and Dyadic Adjustment in Families with a Member with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00581-z>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sampieri, R.H; Collado, C.F. & Lucio, P.B. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.) Macgraw Hill.
- Sanz, M., Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A. y Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 13, 39-48.

- Stanton, M. y Todd, T. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Ed. Gedisa.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2020). Relatório Anual 2019: Descritivo de Respostas e Intervenções do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). Plano de ação para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (2013-2020).
- Sierra, J.A.M. & Garrido-Fernandez, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27, 339-362.
- Soares-Monteiro. I.M. (2009). O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Minho.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021*. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
- Vilaregut, A. (2003). Família i Addiccions: dinàmica familiar, vincle conjugal i parental en famílies amb un membre jove-adult drogoaddicte. [Tese Doctoral] Universitat Ramon Llull. Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/52307>
- Vilaregut, A., Callea. A., Campreciós, M., Coletti, M., Mercadal, L., & Mateu, C. (2019). Measuring family relations: italian validation of the “cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas” (CERFB). *Clinical Neuropsychiatry*, (16)2, 116-123.