

## Percepción de los profesionales de Psicología sobre la asistencia ofrecida a los usuarios de los Centros de Atención Psicosocial

### Percepção de profissionais de Psicologia sobre a assistência oferecida aos usuários de Centros de Atenção Psicossocial

#### Perception of Psychology professionals about the assistance offered to Psychosocial Care Centers users

Recibido: 28/10/2019  
Aprobado: 15/04/2020  
Publicado: 01/08/2020

Isabel Cristina Carniel<sup>1</sup>  
Tamys Duran<sup>2</sup>  
Ana Carolina da Silva Oliveira<sup>3</sup>  
Sandra Cristina Pillon<sup>4</sup>  
Manoel Antônio dos Santos<sup>5</sup>

Este estudio tuvo por objeto examinar la percepción de los profesionales de la Psicología sobre la asistencia que se ofrece a los usuarios de alcohol y otras drogas. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria y de enfoque cualitativo, realizada en cuatro municipios de la región noroeste de São Paulo, Brasil, en el primer semestre de 2018. Los datos se recogieron mediante una entrevista semiestructurada con siete profesionales vinculados a cuatro Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Otras Drogas. Los participantes eran en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre 29 y 56 años, casadas y que se habían graduado entre cinco y 35 años atrás. Los informes se sometieron a un análisis de contenido y se destacaron tres categorías temáticas: *participación de la familia en el tratamiento*: la familia se percibe como una fuente de apoyo, cuando está efectivamente presente en el espacio de tratamiento; *dificultad de adherencia al tratamiento*: se destaca la alta incidencia de abandono del tratamiento por parte de los usuarios; *drogadicción como síntoma del vínculo enfermo*: los daños físicos y psíquicos identificados se entienden como resultado de la psicopatología de las configuraciones de los vínculos. El fortalecimiento de los vínculos y la red de apoyo personal de los usuarios se señala como una estrategia fundamental en el contexto de la atención en la salud.

**Descriptor:** Trastornos relacionados con sustancias; Servicios de salud; Consumidores de drogas; Atención integral de salud.

Este estudo teve por objetivo examinar a percepção de profissionais de Psicologia sobre a assistência oferecida aos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada em quatro municípios da região noroeste de São Paulo, no primeiro semestre de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestructurada realizada com sete profissionais vinculados a quatro Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. Os participantes eram majoritariamente do sexo feminino, com idades entre 29 e 56 anos, casados, e haviam se graduado entre cinco e 35 anos. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo, sendo destacadas três categorias temáticas: *participação familiar no tratamento*: a família é percebida como fonte de apoio, quando presente de maneira efetiva no espaço de tratamento; *dificuldade de adesão ao tratamento*: é ressaltada a elevada incidência de desistência do tratamento por parte dos usuários; *adição à droga como sintoma do vínculo adoecido*: os prejuízos físicos e psíquicos identificados são compreendidos como resultantes da psicopatologia das configurações vinculares. O fortalecimento dos vínculos e da rede pessoal de apoio dos usuários é apontado como estratégia fundamental no contexto do cuidado em saúde.

**Descritores:** Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Serviços de saúde; Usuários de drogas; Assistência integral à saúde.

This study aimed to examine the perception of Psychology professionals about the assistance offered to users of alcohol and other drugs. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, carried out in four municipalities in the Northwest region of the state of São Paulo, Brazil, in the first semester of 2018. Data were collected through semi-structured interviews conducted with seven professionals linked to four Psychosocial Care Centers of Alcohol and Other Drugs. The participants were mostly female, aged between 29 and 56 years old, married, and had graduated between five and 35 years prior. The reports were submitted to content analysis, with three thematic categories being highlighted: *family participation in treatment*: the family is perceived as a source of support, when present effectively in the treatment space; *difficulty in adhering to treatment*: the high incidence of users giving up treatment is highlighted; *addiction to the drug as a symptom of sick bond*: the physical and psychological damage identified are understood to result from the psychopathology of bond configurations. The strengthening of bonds and personal support network of users is highlighted as a fundamental strategy in the context of health care.

**Descriptors:** Substance-related disorders; Health services; Drug users; Comprehensive health care.

1. Psicóloga. Maestra y Doctora en Psicología. Profesora Titular de la Universidade Paulista (UNIP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-4189-128X. E-mail: isabel.carniel@docente.unip.br

2. Psicóloga. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-4475-5723 E-mail: tamys\_duran@hotmail.com

3. Psicóloga. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-2127-6746 E-mail: carolinasvaoliveira@gmail.com

4. Enfermera. Especialista en Dependencia Química. Maestra en Gastroenterología. Doctora en Psiquiatría y Psicología Médica. Profesora Titular del Programa de Posgrado en Enfermería Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8902-7549. E-mail: pillon@eerp.usp.br

5. Psicólogo. Maestro y Doctor en Psicología Clínica. Profesor de Psicoterapia Psicoanalítica. Profesor Titular y tutor del Programa de Posgrado en Psicología de la Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras y de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8214-7767 E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

## INTRODUCCIÓN

**E**n el escenario brasileño, la asistencia a los usuarios de drogas se organiza actualmente a través de una red pública de atención. Esta red se constituye a partir de un esfuerzo de organización integrada de sectores, servicios y profesionales articulados para ofrecer una atención continua, en respuesta a las necesidades específicas de esta población<sup>1</sup>. De esta manera, la atención de los usuarios de drogas se organiza en torno a una red de servicios<sup>2</sup>.

Parte central y articuladora de esta red, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son equipamientos de salud formados por un equipo multiprofesional que presta servicios de salud pública para la acogida y la atención integral de las personas con trastornos mentales<sup>3</sup>, y entre los tipos de servicios están los Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Otras Drogas (CAPSad).

La función del CAPSad, así como de otros CAPS, es estimular la integración social y familiar de la persona que padece un sufrimiento mental grave y persistente, y apoyar a los usuarios para que adquieran autonomía y restablezcan nuevas posibilidades de vivir plenamente la vida, maximizando el bienestar general. Entre los servicios ofrecidos en CAPSad están los servicios de grupo.

En el CAPSad las actividades de grupo, realizadas como parte de proyectos terapéuticos individuales, se preparan de acuerdo con las directrices que guían el funcionamiento del servicio, teniendo en cuenta las demandas y expectativas de los participantes. En este sentido, se destacan dos tipos de actividades de grupo: los grupos terapéuticos propiamente dichos y los grupos operativos.

Los grupos terapéuticos procuran tratar a las personas con una indicación para la psicoterapia, es decir, que pueden beneficiarse de estrategias que presuponen la búsqueda de medios de autoconocimiento y desarrollo personal, o que tienen por objeto la eliminación y/o el alivio de los síntomas relacionados con problemas psíquicos<sup>4</sup>. Los grupos operativos son dispositivos formados a partir del establecimiento de objetivos comunes entre sus miembros, teniendo como eje estructurador la tarea de grupo. Las actividades del grupo operativo deben favorecer un aprendizaje que favorezca el progreso de los miembros, ya sea a nivel individual o colectivo, mediante el ejercicio de la alternancia (rotación) de las funciones que surjan durante la realización de la tarea del grupo<sup>4</sup>.

Uno de los presupuestos teóricos que sustentan el trabajo de un grupo operativo es el reconocimiento de la importancia central de los vínculos para la constitución psíquica. Y en el caso de los grupos en el contexto de la salud mental, es importante que sus miembros interactúen entre sí y con el coordinador del grupo. Para que esta interacción refuerce y fomente las condiciones que favorezcan la transformación y la apropiación del conocimiento por parte de todos, es necesario fomentar el examen de los vínculos que los participantes establecen entre sí y con el coordinador.

Desde la perspectiva de la Psicología Social de Pichon-Rivière, el vínculo se estructura dentro de la dinámica interpersonal, siendo capaz de gestión y mejora a través del aprendizaje de la experiencia. Por esta razón, el vínculo se considera un instrumento para comprender la relación que el individuo establece consigo mismo y/o con otras personas, que puede repetirse en las diferentes configuraciones de vínculo que establece a lo largo de la vida<sup>5</sup>.

La calidad de los vínculos afecta a la relación de la persona consigo misma, lo que a su vez interfiere en su capacidad de soportar las frustraciones y de enfrentarse a la adversidad cuando está en contacto con la realidad. También interfiere en la capacidad de aprender, de ser creativo y de sentirse realizado con sus relaciones y las repercusiones de sus acciones en el mundo, lo que se refleja en la forma en que el individuo se siente participante activo en la comunidad a la que pertenece. La consistencia del vínculo marca la diferencia en cuanto a si la persona se siente o no feliz y ajustada en su comunidad, en su familia y consigo misma, incluso cuando se encuentra bajo una cierta carga de estrés, limitaciones y privaciones, que además son inevitables porque son fenómenos inherentes a la vida<sup>6</sup>.

Los diversos vínculos significativos que el individuo construye a lo largo de las distintas etapas del ciclo de vida dan lugar a la formación de su red social significativa. Debido a la intersección y la porosidad de la línea fronteriza entre los diversos miembros de esta red y otras redes, los individuos pueden tanto influir como ser influidos por ellas. *Red*, en este contexto, puede entenderse como una estructura sin fronteras, un sistema abierto y permeable formado por enlaces y puntos de apoyo, un conjunto de personas autónomas que reúnen recursos y comparten ideas acerca de intereses y valores comunes<sup>1,6</sup>.

En este sentido, las redes de apoyo social constituyen conjuntos de vínculos establecidos por el individuo con personas que son emocionalmente significativas para él, es decir, aquellas con las que tiene lugar una interacción regular, como conversaciones e intercambios que llevan al sujeto a sentirse real y propenso a buscar una *adaptación activa a la realidad*<sup>5</sup>. Las redes se verticalizan en grupos concretos, que pueden personificarse en la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos, las personas que pertenecen al mismo círculo religioso y comunitario, los profesionales de la salud, los profesores, entre otros. Estas redes sirven como una fuente potencial de recursos, apoyo emocional e información, y se caracterizan por fomentar interacciones frecuentes, apoyo significativo y afecto positivo<sup>7</sup>.

Al comprender cómo se forman los grupos y las redes de apoyo social, así como la importancia que tienen esas fuentes de apoyo para la constitución vinculante de la subjetividad, se hace evidente la necesidad de trabajar con un enfoque de grupo al adoptar una perspectiva de promoción y prevención en materia de salud mental. En esta perspectiva, el sujeto puede ser visto en su totalidad dialéctica como aquel que no sólo es influenciado, sino que es él mismo un influenciador y transformador de su entorno.

En un grupo, lo que una persona dice, piensa o siente también comunica algo del conjunto de los miembros. Cuando alguien se enferma, de alguna manera está comunicando algo sobre los grupos en los que participa y la debilidad de los lazos que lo conectan con los otros miembros. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental puede entenderse como un fenómeno que surge de la dinámica intersubjetiva de un grupo familiar y, por lo tanto, comunica algo que aún no se ha formalizado en palabras, porque aún no ha accedido a la simbolización en el espacio de los vínculos familiares.

El enfermo puede ser visto como un mensajero que, de alguna manera, da voz a un problema emocional que involucra a su grupo familiar. De esta manera, se convierte en un *portavoz* que denuncia, a través de su sufrimiento, otro tipo de malestar que aún no ha logrado ser representado y nombrado, y que ha encontrado un camino y logró algún tipo de alivio en una expresión sintomática vectorizada por el miembro de la familia que se enferma<sup>8</sup>. Visto en este marco teórico, el enfermo es portador de la patología vinculante del grupo al que pertenece.

En este contexto, no siempre es el miembro más débil y vulnerable del grupo el que manifiesta la enfermedad. A veces sólo el que ha encarnado un drama pertenece al grupo familiar y a su trama vinculante consciente. Pichon-Rivière sostiene que el enfermo es el miembro más fuerte de la organización familiar, elegido precisamente porque se ha convertido en el depositario de gran parte de los conflictos no resueltos del grupo, asumiendo para sí mismo una responsabilidad que debería ser reconocida por todos por igual. El individuo afectado por el trastorno mental se convierte así en el *chivo expiatorio* de su grupo familiar. Se reconoce que se trata de un concepto clave para comprender las raíces del sufrimiento psíquico grave y persistente. Al no soportar ya la *deposición* masiva del grupo, el miembro más sensible de la familia sucumbe a la enfermedad<sup>8,9</sup>, con la que, paradójicamente, denuncia el malestar familiar no reconocido, que lo convierte en mártir y víctima sacrificial de la familia<sup>8</sup>.

Una de las formas contemporáneas más destacadas en las que se puede manifestar la patología de los lazos familiares es la drogadicción. En una sociedad excluyente y regida por el consumismo y el individualismo extremo, el uso abusivo de sustancias psicoactivas puede considerarse una forma de obtener un placer inmediato que favorece la evitación del

sufrimiento. Aunque esta promesa nunca se cumple realmente, la tentación de obtener una solución mágica a las complicaciones de la vida es considerable.

Además de dar espacio a un tipo de pensamiento omnipotente y que cumple deseos, eminentemente regido por el proceso primario, el uso de drogas también puede adquirir un significado adicional de representar una forma de subversión, desafío y transgresión de las normas vigentes. Este comportamiento tiene un impacto negativo en la salud física, psíquica y social del usuario, por lo que es esencial delinear un análisis del contexto vinculante familiar y sociocultural que subyace a la aparición de los síntomas de la drogadicción, libre de juicios morales e intenciones salvacionistas.

La recuperación del usuario de drogas se ve favorecida por las intervenciones que tienen como objetivo construir una red de apoyo que incluye a la familia, los grupos comunitarios y los amigos. El fortalecimiento de las redes de apoyo social está directamente relacionado con la recuperación de la salud física y mental del individuo más vulnerable a una situación de crisis<sup>7</sup>.

Ya existe una considerable tradición establecida en la aplicación de grupos para abordar los trastornos por uso de sustancias. La sociedad actual se caracteriza por el individualismo y el debilitamiento de los vínculos sociales, que imponen modos de subjetivación que acercan a las personas a experiencias de extrema impotencia y soledad<sup>9</sup>. Este individualismo se basa en la búsqueda del placer inmediato, con la máxima evitación del dolor mediante la incorporación de objetos cuyo consumo satura ilusoriamente el deseo humano, tamponando la carencia, dando al individuo una falsa sensación de plenitud narcisista. La incorporación física reemplaza el requisito de la elaboración simbólica. Es como si el *tener* garantizara ilusoriamente el paso al *ser*<sup>9</sup>.

Las promesas vinculadas a la posesión de determinadas marcas, automóviles y dispositivos electrónicos, como *laptops* y teléfonos celulares, se rigen por la misma lógica que regula el consumo de drogas. Esta dinámica de funcionamiento promete que el dolor de existir puede curarse cuando el individuo incorpora objetos dotados de materialidad, especialmente cuando se trata de sustancias que prometen maximizar el disfrute<sup>9</sup>. El uso de la droga garantiza al sujeto una vía rápida para escapar de situaciones dolorosas y angustiosas, es decir, ofrece un escape, un atajo bioquímico a una realidad sentida como desalentadora e insoportable, que induce al sufrimiento y amplifica el sentimiento de impotencia.

Por otro lado, la posesión del objeto-droga impide que el individuo se dedique a la búsqueda de su propia satisfacción, es decir, evita el contacto con la carencia estructurante y las necesidades del ser, produciendo un profundo aislamiento afectivo y alienación social. El universo de las drogas tiene como característica la fuerte presencia y el encierro en un presente eternizado, con el no reconocimiento del pasado y una notable indiferencia hacia el futuro. Es pertinente recordar que, en estas circunstancias, el vínculo insustituible no es con el otro, sino con la sustancia, que usurpa el lugar del objeto que falta y, por lo tanto, borra el dolor de la incompletitud estructural que es propia del ser humano.

La creación de vínculos es necesaria en todas las formas de comunicación, pero requiere tiempo para estructurarse de forma estable en los casos de personas en tratamiento. Además, en la mayoría de los casos, con el paso del tiempo, la persona busca ayuda al frustrarse en la relación con el artefacto químico, lo que no siempre garantiza que tenga una comprensión de los daños que la dependencia promueve. En tales casos hay una experiencia de romper la *luna de miel* con la droga<sup>10</sup>.

Cuando el sujeto que hace un uso crónico de sustancias encuentra un lugar en el que se siente comprendido y no criticado, y en el que puede ser percibido por el otro sin tener que ser el mismo, su sentido de la amenaza puede ser apaciguado y su sentido de la libertad se amplifica. La sociedad está enferma y con esto, promueve ciertos arreglos vinculantes que han estado contribuyendo masivamente al empeoramiento de la enfermedad emocional. Por esta razón, el dispositivo de grupo ha sido muy apreciado y valorado como una posibilidad de construir lazos más sanos, favoreciendo el montaje de una red de apoyo que verticaliza las

configuraciones de vínculos sanas. El vínculo es la principal herramienta de trabajo terapéutico y, por lo tanto, es el mejor aliado del tratamiento. Sin una atención especial a la trama vinculante no se puede hablar de resultados duraderos para los problemas que son eminentemente humanos y por lo tanto vinculantes<sup>11</sup>.

En un grupo terapéutico ofrecido en el CAPSad, los participantes pueden reconocer el espacio vinculante como un recurso de ayuda, en el que todos pueden participar con sugerencias, acciones y afectos que estimulan la gestión y resolución compartida de conflictos<sup>11</sup>. En el grupo operativo, en su vertiente de técnica de intervención, hay un dispositivo que está en sintonía con los paradigmas actuales de la salud y la educación, al establecer al sujeto en el centro de su proceso de aprendizaje, como sujeto y protagonista activo en la producción de su salud, a través de la construcción colectiva de conocimientos y sentidos que dan significado a la experiencia humana<sup>12</sup>.

El CAPSad puede entenderse como un lugar diferente y más apropiado que el hospital psiquiátrico para el tratamiento de la adicción, pero los pacientes pueden seguir teniendo dificultades para sentirse seguros y pertenecer a espacios distintos de los tradicionalmente asociados a su enfermedad, debido a la influencia del modelo manicomial anterior al establecimiento de la Atención Psicosocial<sup>13</sup>.

En la medida en que se sienten bienvenidos y pertenecen al grupo, los individuos entienden que tienen un lugar en el CAPS, en la familia y en la sociedad. También se dan cuenta de que su participación en el grupo no es algo dado y fijo, ni tampoco es para siempre, ya que el grupo es un organismo dinámico y temporal, sujeto a constantes metamorfosis que pueden cambiar su composición continuamente. Los miembros del grupo también pueden experimentar cambios, ya que entran en contacto con nuevos sentimientos y emociones, lo que permite acceder a nuevas formas de ser y estar en el mundo.

La dependencia química debe tratarse como una condición crónica que extrapola los contornos de un problema médico. Se trata de un fenómeno de salud y, simultáneamente, de un problema social, caracterizado por un estado mental y físico que resulta de la interacción distorsionada del usuario con el objeto de su compulsión. Este objeto puede materializarse en forma de alcohol y/u otras sustancias con efecto psicoactivo<sup>14</sup>.

En el caso de la drogadicción, la persona sufre de su incapacidad de estar sola y, al mismo tiempo, por presentar dificultades de relacionarse con el otro. Por ello puede buscar en la sustancia psicoactiva la satisfacción que no puede obtener de una relación real y genuina, pero sin pagar el precio de los supuestos riesgos asociados a la intimidad, ya que el contacto con la realidad en su dimensión de alteridad se vive como insoportable<sup>15</sup>. Es como si, en la adicción a un objeto, hubiera un intento de defenderse de la dependencia de otro ser humano. El extremo de este modo *adicto* de relacionarse es representado por una devoción apasionada al *objeto-droga*, justificando una relación fusional con el otro que, en esta unión en la que se disuelven los límites del yo, ya no se considera en su otredad y singularidad<sup>15</sup>.

La diferencia entre la dependencia química y la adicción radica en el hecho de que la dependencia se centra en la relación del individuo con la sustancia psicoactiva. La adicción se refiere a la subjetividad del individuo y a su propia forma de relacionarse más allá del uso de la sustancia en sí. Así pues, la comprensión del fenómeno de la adicción desde la perspectiva de las configuraciones vinculantes es fundamental para llevar a cabo intervenciones poderosas con los usuarios de sustancias psicoactivas, tanto en grupos como en la modalidad individual, proporcionando una mirada sensible que va más allá de las percepciones de sentido común y que, por lo tanto, es capaz de ofrecer refugio al sufrimiento de esas personas y medios para alentarlas a desarrollar sus recursos para la transformación.

Dada la importancia de trabajar con grupos para fortalecer los vínculos saludables, una diversa gama de intervenciones grupales conforma el repertorio de prácticas realizadas en la atención prestada en los CAPSad. Parte de estas intervenciones está bajo la responsabilidad de

profesionales de la psicología. En este contexto, es relevante saber cuál es la percepción de estos profesionales acerca del trabajo realizado.

Los profesionales que actúan en la lógica de la Atención Psicosocial necesitan tener una visión integral en su acción comunitaria, de acuerdo con el modelo recomendado por la política de salud, que reconoce a CAPSad como el principal elemento articulador de la red de atención a los dependientes químicos junto con el Sistema Único de Salud (SUS)<sup>7</sup>. Las personas que tienen problemas de uso indebido de sustancias suelen quedar excluidas de una vida social digna y, por lo tanto, necesitan intervenciones que también aborden sus dificultades para establecer y mantener relaciones sanas, estables y duraderas.

Teniendo en cuenta la importancia de promover reflexiones sobre la importancia de las configuraciones vinculantes en la atención terapéutica para los usuarios del CAPSad, especialmente los vínculos establecidos con el equipo de salud, este estudio tuvo por objeto examinar la percepción de los profesionales de la psicología sobre la asistencia ofrecida a los usuarios de alcohol y otras drogas.

## MÉTODO

Se trata de una encuesta descriptiva-exploratoria, realizada en el primer semestre de 2018, en el contexto del CAPS Alcohol y otras Drogas (CAPSad). Participaron en el estudio profesionales de la psicología que trabajaban con el equipo interdisciplinario en los referidos CAPS en cuatro municipios de la región noroeste del Estado de São Paulo: Ribeirão Preto, Sertãozinho, Santa Rita do Passo Quatro y São Joaquim da Barra. Los criterios de elegibilidad de los participantes fueron: ser un profesional con una relación de trabajo formal con la institución y actuar como coordinador de grupos con pacientes diagnosticados con trastornos por uso de sustancias.

El enfoque elegido para llevar a cabo la investigación fue cualitativo, con el uso de la entrevista semiestructurada, aplicada individualmente en una sala reservada del servicio. Como técnica de recogida de datos, la entrevista permite obtener datos sobre los más diversos aspectos de la vida social y subjetiva del individuo. En el caso de las entrevistas semiestructuradas, se observa que ofrecen una mayor flexibilidad, lo que permite al entrevistador aclarar el significado de las preguntas y adaptarlas a los entrevistados y a las circunstancias específicas en que se desarrolla la conversación<sup>16</sup>.

El guion utilizado para llevar a cabo la entrevista semiestructurada se componía de preguntas que trataban de conocer las percepciones de los participantes sobre la asistencia ofrecida, la trayectoria del tratamiento y los entornos vinculantes que prevalecen en los usuarios de alcohol y otras drogas. Las entrevistas fueron grabadas en audio y las grabaciones fueron posteriormente transcritas en su totalidad y literalmente, constituyendo el *corpus* de la investigación.

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la construcción de categorías temáticas, basadas en las transcripciones literales de las declaraciones de los entrevistados. Los informes se presentaron al Análisis Temático, que siguió el modelo propuesto por Bardin<sup>17</sup>.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación (CAAE: 84147518.5.0000.5512; Opinión número: 2.577.592). En la realización del estudio se respetaron todos los preceptos éticos, tal como se determinó en la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Las entrevistas sólo se consumaron después de la coordinación de los CAPSad y la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado por parte de los participantes. Se aseguró el anonimato sustituyendo sus nombres reales por códigos, que iban de [P1] a [P7], siendo la letra P la inicial de la palabra "participante", y el número posterior asociado al orden temporal en que se realizó la entrevista.

## RESULTADOS

En el estudio participaron siete psicólogos, en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre 29 y 56 años, casados y que se habían graduado entre cinco y 35 años atrás. A partir del análisis del *corpus* de investigación se construyeron tres categorías temáticas: *Participación de la familia en el tratamiento*, *Dificultad de adherencia al tratamiento*, y *Drogadicción como síntoma del vínculo enfermo*, presentadas a continuación.

### **Participación de la familia en el tratamiento**

Tomando como punto de partida la idea de que la familia es de vital importancia en la constitución de la vida subjetiva del sujeto, los participantes en este estudio entienden que la presencia de familiares y/o personas cercanas a los usuarios en el espacio de tratamiento es una pieza fundamental en la atención de la salud mental. La relevancia que se atribuye a la participación de personas de la vida familiar del usuario en los grupos celebrados en el CAPSad es evidente en el discurso de los entrevistados:

*[...] La comorbilidad, principalmente, cuadros psicóticos que harían necesario que el miembro de la familia esté presente [...]* [P6].

*[...] La familia también es muy importante... El apoyo familiar [...] es importante para poder crear este vínculo con la familia, para concienciar a la familia. Creo que tenemos que estar todos juntos [...]* [P7].

Aunque están de acuerdo en que la inclusión de los familiares de los usuarios aporta beneficios al tratamiento, los encuestados también mencionaron algunos obstáculos a esta participación:

*[...] las familias ya no... Han intentado varias formas de ayuda y no ha habido respuesta del paciente.* [P7].

*Los miembros de la familia también traen muchas dificultades a los servicios, en el sentido de que querían que las cosas fueran muy rápidas. Se pusieron en la posición de querer salvar a ese hijo, a ese marido. Por lo tanto, es una carga muy grande para ellos. Eso también necesita ser mirado, ¿verdad? Porque es muy fatigoso para los miembros de la familia, por eso también hay que ver cómo se ponen en esa relación con la sustancia, de todos modos.* [P6].

*[...] personas que están todo el tiempo con cambios de humor, eh, y también problemas familiares.* [PS3]

En la mayoría de los casos, los vínculos que el usuario mantiene con el núcleo familiar se rompen en el proceso de instalación de la dependencia de la sustancia psicoactiva, y los que logran preservar los lazos familiares suelen mantener relaciones permeadas por el estrés y la ambivalencia emocional. Así, según la percepción de los entrevistados, las familias suelen presentarse desgastadas y desacreditadas en cuanto a su posibilidad efectiva de adherirse al plan terapéutico y lograr transformaciones positivas durante el curso del tratamiento, especialmente ante las recaídas que suelen acompañar a esta trayectoria. La dependencia, como otros trastornos crónicos, tiene un curso inestable y sinuoso, altos y bajos, que a veces culminan en recaídas en el síntoma, lo que es más previsible en este escenario.

En la percepción de los participantes, cuando un individuo se enferma, los miembros de su familia, directa o indirectamente, se enferman juntos. Cuando este proceso es cronificado y dura mucho tiempo, tiende a predominar el clima de desesperanza y falta de credibilidad en el cambio. El escepticismo se instala porque los miembros de la familia suelen estar expuestos a situaciones crónicas de conflicto y degradación, y tienen dificultades para encontrar las soluciones que anhelan para aplacar los conflictos y remediar la fragilidad de los vínculos.

Los entrevistados también señalan que las frustraciones y el desgaste persistente potencian los sentimientos de angustia, cansancio y desánimo. Así pues, las molestias que se experimentan de manera recurrente terminan por dejar a todos en una situación de marcada vulnerabilidad. Para que el entorno familiar sea saludable, con pautas de relación menos tóxicas, es necesario que haya una red de apoyo que asegure la acogida y el suministro de instrucciones, que deben estar permanentemente a disposición de los usuarios y los miembros de la familia. La mejora del entorno familiar se produce cuando la familia finalmente recupera la vitalidad de sus fuerzas restauradoras y puede ofrecer activamente apoyo y comprensión a sus miembros más vulnerables, sirviendo de inspiración positiva al individuo adicto a drogas. Al incluir el contexto familiar en el cuidado integral del usuario, se pretende ayudar a la familia a recuperar su potencial para promover la madurez de sus miembros.

Los profesionales entrevistados entienden que el CAPSad, al cumplir su función institucional, funcionando como una red de apoyo tanto para el individuo como para la familia, puede ayudar a fortalecer los lazos familiares. Esto también beneficia la calidad de los vínculos establecidos con los profesionales del equipo de salud, así como con los demás usuarios del servicio. La potencialización de esos beneficios ayuda a crear condiciones más favorables para la adhesión al tratamiento, en la medida en que fomenta la sensibilización acerca de la verdadera magnitud de las dificultades que se enfrentan y el intercambio de responsabilidades. Esto se puede ver en los discursos de los participantes:

*[...] Creo que es la sensibilización, de todo este asunto que implica la salud mental, de poder guiar bien al paciente y poder hacer una buena conexión con él, bien estructurada y fortalecida hasta el punto de que realmente se adhiera al tratamiento. Así que, creo que el punto de partida es la sensibilización. [P7].*

*Como el grupo de dependientes es reciente, esperamos unirnos al grupo para poder empezar un grupo de parientes también. [P1].*

### **Dificultad de adherencia al tratamiento**

En el discurso de los entrevistados se puede observar que la falta de adherencia se destaca como un problema que puede convertirse en un punto crítico para la eficacia del tratamiento:

*[...] los pacientes que se ven obligados a venir, es muy difícil conseguir la adherencia. Por lo tanto, creo que la adherencia es nuestra mayor dificultad [...] [P1].*

*La mayor dificultad para el paciente, cuando trae la comorbilidad de la dependencia, es la adherencia al tratamiento [...] Creo que cuando tiene adherencia, el pronóstico es bueno [...] [P7]*

*[...] La mayor dificultad a la que nos enfrentamos, principalmente no tanto de comorbilidad, pero que están asociadas al uso de alcohol y drogas, es la adherencia. [...] Ahora, la mayoría no tiene el apoyo de la familia. Es esa familia la que ya lo abandonó. [...] [P2]*

Según la percepción de un entrevistado, uno de los factores que favorece la adherencia del tratamiento es la maximización del vínculo entre el usuario de CAPSad y el equipo multiprofesional:

*[...] Puede ser un lugar de vinculación social, y la idea es siempre ésta, que puede estar vinculada a otros, al personal, a los empleados y a otros pacientes. Es crear condiciones para que el sujeto pueda encontrar su camino. [PS5].*

Al considerar que el trastorno por consumo de sustancias es un problema de salud crónico, que implica un sufrimiento prolongado y persistente, los entrevistados admiten que las dificultades para cumplir el plan de tratamiento individual son un aspecto crítico de la atención, pero afirman que la vergüenza y los contratiempos forman parte de la trayectoria terapéutica de cada usuario. Los momentos de recuperación se alternan a menudo con retrocesos en el tratamiento, cuando el usuario vuelve a tener hábitos perjudiciales para la salud. Es necesario comprender la naturaleza de esos obstáculos y tener claridad al abordarlos con los usuarios y los miembros de la familia, tratando de construir soluciones compartidas para que se puedan superar las barreras.

Los entrevistados también destacaron que, cuando se trabaja con las configuraciones vinculantes, es fundamental pensar en ofrecer estrategias de grupo y talleres que favorezcan la socialización y la participación activa del usuario en el servicio. El reconocimiento de la necesidad de realizar un trabajo que favorezca el *setting* de grupo aparece en las entrevistas como un factor que facilita la adhesión al plan terapéutico:

*[...] E incluso, si hubiera los talleres, el estaría más adherido al psicólogo. Estaría más adherido al psicólogo y mejoraría el tratamiento, ¿sabes? [P4].*

Así pues, los entrevistados entienden que los grupos formados en los CAPSad contribuyen a potenciar las propiedades mutativas del proceso de vinculación, ya que las relaciones que se establecen entre los participantes y los profesionales, cuando se gestionan bien, pueden fortalecer los vínculos del grupo, abriendo posibilidades para el logro de *insight*, que es una condición "*sine qua non*" para la superación de los estereotipos y la aparición del cambio:

*[...] El propio paciente, que está en este grupo, en esta terapia, también comienza a internalizar el cuidado. [P4].*

### ***Drogadicción como síntoma del vínculo enfermo***

Los participantes identificaron como una dimensión pertinente del trabajo terapéutico la investigación de los inicios del vínculo que el adicto ha establecido con la sustancia psicoactiva y la forma en que se estructura su patrón de vínculo al entorno y al servicio:

*[...] a veces también es un poco complicado hacerles ver que la relación que tienen con la sustancia es el problema, no la sustancia en sí misma. Es esa relación con la sustancia la que tenemos que cambiar en el entorno en el que se insertan, ¿verdad? [P6].*

Este conocimiento permite encontrar formas más eficaces de intervenir terapéuticamente, según el testimonio de uno de los profesionales entrevistados:

*[...] Así que ese es el proceso, escuchar al sujeto. No atenerse a los fenómenos, al comportamiento, sino estar atento a su relación con su propia vida, con su familia, con los otros pacientes, con nosotros. Es un proceso en el que aprendemos a escuchar. [P5].*

Otro aspecto planteado por los participantes en el estudio fueron las condiciones sociales objetivas en las que el adicto a droga es miembro de su comunidad:

*[...] Todo se mezcla: los prejuicios, la dificultad familiar, la dificultad de mantener la abstinencia, la dificultad de relacionarse incluso con la propia sociedad. [P2].*

*[...] A veces ese es el tema del que te hablé hace un momento, la vulnerabilidad social que tienen, que a veces son personas que incluso viven en la calle. [P7].*

Los encuestados mencionaron que las barreras institucionales también forman parte de los vínculos con los enfermos, ya que actúan como barreras que comprometen la calidad y la eficacia de la atención, ya que debilitan los vínculos establecidos con la clientela de CAPSad. Los participantes consideran que es parte de su labor mantener la esperanza de que pueden ayudar al usuario a encontrar nuevas formas de relacionarse, ya que pueden invertir en la creación de vínculos más sanos capaces de fortalecer su red de apoyo, manteniéndolo inserto en su familia y su comunidad, de modo que pueda ser visto como un sujeto activo y responsable en su proceso de desarrollo, recuperando así su protagonismo como agente de transformación de su propia historia.

## **DISCUSIÓN**

La primera categoría analizada, denominada *Participación de la familia en el tratamiento*, mostró que la percepción de los psicólogos entrevistados en este estudio acerca del apoyo familiar corrobora los datos reportados en otro estudio, los cuales señalan que “la familia es fundamental para el tratamiento de la dependencia química, ya que es el enlace que une a los miembros con las diferentes esferas de la sociedad y que se relaciona con el desarrollo saludable o no de sus miembros”<sup>18</sup>. No obstante, los profesionales han identificado barreras que restringen esta participación, privando al usuario de sus posibles beneficios.

En este estudio, la percepción de los entrevistados indica que la familia del consumidor de sustancias suele estar agotada cuando siente el agotamiento de sus recursos para hacer frente a la situación, lo que la hace escéptica acerca de su propio potencial para influir positivamente en la evolución del tratamiento. La actitud de desacreditar el poder mutativo del tratamiento se hace más evidente ante las situaciones de crisis provocadas por las recaídas, que en aras de la verdad se esperan a lo largo del tratamiento<sup>7</sup>.

Este proceso, que tiende a ser prolongado, suele agotar las energías del sistema familiar y consume las esperanzas de todos los miembros, haciendo que aquellos que están más involucrados en la búsqueda de soluciones al problema sean especialmente vulnerables. Por esta razón, los psicólogos entienden que las familias necesitan recibir apoyo no sólo por la sobrecarga física y psíquica, sino también para que puedan fortalecer sus defensas y, a partir de este empoderamiento, adquirir condiciones objetivas para modificar la debilitada organización vinculante.

Así pues, al reflexionar sobre los desafíos de incluir a los miembros de la familia en el tratamiento, los participantes consideran que cuando los individuos son capaces de hacer una evaluación más realista del alcance y la profundidad de los desafíos a los que se enfrentan, hay más posibilidades de que no subestimen o sobreestimen la escala de este esfuerzo.

Los entrevistados consideran a la familia como el principal grupo de socialización, responsable de asegurar las condiciones para satisfacer las necesidades básicas del individuo. La familia también proporciona el primer contacto social que establece el ser humano, manteniendo un espacio de socialización y aprendizaje de reglas, costumbres, valores y conceptos. Este espacio de unión puede ser predominantemente saludable o patológico, dependiendo de las formas en que las personas privilegien la resolución de los conflictos que suscita la coexistencia.

Es en la dinámica de la vida familiar donde el individuo construye y permanentemente deconstruye y reconstruye su trama vinculante. Si la familia ofrece un contexto de relaciones e interacciones sanas, los vínculos establecidos por sus miembros tienden a ser genuinos y positivos, lo que refuerza los procesos de constitución de la subjetividad. Sin embargo, cuando la trama de vinculación intrafamiliar presenta rupturas, discontinuidades y conflictos difíciles de afrontar, el proceso de vinculación puede romperse y estructurarse de manera frágil y enfermiza. En este caso, las relaciones se vuelven tóxicas y disfuncionales.

Para los miembros más cercanos al familiar enfermo, las consecuencias de vivir con el adicto pueden manifestarse a través de síntomas físicos y psicológicos. Por esta razón, en la percepción de los entrevistados, la familia del usuario de drogas es un grupo vulnerable que también necesita atención y cuidados específicos<sup>18</sup>.

Los grupos que el individuo integra de forma natural en la vida cotidiana, como la familia y los colegas en el entorno laboral, alcanzan una posición privilegiada para que se pueda formular una comprensión de cómo las configuraciones de vínculos familiares se manifiestan en el funcionamiento psicológico del usuario. En este sentido, el conocimiento exacto de la dinámica vinculante es esencial para el tratamiento de las dificultades individuales<sup>7,8</sup>. Sin embargo, como observan los profesionales que participaron en este estudio, no siempre es posible contar con la presencia efectiva de los miembros de la familia en el contexto del tratamiento.

La segunda categoría analizada fue la *Dificultad de adherencia al tratamiento*. Los factores relacionados con la no adherencia del usuario al plan terapéutico establecido por el equipo de salud constituyen un elemento crítico que se destaca en las declaraciones de los participantes. Cabe señalar que la falta de una postura de colaboración del usuario se considera un problema crónico en la gestión del tratamiento, una expresión recurrente de resistencia que, si no se resuelve, puede convertirse en un obstáculo insuperable para la resolución del plan individual de tratamiento.

Se entiende por adherencia al tratamiento el grado en que el usuario del servicio sigue las recomendaciones de los profesionales de la salud y regresa al servicio manteniendo los principios del tratamiento indicado, ya sea de medicamentos o de comportamiento<sup>19</sup>. Cuando el individuo presenta una postura no colaboradora, que se traduce en dificultades para cumplir el plan de tratamiento individual, puede perjudicar su pronóstico, ya sea porque aumenta sus posibilidades de sucumbir a nuevos episodios de crisis y de respuesta a los síntomas, o porque la recaída puede debilitar aún más los lazos con los miembros de la familia y su entorno social, empeorando su situación de vulnerabilidad.

Los entrevistados también se refirieron a otro fenómeno recurrente en su práctica clínica, que es la alternancia de movimientos de señalización de posible estabilización con retrocesos, que pueden culminar en una recaída. Esta dinámica de altos y bajos expresa la resistencia a lo nuevo. Para entrar en contacto con lo nuevo, es necesario abandonar y decir adiós a lo viejo, lo que permite una comprensión renovada, pero al mismo tiempo genera ansiedad. Cuando esta ansiedad es intensa y excede la capacidad de control del sujeto, se convierte en paralizante y refuerza la resistencia al cambio. Por esta razón, el usuario recae en hábitos que son perjudiciales para la salud.

Esta inestabilidad probablemente acompañará al itinerario terapéutico de todos los usuarios, lo que hace que los resultados sean impredecibles, aumentando las posibilidades de

que se produzcan choques perturbadores del vínculo terapéutico. La volatilidad de los beneficios terapéuticos se observa con frecuencia en el escenario del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, lo que no significa que todos los esfuerzos anteriores hayan sido en vano. La persistencia y la tolerancia a la frustración son los mayores aliados del psicoterapeuta que se ocupa de contextos de incertidumbre e imprevisibilidad. La esperanza es la brújula más adecuada para pasar por los procesos de sostenimiento del camino del tratamiento.

Además de estas dificultades, los participantes informaron de que no siempre es posible contar con la colaboración de los familiares en el tratamiento. Esto ocurre por diferentes razones, que van desde la indisposición o animosidad con el miembro enfermo hasta la indisponibilidad por motivos de trabajo, la incompatibilidad de horarios, la acumulación de responsabilidades y tareas diarias, así como las limitaciones físicas y/o psíquicas de los cuidadores familiares, que a menudo se presentan al servicio impotentes y agotados en sus energías físicas y psíquicas<sup>19,20</sup>.

En lo que respecta al usuario, muchas personas que se enfrentan a una condición de dependencia pueden sentirse atrapadas en esta forma de ser<sup>10</sup>. Para hacerles frente, se requiere una intervención sistemática y planificada del equipo de salud. Es necesario que los profesionales de la salud estén disponibles para crear y reinventar sus estrategias de abordaje en cada etapa del tratamiento. También es fundamental que, a lo largo del proceso, estas estrategias esbozadas al principio puedan revisarse y reformularse, con flexibilidad para crear vínculos sostenibles basados en la tolerancia y la comprensión de los límites y posibilidades del usuario. De esta manera, es posible la aparición controlada de la angustia, que, cuando es acogida y comprendida por los profesionales, puede desencadenar el trabajo de elaboración psíquica.

Los entrevistados valoraron las intervenciones, programas y talleres basados en la estrategia de grupo. Esta percepción corrobora otro estudio, que indica que existen varios tipos y modalidades de grupo disponibles, destacando con más fuerza los que tienen como propuesta la mejora de los síntomas presentados por los miembros, en intervenciones dirigidas a la resolución de conflictos que plantean ansiedad y otros síntomas<sup>21</sup>. Para lograr este objetivo es importante que el terapeuta pueda ejercer adecuadamente su papel de liderazgo en la coordinación del grupo, fortaleciendo su condición simbólica de garante y guardián de las esperanzas depositadas por los miembros.

La tercera categoría analizada se denominó *Drogadicción como síntoma del vínculo enfermo*. En una lectura ampliada del fenómeno, la drogadicción también puede considerarse un síntoma del malestar de la sociedad contemporánea, que se caracteriza por el incentivo al individualismo desenfrenado y se guía por la búsqueda del placer inmediato, con una marcada intolerancia al mínimo del malestar. Se busca a toda costa evitar el dolor psíquico mediante la incorporación de objetos que aplacan la angustia<sup>9</sup>. La adopción de maniobras evasivas crea un patrón de conducta en la que la descarga de impulso es prioritaria, en detrimento del principio de realidad y de la capacidad de reflexión y elaboración de la experiencia.

Así, el uso recurrente de sustancias sigue la misma lógica que mueve los engranajes de la sociedad de consumo: una respuesta socialmente aprendida, según una lógica según la cual todo dolor puede ser apagado o anestesiado con la incorporación indiscriminada de objetos y analgésicos químicos. En este caso, cada persona elige su *objeto-droga* preferido, un lugar que puede o no estar ocupado por una sustancia psicoactiva. Las sustancias llaman la atención porque prometen facilitar el camino hacia el mayor y más pleno disfrute, eliminando la incomodidad causada por la castración simbólica a la que todos los sujetos deben ser sometidos y que constituye la marca inevitable en los humanos.

En el mito de la libertad absoluta de elección, se defiende que el hombre es libre de elegir, pero sin dejar de consumir, porque esta sería la única forma posible de satisfacer sus necesidades básicas. Esta libertad, paradójicamente esclavizante, se paraliza en la expresión

ambivalente del dependiente, que se convierte en cautivo de un patrón vinculante tóxico y autodestructivo. Por esta razón, al delinear las pautas de tratamiento, se deben dirigir los esfuerzos a comprender la forma en que estos individuos se conectan con la vida, las personas y las drogas, porque esta comprensión hace más inteligible el tipo de vínculo establecido con el equipo y el tratamiento en general<sup>12</sup>.

La ruptura de los vínculos con el mundo del trabajo aparece en las declaraciones de los entrevistados, a veces como factor causal, a veces como consecuencia principal de la perniciosa escalada del proceso de dependencia, lo que apunta a la cuestión de que el usuario acumula gradualmente daños físicos, psicológicos y sociales, a medida que la droga adquiere prioridad en su vida y comienza a asumir una posición de centralidad en su vida cotidiana<sup>6</sup>. El estigma social que lleva el individuo es otra barrera que le dificulta competir por un trabajo o incluso conseguir un trabajo mejor. La baja calificación profesional y el desempleo crónico son componentes recurrentes en la trayectoria de la vida del usuario, contribuyendo a desestabilizar la organización familiar, y pueden desencadenar crisis que agraven la vulnerabilidad e intensifiquen el sufrimiento psíquico.

Las múltiples rupturas que experimenta el usuario amplifican la sensación de discontinuidad de su proceso vital, estableciendo una fractura en su mundo psicosocial, lo que contribuye a perpetuar las dificultades crónicas para hacer frente de manera madura y flexible a las exigencias de la realidad. Sin embargo, no hay que perder de vista la capacidad del sujeto para asumir el protagonismo de su vida, siempre que reciba el estímulo y el apoyo adecuados para que pueda recuperar su poder y el control personal sobre los acontecimientos de su vida<sup>21,22</sup>.

El trabajo del psicólogo en este escenario debe basarse en la escucha atenta de lo que el sujeto está comunicando, entendiendo que también envía mensajes en forma encriptada a través de sus síntomas. Al descifrar estos mensajes latentes, buscamos entender los patrones de comunicación y apego por los que se configuran sus relaciones con el medio y su propia subjetividad<sup>23,24</sup>.

Los encuestados reconocieron que las barreras institucionales contribuyen a debilitar los vínculos, actuando como barreras que comprometen la eficacia terapéutica de la atención y creando vínculos de empatía con el usuario del CAPSad. Las barreras identificadas abarcan una amplia gama, entre las que podemos destacar: la formación profesional basada en concepciones moralizantes, naturalizantes y estigmatizantes, todavía fuertemente inspiradas en el modelo biomédico<sup>25,26</sup>; la desarticulación de la red de servicios disponibles; los problemas locales que implican principalmente una dinámica de trabajo sobrecargada; la escasez estructural de equipamientos de salud y la falta crónica de recursos y de inversiones en el sector de la salud<sup>27-29</sup>.

## CONCLUSIÓN

En este estudio se realizaron entrevistas a profesionales de la psicología que trabajaban en cuatro CAPSad, a fin de conocer las percepciones sobre su trabajo con la población de consumidores de sustancias. Los resultados obtenidos confirman la importancia de trabajar con grupos en el CAPSad, ya que las pautas de las configuraciones vinculantes pueden evidenciarse y elaborarse mejor en el *setting* del grupo.

Los grupos operativos ofrecen resultados terapéuticos que favorecen el proceso de vinculación, pudiendo así abrir nuevos caminos para elaborar los conflictos y señalar posibilidades de resignificación para los usuarios del servicio. Al priorizar el trabajo en grupo, buscando contemplar los principios que han guiado los CAPSad desde su creación, el servicio cumple su función de proporcionar un espacio de atención integral y socialización, promoviendo la integración familiar y fomentando la autonomía de sus usuarios.

Para los entrevistados, la comprensión por parte de los profesionales de las necesidades del usuario del servicio que está siendo tratado por causa de la drogadicción debe basarse en

la comprensión de la relación peculiar que establece con la sustancia, es decir, se debe priorizar la forma en que el sujeto se vincula con su *objeto-droga* de consumo. Comprender los aspectos inconscientes de la relación especial que se establece entre el usuario y la droga, entendiéndola como un modelo de vínculo enfermo, significa considerar la adicción como un síntoma que puede tratarse mediante el manejo psicoterapéutico. Trabajar el vínculo en lugar del síntoma ayuda a evitar que los comportamientos disfuncionales del usuario de drogas se conviertan en el blanco de juicios prejuiciosos y actitudes moralizantes. De esta manera, también se puede favorecer el vínculo entre el usuario y el servicio que ofrece el tratamiento y, en consecuencia, se puede ampliar considerablemente la oportunidad de experimentar una historia de éxito en la lucha contra la adicción.

En las declaraciones de los entrevistados, la participación de los familiares desempeña un papel fundamental en la dirección del tratamiento de las personas con problemas de abuso de sustancias. Sin embargo, cuando esa inclusión no es eficaz en la práctica, el plan de tratamiento propuesto para abordar los problemas de vinculación que se plantean en la drogadicción puede verse perjudicado y es posible que no se alcancen los objetivos fijados.

Otro posible obstáculo que destacaron los entrevistados se refiere a la dificultad para adherirse al tratamiento. Un intento prometedor de hacer frente a estas barreras identificadas por los participantes ha sido el fortalecimiento de la red de apoyo y protección creada por el CAPSad.

De esta manera, el servicio puede situarse en la posición de articulador privilegiado de los recursos comunitarios disponibles, ya que prioriza estratégicamente el trabajo realizado en grupos, en redes y en el territorio, que tienen como objetivo reforzar los vínculos establecidos por el usuario con el equipo del servicio. Al trasladar al usuario del lugar de la soledad individual a la solidaridad de la confrontación colectiva, CAPSad contribuye a construir una nueva relación con las drogas, la familia y la sociedad.

Este estudio tiene limitaciones, como la reducción de la muestra y el diseño transversal, sin posibilidad de generalización. Por otra parte, los resultados obtenidos contribuyen al avance de los conocimientos producidos sobre la asistencia psicológica en el marco del CAPSad, además de proporcionar pistas pertinentes para fomentar futuras investigaciones.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional sobre Drogas [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional Antidrogas; 2005 [citado en 25 ene 2019]. Disponible en: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental.pdf)
2. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. Cien Saude Colet. [Internet]. 2015 [citado en 25 ene 2019]; 20(2):395-406. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0395.pdf>
3. Ministério da Saúde (Br). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado en 25 ene 2019]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/pns_alcool_drogas.pdf)
4. Fernandes WJ. A importância dos grupos hoje. Rev SPAGESP [Internet]. 2003 [citado en 25 ene 2019]; 4:83-91. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v4n4/v4n4a12.pdf>
5. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. 2ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986. p. 35-50.
6. Svartman B. Transubjetividade, sociedade atual: a importância das redes de apoio. Rev SPAGESP [Internet]. 2003 [citado en 01 feb 2019]; 4(4):29-36. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v4n4/v4n4a05.pdf>
7. Souza J, Kantorski L, Mielke F. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2006 [citado en 01 feb 2019]; 2(1):1-17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-csc-20-02-0395.pdf>

8. Carniel IC. Possíveis intervenções e avaliações em grupos operativos. Rev SPAGESP [Internet]. 2008 [citado em 01 fev 2019]; 9(2):33-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v9n2/v9n2a06.pdf>
9. Carniel IC, Figueiredo MAC. O Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO) de Enrique Pichon-Rivière. Rev Cient Eletr Estácio [Internet]. 2018 [citado em 13 mar 2019]; 11:169-78. Disponível em: <http://estacioribeirao.com.br/revistacientifica/arquivos/revista11/13.pdf>
10. Brasiliano S. A adolescência e as drogas: reflexões para o profissional que atua com jovens e familiares. Vínculo [Internet]. 2006 [citado em 24 fev 2019]; 3(3):56-64. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1806-24902006000300007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1806-24902006000300007)
11. Trinca RT, Sanches MV, Carvalho FA, Hochgraf PB, Ely P, Brasiliano S. Antropofagia e sustentabilidade: vínculos em mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Vínculo [Internet]. 2013 [citado em 23 fev 2019]; 10(1):14-21. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v10n1/a04.pdf>
12. Pereira TTSO. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. Rev SPAGESP [Internet]. 2013 [citado em 18 fev 2019]; 14(1):21-9. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v14n1/v14n1a04.pdf>
13. Terada DP, Celidonio NB, Silva ECS, Ávila LA. O desafio da drogadição. Vínculo [Internet]. 2012 [citado em 23 fev 2019]; 9(1):27-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v9n1/a05.pdf>
14. Favaro F, Paula SR. Dependentes químicos: o perfil da abstinência de drogas. Health Sci Inst. [Internet]. 2012 [citado em 31 mar 2019]; 30(1):41-3. Disponível em: [https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01\\_jan-mar/V30\\_n1\\_2011\\_p41-43.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p41-43.pdf)
15. Santi PLR. Sobre as adições: a incapacidade de estar só. IDE [Internet]. 2009 [citado em 31 mar 2019]; 32(48):215-9. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ide/v32n48/v32n48a24.pdf>
16. Gil AC. Como delinear um levantamento. In: Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ed. São Paulo: Atlas; 2008. p. 111-128.
17. Bardin L. Organização da análise. In: Bardin L. Análise de conteúdo. 3ed. São Paulo: Edições 70; 2011. p. 95-102.
18. Braun LM, Dellazzana-Zanon LL, Halpern SC. A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. Rev SPAGESP [Internet]. 2014 [citado em 14 mar 2019]; 15(2):122-44. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n2/v15n2a10.pdf>
19. Borba LO, Maftum MA, Vayego SA, Mantovani MF, Felix JVC, Kalinke LP. Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [citado em 15 mar 2019]; 52:e03341. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03341.pdf>
20. Carniel IC, Moreira AP, Gonçalves Neto F, Gonçalves L, Antonio L, Vitrani L. As representações do familiar cuidador em relação ao cuidado em saúde mental. Saúde Transform Soc. [Internet]. 2015 [citado em 22 mar 2019]; 6(3):76-87. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265345667009>
21. Campos-Brustelo TNC, Bravo FF, Santos MA. Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [Internet]. 2010 [citado em 01 fev 2019]; 6(1):1-11. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/07.pdf>
22. Barros ML, Calmon TF, Santos MA, Rigobello LX. Uma experiência de grupo operativo em um centro de atenção psicossocial: construindo novas possibilidades. In: Santos MA, Simon CP, Melo-Silva LL, organizadores. Formação em psicologia: processos clínicos. São Paulo: Vetor; 2005. p. 235-53.
23. Santos MA, Scatena L, Ferriani MGC, Peres RS. Grupo operativo com adolescentes em um núcleo da assistência social: a questão da identidade de gênero. Rev SPAGESP [Internet]. 2015 [citado em 03 ene 2019]; 12(1):51-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v12n1/v12n1a08.pdf>
24. Santos MA, Scatena L, Dias MGRO, Pillon C, Miasso AI, Souza J, Petean EBL, Zanetti ML. Grupo operativo com professores do ensino fundamental: integrando o pensar, o sentir e o agir. Rev

- SPAGESP [Internet]. 2016 [citado en 03 ene 2019]; 17(1):39-50. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n1/v17n1a05.pdf>
25. Furlan V, Ribeiro SFR. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Vínculo [Internet]. 2011 [citado en 23 feb 2019]; 8(1):22-9. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v8n1/a05.pdf>
26. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. Psicol Cienc Prof. [Internet]. 2008 [citado en 30 mar 2019]; 28(3):632-45. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>
27. Larentis CP, Maggi A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a psicologia. Aletheia [Internet]. 2012 [citado en 30 mar 2019]; 37(1):121-32. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a09.pdf>
28. Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPSI, CAPSAD, CAPS III) do estado de Santa Catarina. Saúde Debate [Internet]. 2015 [citado en 25 mar 2019]; 39(107):1105-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>
29. Ribeiro JM, Moreira MR, Bastos FI, Inglês-Dias A, Fernandes FMB. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2016 [citado en 25 ene 2019]; 21(1):71-81. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01105.pdf>

### CONTRIBUCIONES

**Isabel Cristina Carniel** fue responsable de la orientación, concepción, diseño, análisis, interpretación de resultados y redacción. **Tamys Duran** y **Ana Carolina da Silva Oliveira** colaboraron con el estudio bibliográfico, recogida, análisis, interpretación de datos y redacción. **Sandra Cristina Pillon** actuó en el análisis y la revisión. **Manoel Antônio dos Santos** contribuyó a la concepción, diseño, análisis e interpretación de los resultados, redacción y revisión.

### Como citar este artículo (Vancouver)

Carniel IC, Duran T, Oliveira ACS, Pillon SC, Santos MA. Percepción de los profesionales de Psicología sobre la asistencia ofrecida a los usuarios de los Centros de Atención Psicosocial. REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 1X):575-589. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

### Como citar este artículo (ABNT)

CARNIEL, I. C.; DURAN, T.; OLIVEIRA, A. C. S.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Percepción de los profesionales de Psicología sobre la asistencia ofrecida a los usuarios de los Centros de Atención Psicosocial. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, p. 575-589, 2020. Supl. 1. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

### Como citar este artículo (APA)

Carniel, I. C., Duran, T., Oliveira, A. C. S., Pillon, S. C. & Santos, M. A. (2020). Percepción de los profesionales de Psicología sobre la asistencia ofrecida a los usuarios de los Centros de Atención Psicosocial. REFACS, 8(Supl. 1), 575-589. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.