



Programa Ambulatorio Intensivo en Consumo Problemático: Análisis de un modelo posible.

Autorxs	Contacto	DNI
Lucas Tosi	lucastosi1984@gmail.com	31.264.040
Patricia Cocco	patricocco@gmail.com	30.568.723

Eje: Consumos problemáticos.

Palabras clave: programas ambulatorios; consumos problemáticos; salud mental.

El presente trabajo se asienta en la síntesis de una experiencia de 10 años respecto de la implementación de un programa ambulatorio intensivo para el abordaje de personas que padecen consumos problemáticos en la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Para realizar esta síntesis se establecieron tres ejes temáticos: 1) concepciones del programa en relación a la problemática abordada; 2) características del programa de tratamiento (componentes y fases); y 3) desafíos y fortalezas del programa. Los ejes seleccionados se vinculan a las concepciones del programa referidas a los consumos problemáticos como problema del campo de la Salud y de la Salud Mental, al diseño de un sistema terapéutico especializado en el campo de los Consumos Problemáticos de tipo biopsicosocial, intensivo y ambulatorio, y la importancia del fortalecimiento de los programas ambulatorios como estrategia válida frente a programas residenciales. El objetivo del trabajo fue sintetizar la trayectoria de 10 años de un programa ambulatorio intensivo para el tratamiento de personas con consumos problemáticos. Esta experiencia se estructuró contemplando los tres ejes señalados con la pretensión de articular aspectos conceptuales, prácticos y técnicos, así como también plantear líneas futuras de desarrollo del programa ambulatorio. Para dicha síntesis y estructuración, además de los tres ejes, se consideraron experiencias de programas ambulatorios intensivos internacionales (programa ambulatorio intensivo Matrix) y nacionales (Dispositivo Pavlovsky), sus características, componentes y fases. Se sintetizó como un modelo posible de programa de tratamiento intensivo ambulatorio en el abordaje de las personas con



consumo problemático, se describieron y analizaron los 7 componentes de relación interdependiente y afectación mutua: componente individual; componente familiar o de red de apoyo; componente grupal; psicofarmacológico; clínico-médico; componente tallerístico; reunión de equipo. Así como también se analizaron las 5 fases del programa: Fase de proceso de admisión; Fase Inicial de tratamiento; Fase intermedia de tratamiento; Fase de cierre; Fase de sostén o mantenimiento.

Se espera que la síntesis y análisis del programa presentado pueda visibilizar la importancia del desarrollo y fortalecimiento de los programas ambulatorios como estrategia válida de tratamiento; así como también orientar futuras investigaciones y contribuir al desarrollo de intervenciones y enfoques de investigación que puedan abordar otras variables a ser analizadas sobre los programas de tratamiento de los consumos problemáticos en sus distintas modalidades.



1. Introducción.

El intento de síntesis de la trayectoria de 10 años respecto de la implementación de un programa ambulatorio intensivo para el abordaje de personas que padecen consumos problemáticos en la ciudad de Mar del Plata, se llevó a cabo contemplando que en el campo de los Consumos Problemáticos se han implementado dispositivos terapéuticos estandarizados, con una sobrevaloración de la experiencia personal para intervenir (rol del recuperado), una baja en la calidad de atención (Pavlovsky, 2019), y asentados en las figuras caricaturescas del adicto mentiroso (Capece, 2007). A ello se les suma la baja accesibilidad relacionada a procesos socio-culturales de estigmatización y auto-estigmatización; la estructuración del sistema de salud mental; el peso de los hospitales psiquiátricos en la cultura de la atención; la relativa disponibilidad de servicios ambulatorios e intermedios; y las condiciones de precarización socio-laborales de los profesionales insertados en el campo. Factores que han trabajado en términos de barreras de acceso a la atención del campo de la Salud Mental (Carpintero, 2010; Kohn, 2013).

La concepción del programa de tratamiento presentado en relación a los consumos problemáticos como problema del campo de la Salud y de la Salud Mental, y lo referido tanto al diseño de un sistema terapéutico especializado en el campo de los Consumos Problemáticos de tipo biopsicosocial, intensivo y ambulatorio, se enmarca en la comprensión del campo de los Consumos Problemáticos como parte integrante del campo de la Salud Mental. Lo cual implica la conciencia de la eliminación de la Y como símbolo de desarticulación y disociación histórica (Boccalari, 2013; Trimboli 2022) entre ambos campos abriendo paso a procesos de integración en los que progresivamente se consideren saberes científicos-profesionales. Y a su vez el reconocimiento de la compleja inclusión de los consumos problemáticos en el campo sanitario (de Lellis et al., 2011), después de procesos históricos e institucionales de invisibilización y marginalización de este problema de salud. Procesos caracterizados por el abandono de espacios de disputa simbólica y material del campo de los Consumos Problemáticos a actores sociales, políticos e institucionales no pertenecientes a los colectivos científicos-profesionales de la Salud Mental. Un ápice de esto es reflejado por la ausencia de atención de calidad de aquellas personas con consumo problemático. La persecución penal, policial y el abandono profesional, han otorgado indirectamente la ocupación a otros actores sociales y civiles (Pavlovsky,

2020).

2. Concepciones del Programa de Tratamiento.

Desde la síntesis efectuada de la trayectoria del programa se detalla que se entienden a los trastornos adictivos en base a una perspectiva compleja, es decir, en términos bio-psico-socio-existenciales. Proponiendo una modalidad de tratamiento que viabilice la recuperación basada en el buen trato y no en el miedo. Estableciéndose entre la persona, su red socio-afectiva y el equipo de trabajo un objetivo de cambio direccionado tanto al cese del consumo de sustancias como al aumento en la calidad de vida consecuencia de la construcción paulatina de experiencias de sentido.

Los trastornos adictivos se conciben en un contexto socio-adictivo que evidencia el estatus de mercancía de toda sustancia psicoactiva (legal o ilegal) en el marco de la sociedad de mercado. Se interpretan al conjunto de los trastornos adictivos como padecimientos bio-psico-socio-existencial con dos elementos centrales. Por un lado, el elemento relacionado a la exposición por vía del autoengaño, y por otro el elemento de la desvitalización por vía motivacional. Asimismo, tales trastornos presentan un espectro sintomático triádico: ansiedad, psicosis, depresión. Se insiste en la concepción de este tipo de trastornos como padecimientos de salud. No como vicios.

Las concepciones del programa se encuentran influenciadas por planteos desarrollados en programas como el Modelo Matrix. Diseñado durante los años 80 se fundamentó en numerosos enfoques terapéuticos, incorporando en su modelo aquellos métodos empíricamente comprobados y puestos en práctica. Su modelo de tratamiento incorporó elementos de los enfoques sobre prevención de recaídas, la perspectiva cognitivo-conductual, estrategias de psicoeducación y familiares, aportes de la entrevista motivacional, así como el programa de apoyo de los 12 pasos (Zarza González et., 2011; Zarza González et., 2013). Además, otra influencia relevante se vincula a la experiencia nacional llevada adelante por Dispositivo Pavlovsky. Marcada por la búsqueda de una atención que contemple la complementariedad de procedimientos terapéuticos provistos por las distintas disciplinas, la corresponsabilidad, la atención profesionalizada, los tratamientos multi-componentes y la no evaluación de la efectividad del tratamiento únicamente en relación la abstinencia de la sustancia (NIDA, 2010; Pavlovsky, 2019).

3. Características del programa de tratamiento: Componentes y Fases.

El programa de tratamiento se fundamenta en el establecimiento de un sistema de trabajo terapéutico especializado en el campo de los trastornos adictivos, es de tipo psicosocial, intensivo y ambulatorio y se lleva adelante en una institución privada de la ciudad de Mar del Plata. Se pretende que los componentes que conforman el sistema se encuentren en constante comunicación. Los componentes son siete (7) y sostienen una relación interdependiente y de afectación mutua. Estos son:

1. *Componente Individual:* compuesto por sesiones de psicoterapia individual especializada en consumos problemáticos de frecuencia semanal (a cargo de Licenciados en Psicología).
2. *Componente Familiar:* se realizan sesiones de asesoramiento familiar con frecuencia semanal y quincenal (coordinado tanto por psicólogos como por operadores socio-terapéuticos); sesiones vinculares/familiares (comúnmente en formato de co-terapia); sesiones de evaluación de proceso (intervención a cargo de diada o tríada terapéutica con el usuario y red de apoyo o familiares para evaluar el proceso, re-pautar objetivos, ajustar plan de tratamiento); grupos de red (psicoeducación, apoyo, contención); y grupos multifamiliares (alta movilización afectiva con alivio dramático, se infunde clima esperanzador y realista, y se inducen experiencias de alto impacto emocional desde el respeto y el buen trato).
3. *Componente Grupal:* grupos terapéuticos co-coordinados por Licenciados en Psicología, con una duración de 2 (dos) horas y una frecuencia semanal. Son grupos semi-estructurados en los que se intercalan 3 (tres) ejes de trabajo terapéutico: 1) experiencias subjetivas significativas y asociadas al consumo problemático; 2) estrategias de prevención de recaídas; y 3) co-construcción de conciencia de enfermedad y aprendizaje de habilidades comunicacionales/sociales y de regulación emocional.
4. *Componente Psicofarmacológico:* evaluación y diagnóstico a cargo de Médico Psiquiatra con orientación especializada en adicciones, e implementación de esquema farmacológico, de ser considerado necesario; así como el seguimiento y ajustes del plan de acuerdo a la evolución del usuario.
5. *Componente Clínico médico:* articulación con recursos externos (profesionales e institucionales) con el fin de contar con los controles de salud generales recomendados, evaluación cardiológica, tratamientos odontológicos y seguimientos

nutricionales; así como también evaluación y seguimiento por parte de otros médicos especialistas en caso de ser necesario como diabetólogo, neumonólogo o neurólogo.

6. *Componente Tallerístico*: se efectúan 2 (dos) talleres de frecuencia semanal con una duración de 60 minutos por encuentro. Taller de Arte (focalizado en la construcción y el autodescubrimiento de distintas modalidades de expresividad) y Taller de Meditación (focalizado en el aprendizaje de técnicas de respiración y relajación para la mejora del registro corporal-emocional y la gestión efectiva del craving).

7. *Componente de Reunión de equipo*: Se lleva a cabo de forma semanal con una duración de 3 (tres) horas con la presencia de todos los integrantes del dispositivo. Incluso pasantes y personal con funciones administrativas. En la misma se realiza supervisión horizontal y co-visión de los planes de tratamiento de cada usuario, así como también de las intervenciones realizadas y a realizar; se organizan y planifican tareas y actividades con la participación de cada uno de los miembros del equipo.

A los 7 (siete) componentes presentados le corresponden las 5 (cinco) fases que se describen a posteriori del primer contacto. Cabe aclarar que se exceptúa de la consideración de fase de tratamiento el primer contacto, este se efectiviza en un formato de pre-entrevista. Los consultantes se ponen en contacto con el programa a través de dos líneas telefónicas habilitadas de lunes a viernes de 8 a 21 hs o por mensaje privado mediante las redes sociales (Facebook e Instagram) o a través de un mensaje enviado al sitio web de la institución (fundacionmayeutica.org.ar) o por derivación de colegas o instituciones médicas o de tratamiento especializado en consumos problemáticos.

Una vez realizado el contacto y habiendo tomado los datos del consultante en la pre-entrevista telefónica, se coordina una primera entrevista que tendrá lugar en el transcurso de esa misma semana; se pide al interesado que asista al encuentro con un familiar o miembro de su red de apoyo socio-afectiva.

1. *Fase Proceso de Admisión*: se realizan al menos tres entrevistas, las mismas las llevan adelante psicólogos o psiquiatras del equipo, de acuerdo a la disponibilidad horaria de lunes a sábados de 7 a 21 hs. En las dos primeras entrevistas se indaga sobre: motivo de consulta, tratamientos previos, si existe riesgo cierto e inminente, áreas vitales (familia, trabajo, tiempo libre y ocio), motivación del paciente para iniciar un tratamiento, estadio de cambio, red de apoyo socio-afectiva, predisposición y



disponibilidad de la misma a participar de los espacios de tratamiento. En el tercer encuentro, entrevista de devolución, participan dos integrantes del equipo tratante, el usuario y los familiares o parte de su red socio-afectiva (amigos, compañeros de trabajo) que lo hayan acompañado en las entrevistas previas. En este encuentro se realiza la propuesta del plan de tratamiento, se describen los espacios y los objetivos de los mismos, se plantea el encuadre y condiciones de tratamiento y si el consultante y su familia están de acuerdo se firma un contrato de acuerdo terapéutico, condiciones y pautas para que se viabilice de la mejor manera el tratamiento. Se entrega una copia por escrito tanto del contrato terapéutico como del plan de tratamiento con detalle de los días y horarios de los distintos espacios, así como también nombres completos y teléfonos de los integrantes del equipo tratante. En algunos casos, de considerarlo necesario (por ejemplo si existen dudas por parte del paciente respecto de poder cumplimentar algunas de las pautas o condiciones propuestas) se acuerda con el paciente y red socio-afectiva de apoyo un período de admisión más prolongado (30 días), luego de los cuales se realiza nuevamente una entrevista con el consultante, red socio-afectiva y equipo tratante para evaluar la posibilidad de pasar a una Fase inicial de Tratamiento o de considerarlo pertinente realizar una indicación de derivación a un Dispositivo de mayor intensidad terapéutica: Casa de Medio día o Internación en Comunidad terapéutica. Cada una de las decisiones que se toman en el tratamiento son dialogadas previamente y consensuadas en las reuniones de equipo.

2. Fase Inicial de tratamiento: inicia luego de que se han acordado con el usuario e integrante de su red de apoyo que haya asistido a las entrevistas del proceso de admisión, plan de tratamiento, pautas y condiciones. Esta fase inicial tiene una duración aproximada de 6 a 8 semanas, aunque puede extenderse de considerarlo necesario. Esta etapa tiene como objetivos: 1) iniciar y desarrollar un proceso terapéutico individual; 2) tomar contacto y entrevistar a aquellos referentes de la red de apoyo socio-afectiva que el usuario proponga para que participen del tratamiento, evaluar quiénes se adecuan a las condiciones de acompañamiento y empezar a trabajar con ellos en los diferentes espacios propuestos (espacio de asesoramiento familiar, grupos de red y grupos multifamiliares); 3) comenzar a trabajar con el usuario y referente acompañante pautas de cuidado y estrategias para que pueda evitar el consumo y pedir ayuda de manera asertiva en situaciones donde podría existir riesgo de consumo; 4) realizar entrevista de evaluación psicofarmacológica con el psiquiatra

de la institución y si fuera así considerado iniciar plan farmacológico indicado; 5) indicar chequeo médico general y cardiológico.

3. *Fase Intermedia de tratamiento*: luego del período inicial del tratamiento se sostienen aquellos espacios pensados para tal fase y se incluyen en esta etapa nuevos espacios de participación para el usuario. En esta etapa se plantean como objetivos para el usuario: 1) iniciar y sostener participación de los grupos terapéuticos semanales; 6) iniciar y sostener el tiempo que se considere necesario el acompañamiento terapéutico, de formar parte este de su plan de tratamiento; 7) iniciar y sostener participación en espacio de habilidades sociales y de comunicación; 8) iniciar y sostener participación en alguno de los talleres propuestos; 9) trabajar en los distintos espacios estrategias de prevención de recaídas, así como también entrenar tanto al usuario como a su red socio-afectiva acompañante sobre cómo actuar en caso de que el paciente manifieste deseos de consumir, exista riesgo de consumo o suceda una recaída; creemos en este punto fundamental trabajar sobre el pedido de ayuda y la comunicación asertiva tanto con el paciente como con su red.

4. *Fase de cierre (de tratamiento intensivo ambulatorio)*: se incluye un protocolo de Cierre, que logramos implementar con los usuarios que cumplen las condiciones para ello. Esta fase inicia a partir de cumplimentadas ciertas condiciones que detallamos en el Protocolo de cierre tales como: 12 meses de abstinencia global sin recaídas; inserción laboral o académica; resolución de problemas vitales; entrenamiento general y específico tanto del usuario como de los miembros de la red en el afrontamiento efectivo de situaciones asociadas al padecimiento adictivo; afrontamiento activo de situaciones de exposición; chequeo y evaluación con el psiquiatra de la institución; proyecto personal de sentido; planificación de esquema de continuidad terapéutica. La etapa inicia cuando el equipo tratante se lo comunica al usuario y su red de apoyo en un encuentro destinado a ello y tiene una duración de entre 60 y 90 días.

5. *Fase de sostén o mantenimiento*: esta etapa inicia luego de que se cumplimentaron los 60-90 días de la etapa de cierre y se personaliza de acuerdo a lo acordado entre el equipo tratante y el usuario durante la fase anterior. Entre las posibilidades que puede elegir el usuario dentro del programa de tratamiento de la Fundación se encuentran: espacio de psicoterapia individual, seguimiento y control psicofarmacológico y la participación en un grupo de sostén o mantenimiento coordinado por psicólogo, en el cual la propuesta de trabajo con los usuarios se asemejaba más a la de un grupo

psicoterapéutico donde se busca sostener los objetivos alcanzados en relación a la problemática de los consumos. Además se trabajan diferentes áreas vitales que se encuentran afectadas o necesitan mejorar.

4. Desafíos y Fortalezas.

Se enumeran a continuación los desafíos identificados durante el trabajo de síntesis:

- a) Articulación con el eje psicofarmacológico; escasa participación en los espacios de intercambio del médico psiquiatra.
- b) Evaluación inicial deficitaria (proceso de admisión acotado, no alcanza para realizar una evaluación exhaustiva y de mayor consistencia).
- c) Estructuración por demás flexible del tratamiento.
- d) Auto-cuestionamiento parcial.
- e) Cierta indiferenciación de roles.
- f) Implementar espacios formativos para el equipo de trabajo.

Acto seguido, se enumeran las fortalezas identificadas:

- a) Multiplicidad de intervenciones.
- b) Respeto y buen trato.
- c) Trabajo en equipo (en construcción) con distribución horizontal del poder.
- d) Experiencia especializada en el campo.
- e) Abordaje personalizado e inclusivo.
- f) Intencionalidad de fundamentación empírica del tratamiento ofrecido.

Respecto de lo expuesto hasta aquí se subrayan elementos plausibles de integrar a la brevedad:

- a) Mayor incorporación de herramientas tecnológicas.
- b) Instaurar mecanismos de retroalimentación con pacientes, familiares y otros agentes (ej. pasantes) respecto al tratamiento ofrecido.
- c) Sistematización de recogida de datos con el objetivo de impulsar a mediano plazo investigaciones en el área.

5. Conclusiones.

La presentación de la síntesis y análisis del programa visibiliza la importancia de la gestión y el fortalecimiento de los programas ambulatorios como estrategia válida de tratamiento entre las opciones existentes. Nos invita a pensar en la posibilidad de desarrollar futuras investigaciones y contribuir a la reflexión e implementación de



intervenciones en este nivel de atención. Abordando por un lado nuevas variables a ser analizadas en referencia a los programas de tratamiento de los consumos problemáticos, y por otro, encauzando respuestas terapéuticas que se apoyen en la investigación, el buen trato, la accesibilidad, y la atención humanizada.

Bibliografía:

- Boccalari, P. (2013). Salud Mental y Adicciones. Rev. Estrategias, Psicoanálisis y Salud Mental; año 00, no. 1. Repositorio Institucional de la UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30574>
- Capece, J (2007). Terapia cognitiva con pacientes adictos. En: Baringoltz, S. Terapia cognitiva: del dicho al hecho. Buenos Aires: Polemos.
- Carpintero, E. (2010). El poder en el campo de Salud Mental. Rev. Topía Nro. 58, Abril, 2010. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/argentina-del-bicentenario-poder-campo-salud-mental>
- de Lellis, M; et al (2011). Normativas de Salud Mental y Adicciones. Análisis comparado de la legislación nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ponencia presentada en la Facultad de Ciencias Sociales. IX Jornadas de Salud y Población. Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Junio de 2011.
- Kohn, R. (2013). La brecha de tratamiento en la región de las Américas. Documento Técnico. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es
- National Institute of Drug Addiction (2010). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. NIDA InfoFacts. Recuperado de: www.drugabuse.gov.ar/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf.
- Pavlovsky, F (2020). El dispositivo Pavlovsky para el tratamiento de los consumos problemáticos. Manual de trabajo. Cap 1. Accesibilidad de los pacientes con consumo problemático al sistema de salud. Noveduc libros.
- Pavlovsky, F. (2019). Tratamiento ambulatorio intensivo. Elementos para el abordaje grupal de personas con consumo problemáticos de sustancias. Cap. 2. Tratamiento ambulatorio intensivo. Ed, Noveduc. Buenos Aires.
- Trimboli, 2022. CLASE. Consumos problemáticos. Clase Nº 9. Diplomatura universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental. Recuperado: 17/05/2022. Asociación Argentina de Salud Mental. Buenos Aires.
- Zarza González, M. J., Obert, J. L., Rawson, R. A., Palau Muñoz, C., Perelló del Río, M. J., Sánchez Máñez, A., & Cortell Cortell, C. (2011). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo.
- Zarza González, M.J., Martí Esquitino, J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D. (2013). Modelo Matrix: Manual del terapeuta. Versión revisada de: Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta. Versión Española financiada por Fundación para la Formación y la Investigación Sanitarias en la Región de Murcia.