

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado: Artículo Científico

Tratamiento de Base Comunitaria (TBC): Dispositivos Humanizantes
Emergentes

Community-Based Treatment (CBT): Emerging Humanizing Devices

Docente Tutor/a: Prof. Titular Juan E. Fernández Romar
Docente Revisor/a:

Autor: Gabriel Colombo
Montevideo, Octubre de 2018

Resumen

El Tratamiento de Base Comunitaria (CBT en inglés) comprende una variedad de prácticas para abordar problemáticas humanas de todo tipo en el entorno comunitario y junto con los miembros de las comunidades como recurso para brindar un servicio integral desde un enfoque Biopsicosocial, en particular en referencia a salud mental, consumo problemático de drogas y sus circunstancias asociadas como la exclusión social grave. Entre sus principios el CBT propone que es valioso y productivo incluir a los sujetos en los procesos de su propia recuperación.

En este artículo se presenta un punteo de los orígenes de este tipo de dispositivos, una selección de las diferentes variaciones que han surgido de los mismos a lo largo del planeta para incidir en multiplicidad de problemas complejos, la exposición de sus bases teóricas y metodológicas a través del metamodelo ECO2 para el abordaje en situaciones de sufrimiento social y el análisis de las principales limitaciones y obstáculos detectados en su implementación.

Se concluye promoviendo más investigación en esta área y señalando la importancia de la integración y articulación de todas las partes involucradas en el desarrollo de los dispositivos además de la adecuada financiación para su correcto funcionamiento.

Palabras clave: **Tratamiento de Base Comunitaria – Consumo Problemático de Drogas – Sufrimiento Social**

Abstract

Community Based Treatment (CBT) comprises a variety of practices to address human problems of all kinds in the community setting and together with the community members as a resource to provide a comprehensive service from a Biopsychosocial approach, particularly in reference to mental health, problematic drug use and its associated circumstances such as serious social exclusion. Among its principles, CBT proposes that it is valuable and productive to include subjects in the processes of their own recovery.

In this article we present a summary of the origins of CBT, a selection of the varied models that have surged throughout the planet to influence a multiplicity of complex problems, then there's the exposition of its theoretical and methodological bases through the ECO2 metamodel for the betterment of situations of social suffering and the analysis of the main limitations and obstacles detected in CBT implementation.

The article concludes by promoting more research in this area and pointing out the importance of the integration and articulation of all the parties involved in the development of the devices in addition to the adequate financing for their proper functioning.

Keywords: Community Based Treatment - Problematic Drug Consumption - Social Suffering

Introducción

El Tratamiento de Base Comunitaria (CBT) comprende los dispositivos diseñados para el abordaje de problemáticas a nivel comunitario cuyo funcionamiento incorpora la noción de que los individuos están ligados y definidos en parte por su entorno, cotidianeidad y el interrelacionamiento con sus pares, por ende las acciones que promueven los dispositivos de CBT suelen concretarse dentro de las mismas comunidades y usualmente contando con el apoyo de miembros de la comunidad como uno de sus recursos.

El CBT se ha desarrollado extensivamente con el propósito de abordar el consumo problemático de drogas y sus condiciones asociadas, pero a lo largo del mundo se han adaptado modelos de este tipo desde sus inicios para trabajar con comunidades afectadas por enfermedades crónicas y/o epidemiológicas y varias problemáticas en materia de salud mental. Una de las ventajas del CBT es que suele presentar una buena relación de costo-beneficio en comparación con otros sistemas más dependientes en cuidado hospitalario.

Algunas de las prácticas y principios clave que caracterizan los modelos de CBT incluyen el respeto por la dignidad y los derechos humanos, la promoción de la participación informada y voluntaria en los tratamientos y un diseño que pretende minimizar la irrupción de la vida social y laboral a través de un enfoque integral que asimile las necesidades de las personas, teniendo en cuenta factores como salud, familia, educación, empleo y situación de vivienda. (UNODC, 2014)

El CBT comprende un enfoque Biopsicosocial que intenta brindar la mayor deferencia posible a las necesidades de cada paciente particular, este concepto está ligado a un importante cambio de paradigma que presenta el CBT con respecto a los propósitos del tratamiento y lo que se considera efectivo. (Galanter & Kleber, 1997)

Dicho cambio es visible en cuanto al concepto de cura, a través de la rehabilitación social, las políticas de reducción de daños y el trabajo en la comunidad con el CBT no se persigue la noción de curar a los individuos, librarlos de una enfermedad particular, sino que se reconoce el sufrimiento a nivel individual y colectivo y se pretende abordar su disminución organizando y empleando los recursos del individuo y de la comunidad.

En el CBT se promueve la inclusión de las personas de la comunidad con la que se trabaja en el mismo diseño de las intervenciones, reconociendo que el desarrollo de los servicios debe estar moldeado por un contacto directo con los intereses de la comunidad, se espera que esto naturalmente produzca un incremento en el apoyo por parte de sus miembros. (UNODC, 2014)

En este tipo de dispositivos se prioriza la accesibilidad para los usuarios, que sea posible llegar al tratamiento a través de cualquiera de los puntos de accesos al sistema, ya sea directamente desde la comunidad o desde los servicios hospitalarios y que dichos puntos estén correctamente integrados y comunicados entre sí para optimizar el acceso y las referencias dentro de los programas. (UNODC, 2014)

Otro factor determinante en el CBT es el reconocer la importancia que representa el apoyo social como variable a la hora de desarrollar un tratamiento efectivo, en Galanter y Kleber (1997) se analiza un estudio realizado por Booth, Russell, Soucek y Laughlin (1992) en el que se evaluó la influencia del apoyo social en el tratamiento del alcoholismo en el marco hospitalario. Como resultado las variables más importantes que se presentaron fueron el apoyo del contexto terapéutico y el de la familia y amigos, se encontró que el apoyo social funciona como predictor de recaídas y reingreso al tratamiento, los niveles más altos de apoyo se correlacionaron con mayor distancia entre reingresos y también se observó que el valor que los pacientes le adjudicaban al apoyo social aparenta ser independiente de la cantidad de

hospitalizaciones previas.

También en el CBT se aplica énfasis en la identificación de casos en la comunidad, desintoxicación ambulatoria y el tratamiento diario llevado a cabo en el propio entorno comunitario, en Galanter y Kleber (1997) se referencia una investigación realizada por Bachman, Batten y Minkoff (1992) en donde se evidenció la misma efectividad entre un programa de tratamiento diario en la comunidad y un programa tradicional hospitalario para el alcoholismo al menos luego de un plazo de 18 meses.

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés) promueven el CBT para el consumo problemático de drogas (UNODC, 2008), la WHO también fomenta la Rehabilitación Basada en la Comunidad (CBR en inglés) para personas con discapacidades (WHO, 2018) y recomienda un modelo balanceado de cuidado hospitalario y CBT para la salud mental. (Thornicroft & Tansella, 2003)

Orígenes del CBT

Como ejemplo interesante y particular de la historia del CBT se encuentra la historia de Geel, un poblado belga con una tradición de más de 700 años de cuidado terapéutico comunitario. A causa de cuestiones folklóricas y religiosas esta zona se convirtió en refugio, lugar de peregrinación y curación para aquellos afligidos en materia de salud mental, así creando la costumbre de que los habitantes del lugar acogieran en sus hogares a estos peregrinos en carácter transitorio o permanente, esta práctica se mantiene hasta tiempos actuales, habiéndose actualizado e integrado a los tratamientos contemporáneos locales. A destacar se encuentra el hecho de que la comunidad en Geel se presenta incluyente con sus pacientes, promoviendo su participación en la vida cotidiana del poblado, una posición

claramente distante de la marginación típicamente asociada a personas enfrentando este tipo de problemáticas. (Goldstein & Godemont, 2003)

Los prototipos del CBT surgen en Norteamérica y Europa después de la Segunda Guerra Mundial como respuesta a las corrientes de desmanicomialización que tuvieron lugar a partir de la segunda mitad del siglo XX. En EEUU a partir de mediados del siglo XIX comenzaron movimientos de “reforma moral” con respecto a la responsabilidad del Estado Federal en lo referido a las personas afligidas por condiciones mentales. Dicha situación condujo a la creación y organización de insituciones asilares, las cuales en el correr de un siglo alcanzaron niveles de sobrepoblación insostenibles, llegando a alojar a más de 550,000 personas en la década de 1950. En parte debido a los nuevos descubrimientos y apoyo en la farmacoterapia pero también por cuestiones políticas y económicas comenzó la desinstitucionalización. Desde aquí en el correr de las décadas se puede apreciar el desarrollo de una dificultosa inclinación hacia un enfoque de base comunitaria en políticas de salud mental, manifestado a través de una variedad de programas a pequeña y gran escala, muchos impulsados por organismos estatales y creados por medios legislativos. (Feldman, 2012)

Un ejemplo de las influencias y experiencias prototípicas de este movimiento se encuentra en la gestación de la Fountain House en Nueva York en la década de 1940 (Fountain House, 2011), una “casa club” o grupo de apoyo con una vertiente de rehabilitación psicosocial llevada a cabo por padecientes de enfermedades mentales. Los principios iniciales de esta organización se comparan favorablemente con la esencia del CBT, tratándose de un proyecto basado en asistir con el establecimiento de relaciones interpersonales, la reinserción social, combatir el estigma, reforzar la autoconfianza y el agenciamiento. (Feldman, 2012)

En Europa actualmente la mayoría de los países cuentan con servicios de salud

mental basados en la comunidad, aunque estos se encuentran más desarrollados en Europa Occidental y en particular en los Estados de mayor prosperidad económica (estos Estados eventualmente son los que destinan más fondos en general a la Salud Mental), tendencia que también se observa a nivel global. (Semrau, Barley, Law, & Thornicroft, 2011; Thornicroft, Deb & Henderson, 2016)

En el Reino Unido como resultado de la desinstitucionalización las clínicas de pacientes ambulatorios (los primeros servicios de este tipo comenzaron en 1930 (Coldefy, 2012)) se volvieron parte integral de la provisión de servicios psiquiátricos junto con la implementación de lo que se denominó “Cuidado Comunitario”, implicando prácticas como apoyo en la obtención de vivienda y servicios diarios basados en la comunidad con trabajadores sociales y enfermería de salud mental. (Killaspy, 2006)

En Francia la alta mortalidad de pacientes de instituciones psiquiátricas durante la Segunda Guerra Mundial transportó las condiciones deplorables de dichas instituciones al discurso público impulsando reformas, de las cuales una de las más importantes fue la sectorización de los servicios psiquiátricos a partir de 1960 (Coldefy, 2012), esta política:

abogó por la organización de los servicios hospitalarios públicos en una red geográfica de sectores, el “Sector Psiquiátrico”. El sector se convirtió en la unidad básica para la provisión de atención psiquiátrica del sector público, entregada y coordinada por equipos multidisciplinarios. Era para proporcionar una gama completa de atención y servicios que cubren todas las necesidades de atención de salud mental en un vecindario geo-demográfico determinado: prevención, atención, tratamiento posterior y rehabilitación. (Coldefy, 2012) (p. 3)

Hoy en día la mayoría de los pacientes psiquiátricos en Francia son monitoreados en carácter ambulatorio y estos servicios son coordinados desde Centros Médico-

Psicológicos (CMP) cuya ubicación se procura esté “lo más cerca posible al área de vivienda de los pacientes”. (Coldefy, 2012) (p3)

En Italia la desinstitucionalización se desarrolló de forma particularmente trascendental y radical, esta fue llevada a cabo por un movimiento militante llamado Psiquiatría Democrática, el cual tuvo como líder al psiquiatra Franco Basaglia (quien fue una figura influenciada e influyente a escala global en la reforma social de los tratamientos psiquiátricos a partir del siglo XX y del movimiento de la anti-psiquiatría), este comenzó sus denuncias de las condiciones de las instituciones psiquiátricas en 1961, lo que resultó en la Ley 180 (también llamada Ley Basaglia) puesta en marcha en 1978, este documento prohibió totalmente las admisiones involuntarias a hospitales a partir de ese momento. (Morzycka-Markowska, Drozdowicz y Nasierowski, 2015) Esta reforma también estableció la creación de servicios comunitarios para proveer cuidado psiquiátrico y actualmente en Italia se ha desarrollado extensivamente (aunque no se ha logrado instaurar de manera conforme y constante en toda la nación) el tratamiento ambulatorio, ejecutado a través de Centros Comunitarios de Salud Mental (CMHC en inglés) similares a los del sistema francés. (Coldefy, 2012)

Basaglia y sus seguidores implementaron y experimentaron con estrategias alternativas de tratamiento psiquiátrico en diferentes regiones de Italia desde la década de 1960, se pretendía que las instituciones funcionaran como centros de cuidado diurno y promover el involucramiento de la sociedad local en el cuidado a los pacientes por medio de una red de centros locales en los que se brindaba ayuda para buscar trabajo y vivir fuera de la institución, con un fuerte apoyo en la psicoterapia. (Morzycka-Markowska, Drozdowicz y Nasierowski, 2015)

CBT en el Mundo

Gracias a que el CBT conceptualmente está ingeniado para adaptarse, integrarse e incluir como parte de la rehabilitación a la misma comunidad cuyas problemáticas se pretende abordar, versiones de este tipo de tratamiento han surgido por todo el mundo al presentarse como una alternativa prometedora y conveniente para poblaciones de bajos recursos y difícil acceso a servicios de cualquier tipo de asistencia. A continuación se exponen algunos de los emprendimientos, abordajes y estrategias que han surgido a lo largo del planeta.

América

Como ejemplo de modelo de Tratamiento Comunitario se encuentra el Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT en inglés) definido según Morago (2006) como “un servicio de atención integral, prestado en la comunidad por un equipo multidisciplinar, para el tratamiento, apoyo y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas que no mantienen contacto regular con los servicios psiquiátricos ordinarios” (p. 8) Este fue desarrollado en la década de 1960 en el Instituto de Salud Mental Mendota en EEUU como resultado directo del anteriormente mencionado movimiento de desinstitucionalización. Inicialmente fue concebido para lidiar con casos de “puerta giratoria” (varias hospitalizaciones involuntarias sucesivas) en particular tratándose de pacientes con esquizofrenia crónica. Los servicios ACT se caracterizan por contacto frecuente y flexible con sus usuarios a través de encuentros domiciliarios o en el entorno comunitario (por ejemplo cafetería o parque) y se procura una baja proporción de miembros del equipo ACT por paciente para brindar el servicio más personalizado posible. (Morago, 2006)

También en Norteamérica, en Canadá en 1984 Paul Hanki desarrolló el Tratamiento

Comunitario Móvil (CMT en inglés) específicamente para abordar el consumo problemático de sustancias (primordialmente alcohol) en comunidades nativas. (Wiebe & Huebert, 1996)

En principio el CMT fue creado para facilitar la asistencia en esta temática a comunidades de bajos recursos y difícil acceso, el tratamiento es iniciado por una unidad móvil de profesionales de la salud y expertos en adicciones pero el funcionamiento de este modelo se apoya fuertemente en la iniciativa y participación de la comunidad. Para comenzar el abordaje se “mobiliza” a la comunidad contactando con sus líderes para determinar las expectativas del programa y cómo se llevará a cabo en cuanto a ubicación e infraestructura para realizar actividades grupales y sesiones de apoyo, también definir cómo se publicitaran los eventos para acercar a todo miembro de la comunidad que lo necesite. (Wiebe & Huebert, 1996)

En Perú se ha implementado una estrategia de CBT para el tratamiento de la Tuberculosis Multi-Resistente a Medicamentos (MDR-TB en inglés). En 1995 comenzó una iniciativa llamada Socios En Salud (SES) con el propósito de ofrecer una opción preferencial en servicios de salud para la localidad de Tincopa, un asentamiento en el Norte de Lima. SES fue iniciado por un pequeño grupo de promotores de la salud y enfermeros/as, quienes al descubrir la incidencia problemática de MDR-TB en la comunidad comenzaron su abordaje en conjunto con el Plan Nacional de Tuberculosis (NTP en inglés) de Perú. (Shin et al., 2004)

El tratamiento diseñado incluye como parte integral el esfuerzo de voluntarios de la comunidad (CHW en inglés) entrenados en Terapia de Observación Directa (DOT en inglés), estos voluntarios asisten con la complicada administración de la medicación para la MDR-TB y proveen seguimiento y apoyo psicosocial a los pacientes y su familia o entorno social inmediato, como parte del programa se ha brindado servicio

médico a dichos familiares de los pacientes y también asistencia en la obtención de alimento y sustento económico después del tratamiento, reconociendo que una de las causas de la propagación y prevalencia de la enfermedad son las condiciones de vida marginales. (Shin et al., 2004)

A partir de 1999 el plan (al inicio nombrado DOTS y luego DOTSpplus) ya abarcaba toda el área metropolitana de Lima y en 2004 sus servicios llegaron a alcanzar más de 1000 pacientes, habiendo comenzado con 10. Los pacientes principalmente están en contacto con el programa a través de visitas de los voluntarios DOT, pero eventualmente se cuenta con centros en la comunidad como infraestructura, con personal administrativo y el trabajo de profesionales en medicina y enfermería en constante contacto con el equipo DOT, incluso compartiendo las historias clínicas de forma digital se han utilizado los servicios de médicos a nivel internacional. La mayoría de los pacientes son referidos por los servicios del NTP pero los esfuerzos del programa DOTSpplus son vitales a la hora de identificar casos en la comunidad con una mayor posibilidad de tratamiento temprano. (Shin et al., 2004)

En Haití, partiendo de lo aprendido en programas como el DOTS y DOTSpplus para el tratamiento de la Tuberculosis y MDR-TB se lanzó un dispositivo para el abordaje del VIH apoyado principalmente en los esfuerzos de CHW. En el artículo Tratamiento Comunitario de la Infección Avanzada por el VIH: Introducción del Tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovíricos de gran potencia) (Farmer et al., 2001) se presenta una adaptación de la DOT para la distribución y administración de antiretrovíricos, medicación que por su elevado costo es difícil introducir a gran escala en zonas de bajos recursos, el DOT-HAART (en inglés) propuesto abordaría al menos parcialmente este problema al representar un menor costo por necesitar menos infraestructura para su implementación gracias al trabajo

ambulatorio de los CHW. (Farmer et al., 2001)

En Río Negro, Argentina en 1991 se promulgó una ley inspirada en la reforma psiquiátrica italiana prohibiendo los manicomios (de forma similar en la Ciudad de Santos en Brasil también se expandieron los servicios de salud mental comunitaria inspirándose en el modelo de la localidad italiana de Trieste (Rosen, O'Halloran y Mezzina, 2012)), desde entonces se reorganizaron los programas de salud mental con el renovado propósito de disminuir el “sufrimiento mental” por medio de la atención en crisis y la reinserción social. (Vicente et al., 1997) El seguimiento a los pacientes pasó a ser realizado a través de “visitas domiciliarias y reuniones grupales en el hospital (general) o espacios comunitarios, donde se incluyen referentes familiares, institucionales y de la propia comunidad”. (Vicente et al., 1997) (p. 755)

También se construyeron estructuras intermedias de vivienda transitoria para los usuarios de los servicios y con respecto a la reinserción laboral se realizaron “Emprendimientos Productivos a través de convenios con otras instituciones o de la organización de emprendimientos laborales (empresas sociales, emprendimientos cooperativos, etc.) gestionados por usuarios, familiares, trabajadores de salud mental u otras instancias comunitarias.” (Vicente et al., 1997) (p. 756)

En materia específica de abuso de drogas y marginación social se encuentra mucho desarrollo en el paradigma comunitario, sobre todo en los últimos tiempos. Con experiencias latinoamericanas se creó el metamodelo Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria (ECO2, cuya teoría y metodología se expondrán más adelante) (Milanese, 2016) bajo el cual se enmarca la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS), una “red de redes” que interconecta los esfuerzos de gobiernos, organizaciones desde locales a internacionales e instituciones tanto públicas como privadas. (RAISSS, 2018)

Uno de los emprendimientos asociados a la RAISSS es el programa Aleros de Uruguay en funcionamiento desde 2012, el mismo está destinado a personas de todas las edades y basado en la prevención, captación y abordaje del consumo problemático de drogas y condiciones asociadas así como también en articular y mejorar los servicios especializados en esta temática. (RAISSSa, 2018)

El programa se desarrolla progresivamente en varias zonas de Montevideo conectando los esfuerzos de entidades e instituciones gubernamentales y comunitarias (por ejemplo la Junta Nacional de Drogas, radios comunitarias, centros juveniles, asociaciones de vecinos, etc), consiste en recorridos por la vía pública y en los puntos de congregación de personas en situación de calle y usuarios problemáticos de drogas. En este proyecto no se pretende intervenir en carácter único y central en el consumo de sustancias, sino abordar integralmente las diferentes manifestaciones del sufrimiento ligadas a la exclusión social grave.

El trabajo comienza identificando los espacios, actores, líderes y las dinámicas relacionales de la comunidad, sus redes, para difundir el programa y buscar referentes barriales que faciliten y participen en el diseño y la implementación de intervenciones enfocadas en brindar asistencia básica, reducción de daños, promover la inclusión social y generar oportunidades laborales y educativas.

Una de las mayores dificultades detectadas al llevar a cabo el programa (además de la actitud represiva y moralista clásicamente asociada a esta temática y la necesidad de aún más articulación entre los organismos involucrados) fue que para ingresar al programa de tratamiento local se requiere el documento de identidad nacional, algo que obviamente muchas personas en contexto de exclusión social grave y consumo problemático no tienen o no tienen en regla, para realmente extender lo más posible el alcance del programa a quienes se pretende alcanzar sería necesario

bajar el umbral de acceso. (RAISSSa, 2018)

Otra de las actividades vinculadas a la RAISSS es el proyecto RED.30, ejecutado en el Centro de la Ciudad de Bucaramanga (zona con un alto índice de pobreza, delincuencia, consumo y venta de drogas y VIH) en Colombia y concebido por la Corporación Consentidos (Construcción de Sentido Humano, Social y Comunitario).

Este programa se basa en actividades móviles en la calle de prevención y reducción de daño similares al caso anterior pero también comprende un Centro fijo de Escucha (en inglés llamados Drop-In Center) donde los habitantes del lugar pueden recibir asistencia básica (salud, higiene, alimentación), derivaciones a tratamiento médico y psicológico si lo desean y también allí se brinda contención y se reciben demandas, uno de los propósitos más importantes del centro es incluir a la población en la discusión de las políticas públicas locales y los servicios sociales a los que acceden. (RAISSS, 2018b; Corporación Consentidos, 2008)

Africa

En Nigeria en 1954 surgió un dispositivo CBT para el cuidado psiquiátrico que representa una experiencia temprana y fascinante (comparable al ejemplo de la antigua ciudad de Geel). Al retrasarse la reconstrucción de un hospital psiquiátrico en la localidad de Aro, el Dr. Tom Lambo ingenió un sistema basado en que las personas afligidas por enfermedades mental se hospedaran (a cambio de una ínfima remuneración económica) en las casas de habitantes de villas cercanas a Aro, recibiendo tratamiento por parte de doctores y enfermeras y con un servicio continuo de emergencia alojado en Aro. (Rosen, O'Halloran & Mezzina, 2012) Sin embargo "Desafortunadamente este sistema, que los usuarios del servicio encontraron muy agradable y accesible, y que por lo tanto fue útil también para proporcionar una

intervención temprana eficaz, fue desmantelado cuando el hospital fue finalmente reconstruido” (p. 400)

En el artículo Cambios en los Resultados Programáticos Durante 7 Años de Ampliación en un Servicio de Tratamiento Antirretroviral Comunitario en Sudáfrica (Nglazi et al., 2011) se detalla un programa CBT para la administración de Terapia Antirretroviral (ART en inglés) para el VIH entre 2002 y 2009. En este dispositivo el cuidado a los pacientes es proveído por consejeros pares de la comunidad (comparables a CHW, la mayoría también con VIH y recibiendo ART), quienes a través de sesiones grupales y visitas domiciliarias individuales educan a los pacientes en el tratamiento y brindan apoyo psicosocial. El programa registró buena adherencia y continuidad de cuidado, aunque los resultados se vieron difíciles de mantener en la expansión del alcance. (Nglazi et al., 2011)

También en Sudáfrica, en la localidad de Khayelitsha a partir de 2007 se incorporó un diseño CBT (similar al caso anterior pero sin apoyo particular de CHW) para el diagnóstico y tratamiento de la DR-TB y MDR-TB, basado en mayor contacto y alcance de tratamiento a la comunidad. Entre 2008 y 2011 se observó un incremento en la notificación de casos e inicio de tratamiento y una disminución del período entre diagnóstico y comienzo de tratamiento, esto llevando a un mayor índice de supervivencia bajo análisis multivariado observado a lo largo de los años. (Cox et al., 2014)

En Etiopía se llevó a cabo una estrategia CBT similar a la anterior, en 2003 se inició un programa donde se entrena a mujeres de la comunidad como Trabajadoras de Extensión de la Salud (HEW en inglés, comparables a CHW), quienes apoyadas por promotores de la comunidad se dedican a la identificación e inicio de tratamiento para la Tuberculosis en el entorno comunitario. (Yassin et al., 2013) En la comparación

estadística de un período de 15 meses se detectó un incremento del 78% de la notificación de casos y una mejora en los resultados de tratamiento. “Las HEW reportaron satisfacción en el trabajo y comentarios positivos de parte de comunidad; Fueron motivadas para apoyar a sus comunidades y acogieron con beneplácito la capacitación y supervisión de campo de los supervisores de distrito” (Yassin et al., 2013) (p. 7)

En Excelentes Resultados Clínicos y Alta Retención en Cuidado Entre Adultos en un Programa de Base Comunitaria de Tratamiento del VIH en Ruanda Rural (Rich et al., 2012) se encuentra el análisis de un programa CBT para la administración de ART con el apoyo de CHW iniciado en 2005 involucrando 1041 pacientes durante sus primeros 24 meses de funcionamiento. Este programa brindó resultados positivos, luego de 2 años 961 (92.3%) pacientes continuaban adheridos al tratamiento. El diseño de este abordaje particular incorporó, además de visitas individuales y sesiones grupales comunitarias, unidades móviles de testeo de VIH, un incremento en presupuesto y personal para las clínicas ubicadas en las comunidades, apoyo financiero para transportarse a las consultas médicas (también una red de ambulancias por zona para pacientes particularmente afectados), apoyo nutricional por lo menos durante los primeros 10 meses, asistencia con la situación de vivienda y educación en casos de urgencia económica, capacitación laboral y por supuesto apoyo psicosocial continuado por parte de los CHW. Este nivel de seguimiento y cuidado eventualmente implicó un incremento sustancial en el costo por paciente, pero los autores lo consideran una inversión valedera teniendo en cuenta la buena respuesta al tratamiento (índice de mortalidad del 5%) y adherencia al programa. (Rich et al., 2012)

Asia

En De la investigación a la Expansión Nacional: 20 Años de Experiencia de Tratamiento Comunitario de la Neumonía Infantil en Nepal (Dawson et al., 2008) se documentan los prometedores resultados de varios programas CBT. Comenzando con una experiencia piloto con CHW en la década de 1980 en la localidad de Jumla, en la que se registró una disminución del 28% en la mortalidad en menores de 5 años.

Desde 1990 a la fecha del artículo Nepal vio una reducción del 50% en la totalidad de muertes de menores de 5 años (MD5) gracias a la implementación de varias iniciativas comunitarias. En 1991 se calculó que la neumonía era responsable de el 30% a 40% de las muertes en MD5, con tan sólo un 18% de los casos estimados llegando a los servicios de salud. Intentando expandir sobre el progreso registrado en Jumla, en 1993 el Ministerio de Salud nepalés formó un equipo técnico compuesto por personal estatal, especialistas locales y socios de la UNICEF y la WHO entre otros. Este equipo brindó entrenamiento y supervisión a mujeres voluntarias de la comunidad (FCHV en inglés, comparables a CHW) en lo referido al diagnóstico, monitoreo y administración de antibióticos por vía oral, el tratamiento es proveído por estas mujeres en conjunto con clínicas en la comunidad. Entre 2005 y 2006 el 56% de los casos esperados fueron tratados por este programa y en 2007 el programa llegó a cubrir 45 de los 72 distritos de Nepal, acercando el tratamiento a 69% de la población de MD5. (Dawson et al., 2008)

Las FHCV reciben una subvención del gobierno por su entrenamiento, pero los incentivos principales se consideran la elevación de status social que implica el agradecimiento de la comunidad (el programa fue muy bien aceptado por sus miembros) y el hecho de que muchas de las FHCV han perdido seres queridos a causa de la neumonía. (Dawson et al., 2008)

En China se utilizó el CBT para tratar el abuso de heroína. Desde la década de 1990 el gobierno chino abordó el consumo problemático a través de la criminalización del usuario y con centros de desintoxicación bajo el Programa de Rehabilitación de Drogas Obligatorio, los altos índices de recaídas de esta estrategia llevaron a la creación de un programa de manutención con metadona en 2004 el cual brindó mejores resultados, aunque tampoco abordó el aspecto social de la problemática, sobre todo teniendo en cuenta que en China el consumo de sustancias ilícitas se encuentra muy asociado al estigma social. (Zhang, Tan, Hao & Deng, 2017)

Como respuesta a esta faltante percibida en el tratamiento surgen iniciativas de CBT, a través de la integración de personal del Estado, personal policial, expertos en salud mental y trabajadores sociales se desarrolló un modelo de tratamiento basado en tratamiento farmacológico, psicosocial y asistencia social, así como también una campaña publicitaria de educación para la comunidad sobre la temática. (Zhang, Tan, Hao & Deng, 2017)

En el artículo Evaluación de un Modelo Integrado de Base Comunitaria para la Adicción a la Heroína en Pacientes Chinos (Zhang, Tan, Hao & Deng, 2017) se presentan los siguientes resultados en cuanto a un análisis estadístico incluyendo a 210 pacientes de 6 comunidades tratadas bajo el modelo CBT mencionado:

Se mantuvieron altas proporciones de concurrencia de participantes en el estudio a los 12 meses (91.9%) y en las visitas de seguimiento a los 24 meses (88.1%). El número de sujetos con morfina positiva disminuyó de 61.4% al inicio al 36.2% y 30.5% después de 12 y 24 meses, respectivamente. La tasa de criminalidad disminuyó de 32.4% al inicio del estudio a 2.2% y 1.6% después de 12 y 24 meses, respectivamente. El número de pacientes que fueron empleados aumentó de 24.3% al inicio del estudio a 37.8% y 50.8% después de 12 y 24 meses, respectivamente.

Los problemas relacionados con la adicción y el estado de salud mental mejoraron de acuerdo con el Índice de gravedad de adicción (ASI) y Lista de comprobación de síntomas-90 (SCL-90). Por lo tanto concluimos que este modelo de tratamiento de adicción a la heroína integrado en la comunidad es altamente factible con alta retención de tratamiento, menor consumo de drogas, menor índice de criminalidad, mejora de la salud y aumento del empleo. (p. 1)

En Japón una comunidad se organizó para abordar la incidencia (se estiman 30.000 por año) de “muertes solitarias”, fenómeno social referido a la muerte de personas que residen en sus viviendas en contextos de extrema aislación y su restos suelen tardar en ser encontrados, la mayoría de estas muertes comprenden personas de edad avanzada que sucumben a enfermedades o accidentes en el hogar. En un complejo de apartamentos en Chiba de 8000 habitantes, 40% de los cuales son de edad avanzada, algunos de los residentes con el apoyo de trabajadores sociales establecieron un sistema de patrullaje de los apartamentos para realizar un seguimiento regular del bienestar de los residentes que tienen menos contacto con el mundo exterior a sus apartamentos. (Ito, 2017)

Por parte de la UNODC el CBT se ha organizado y promovido en especial para el abordaje de consumo problemático de drogas en el Sudeste Asiático, debido a que las organizaciones políticas dominantes en esta área del mundo tratan este problema de manera particularmente violenta, inefectiva y contraproducente (UNODC, 2014)

Europa

En Trieste, Italia el psiquiatra Franco Basaglia, quien fue el director del hospital psiquiátrico local San Giovanni desde 1971 a 1978, llevó a cabo uno de sus proyectos más ambiciosos hasta su muerte en 1980, año en el que se cerró el hospital y

continuaron los experimentos en psiquiatría social hasta convertirse en lo que hoy es un modelo ejemplar de salud mental comunitaria para el mundo. (Mezzina, 2014)

Los servicios de salud mental de esa localidad son brindados por cuatro Centros de Salud Mental Comunitaria (CMHC en inglés) (cada uno sirve en promedio a 60,000 personas) que funcionan 24/7, una Unidad de Cuidado Psiquiátrico en el Hospital General (GHPU en inglés) (ambos cuentan con menos de 10 camas cada uno para estadías cortas de usualmente no más de una semana aunque se considera un último recurso) y servicios residenciales con personal propio que funcionan en colaboración con organizaciones no gubernamentales (ONG), en todas estas infraestructuras se mantiene una política de “puertas abiertas” incluso para tratamientos obligatorios.

El modelo de Trieste se enfoca en la rehabilitación en el ámbito comunitario desde un abordaje holístico para reinstituir los derechos ciudadanos de las personas, según Mezzina (2014) esto implica:

El reconocimiento no sólo de los derechos civiles de los usuarios de salud mental sino también de sus derechos sociales. Recursos relacionados con vivienda, empleos, bienes, servicios y las relaciones interpersonales fueron adquiridos a través de la desinstitucionalización, luego asegurados por la red comunitaria. El acceso a los recursos puede ser incrementado ya sea mediante el desarrollo de las capacidades del usuario a través de la formación (en habilidades para la supervivencia, vocacionales, educación) e información (psicoeducación, conciencia social, programas culturales) o creando redes de apoyo social, gestionadas por servicios integrales comunitarios, que son una completa alternativa al hospital psiquiátrico. (p. 443)

El Departamento de Salud Mental de Trieste colabora con la WHO desde 1987 y ha desarrollado programas en cooperación con países de todos los continentes, en

específico Trieste:

fue considerado como un ejemplo sostenible y rentable y un modelo para el desarrollo de servicios por la WHO en Ginebra y Copenhague y declarado Centro Líder Colaborador de la WHO para el Desarrollo de Servicios en el Plan de Acción de Helsinki, 2005. (Mezzina, 2014) (p. 443)

En la localidad de Lille en Francia cuentan con un exitoso modelo de salud mental comunitaria inspirado en el de Trieste, lo que allí llaman “Psiquiatría Ciudadana” se apoya en la infraestructura de un Centro Médico-Psicológico (CMP) (Con 26 camas, de las cuales 9 en promedio permanecen en uso por estadías promedio de 8 días) y en el hospital universitario regional para casos de crisis (para estadías de hasta 72hs), alternativamente a la hospitalización cuenta con un sistema de familias anfitrionas locales (similar al de ejemplos como Geel y Nigeria, con estadías promedio de 21 días) y cuidado intensivo en la ciudad a través de una unidad móvil activa las 24hs.

Luego de la desintitucionalización (en 1975 se destinaba 98% del presupuesto a hospitalización de tiempo completo, ahora el 80% del personal profesional trabaja en la comunidad) a partir de 1995 en Lille se integró el equipo (multidisciplinar) de salud mental a la comunidad y sus servicios y se priorizó contar con el apoyo de los consejos locales y oficiales públicos. Los tratamientos se llevan a cabo en el entorno comunitario como edificios municipales e incluyen una variedad de actividades culturales, recreativas y deportivas con el apoyo de artistas, entrenadores y profesores. Además se promueve la participación y planeación por parte de los usuarios y ex-usuarios de salud mental en los programas, han surgido varios emprendimientos laborales gestionados por los mismos y ONGs, dedicadas por ejemplo a grupos de autoayuda para promover la independencia progresiva de los servicios. (Kishore et al., 2014)

El CBT es altamente adaptable, incluso se instauró un modelo de este tipo para la fertilización in-vitro en Inglaterra basado en unidades médicas móviles para abaratar costos y facilitar el acceso para personas con problemas de fertilidad, siendo que usualmente para este tratamiento se debe concurrir a centros especializados. El programa vió un aumento de 11,6% en el promedio de embarazos de los hospitales periféricos con los que se trabajó en comparación con las clínicas especializadas. (Kingsland et al., 1992)

Oceanía

Desde la década de 1990 Australia ha virado el enfoque de sus planes de salud mental hacia el ámbito comunitario, pero su implementación ha sido inconsistente debido a deficiencias en financiación y apoyo político, esto se ha adjudicado al menos en parte al considerable desarrollo del sector privado en los servicios psiquiátricos. (Rosen, O'Halloran y Mezzina, 2012)

En Australia se desarrolló un dispositivo CBT para incrementar la captación de tratamiento de la hepatitis C (HCV en inglés). Se estima que en este país alrededor de 230,000 personas viven con HCV pero menos del 2% son tratadas y curadas anualmente. La HCV es particularmente prevalente en la población de usuarios de drogas intravenosas. Nuevos y prometedores tratamientos antivirales han surgido en los últimos tiempos, pero para que estos puedan asistir de forma significativa en el problema es imperante aumentar drásticamente el acceso al tratamiento en la población. (Wade et al., 2015)

Se desarrollaron servicios de enfermería especializada (en contacto con clínicas cercanas a la comunidad) para trabajar con la comunidad en la identificación de casos de HCV, HIV y promover tratamiento, también para proveer educación en reducción de

daños y referir a terapia de sustitución de opiáceos en casos de consumo problemático y además referencias a servicios de salud mental y apoyo de vivienda en casos donde se consideró necesario. En cuanto a captación de tratamiento para HCV no se detectó un incremento pero el servicio dio resultados comparables. (Wade et al., 2015)

Nueva Zelanda por su parte aprendió de los errores de la implementación australiana de servicios comunitarios de salud mental y desarrolló un sistema en comparación más apoyado en fuentes públicas y ONGs, actualmente este país destina 80% de su presupuesto de salud mental a servicios proveídos en la comunidad. (Rosen, O'Halloran y Mezzina, 2012)

En un estudio neozelandés (Lambie, 2003) se comparó la efectividad de tres programas similares de tratamiento (independientes del gobierno) para evitar la reincidencia en crímenes sexuales, estos programas cuentan con evaluaciones y referencias a través del entorno comunitario y tratamiento ambulatorio con sesiones terapéuticas individuales, grupales y familiares brindadas en centros de las organizaciones, tanto para víctimas como para ofensores, con un enfoque en organizar a la comunidad y lidiar con la forma en que este tipo de problemáticas la afectan. El estudio encontró que el promedio de reincidencia de las personas que terminan cualquiera de los programas es la mitad en comparación con aquellos que luego de ser procesados por la ley reciben sólo monitoreo por libertad condicional, también se observó que el reincidencia era comparable o un poco menor con aquellos que participaban de programas similares dentro de la prisión. (Lambie, 2003)

Bases Teóricas y Metodológicas del CBT

En esta sección se exploran las bases del CBT a través del metamodelo ECO2, la calidad “meta” de este se refiere a que está diseñado para funcionar como guía para crear modelos de intervención en el ámbito comunitario, esta característica se encuentra ligada al concepto de promover que cada abordaje de cada comunidad cuente con un diseño específico y personalizado para la misma. También el ECO2 es resultado de considerable desarrollo teórico y diferentes experiencias de trabajo de campo, contando además con un imprescindible énfasis en la Práctica Basada en Evidencia (EBP). En vista de estos factores dicho modelo se considera propicio para examinar el desarrollo de las prácticas CBT y el razonamiento detrás de su propuesto funcionamiento.

El ECO2 se puede definir como un modelo creado para:

La intervención sobre un amplio espectro de fenómenos hipercomplejos denominados de sufrimiento social que emplea las redes sociales como una útil y poderosa perspectiva teórico-metodológica tanto para el diagnóstico (de personas y de comunidades locales) como para el diseño y desarrollo de las estrategias de intervención en una gran variedad de contextos sociales (incluyendo los considerados de exclusión social grave), con objetivos de prevención, reducción de daños y riesgos asociados, así como para el tratamiento basado en la comunidad de diferentes situaciones de sufrimiento social (consumo problemático de sustancias psicoactivas legales y/o ilegales, situación de calle, menores infractores, violencia de género, explotación sexual comercial infantil, etc). (Machín, 2010, p. 305)

Con respecto a la concepción del modelo Machín (2010) describe:

De 1995 a 1998, cuatro organizaciones de la sociedad civil mexicana, con

financiamiento de la Unión Europea (1995-1996) y del gobierno alemán y la agencia alemana Deutscher Caritasverband (1996-1998), llevaron a cabo, con la asesoría de expertos internacionales y profundos conocedores de la realidad mexicana, una investigación en la acción para desarrollar un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación a las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas (p. 306)

La composición del nombre ECO2 comprende varias referencias, la palabra eco refiere a la raíz griega que significa “casa”, relacionándose con los procesos de inclusión social que promueve el modelo. Epistemología de la Complejidad refiere al concepto de que cada disciplina del conocimiento ofrece su propio entendimiento de la realidad humana, para abordar la complejidad de los procesos humanos se propone enfocarse en la vinculación transdisciplinaria. “Ética y Comunitaria apunta a opciones de base en la intervención: la promoción de los derechos humanos, el respeto a la dignidad de las personas y las comunidades” (Machín, 2010, p. 306-307)

En cuanto a teoría el ECO2 utiliza y elabora sobre las redes sociales. Para los seres humanos el relacionarse con otros constituye una necesidad básica fundamental, las redes sociales son una metáfora para visualizar y describir este fenómeno. Estas redes pueden ser representadas matemáticamente de varias formas en gráficas o matrices algebraicas, por ejemplo representando a los sujetos como nodos y sus relaciones como líneas conectando dichos nodos. (Milanese, Merlo y Machín, 2000) La red es una estructura que se produce por sí misma, las relaciones que la componen son la propia red por lo tanto sus elementos existen en mutua y perpetua dependencia entre sí. La amplitud y densidad de la red subjetiva se correlacionan con la capacidad de los sujetos de confrontar situaciones traumáticas y el estrés. (Machín, 2010)

Se ha propuesto y evidenciado que el apoyo social está positivamente vinculado al bienestar de los sujetos en una variedad de factores (Sluzki, 2010). De esta manera comprendemos que el malestar o bienestar de un sujeto va a afectar su red y a los sujetos que la componen y a su vez la condición del sujeto va a estar influenciada por la estructuración de su red.

Por ejemplo si pensamos en una persona fármacodependiente viviendo en un contexto de exclusión grave y dedicándose al trabajo sexual probablemente su red sea de baja amplitud debido a relacionarse mayoritariamente con otros sujetos de su entorno cotidiano (territorio) y de alta densidad por la misma razón, esta estructura de red sería eficiente para que esta persona sobreviva en su entorno, aunque prosiblemente implica una existencia con considerable sufrimiento social y condiciones relacionales asociadas al riesgo. En este caso la intervención según el ECO2 conllevaría promover una mayor amplitud de la red por ejemplo a través de relaciones extraterritoriales. (Machín, 2010)

El ECO2 subdivide las actividades en el Tratamiento Comunitario en cinco ejes fundamentales: “Prevención-Organización, Asistencia Básica-Reducción del Daño, Educación-Rehabilitación; Terapia Médica y Psicológica; Trabajo y Ocupación” (Milanese, 2016) (p. 201)

La estrategia de intervención del ECO2 comprende varios elementos e instrumentos, en principio se realiza un diagnóstico de la comunidad y de las personas, para esto cuenta con el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SIDIES) para la comunidad y el Sistema de Diagnóstico Terapéutico (SIDITER) para las personas, estos sistemas contienen prácticas y herramientas para “investigar en la acción” (este concepto es muy valioso tanto para realizar una intervención proactiva como para promover la EBP), recopilando y organizando información de la comunidad como sus

creencias generales (ritos, símbolos, mitos, etc.), sus recursos, líderes formales y de opinión. Para llevar un registro y evaluar los efectos del tratamiento se cuenta con instrumentos como la Hoja de Primer Contacto, donde se recaba desde el inicio una variedad de datos de la persona con la que se trabaja, los cuales se actualizan progresivamente. Estos instrumentos y otros (como el Diario Clínico y Diario de Campo) en conjunto con los análisis de redes son fructíferos para futuros análisis comparativos de modelos y meta-análisis. (Machín, 2010; Milanese, 2016)

El plan de acción del ECO2 en términos generales supone que el equipo de trabajo (llamado red operativa y compuesto por operadores externos, operadores pares de la comunidad y promotores de la comunidad) se constituya como una Minoría Activa (Mora, 2002) y opere a través de la Red Subjetiva Comunitaria (“el conjunto de relaciones personales por medio de los cuales el equipo de operadores externos se inserta en la comunidad local, viviendo algunas experiencias típicas de la vida comunitaria” (Machín, 2010, p. 312)) asistiendo en reorganizar los recursos comunitarios y en la modificación de las Representaciones Sociales (Mora, 2002) para promover el cambio no sólo a nivel del funcionamiento cotidiano de la comunidad y sus miembros sino también ser una influencia de reestructuración social humanizante.

El ECO2 con respecto al consumo problemático de drogas maneja una política de reducción de daños y riesgos asociados, esta se basa “en la constatación que las personas tienen derechos aunque no cumplan con las expectativas de la sociedad en la cual viven y a la cual pertenecen”. (Milanese, 2011, p. 1) Esta perspectiva surge como respuesta alternativa a las políticas abstencionistas y moralistas que han dominado los abordajes en esta área, las cuales han promovido la violencia y la criminalización de los usuarios y de la pobreza en general a través de la guerra contra las drogas y el asistencialismo normativo por parte de los estados. La reducción del

daño implica una posición que reconoce que luchar por un mundo sin drogas no sólo es inalcanzable sino que constituye una violación autoritaria de los Derechos Humanos, esta postura parte del concepto que la pobreza y la adicción son fenómenos multidimensionales (varios factores de la constitución de un sujeto y su entorno influyen en su vulnerabilidad y condiciones de vida) a ser abordados desde un sistema integrado que articule de forma simultánea y sinérgica prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. (Milanese, 2011)

Las políticas de reducción de daños nacieron en Inglaterra en 1926 con la instauración del Sistema Británico en el Tratamiento de Adicción a las Drogas en el cual por primera vez se enmarcó “el tema de las drogas en el contexto de las políticas de salud pública y no en las políticas de seguridad (como hizo EEUU)”. (Milanese, 2011, p. 4)

La reducción del daño incluye una variedad de prácticas, se considera que las personas incluso si continúan su consumo tienen derecho en todo momento a no ser marginados por el mismo y a recibir cuidados por su bienestar, por lo tanto además de asistencia médica y psicológica se promueve informar sobre el consumo para que se dé por las vías menos lacerantes (por ejemplo a través de intercambio de jeringas o la creación de espacios de consumo seguro), promover también prácticas sexuales seguras y asistencia social en necesidades básicas de todo tipo.

Limitaciones y Obstáculos del CBT

A través de varias instancias de aplicación de estrategias CBT se ha encontrado que a pesar de que en principio el CBT se presenta como menos costoso que otros abordajes al necesitar menos infraestructura e incorporar los esfuerzos de los mismos miembros de la comunidad que se está tratando, para funcionar correctamente debe

ser financiado y apoyado por personal de manera acorde, su costo y efectividad dependen particularmente de la comunicación, integración y cooperación (en Eslovenia la pobre coordinación entre los servicios de cuidado primario y secundario se ha identificado como una de las mayores barreras en la correcta implementación de la salud mental comunitaria (Svab y Svab 2013)) de todas las organizaciones e individuos involucrados. Por ejemplo el movimiento de desinstitucionalización estadounidense (el cual fue impulsado hacia la vertiente comunitaria en gran medida luego del Acto para la Salud Mental Comunitaria firmado por Kennedy en 1963) vio sus resultados deteriorados considerablemente debido a mala gestión y falta de fondos (Sharfstein, 2000), a pesar de efectivamente disminuir la cantidad de personas institucionalizadas (a 62,000 en 1996 habiendo llegado a 550,000 en su auge (Feldman, 2012)), muchas de estas personas terminaron en procesos de transinstitucionalización (otros centros de salud mental, hospitales, prisiones, etc) o viviendo en la calle. Es inevitable que los costos de las intervenciones varíen de acuerdo a las problemáticas que estén abordando y el perfil de cada comunidad, sobre todo si se pretende brindar un servicio integral desde el marco Biopsicosocial. Para maximizar la efectividad y predictibilidad de los costos también es valioso priorizar la EBP junto con la recolección y análisis de datos.

Otra variable que puede dificultar la intervención son los factores socioculturales. En Killaspy (2006) se analiza un estudio realizado por Systema, Burgess y Santella (2002) donde se compararon los períodos y probabilidad de hospitalización (tratándose en dicho estudio de pacientes con esquizofrenia) entre dos áreas con mayor desarrollo en cuidado comunitario (Verona, Italia y Victoria, Australia) y otra con un sistema apoyado primordialmente en cuidado hospitalario (Groningen, Países Bajos). Se descubrió que en Victoria y Verona en promedio las personas pasaban

menos tiempo en las instituciones, algo esperable, pero la probabilidad de admisión era mayor en Italia que en Australia, esta diferencia no contaba con explicación aparente. En materia de diferencias socioculturales también es importante tener correctamente definida y delineada la estrategia de intervención y las estrategias siendo ya llevadas a cabo en donde se interviene, por ejemplo en el caso de la aplicación del modelo estadounidense ACT ha sido difícil encontrar validez estadística en la reducción de hospitalizaciones en el Reino Unido en comparación con su país de origen. Se ha especulado que esto puede ser debido a que los dispositivos ordinarios de Salud Mental del Reino Unido ya cuentan con componentes de Tratamiento Comunitario, de tal manera invisibilizando los efectos del ACT. (Morago, 2006)

Modelos como el ECO2 abordan este problema siendo una base bien delineada a partir de la cual se diseña la intervención específica según el diagnóstico de cada comunidad. Se considera particularmente relevante el utilizar y diseñar modelos rigurosamente definidos, en el análisis de la implementación de CBT para promover servicios terapéuticos para discapacitados el Ministerio de Salud neozelandés ha señalado como obstáculo las inconsistencias al definir las terapias a utilizar en el abordaje y en transmitir un claro entendimiento del alcance del mismo. (Disability Support Services, 2016)

Algunas prácticas asociadas al CBT han sido interpretadas como paternalistas, Morago (2006) menciona que se ha acusado al modelo ACT de irrumpir excesivamente en la vida de los pacientes y sobremonitorearlos al proponer un contacto tan asiduo y cercano con los sujetos en su entorno cotidiano, en respuesta el autor destaca la importancia de los trabajadores sociales en el equipo de trabajo. Además del punto del autor se resalta la importancia en general de contar con un

marco ético sólido que esencialice la participación voluntaria informada y los derechos de los sujetos así como también la regulación y autoregulación por parte del equipo de trabajo y entidades asociadas para cerciorar estas condiciones éticas.

La perspectiva moralista sobre la fármacodependencia y las acciones ligadas a la guerra contra las drogas han sido y siguen siendo un gran obstáculo para el abordaje en el entorno comunitario del consumo problemático de drogas y sus circunstancias críticas asociadas.

La introducción de agentes químicos externos al cuerpo humano con el propósito de alterar la conciencia es una conducta observable desde el albor de nuestra especie. A través de miles de años el consumo de psicoactivos ha ocupado una diversidad de posiciones en las sociedades humanas, oscilando desde sacramento impuesto por mandato divino a práctica repugnada y penada con la muerte. (Escohotado, 1998) Con respecto a la porción más reciente de esta historia, la relación de nuestro mundo globalizado contemporáneo con la drogas, es posible destacar un par de sucesos para brindar una perspectiva general de su desarrollo.

Según Milanese (2011) la Ley Harrison de Impuestos sobre Narcóticos ratificada en EEUU en 1914, la cuál cataloga el consumo de drogas como conducta desviada y criminal (perspectiva inspirada por concepciones religiosas puritanas) fue un hito crucial para la progresión del prohibicionismo como política pública y la unión de droga con violencia.

Al finalizar la Primer Guerra Mundial, en el tratado de Versalles en 1918 se incluyeron las políticas de drogas promovidas por EEUU (en aquel entonces principalmente para interrumpir el comercio del opio y deslegitimar el uso de este y la cocaína en la práctica médica), impulsando así la difusión global incremental por medios legislativos de lo que llamamos la guerra contra las drogas. Dicha guerra en el

correr de las décadas principalmente engendró imperios criminales violentos, abusos de poder deshumanizantes por parte de los estados y desperdicios descomunales en fondos públicos, en Milanese et al. (2000) se afirman sucintamente algunas consecuencias desfavorables de estas políticas:

- 1) Un aumento de valor impropio al uso de sustancias dándoles significados de identidad, conformismo o transgresión.
 - 2) El persistir de una situación de impotencia de la comunidad civil ante esta “tragedia”.
 - 3) Deslegitimación de los servicios más serios a causa de magos y nigromantes que prometen curación.
 - 4) Un aumento de la separación entre consumidores y no consumidores.
 - 5) Un incremento en las constantes formas de marginación social (particularmente desde la aparición del SIDA).
 - 6) La difusión de las muchas formas de drogadicción en todos los niveles de la población, independientemente de cualquier forma cultural o social de los mismos.
- (p. 24)

Se estima que en 2016 275 millones de personas en el mundo consumieron drogas al menos una vez en el plazo de un año anterior a ser encuestadas, este número incrementó 20 millones entre 2015 y 2016, también se especula que las personas padeciendo desórdenes relacionados al consumo rondan los 31 millones, un aumento de un millón entre 2015 y 2016. Entre 2000 y 2015 la cantidad de muertes directamente causadas por el uso de drogas se acentuó un 60% (de 105,000 a 168,000) y las muertes en total relacionadas al consumo (incluyendo causas indirectas por ejemplo por contracción de enfermedades a través de vía intravenosa) se estiman en 450,000 por año, a su vez la producción de opio (considerada la sustancia abusada

más dañina, relacionada con el 76% de las muertes totales asociadas al consumo) se acrecentó un 65% entre 2016 y 2017. (UNODC, 2018)

De esta manera podemos determinar que la guerra contra la drogas fue un fracaso catastrófico, no solo falló en mejorar la problemática para la cual se implementó (de hecho produjo el efecto contrario en muchos casos) sino que generó varias nuevas problemáticas a nivel global y local.

La alternativa presentada en este artículo para abordar genuinamente el sufrimiento causado por el consumo problemático de drogas sin violencia innecesaria (así como también subsanar al menos parte del daño surgido por el prohibicionismo), las políticas de reducción de daños con un enfoque Biospiciosocial enmarcadas en el abordaje comunitario, identifica que los sujetos tienen derecho a la salud y el cuidado independientemente de su estilo de vida y ese servicio debe ser proveído como tal derecho y no depender de la caridad o buena voluntad de las personas o sociedades. (Milanese, 2011)

Conclusión

Los modelos y estrategias de CBT representan una alternativa viable y prometedora para el abordaje en muchas áreas del mejoramiento de vidas humanas, especialmente en referencia a salud mental, consumo problemático de drogas y exclusión social grave.

Uno de los aspectos a destacar de estos modelos es la inclusión de las personas a las que se pretende beneficiar en el diseño y la implementación de la intervención, esto adhiere un componente pragmático y resiliente (apartado del asistencialismo) que en la opinión de este autor justifica priorizar el CBT incluso cuando aparenta costar lo mismo o sus resultados se muestran comparables con modelos menos incluyentes.

Otro aspecto, relacionado al último, es la versatilidad y adaptabilidad del CBT, aunque para explotar esta aptitud es vital la cooperación proactiva de todos los organismos involucrados, la financiación adecuada y la estandarización de ciertos principios básicos universales del abordaje (factor que incorpora eficazmente el metamodelo ECO2), algo para lo que es útil la valoración del sufrimiento como parámetro en el que incidir, compatible con el concepto de brindar un servicio integral con un enfoque Biopsicosocial.

Aún es requerida mucha investigación y producción de conocimiento con respecto al CBT, pero presenta el potencial de ser una opción digna y eficiente de ayudar a que las personas se ayuden a sí mismas.

Referencias Bibliográficas

- Coldefy, M. (2012). The Evolution of Psychiatric Care Systems in Germany, England, France and Italy: Similarities and Differences. *Questions d'économie de la santé*, 180, 1-8. Recuperado de: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES180.pdf>
- Corporación Consentidos (Corporación para la Construcción de Sentido Humano, Social y Comunitario) (2008). Proyecto RED.30. Colombia. Recuperado de: <http://www.corpconsentidos.org/contenido.php?idd=13>
- Cox, H., Hughes, J., Daniels, J., Azevedo, V., McDermid, C., Poolman, M., ... van Cutsem, G. (2014). Community-based treatment of drug-resistant tuberculosis in Khayelitsha, South Africa. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 18(4), 441–448. doi:10.5588/ijtld.13.0742
- Dawson, P., Pradhan, Y.V., Houston, R., Karki, S. Poudel, D. y Hodgins, S. (2008) From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(5), 339-343. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647452/pdf/07-047688.pdf>
- Disability Support Services (2016). Community-based Disability Therapy Services Strategy Scope. Nueva Zelanda: Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/scope-comm-based-therapy-services-strategy-workshop-participants.pdf>
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. España: Espasa Forum
- Farmer, P., Léandre, F., Mukherjee, J. S., Claude, M. S., Nevil, P., Smith-Fawzi, M. C., ... Kim, J. Y. (2001). Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *The Lancet*, 358(9279), 404–409. doi: 10.1016/s0140-

6736(01)05550-7

- Feldman, J. M. (2012) History of Community Psychiatry. Handbook of Community Psychiatry, 11-18. doi: 10.1007/978-1-4614-3149-7_2
- Fountain House (2011). The Origin of Fountain House. Nueva York. Recuprado de: <https://www.fountainhouse.org/about/history>
- Galanter, M y Kleber, H. (1997). Tratamiento de los Trastornos por Abusos de Sustancias. Barcelona: Masson, S.A.
- Goldstein, J. y Godemont, M. (2003). The Legend and Lessons of Geel, Belgium: A 1500-Year-Old Legend, a 21st-Century Model. Community Mental Health Journal, 39(5), 441-458. Recuperado de: http://iesaitalia.altervista.org/pages/Goldstein___Godemont__2003_.pdf
- Ito, S. Ahlmar, N. y Hayamizu, Y. (productores) y Ito, S. (director). (2017) Undercover Asia: Lonely Deaths (documental). Japon: MEDIACORP TE LtD
- Killaspy, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. British Medical Bulletin, 79-80(1), 245-258. doi: doi.org/10.1093/bmb/ldl017
- Kingsland, C. R., Aziz, N., Taylor, C. T., Manasse, P. R., Haddad, N., & Richmond, D. H. (1992). Transport in vitro fertilization—a novel scheme for community-based treatment. Fertility and Sterility, 58(1), 153–158. doi:10.1016/s0015-0282(16)55153-x
- Kishore, J., Roelandt, J., Bastow, P., Caria, A., Daumerie, N., & Defromont, L. (2014). Community mental health service: an experience from the East Lille, France. Journal of Mental Health and Human Behaviour, 19(1), 10. doi:10.4103/0971-8990.143884
- Lambie, I., y Stewart, M. W. (2011). Community Solutions for the Community's Problem. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56(7), 1022–1036. doi:10.1177/0306624x11420099
- Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales, 18(12). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=93117218012>
- Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202(6), 440–445. doi:10.1097/nmd.000000000000142
- Milanese, E., Merlo, R. y Machín, J. (2000) Redes para la Acción. México: Instituto Mexicano de la Juventud
- Milanese, E. (2011). Metodologías innovadoras en desarrollo comunitario: un modelo de Reducción del daño. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Comisión Mixta de Atención a la Indigencia de San José, Humanitas, Instituto Mixto de Ayuda Social. Recuperado de: <http://raisss.org/wp-content/uploads/2018/03/Un-modelo-de-reducci%C3%B3n-de-da%C3%B1os-Efrem-Milanese.pdf>
- Milanese, E. (2016) Tratamiento Comunitario. Manual de Trabajo I. Tercera Edición. ISBN: 978-85-69408-05-5
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge

- Moscovici. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(2). doi:10.5565/rev/athenead/v1n2.55
- Morago, P. (2006) Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 19, 7-23. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/38812774.pdf>
 - Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E. y Nasierowski, T. (2015). *Psychiatria Polska*, 46, 391-401. doi: doi.org/10.12740/pp/28615
 - Nglazi, M. D., Lawn, S. D., Kaplan, R., Kranzer, K., Orrell, C., Wood, R., & Bekker, L.-G. (2011). Changes in Programmatic Outcomes During 7 Years of Scale-up at a Community-Based Antiretroviral Treatment Service in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56(1), e1–e8. doi:10.1097/qai.0b013e3181ff0bdc
 - Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) (2018). Inicio. Recuperado de: <http://raisss.org/>
 - Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS)a (2018). Programa Aleros, Uruguay. Recuperado de: <http://raisss.org/programa-aleros-uruguay/>
 - Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS)b (2018). Centro de Escucha RED.30. Zona Centro de Bucaramanga.. Recuperado de: <http://raisss.org/programa-aleros-uruguay/>
 - Rich, M. L., Miller, A. C., Niyigena, P., Franke, M. F., Niyonzima, J. B., Socci, A., ... Binagwaho, A. (2012). Excellent Clinical Outcomes and High Retention in Care Among Adults in a Community-Based HIV Treatment Program in Rural Rwanda. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 59(3), e35–e42. doi:10.1097/qai.0b013e31824476c4
 - Rosen, A., O'Halloran, P., Mezzina, R. (2012). International Trends in Community-Oriented Mental Health Services. *Handbook of Community Psychiatry*, 389-404. doi: 10.1891/9780826198181.0015
 - Semrau, M., Barley, E., Law, A. y Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10(3), 217-225. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060.x
 - Sharfstein, S. S. (2000). Whatever Happened to Community Mental Health? *Psychiatric Services*, 51(5), 616–620. doi:10.1176/appi.ps.51.5.616
 - Shin, S., Furin, J., Bayona, J., Mate, K., Kim, J. y Farmer, P. (2004) *Social Science & Medicine*, 59(7), 1529-1539. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.01.027
 - Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, & Health*, 28(1), 1–18. doi:10.1037/a0019061
 - Svab, V. Y Svab, I. (2013). Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Mental Health in Family Medicine*, 10(01). doi:10.25149/1756-8358.1001001
 - Thornicroft, G. Y Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental healthcare?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network) Recuperado de: <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>

- Thornicroft, M., Deb, T. Y Henderson, C. (2016). *World Psychiatry*, 15(3), 276-286. doi: 10.1002/wps.20349
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2008). *Drug Dependence treatment: Community Based Treatment*. Vienna. Recuperado de: https://www.unodc.org/docs/treatment/CBTS_AB_24_01_09_accepted.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2014). *Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia*. Tailandia. Recuperado de: *Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia*
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018). *World Drug Report 2018 - GLOBAL OVERVIEW OF DRUG DEMAND AND SUPPLY*. Vienna. Recuperado de: <https://www.unodc.org/wdr2018/>
- Vicente, B., Cohen, H., Saldivia, S., Natella, G., Vielma, M., Santayo, J.C. y Ianowski, V. (1997) Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro (Argentina). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(64), 753-762. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1997/revista-64/10-salud-mental-en-la-provincia-de-rio-negro.pdf>
- Wiebe, J. y Huebert, M. (1996). Community mobile treatment - What it is and how it works. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 23-31. doi: 10.1016/0740-5472(95)02044-6
- World Health Organization (WHO) (2018). *Community-based rehabilitation (CBR)*. Recuperado de: <https://www.who.int/disabilities/cbr/en/>
- Wade, A. J., Macdonald, D. M., Doyle, J. S., Gordon, A., Roberts, S. K., Thompson, A. J., & Hellard, M. E. (2015). The Cascade of Care for an Australian Community-Based Hepatitis C Treatment Service. *PLOS ONE*, 10(11), e0142770. doi:10.1371/journal.pone.0142770
- Yassin, M. A., Datiko, D. G., Tulloch, O., Markos, P., Aschalew, M., Shargie, E. B., ... Theobald, S. (2013). Innovative Community-Based Approaches Doubled Tuberculosis Case Notification and Improve Treatment Outcome in Southern Ethiopia. *PLoS ONE*, 8(5), e63174. doi:10.1371/journal.pone.0063174
- Zhang, H.-H., Tan, L.-X., Hao, W., y Deng, Q.-J. (2017). Evaluation of community-based integrated heroin addiction treatment model in Chinese patients. *Oncotarget*, 8(33). doi:10.18632/oncotarget.18681