

Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia

Towards a community mental health care for people with schizophrenia in Colombia

Daniel Ricardo Zaraza-Morales ¹
Dora María Hernández-Holguín ¹

Abstract *Mental health care based on the community has shown to be effective and successful for the health care service to people with severe mental disorders such as schizophrenia, evidence that is less clear in the health care system in Colombia, where weaknesses are present, both for prevention and rehabilitation, although national guidelines give importance to the social context in relation to the disease. As a contribution to the discussion on providing care for people living with schizophrenia, a topic review was conducted with the aim of identifying experiences in community mental health care services, in relation to their relevance to these people at the national level. Articles were searched on Scientific Electronic Library Online (SciELO) Medline with Full text, Science Direct and documents of the World Health Organization, Pan American Health Organization and the Colombian Ministry of Health and Social Protection. Few experiences in community care for people with schizophrenia in Colombia were found and given its importance to public health worldwide, a call for attention is made towards the construction and implementation of these models in the Colombian context.*

Key words *Schizophrenia, Community mental health care services, Community psychiatry, Mental health care, Colombia*

Resumen *La atención en salud mental con base en la comunidad ha mostrado ser eficaz y acertada para el servicio de salud a personas con trastornos mentales severos como la esquizofrenia, evidencia que es menos clara en el sistema de salud de Colombia, donde se presentan debilidades, tanto en la prevención como en la rehabilitación, a pesar de que directrices nacionales le dan importancia al contexto social con relación a la enfermedad. Como aporte a la discusión sobre la atención para personas que viven con esquizofrenia, se realizó una revisión de tema con el objetivo de identificar experiencias en servicios de salud mental comunitaria, en relación con su pertinencia para estas personas en el ámbito nacional. Se buscaron artículos en Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline with Full text, Science Direct y documentos de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. Se hallaron pocas experiencias en atención comunitaria para personas con esquizofrenia en Colombia y teniendo en cuenta su importancia para la salud pública a nivel mundial, se realiza un llamado de atención hacia la construcción e implementación de estos modelos en el contexto colombiano.*

Palabras clave *Esquizofrenia, Servicios comunitarios de salud mental, Psiquiatría comunitaria, Atención a la salud mental, Colombia*

¹ Grupo de Investigación en Salud Mental - GISAME, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cl. 62 #52-59. 1226 Medellín Antioquia Colombia.
danielzaraza@gmail.com

Introducción

La creciente prevalencia de enfermedades mentales en el mundo ha aumentado la brecha en la atención que se puede brindar a personas con este tipo de problemáticas, sumado a que aún existen dificultades en los procesos de atención que se orientan desde los sistemas de salud, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos¹. Ante esta situación se han realizado múltiples llamados a los gobiernos para que amplíen y fortalezcan la atención comunitaria en salud mental, como una alternativa para disminuir las dificultades que se dan con relación a los servicios de salud para toda la población, específicamente para personas con trastornos mentales y del comportamiento^{2,3}.

Las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia representan un reto no solo para los profesionales del área de la salud, sino también para sus familias y la sociedad en general^{4,5}, por ejemplo ante el temprano comienzo de los síntomas, los cuales afectan a jóvenes en etapa de formación y conllevan la disminución de su productividad e inclusión en la comunidad^{5,6} y de otro lado su potencial de recuperación, lo cual demanda la participación activa del personal de salud, de la persona con la enfermedad y su familia en vía a una mayor adherencia al tratamiento e inclusión a la sociedad⁷. En este sentido es de resaltar el incremento en la esperanza de vida de las personas con la enfermedad, lo que supone mayor inversión y costos elevados en los sistemas de salud para su atención^{4,8}.

En contraste con lo anterior, se presenta una alta prevalencia de intentos de suicidio, se ha encontrado que del 20% al 50% de las personas con esquizofrenia intenta suicidarse y del 10% al 13% mueren por esta causa⁹, de esta forma este grupo de personas tiene 20 veces más probabilidad de morir, que la población general¹⁰. Así, la carga familiar se incrementa de tal manera que el deterioro de las relaciones y el cansancio de los cuidadores, son algunas de las condiciones que complejizan el cuidado, atención y relación con estas personas^{11,12}.

Frente a este complejo panorama, que demanda permanente investigación y gestión se ha podido ver que en Colombia los estudios sobre esquizofrenia son escasos, inclusive con respecto a su magnitud, el dato más reciente es de 1997, cuando el estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas registró mayor prevalencia de esta enfermedad en los departamentos de la Guajira, Córdoba, Quindío y Mag-

dalena, y una morbilidad del 1,4% en el total de la población Colombiana¹³. En el departamento de Antioquia, en 2009, del total de consultas en instituciones de atención en salud mental, el 10.7% de ellas fueron por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes¹⁴. Datos aún más significativos cuando hay condiciones del contexto que no favorecen la salud mental, como la violencia; las limitantes de acceso a servicios de psiquiatría y psicología, propios del sistema de salud colombiano; las barreras económicas y el escaso personal calificado^{15,16}.

En Colombia, ha existido tradicionalmente un modelo de atención centrado en la enfermedad, que en el caso de personas con problemas mentales se ha caracterizado por la búsqueda del diagnóstico, el tratamiento y la prevención de secuelas graves, siempre con la ayuda de los fármacos y la internación en unidades de salud mental¹⁷.

Las dificultades de acceso a servicios de salud mental han permanecido a pesar de los avances en la normatividad que busca proteger a las personas con este tipo de enfermedades. Entre las más reconocidas están la Política Nacional de Salud Mental de 1998¹⁸ y la Ley 1616 de Salud Mental de 2013,¹⁹ la primera no se implementó, a pesar de su punto de referencia de que el desarrollo de las enfermedades mentales está ligado al contexto y a las condiciones socioeconómicas de las personas^{20,21}, y de buscar, entre otras cosas, mejorar la calidad en la atención y la integralidad en la rehabilitación de los individuos y comunidades²². Por su parte, la Ley no ha sido reglamentada después de más de dos años de su aprobación.

Con base en estos elementos y los hallados en la revisión sobre la atención desde una perspectiva comunitaria que se brinda a personas con esquizofrenia, como se expone más adelante, se propone generar una discusión y reflexión crítica sobre la necesidad de implementar modelos de atención comunitaria en salud mental para personas que viven con esquizofrenia en Colombia.

Métodos

Se realizó una revisión de tema mediante la búsqueda en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medline with Full text y Science Direct utilizando los descriptores: esquizofrenia, atención en salud mental, servicios comunitarios de salud mental y psiquiatría comunitaria, tomados de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), con sus respectivos términos en inglés. Como criterios de selección se

utilizaron los periodos comprendidos entre los años 2000 y 2014, que tuvieran *abstract*, escrito en inglés, portugués o español (Figura 1).

La búsqueda se focalizó mediante la inclusión de “Colombia” en cada uno de los descriptores, con lo que se seleccionaron 12 artículos. Así mismo se utilizó el buscador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de allí se seleccionaron cinco documentos.

A partir de los escasos hallazgos en Colombia, a diferencia de lo hallado en el ámbito internacional y la recomendación de documentos clave en el campo, por parte de expertos en servicios de salud mental para personas con esquizofrenia, se seleccionaron 34 artículos por su pertinencia y aporte en el contraste de los hallazgos específicos en Colombia. Para un total de 51 documentos (Cuadro 1).

Los tres grupos de textos seleccionados permitieron contextualizar la problemática desde los ámbitos nacional e internacional e identificar las recomendaciones oficiales en el tratamiento

de estos casos. Se tuvo en cuenta la pertinencia de los artículos y documentos encontrados, de manera que aportaran conceptual y metodológicamente al cumplimiento del objetivo.

Resultados

Los hallazgos presentados a continuación muestran diversos elementos que relacionados indican la importancia de una atención en salud mental comunitaria para personas con esquizofrenia en Colombia (Figura 2). En primer lugar es claro que esta enfermedad corresponde a una problemática visible para la salud pública, que demanda una alta carga de cuidados y produce estrés al interior de la familia, con evidente discriminación social y clara conveniencia de un tratamiento y rehabilitación basados en la comunidad. Experiencias y prácticas que en Colombia se recomiendan pero no se han documentado de manera escasa, hecho que es coherente con la baja presencia de servicios en salud mental.

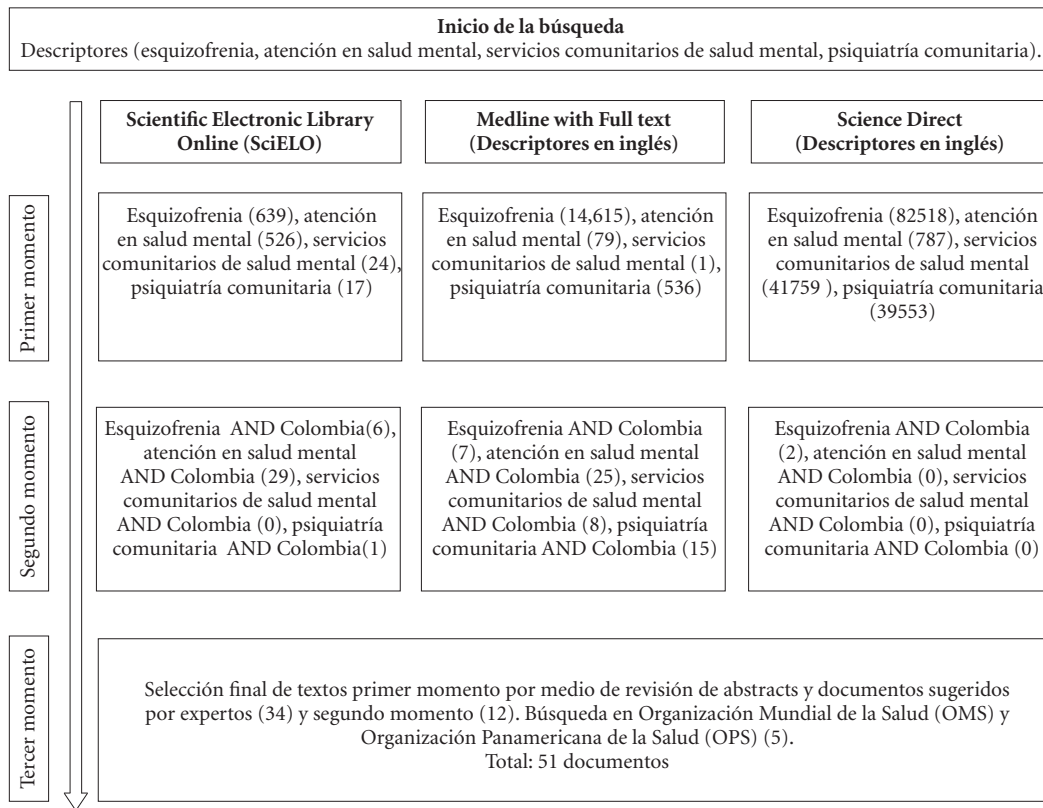


Figura 1. Criterios de búsqueda y selección de los textos encontrados.

Cuadro 1. Documentos seleccionados sobre atención en salud mental comunitaria para personas con esquizofrenia en Colombia y el mundo.

Nº	Autor	Título
1	Hernández LJ.	Evaluación de Resultados e Impactos de un Modelo de Salud Mental basado en la Comunidad en Localidades de Bogotá
2	Torres AM, Pinilla M.	Perfil de cuidadores de enfermos mentales
3	Torres AM.	Vivencias de los cuidadores de enfermos mentales
4	Urrego Z.	Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004
5	Restrepo MU, Mora OL, Cortés AC	Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental
6	Henaó S, Restrepo V, Alzate AF, González C.	Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006
7	Arias B.	Los derechos civiles de las personas con discapacidad mental en Colombia: una actualización tardía y restringida
8	Ardón-centeno N, Cubillos-novella A.	La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana
9	Arango C.	Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia
10	Lorena Z, Rozo C, Paola M, Espinosa S, Rondón-lagos M, Liliana P, et al.	Descriptive study of 20 patients with schizophrenia in Boyacá, Colombia
11	Hernando M, Hernández B, Victoria M, Correa B.	Las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro con trastorno afectivo bipolar
12	Uribe M, Mora OL, Cortes AC	Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental
13	Organización Mundial de la Salud.	Informe de Salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas
14	Organización Mundial de la Salud.	The global burden of disease
15	Caldas de Almeida J, Torres González F.	Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psíquicos
16	Organización Panamericana de la Salud.	Estrategia y plan de acción sobre salud mental
17	Organización Mundial de la Salud.	Mental health ATLAS
18	Asociación Española de Neuropsiquiatría.	Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad
19	Chou K-R, Liu S-Y, Chu H.	The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia

continúa

Cuadro 1. continuación

N°	Autor	Título
20	Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks N a.	Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000
21	Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B.	The treatment gap in mental health care
22	Chien W-TW-T, Norman I, Thompson DR.	A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia
23	Suárez MA, Ortiz MB, Fernández A.	Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad
24	Hickling FW.	The epidemiology of schizophrenia and other common mental health disorders in the English-speaking Caribbean
25	Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW.	Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma
26	Rubén A.	Cuidemos a los cuidadores: la salud mental de los trabajadores de la salud
27	Muir- Cochrane E.	Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia
28	Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al.	Mental health systems in countries: where are we now?
29	Sartorius N.	Stigma and mental health
30	Rodrigues, Maria Aparecida P et al.	Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil
31	Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al.	A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems
32	Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F.	Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders
33	Silva G.	Álbum De Família E Esquizofrenia : Convivência Em Retrato Family Album And Schizophrenia: Picture Of Life
34	Ferreira-Furegato AR, Aparecida Frari-Galera S, Pillon SC, et al.	Characterizing mental healthcare service teams
35	Fresán A, Robles- García R, Benito L De, Saracco R, Escamilla R.	Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia
36	Jerónimo SR, Diego C. DLVS, Patricia SP.	Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia
37	Rangel HC, Castro LD, Arredondo A.	Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México

continúa

Cuadro 1. continuación

Nº	Autor	Título
38	Chan SW.	Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia
39	Rodríguez J.	Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario
40	Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al.	Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries
41	Moreno-küstner B, Mayoral F, Rivas F, et al.	Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis
42	Wagner LC, Geidel AR, Torres-González F, King MB.	Cuidado en salud mental : percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores
43	Gejman P V, Sanders AR.	Etiología de la esquizofrenia
44	Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M.	Twenty Years of Mental Health Policies in Chile
45	Padmavati R.	Community mental health services for the mentally ill: practices and ethics
46	Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G.	Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile
47	Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, et al.	Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan
48	Killackey E, Alvarez-Jimenez M, Allott K, Bendall S, McGorry P.	Community rehabilitation and psychosocial interventions for psychotic disorders in youth
49	Pires RR, Morais Ximenes V, Barbosa Nepomuceno B.	Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania
50	Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R.	Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia
51	Millier a, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al.	Humanistic burden in schizophrenia: a literature review

Esquizofrenia, una problemática para la salud pública

La esquizofrenia ha sido por muchos años, una de las enfermedades mentales más reconocidas en el mundo, dadas sus características psicopatológicas y su alto grado de cronicidad^{23,24}. Según la OMS, en el mundo, los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga

de enfermedad^{1,24-26}. En 2004, esta misma entidad estimó que más de 26 millones de personas en el mundo sufrían esquizofrenia, lo que la convierte en una de las 20 causas principales de discapacidad en todo el mundo, llegando a tener el 1.1% de los AVAD totales y el 2.8% de los años de vida perdidos por discapacidad, con una prevalencia de 0.5 a 1.2%²⁷. Se dice que el riesgo de padecer esquizofrenia durante toda la vida es de 1%, con

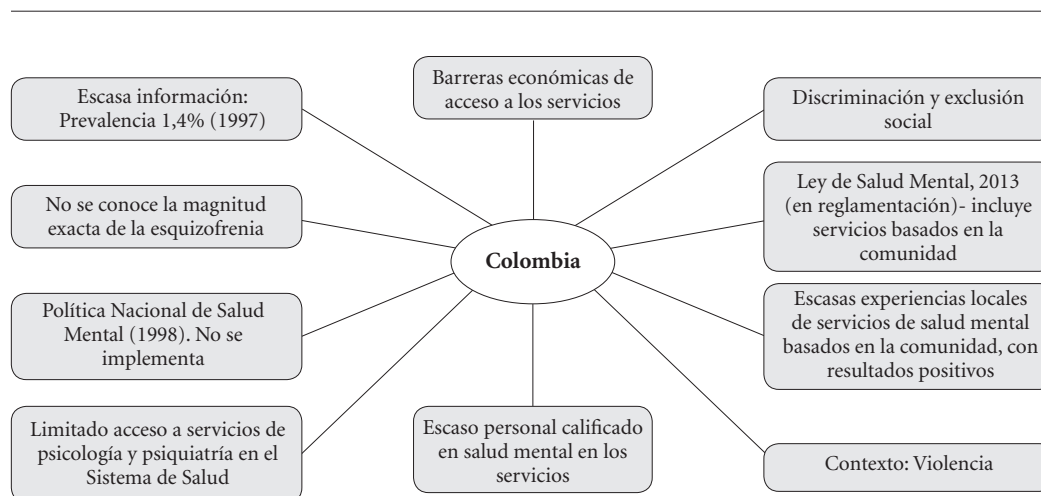


Figura 2. Elementos relacionados con la necesidad de una atención en salud mental basada en la comunidad para personas que viven con esquizofrenia en Colombia. 2014.

Fonte: Elaboración propia.

la misma probabilidad de padecerla, tanto hombres como mujeres^{11,12,23,28}.

En Colombia estos datos no han sido actualizados desde 1997, cuando se realizó un Estudio Nacional de Salud Mental, teniendo como punto de partida la concepción de salud mental como la ausencia de enfermedad^{21,29,30}. En 2003, a pesar de que se realizó otro estudio de salud mental, no se contempló la esquizofrenia como objeto específico del mismo³¹. Sin embargo y siguiendo nuevamente los lineamientos de otros estudios, se buscó identificar la prevalencia de síntomas psicóticos en algunos grupos poblacionales, algo que puede ser muy general y confundirse con otras enfermedades que presentan estos síntomas como criterio diagnóstico²¹.

A diferencia de Colombia, otros países latinoamericanos como Argentina, Brasil, Chile y Cuba han avanzado en la identificación y caracterización de la esquizofrenia en la población y cuentan con estrategias de acción encaminadas a resolver las dificultades que puedan presentarse al vivir y convivir con una persona que presenta la enfermedad³²⁻³⁵.

Por su parte, aunque los costos de atención sanitaria para las personas con esquizofrenia es elevado tanto en el sector público como en el privado, debido al prolongado tiempo de hospitalización y de tratamiento^{8,23}, no solamente se habla de financiación como una de las difi-

cultades que permitan la atención integral, la falta de personal en salud capacitado aumenta la brecha de la atención sanitaria para las personas con enfermedad mental³⁶⁻³⁸. En Colombia, esta situación ha sido motivo de discusión por parte de los profesionales en salud, en especial de los psiquiatras que ejercen su práctica en el país³⁹.

Atención comunitaria y esquizofrenia

En el mundo se han dado avances en lo que se refiere al aumento de los servicios de atención en salud mental comunitaria^{25,40,41}, por ejemplo en países europeos⁴². La rehabilitación que se gesta en la comunidad ha permitido que las personas que viven con la enfermedad expresen un mantenimiento en su calidad de vida, a pesar de presentar los síntomas de la patología^{43,44}.

Desde los modelos de atención en salud mental comunitaria se han desarrollado experiencias de inclusión social y rehabilitación que han mostrado muy buenos resultados, permitiéndoles a las personas que viven con la enfermedad sentirse productivas y capaces de vivir en sociedad^{3,45,46}.

Diversas experiencias de atención comunitaria para personas con enfermedades mentales, muestran cómo una estrecha relación terapéutica entre el personal de salud y los usuarios, políti-

cas públicas para ampliación de servicios comunitarios y el desarrollo de capacidades laborales en las personas que viven con la enfermedad, aumentan su percepción de recuperación y disminuyen sus síntomas psicóticos⁴⁷. Además, este tipo de intervenciones realizadas a personas con esquizofrenia que presentan además otro tipo de comorbilidades, han mostrado mejora en el acceso y percepción de calidad en la atención⁴⁸⁻⁵⁰.

A pesar de que no se hallaron reportadas experiencias de modelos de atención comunitaria para personas con esquizofrenia, una experiencia sobre violencia intrafamiliar, documentada por Luis Hernández en Bogotá⁵¹, si bien no se centró en personas enfermas, muestra la importancia de este tipo de modelos para el beneficio de la salud mental de la comunidad.

Estigma y discriminación en la esquizofrenia

Sin lugar a dudas, la estigmatización es una de las problemáticas que dificultan la inclusión social y la puesta en marcha de programas comunitarios para personas con enfermedades mentales en el mundo²³. Estudios en diferentes países, han demostrado la influencia de los contextos socio-culturales en la consolidación de tal discriminación^{52,53}, así como la influencia del estigma en el tratamiento⁵⁴. Para tratar de reducir los niveles de discriminación se han impulsado múltiples campañas, que a pesar de tener un impacto positivo en la prevención de este fenómeno en la sociedad, no parecen ser muy efectivas para disminuir el estigma, pues se debe tener en cuenta que el contexto cultural e histórico de cada comunidad juega un papel preponderante en la aceptación hacia las personas con este tipo de enfermedades^{23,55}.

La discriminación y el estigma no solo recaen sobre la persona que tiene la enfermedad, su familia y sus amigos, sino que además influye en el tratamiento. Así, la literatura muestra cuatro tipos de estigma: el interiorizado, el familiar, el del personal de salud y el social, estudios de este último con el personal de salud, han mostrado que requiere intervenciones mucho más evidentes por medio de planes y programas que promuevan la humanización hacia las personas con enfermedades mentales⁵³. Algunos estudios en Colombia han encontrado que en el caso de las enfermedades mentales se presenta discriminación y exclusión por parte de la comunidad, hacia personas que han sido diagnosticadas con estas patologías, aun cuando se contempla en la legislación el respeto y la inclusión social de las

personas en condición de discapacidad^{15,56}, inclusive se ha mostrado cómo esta situación afecta no solo a la persona que presenta la enfermedad, sino a su familia y a la comunidad que comparte espacios con estos⁵⁶. Esto permite visualizar un obstáculo para que las personas con enfermedades mentales puedan acceder libremente a los servicios de salud dentro de un ambiente comunitario, algo preocupante sobre todo si lo que se busca es la inclusión social y rehabilitación para las personas que tienen enfermedad mental^{15,57}.

El cansancio del cuidador, una tarea pendiente

La familia, juega un papel importante en la recuperación de la persona con esquizofrenia. Una de las tareas que presenta es precisamente de servir como apoyo al reingreso a la sociedad^{58,59}.

La familia, como red primaria encargada del cuidado directo a estas personas, no solo apoya por medio de la toma de los medicamentos o a través de los acompañamientos a las citas de control, sino que es precisamente por medio de su cuidado en aspectos que no son tan notorios para la sociedad, que el éxito del tratamiento tiene un punto de equilibrio^{58,60}.

Dadas las características de esta enfermedad, que produce un profundo cambio en las relaciones familiares, se puntualizó en alguna época, por parte de médicos psicoanalistas, que una de las causas por las cuales una persona podía generar la esquizofrenia era por una crianza inadecuada⁶¹. Sin embargo esta hipótesis ha sido abandonada y se habla por lo general de una transmisión genética, más que debida a traumas en la infancia^{62,63}.

Y es que tal vez, una de las situaciones que más complejidad causa dentro del cuidado de quienes viven con esta patología está en el hecho de que los síntomas se reactivan en periodos inesperados en los cuales se agudiza la enfermedad, pudiendo causar separación de la sociedad y distanciamiento del núcleo familiar, además del cansancio que se ve reflejado en el cuidador^{60,64}.

En Colombia, se han realizado algunas investigaciones que muestran el impacto que tiene el cuidado constante de los familiares cuidadores de personas con enfermedad mental, evidenciando además el enorme cansancio físico y emocional que trae este con el pasar del tiempo⁶⁴⁻⁶⁷. Algunos de ellos refieren que el sistema de salud no ofrece una ayuda adecuada a sus dolencias físicas, que en la mayoría de los casos surgen como consecuencia de estos cuidados⁶⁶.

Para los modelos de atención comunitarios, el apoyo y la articulación que se establece con los cuidadores familiares es fundamental para el seguimiento de los procesos terapéuticos trazados desde el inicio del diagnóstico^{57,66}, algo poco visible en los modelos de atención psiquiátricos tradicionales.

Discusión

A pesar de los avances normativos que ha tenido Colombia con relación a la salud mental de su población, las dificultades de acceso a los servicios siguen siendo un obstáculo para que las personas con enfermedades mentales gocen de atención de calidad^{15,68}.

La OMS ha sido enfática en buscar que los sistemas de salud en el mundo, promuevan la inclusión social y generen estrategias para disminuir la discriminación y el estigma social^{23,26}, sin embargo, las pocas experiencias que se han presentado con relación a modelos de atención comunitarios en Colombia con respecto a la salud mental y el nulo hallazgo con respecto a la esquizofrenia, demuestran la ambigüedad del sistema y ponen de manifiesto la falta de oportunidades para implementar las estrategias que permitan de forma verídica la puesta en marcha de la estrategia de atención primaria para las personas con enfermedades mentales^{69,70}.

Los servicios de salud de calidad pueden generar gran diferencia en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que se ha establecido que en aquellos servicios donde se da mejor trato, hay mayor facilidad en el acceso y menos trámites administrativos para los usuarios, se mejora considerablemente el riesgo de recaída^{71,72}. En este tipo de servicios se ha identificado aumento en la demanda de atención de los enfermos mentales y sus familias^{30,36,73}. Para ello, la OMS ha desarrollado herramientas prácticas que pueden ayudar a profesionales y no profesionales del área de la salud, en el mejoramiento de la asistencia y disminución de las dificultades alrededor del diagnóstico de las enfermedades mentales⁷⁴.

Es una responsabilidad social del talento humano en salud mental, propender por una mejor calidad en la atención en estos servicios, ya que involucran no solo a las personas que han sido diagnosticadas con algún trastorno, sino también

a sus familias y la comunidad en general²³. Esto se suma a la necesidad de entender que estas personas aún con un diagnóstico como el de esquizofrenia, tienen derechos y requieren vivir en sociedad sin la presión del estigma y la discriminación que recae sobre ellos⁷⁵.

La importancia de la creación de redes sociales que provean un soporte y participen en la atención a personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales, se hace cada vez más notoria en países que han implementado estrategias comunitarias en sus sistemas de salud^{44,76}.

Aunque tímidamente, en Colombia, los servicios para la atención de la salud mental vienen siendo cada vez más reconocidos, no solo por los problemas relacionados con la salud mental que se presentan, como la depresión y las agresiones⁷⁰, sino también por la expectativa que genera la reciente Ley de Salud Mental¹⁹, el enfoque de Atención Primaria en Salud que promulga el Ministerio de Salud y Protección Social del país buscando el asegurar la atención de las personas que presentan ese tipo de discapacidades, mejorando circunstancialmente con estas acciones la calidad de vida de toda la población²¹.

Recomendación: hacia una atención en salud mental comunitaria

El avanzar hacia servicios de salud mental basados en la comunidad constituye un reto para el sistema de salud colombiano, lo que demanda un fuerte trabajo hacia la superación de las dificultades antes mencionadas. Se requiere en general mayor sensibilidad hacia los temas concernientes a la salud mental de la población y al trabajo interdisciplinario. La importancia de la familia en la recuperación y rehabilitación de las personas con enfermedades mentales, como en el caso de la esquizofrenia, visto desde la evidencia revisada, se hace fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas. La utilización de herramientas como el mhGAP Intervention Guide, puede generar facilidad en la detección de potenciales casos y facilitar el quehacer de los trabajadores del área de la salud. La reciente normatividad nacional también podría llegar a ser un punto clave para posteriores intervenciones que mejoren los resultados de las acciones del personal sanitario.

Colaboradores

Los autores del artículo expresan su total contribución en el desarrollo tanto del texto, como de la investigación que la antecede. DR Zaraza-Morales estuvo involucrado en la escritura inicial del texto, búsqueda de fuentes bibliográficas y también desarrollando la corrección, edición y traducción al portugués del resumen. DM Hernández-Holguín, estuvo involucrada en la edición del texto, teniendo presente las sugerencias dadas por el editor, la traducción al inglés del resumen y el posterior envío del texto.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe de Salud en el Mundo 2001 Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Geneva: OMS; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Promoción de la Salud Mental*. Ginebra: OMS; 2004.
3. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Schizophrenia and public health*. Geneva: OMS; 1997.
5. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363(9426):2063-2072.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Schizophrenia Information for families*. Geneva: OMS; 1992.
7. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr. Bull.* 2013; 39(6):1363-1372.
8. Rangel HC, Castro LD, Arredondo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Ment* 2011; 34(2):95-102.
9. Colombia. Ministerio de la Salud y Protección Social (MSPS). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, ratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. Bogotá: MSPS; 2014.
10. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: The global burden of disease and disability. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2000; 250(6):274-285.
11. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks N. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2002; 11(2):103-111.
12. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch. Psychiatr. Nurs.* [Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Nov 15];25(5):339-349. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978802>
13. Republica de Colombia. Ministerio de Salud. *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Version Preliminar*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
14. Colombia. Gobernación de Antioquia. *Tamizaje de salud mental Departamento de Antioquia 2009*. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2010.
15. Henao S, Restrepo V, Alzate AF, Gonzalez C. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3):271- 281.
16. Colombia. Gobernación de Antioquia. *Hacia una propuesta de intervención integral en salud mental para las poblaciones de Antioquia*. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2010.
17. Jiménez M. Políticas de las instituciones de salud mental: Sus efectos e incidencias en la concepción de la psicosis y la condición del sujeto psicótico. *Tesis Psicológica* 2012; 7(1):102-125.
18. Ministerio De Salud. Resolución Numero 2358 De 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá; 1998.
19. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 de Salud Mental. Bogotá; 2013.
20. Rodríguez AP. Salud Mental: Situación y Tendencias. *Rev. Salud Publica* 2002; 4(1):74-88.

21. Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2007; XXXVI(2):307-319.
22. Castaño L. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev. Panam. Salud Publica* 2005; 18(65):129-135.
23. Caldas de Almeida J, Torres Gonzalez F. *Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos*. Washington: OPAS; 2005.
24. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, Cadi-Soussi N. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J. Psychiatr. Res.* [Internet]. 2014 Jul [cited 2014 Oct 10];54:85-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/124795289>
25. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull. World Health Organ* 2004; 82(11):858-866.
26. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev. Psiquiatr. del Uruguay* 2011; 75(2):86-96.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). The global burden of disease 2004. Geneva: OMS; 2004.
28. Hickling FW. The epidemiology of schizophrenia and other common mental health disorders in the English-speaking Caribbean [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18(4/5):226-265.
29. Ardón-centeno N, Cubillos-novella A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. *Rev. Gerenc. y Polit. salud* 2012; 11(23):12-38.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington: OPS; 2009.
31. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
32. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *Int. J. Ment. Health* [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2014 May 15];41(1):21-37. Available from: <http://mesharpe.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.2753/IMH0020-7411410102>
33. Ruben A. Cuidemos a los cuidadores: la salud mental de los trabajadores de la salud. *Rev. Salud Publica* 2006; 10(2):31-37.
34. Pires RR, Morais Ximenes V, Barbosa Nepomuceno B. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. *Av. en Psicol. Latino-am.* 2013; 31(3):507-521.
35. Rodrigues MA, Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Paniz VMV. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):604-612.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mental health ATLAS 2011. Geneva: OMS; 2011.
37. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, Sreenivas V, Saxena S. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 22 [cited 2014 Mar 1];370(9592):1061-1077. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804052>
38. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, Ntulo C, Thornicroft G, Saxena S. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Oct 29 [cited 2013 Oct 1];378(9802):1592-1603. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008429>
39. Arango C. Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2012; 41(Supl. 1):11-21.
40. Padmavati R. Community mental health services for the mentally ill: practices and ethics. *Int. Rev. Psychiatry* [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Oct 26];24(5):504-510. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23057987>
41. Ferreira-Furegato AR, Aparecida Frari-Galera S, Pillon SC, Ferreira-Santos JL, Araujo-Pitia AC, Cardoso L. Characterizing mental healthcare service teams. *Rev. Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2010 Oct;12(5):732-743. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755101>
42. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur. Psychiatry* [Internet]. 2005 Dec [cited 2014 Jan 9];20(8):529-539. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16171984>
43. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J. Psychiatr.* [Internet]. Elsevier B.V.; 2013 Oct [cited 2013 Nov 13];6(5):380-388. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011684>
44. Bröcheler A, Bergmann F, Schneider F. Models of mental health care in psychiatry across sectoral borders. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* [Internet]. 2009 Nov [cited 2013 Dec 4];259(Supl.):S227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19876683>
45. Suárez MA, Ortiz MB, Fernandez A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev. Asoc. Española Neuropsiquiatría* 2004; 92(24):25-51.
46. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lessons from scaling up a depression treatment program in primary care in Chile. *Rev. Panam. Salud Publica* 2012; 32(3):234-240.
47. Moreno-küstner B, Mayoral F, Rivas F, Angona P, Requena J, García-herrera JM, Navas D, Moreno P, Serrano-Blanco A, Bellón JA. Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *Biomed Cent. Heal. Serv. Res.* 2011; 11:257.
48. Killackey E, Alvarez-Jimenez M, Allott K, Bendall S, McGorry P. Community rehabilitation and psychosocial interventions for psychotic disorders in youth. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* [Internet]. Elsevier Inc; 2013 Oct [cited 2014 Jun 24];22(4):745-758. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24012084>

49. Muir-Cochrane E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2006; 13(4):447-452.
50. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kalisová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Dec 4]; 9:55. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2753585&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
51. Hernández LJ. Evaluación de Resultados e Impactos de un Modelo de Salud Mental basado en la Comunidad en Localidades de Bogotá, DC. *Rev. Salud Publica* 2003; 5(3):272-283.
52. Fresán A, Robles- García R, Benito L De, Saracco R, Escamilla R. Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2010; 38(101):340-345.
53. Hanzawa S, Nosaki A, Yatabe K, Nagai Y, Tanaka G, Nakane H, Nakane Y. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2014 Jan 21]; 66(2):113-120. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353324>
54. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2013 Sep 19]; 370(9590):810-801. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17804064>
55. Wagner LC, Geidel AR, Torres-gonzález F, King MB. Cuidado en salud mental : percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2077-2087.
56. Restrepo MU, Mora OL, Cristina ANA, Rodríguez C. Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Univ. Médica* 2007; 48(3):207-220.
57. Arias B. Los derechos civiles de las personas con discapacidad mental en Colombia: una actualización tardía y restringida. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2010; 39(2):405-414.
58. Chou K-R, Liu S-Y, Chu H. The effects of support groups on caregivers of patients with schizophrenia. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2002 Sep; 39(7):713-722. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12231028>
59. Chien W-TW-T, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2004 Aug [cited 2013 Dec 4]; 41(6):637-649. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15240088>
60. Silva G. Álbum De Família E Esquizofrenia : Convivência Em Retrato Family Album And Schizophrenia. Picture of Life. *Psicol. em Estud.* 2009; 14(1):83-91.
61. Daly O. Trauma and psychosis. *Psychiatry* [Internet]. Elsevier Ltd.; 2009 Aug [cited 2013 Oct 7]; 8(8):315-318. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179309000895>
62. Jerónimo SR, Diego C. DLVS, Patricia SP. Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 16]; 21(3):235-254. Available from: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000&numero=20101102130418609000>
63. Gejman P V, Sanders AR. Etiología de la esquizofrenia. *Med. (Buenos Aires)* 2012; 72:227-234.
64. Torres AM. Vivencias de los cuidadores de enfermos mentales. *Investig. en enfermería Imagen y Desarro.* 2004; 6(1 y 2):20- 25.
65. Corredor Roza ZL, Sánchez Espinosa MP, Rondón-Lagos M, Páez Rojas PL, Cortés Duque C, Forero Castro RM. Descriptive study of 20 patients with schizophrenia in Boyacá, Colombia. *Iatreia* 2013; 26(3):245-256.
66. Torres AM, Pinilla M. Perfil de cuidadores de enfermos mentales. *Investig. en enfermería Imagen y Desarro.* 2003; 5(1 y 2):11- 17.
67. Hernando M, Hernández B, Victoria M, Correa B. Las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro con trastorno afectivo bipolar. *Iatreia* 2013; 26(4):419-429.
68. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia : limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27:121-130.
69. Arango-dávila CA, Carlos J, Fernández R, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2008; 37(4):538-563.
70. Morales L. Los pacientes psiquiátricos en la ley 100 de 1993 (Sistema General De Seguridad Social En Salud). *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2003; 1993:13-20.
71. Cardoso L, Frari S. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar PSYCHIAT. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2011; 45(1):87-94.
72. Ruben A, Torres F, Moreno B. Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia. *Rev. Psiquiatr. del Uruguay* 2008; 72(2):130-141.
73. Kohn R, Levav I, Miguel J, Almeida C De, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Publica* 2005; 18(401):229-240.
74. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guía de Intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada.* Ginebra: OMS; 2010.
75. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad Preámbulo.* Nueva York: ONU; 2006.
76. Sepúlveda R. Un modelo intracomunitario de rehabilitación para personas discapacitadas de causa psiquiátrica.pdf. *Cuad. Med. Soc.* 1994; XXXV(3):25-29.

Artigo apresentado em 26/05/2015

Aprovado em 15/09/2015

Versão final apresentada em 17/09/2015