

## Reporte de caso

# Brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia en Medellín, Colombia. Serie de casos

*Gaps for the diagnosis and treatment of schizophrenia in Medellin, Colombia. Case series*

**Marle Duque Giraldo<sup>1</sup>, Diana Restrepo<sup>2</sup>, Laura Montoya<sup>3</sup>, Eliana Taborda<sup>4</sup>**

## Fecha correspondencia:

Recibido: octubre 31 de 2018.

Aceptado: junio 8 de 2021.

## Forma de citar:

Duque M, Restrepo D, Montoya L, Taborda E. Brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia en Medellín, Colombia. Serie de casos. Rev CES Salud Pública. 2018; 9(2): 71-82.

## Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN: 2145-9932

## Sobre los autores:

1. Psiquiatra de Enlace, Hospital San Vicente Fundación Rionegro.

2. Psiquiatra de Enlace. Docente Universidad CES.

3. Psiquiatra. Docente Universidad CES.

4. Psiquiatra Docente Universidad CES.

## Resumen

**Introducción:** la esquizofrenia es un grave trastorno mental que determina la ruptura biográfica en la vida de pacientes y familias, y que exige en la mayoría de los casos, la búsqueda de intervención médica especializada.

**Objetivo:** analizar las brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia en Medellín, Colombia. **Metodología:** serie de casos y breve revisión no sistemática de la literatura científica. **Resultados:** se presentan cinco pacientes mayores de 50 años, quienes, a pesar de llevar más de 20 años con un trastorno psicótico grave, no tenían tratamiento y algunos no habían sido diagnosticados. El resultado de estas brechas para el diagnóstico y el tratamiento fueron: grave ruptura biográfica, deterioro en la calidad de vida, pérdida de la productividad social y empeoramiento de otras enfermedades físicas. **Discusión:** son diversas las circunstancias que confluyen para generar y mantener las brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia en estos pacientes. La esquizofrenia es un trastorno prioritario por la prevalencia, la cronicidad, la discapacidad, la muerte prematura y la carga económica que genera. Se requiere de forma prioritaria, implementar medidas pragmáticas conducentes a superar las brechas en esquizofrenia.

**Palabras claves:** esquizofrenia; trastorno mental; diagnóstico tardío; estigma. (DeSC).

## Abstract

**Introduction:** schizophrenia is a serious mental disorder that determines the biographical break in the lives of patients and families, and that requires in most cases, the search for specialized medical intervention. **Objective:** to analyze the gaps for the diagnosis and treatment of schizophrenia in Medellín, Colombia. **Methodology:** case series and brief non-systematic review of the scientific literature. **Results:** five patients older than 50 years are presented, who, despite having more than 20 years with a serious psychotic disorder, had no treatment and some had not been diagnosed. The result of these gaps for diagnosis and treatment were: severe biographical rupture, deterioration in quality of life, loss of social productivity and worsening of other physical

illnesses. **Discussion:** the circumstances that converge to generate and maintain the gaps for the diagnosis and treatment of schizophrenia in these patients are diverse. Schizophrenia is a priority disorder due to prevalence, chronicity, disability, premature death and the economic burden it generates. Priority is required to implement pragmatic measures to overcome the gaps in schizophrenia.

**Keywords:** *schizofrenia; mental disorders; delayed diagnosis; stigma.*

## Introducción

La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo que cubre un amplio rango de dominios cognoscitivos, emocionales y del comportamiento. El curso es crónico y fluctuante con épocas de exacerbación y remisión de los síntomas (1,2). A pesar de los numerosos estudios realizados en distintas regiones del mundo, la prevalencia de la esquizofrenia aun es motivo de controversia (3). Una revisión sistemática estableció el riesgo global de sufrir esquizofrenia en la vida en 7,1 x 1000 personas (4) y para los trastornos psicóticos agrupados de 7,49 x 1000 personas. Uno de los principales problemas encontrados en tres revisiones sistemáticas encaminadas a determinar la incidencia y prevalencia mundial de la esquizofrenia, es la amplia heterogeneidad metodológica de los estudios, lo cual dificulta la comparación de los resultados (5,6).

*Las brechas para el diagnóstico y tratamiento en esquizofrenia* hacen referencia a la necesidad insatisfecha de atención, constituyéndose en un indicador significativo de salud pública (7). Se define esta brecha como la diferencia absoluta entre el número de personas que presentan el trastorno y el número de personas que reciben la atención apropiada para esa condición en los servicios de salud (8,9).

La brecha para cualquier forma de tratamiento en salud mental en Colombia según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es de 86,1% y fue la más alta de todos los países de América que participaron del estudio incluidos Guatemala (84,9%) y Estados Unidos (58,9%) (6). En tanto que la brecha para esquizofrenia se encuentra entre el 44,4% y el 56,4%, con una amplia diferencia cuando se comparan los países de ingresos bajos y altos (74,7% y 54,1%, respectivamente), (10,11).

A continuación, se describen cinco casos de adultos mayores a quienes se les realizó el diagnóstico de esquizofrenia de forma tardía y en quienes se discuten las barreras para el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico.

## Metodología

Se presenta una serie de casos, definida como una descripción a profundidad de las condiciones clínicas y demográficas de cinco pacientes hospitalarios los cuales fueron identificados de forma prospectiva en un período de nueve meses en las salas de hospitalización y urgencias del principal hospital público de la ciudad de Medellín, el cual brinda cuidados médicos de alto nivel de complejidad en salud, a pacientes de Medellín y de los 125 municipios del departamento de Antioquia, clasificados según el sisbén (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), en los niveles 1 y 2, esto es, los de mayor vulnerabilidad social y económica.

Se identificaron cinco pacientes con síntomas psicóticos graves y otras comorbilidades médicas. Todos, fueron evaluados por psiquiatría de enlace luego de que los médicos tratantes solicitaron la interconsulta. Solo un paciente fue identificado con

enfermedad mental por los médicos tratantes, en los demás, los graves síntomas psicóticos, pasaron desapercibidos para todo el equipo de salud, hasta la evaluación psiquiátrica. El diagnóstico de esquizofrenia se hizo a partir de entrevista psiquiátrica no estructurada, siguiendo los criterios del DSM-5 (12), los cuales incluye: duración de síntomas mayor de seis meses, presencia de delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos como falta de motivación o expresividad que causan compromiso en el trabajo, las relaciones interpersonales o el autocuidado. Los pacientes presentados cumplían los criterios requeridos.

## Presentación de los casos

### Caso 1

Mujer de 58 años de edad, proveniente de un municipio a 50 minutos de Medellín, escolaridad segunda de primaria; soltera sin hijos; dedicada a los oficios domésticos. Con antecedente de hipertensión arterial sin adherencia al tratamiento farmacológico. Permaneció hospitalizada durante 78 días, tras ingresar por cefalea intensa y pérdida de la conciencia. Se hizo diagnóstico de ataque cerebrovascular hemorrágico en fosa posterior, de origen hipertensivo, con obstrucción del cuarto ventrículo e hidrocefalia, para lo cual se realizó ventriculostomía emergente. Como diagnósticos adicionales, diabetes mellitus *de novo* y nefropatía crónica, los cuales ameritaron ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI).

A los 18 días de hospitalización en la UCI solicitaron valoración por psiquiatría de enlace. Se entrevistó a la familia, quienes señalaron: *"ella nunca ha sido normal"*. La familia indicó que había tenido durante más de 20 años ideas delirantes relacionadas con brujería "a mi me están trabajando el cuerpo, eso son los vecinos que me hacen brujería"; trastornos senso-perceptivos (alucinaciones táctiles); alucinaciones auditivas "habla sola, uno no sabe con quien está hablando"; alucinaciones táctiles: *"un animal se me hace encima del cuerpo"*; aislamiento social: su familia la describe permanentemente "temerosa y aislada"; auto-referencialidad: "todo lo que escucha en la radio, dice que lo están diciendo por ella", comportamiento disruptivo: presenta episodios de agresividad frecuentemente dirigida a familiares y vecinos, sin que medie ningún conflicto. Dentro de los antecedentes familiares, una tía materna "posiblemente" con enfermedad mental de tipo afectiva.

Tras 25 días de hospitalización sufrió caída de la cama, sufriendo hematoma subdural por lo cual fue llevada a drenaje quirúrgico. En la neuroimagen se observó hipodensidad subcortical bilateral, hemorragia cerebelosa izquierda, hidrocefalia y absceso cerebral. Psiquiatría de enlace encuentra clínica compatible con delirium consistente en desorientación temporo-espacial, fallas atencionales y fluctuación del nivel de conciencia, para lo cual inició tratamiento con quetiapina en dosis bajas de 25 a 50mg. La evolución de la paciente fue tórpida con marcado deterioro neurológico y problemas para la deglución.

### Caso 2

Hombre de 53 años, habitante de calle, llevado por la policía hasta el hospital luego de sufrir politraumatismo por accidente de tránsito como peatón. Le realizaron osteosíntesis de tobillo por fractura abierta. A los seis días de hospitalización ortopedia dio el alta hospitalaria, pero enfermería advierte que el paciente presenta un comportamiento "extraño" por lo cual se interconsulta a psiquiatría de enlace.

Durante la primera evaluación por psiquiatría, se encontró un paciente con apariencia física descuidada, mal olor, edéntulo parcial con focos sépticos en boca; uñas, cabello y barba sin cuidar, quien no respondía lo que se le preguntaba. Con actitud alucinatoria. Alerta, disproséxico, poco colaborador con la entrevista. Afecto plano. Lenguaje musitado. Pensamiento incoherente, ilógico con múltiples neologismos y bloqueos del pensamiento. Memoria no fue posible evaluarla, juicio comprometido.

Se diagnosticó esquizofrenia no tratada, se identificó un déficit de vitamina B12, hipoalbuminemia e hipotiroidismo. Se inició tratamiento con risperidona 1 mg al día y se solicitó traslado a hospital psiquiátrico. No pudo ser remitido por problemas administrativos por lo cual permaneció 69 días la mayoría de los cuales fue en el hospital durante 69 días más por su enfermedad mental. Finalmente, el paciente fue trasladado a un albergue para continuar el tratamiento psiquiátrico.

### Caso 3

Paciente de 70 años, mujer, residente en Medellín, viuda, con dos hijos. Ingresó tras sufrir trauma encéfalo-craneano y fracturas de múltiples de miembro superior luego de sufrir caída desde su propia altura. Con ceguera bilateral por cataratas además de tener cardiopatía hipertensiva, hipertensión pulmonar severa, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y obesidad mórbida. Luego del ingreso hospitalario sufrió falla ventilatoria hipoxémica, por lo cual es trasladada a UCI, donde presentó sepsis de origen pulmonar y falla renal aguda. Psiquiatría de enlace es consultada porque la paciente presentó delirium. El diagnóstico es ratificado y se inició tratamiento con haloperidol en dosis bajas. Al hablar con la familia, se descubrió que la paciente había tenido varias hospitalizaciones previas en instituciones psiquiátricas por síntomas psicóticos, sin que esto fuera considerado por la familia como una prueba de enfermedad mental en la madre y este importante antecedente clínico de la paciente no estaba consignado en la historia clínica.

Según la familia, desde hacía 16 años, su madre presentaba comportamientos extraños, "ideas raras y decía que oía voces", según la paciente "*demonios que me molestan*", además de insomnio, y grave aislamiento social, al negarse por completo a salir de su casa y asistir a las citas para la hipertensión arterial que le fue diagnosticada.

Psiquiatría de enlace luego de evaluarla, hizo el diagnóstico de esquizofrenia, por lo cual suspendió el haloperidol e inició tratamiento con olanzapina 5mg al día, con mejoría del insomnio y mejor regulación comportamental. Sin embargo, la paciente tuvo un empeoramiento clínico en cuidados intensivos por lo cual fue necesario conectarla a ventilación mecánica invasiva, sin lograr mejoría clínica y sin posibilidad de extubación por lo cual fue trasladada luego de 69 días de hospitalización a una institución especializada en brindar ventilación mecánica continua.

### Caso 4

Mujer de 52 años, residente en Medellín; vive con su pareja con quien tiene dos hijos; se encuentra desempleada. Realizó estudio de primaria incompleta, no practica ninguna religión. Consultó por cuadro clínico compatible con erisipela en miembros inferiores, insuficiencia venosa e hipertensión arterial. Durante la evaluación por medicina interna se detectaron síntomas de trastorno mental, por lo que fue solicitada la valoración por psiquiatría de enlace.

La paciente inició con síntomas de enfermedad mental 30 años atrás, por los cuales estuvo hospitalizada en atención primaria, pero nunca realizó tratamiento con psicofármacos ni asistió a citas de psiquiatría. La familia relató como en una oportunidad introdujo a la nieta en la lavadora, siguiendo las órdenes de una alucinación que le ordenó matarla a ella y a su hija. La familia interpretó las conductas de la madre como “normales” ante la presencia de familiares con síntomas similares.

### Caso 5

Paciente de 40 años, mujer, habitante de calle. Ingresa por múltiples fracturas en las extremidades al ser atropellada por un carro. En la hospitalización se le hizo diagnóstico de sífilis latente tardía, para lo cual se administra tratamiento con penicilina benzatínica. Además, hipotiroidismo, déficit de vitamina B12 y ácido fólico.

A los siete días de hospitalización ortopedia solicita valoración por psiquiatría de enlace por “comportamiento extraño”. Psiquiatría encontró una paciente con aspecto descuidado (mal olor, cabello, uñas y dientes mal cuidados). La paciente decía que algunas personas la querían matar y por este motivo ella decidió arrojarse a un río; afirma que puede comunicarse con los búhos porque ellos la comprenden y ella comprende los que ellos le quieren decir a través de los movimientos de la cabeza y de los ojos. Se inició tratamiento con haloperidol y trazodona, con mejoría en el patrón de sueño y el comportamiento. Trabajo social consiguió albergue donde la paciente fue trasladada luego de 23 días de hospitalización.

### Resultados

Se trata del reporte de cinco casos: cuatro mujeres y un hombre. Al momento del diagnóstico de esquizofrenia los pacientes tenían en promedio 54,6 años (*Desviación Estándar = 10,8 años*), y los síntomas psicóticos habían comenzado en promedio a los 22,0 años (*DE = 2,0 años*). El tiempo para la brecha al diagnóstico de esquizofrenia fue de 32,6 años (*DE = 12,5 años*). En la tabla 1 se muestran las características sociales y demográficas de los pacientes.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los casos reportados.

	<b>Caso</b>				
	1	2	3	4	5
Edad	58	53	70	52	40
Sexo	M*	H	M	M	M
Residencia	Amagá	Calle*	Medellín	Medellín	Calle*
Estado civil	Soltera	D*	Viuda	Separada	D*
Educación	Primaria	D*	Alfabeta	Primaria	Alfabeta
Ocupación	Hogar	D*	Modistería	Oficios domésticos	Reciclaje

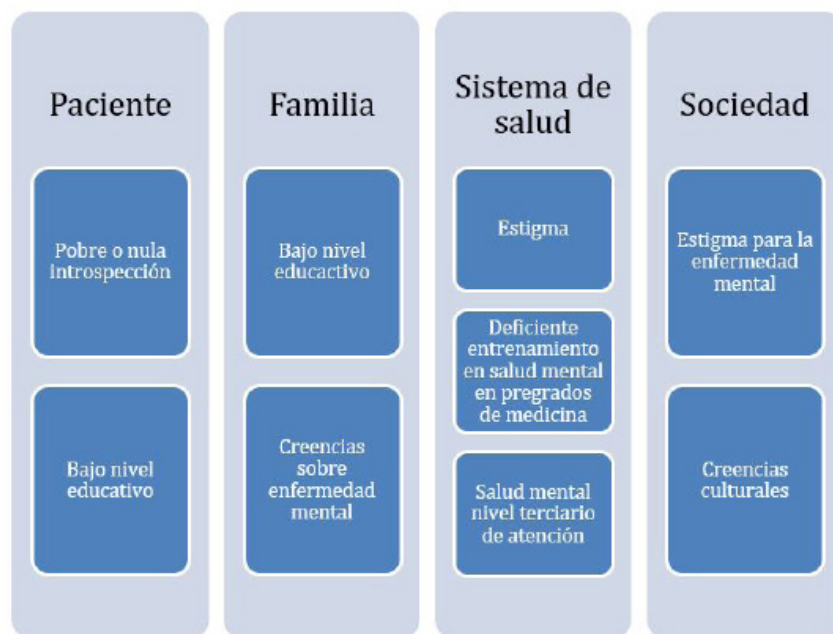
M\* Mujer; \* Habitante de la calle; D\* desconocido.

El 100% de los casos cumplió criterios DSM-5 de esquizofrenia con graves problemas biopsicosociales asociados a las brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia (ver Tabla 2). Los dos pacientes que se encontraban en condición de calle, fueron evaluados por trabajo social, quien intentó a partir de la información brindada por los pacientes, contactar familias o amigos, sin éxito.

**Tabla 2.** Factores biopsicosociales asociados con las brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia de los pacientes reportados.

	Caso				
	1	2	3	4	5
Aislamiento social	+		+	+	
Pérdida del hogar (habitante de calle)		+			+
Pobre adherencia a tratamientos médicos	+			+	
Comportamiento agresivo				+	
Dependencia económica	+	+	+	+	+

De los pacientes presentados, dos pacientes vivían en condición de calle, una paciente exhibía comportamientos desorganizados que ponía en riesgo a su familia y dos pacientes sufrieron empeoramiento clínico de las enfermedades crónicas de base por la falta de adherencia a los tratamientos médicos, en parte explicados por el aislamiento social y el pobre autocuidado, comportamientos que hacen parte de la enfermedad mental. Con base en estos casos clínicos, se proponen los factores que fueron identificados en los casos y que contribuyeron como brechas para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia. (Ver figura 1).



**Figura 1.** Factores identificados en los casos que favorecieron la brecha para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia.

### Discusión y revisión

En un periodo de nueve meses, fueron identificados cinco casos de personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia en la etapa tardía de la vida, con una brecha diagnóstica y terapéutica de dos décadas; tres de ellos sin diagnóstico y sin tratamiento y dos casos con diagnóstico previo pero sin tratamiento farmacológico a pesar de

exhibir síntomas psicóticos graves. En estos casos clínicos se puede verificar la presencia de barreras para el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia las cuales se abordarán a continuación.

### **Barreras gubernamentales**

En enero de 2013, el gobierno colombiano aprobó la Ley 1616 (13) con el propósito de garantizar el derecho a la salud mental de la población colombiana y facilitar el acceso a los servicios de salud mental. Este mismo año, la ley 1641 denominada Política pública de Habitante en Calle, se comprometió a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de las personas habitantes de calle, así como brindar atención integral e inclusión social a estas personas. Llama la atención los dos pacientes que se encontraban en condición de calle, porque en ellos se verifica la incapacidad de la sociedad y en particular de los organismos gubernamentales de proteger a los más vulnerables y cumplir las leyes que los protegen.

Dentro de los múltiples factores que pueden determinar que una persona se quede sin hogar y viva en la calle, la enfermedad mental es un factor fuertemente asociado y particularmente los trastornos psicóticos. Según *U.S Department of Housing and Urban Development* en Estados Unidos durante el 2015, el 25 % de las personas sin hogar, tenían una enfermedad mental (14). En la revisión sistemática y meta-analítica de Ayano et al. (15), la cual incluyó 31 estudios para determinar la prevalencia de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en personas sin hogar, se encontró la una prevalencia de esquizofrenia de 10,29% lo cual es 25 veces mayor que la prevalencia en población general de 0,4% usada como punto de comparación por estos autores (16).

La brecha terapéutica no se refiere exclusivamente a la falta de tratamiento, sino también al período que transcurre hasta que las personas con enfermedades mentales reciben la atención pertinente: en otras palabras, considera la demora en el tratamiento (4), en esta serie de casos, los pacientes tuvieron una brecha para el tratamiento de 32,6 años en promedio, lo cual permite vislumbrar la carga de este trastorno mental para los pacientes, sus familias y la sociedad.

### **Sistema de salud**

Según un informe del Banco Mundial del 2015, la pobre salud mental es un obstáculo para el desarrollo en América Latina (17), dentro de los obstáculos para brindar un apropiado cuidado de la salud mental, el estigma que rodea la enfermedad mental y la debilidad del sector primario para brindar cuidados de salud mental; también se plantea la exclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y la escasez de recurso humano calificado.

Las enfermedades mentales son una prioridad mundial en materia de salud, dada la carga económica que imponen, pero también como una prioridad de desarrollo mundial (18).

#### *Disponibilidad de recurso humano especializado*

Según un estudio realizado por Berbesi *et al.*, (2010) (19), el departamento de Antioquia en el año 2007 disponía de siete psiquiatras y de 35 psicólogos por cada 100 000 habitantes. La disponibilidad de psiquiatra y enfermera de salud mental es un predictor significativo de las brechas para el acceso y el tratamiento de las personas con esquizofrenia (20). Según el estudio de Bruckner et al (21), a partir de la información de 58 países, el número de profesionales de salud mental requeridos a nivel



global en 2011 era de 362 000 profesionales: 20 000 psiquiatras, 195 000 enfermeras y 147 000 psicólogos. Lo cual representa un promedio de 22,3 profesionales de la salud mental por 100 000 habitantes en países de ingresos bajos y 26,7 x 100 000 en países de ingresos medios como es el caso de Colombia. El déficit calculado fue: 11 000 psiquiatras, 128 000 enfermeros y 100 000 psicólogos.

#### *Recursos financieros asignados a la salud mental*

En el *Atlas Regional de Salud Mental de las Américas* (2015) (22), se observa que los recursos financieros asignados a la salud mental en la región es de 6,96 dólares estadounidenses per cápita con un rango entre 1 y 273 dólares. De estos, una gran parte va a la atención hospitalaria (75 %), especialmente a los hospitales psiquiátricos (73 % del total de los fondos) y el número promedio de trabajadores de salud mental es de 21 por 100 000 habitantes. La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8% del gasto total destinado a la salud, a pesar de que los trastornos mentales representan 12% del total de años vividos con discapacidad y 35% del total de años perdidos por discapacidad (APD)

#### *Capacidad técnica del médico colombiano de abordar problemas de salud mental*

Algunos de estos pacientes habían asistido por diversos motivos no psiquiátricos a la atención primaria de salud donde los médicos y personal asistencial tampoco reconocieron el problema mental. Frente a la capacitación en aspectos de salud mental para el personal de atención primaria, en América y el Caribe un estudio multicéntrico en América y el Caribe señaló que solo el 2,7 % de los médicos y el 1,6 % de las enfermeras y parteras habían recibido en los últimos años al menos dos días de capacitación en esa área de conocimiento (11).

### **Familia y paciente**

#### *Falsas creencias*

En cuanto a las barreras de tipo individual, estas son consecuencia de falsas creencias acerca de las enfermedades mentales y del estigma social que genera. Los pacientes presentados, tenían en común la ausencia de introspección frente a la propia enfermedad mental. En un estudio cualitativo realizado por Gutiérrez et al., (23), se encontraron dos patrones de creencias relacionadas con el hecho de padecer una enfermedad mental, en la primera, los pacientes creían que era imposible disminuir o curar los síntomas, por tanto, se "aguantaban" el padecimiento; en la segunda, los pacientes creían que sí era posible disminuir los síntomas y por tanto movilizaban distintos recursos para restablecer la salud mental. Quienes optaron por el segundo patrón de creencias tenían un mayor uso de servicios de salud; sin embargo todos manifestaron tener poca confianza en los servicios de salud mental por poca credibilidad en el mismo.

#### *Introspección frente a la propia enfermedad y psicosis*

Otro aspecto para analizar, es que si bien la enfermedad mental psicótica compromete de forma importante la introspección de los pacientes (24), tres de las familias de los pacientes aquí presentados, "normalizaron" los síntomas psicóticos y los asimilaban como "la personalidad" de sus seres queridos pese a la gravedad del compromiso funcional que imponían los mismos. La educación a las familias de los pacientes con trastornos mentales y particularmente de aquellos con psicosis, es de crucial importancia para la obtener mejores desenlaces clínicos (25).



*Tipo de enfermedad mental*

La esquizofrenia y los trastornos bipolares son denominados trastornos mentales graves, porque imponen a quienes las sufren, una de las mayores cargas imaginables: los episodios psicóticos agudos de la esquizofrenia, es considerado el estado de salud más discapacitante en el marco de la carga de enfermedad (26). Además, las enfermedades mentales graves son particularmente letales en los entornos de ingresos bajo, donde la estigmatización limita la atención de salud mental eficaz y la atención médica general inadecuada que reciben estas personas, da lugar a un exceso de mortalidad en gran parte prevenible (27).

Finalmente, la salud mental es esencial para la salud y es fundamental en relación al bienestar personal, las relaciones interpersonales y la capacidad de la persona de contribuir exitosamente en la comunidad a la cual pertenece (28,29). Las brechas terapéuticas no se refieren exclusivamente a la falta de tratamiento, sino también al período que transcurre hasta que las personas con enfermedades mentales reciben la atención pertinente. Para superar esta situación es necesario realizar un esfuerzo mayor para cambiar las políticas, prácticas y los sistemas de prestación de los servicios de salud mental, con el fin de reducir la carga asociada a los trastornos mentales (30).

**Conclusiones**

Si la discapacidad, al igual que la carga moral, social y económica, asociada con la esquizofrenia y en general con los trastornos mentales se desea disminuir, es necesario identificar y reducir las brechas para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales y reducir el retardo de la intervención que requieren.

Es necesario comenzar a actuar (ver figura 2), en diferentes niveles, en las políticas y medidas legislativas para que se implementen, en los grupos de usuarios y familiares para que se conformen y movilicen en pro de sus derechos, en los currículos de medicina para que capaciten apropiadamente a los médicos de atención primaria para abordar la enfermedad mental desde el conocimiento científico y el respeto humano.

---

**Voluntad política y mayor asignación de recursos en salud mental**

---

**Atención comunitaria y en el nivel primario para los problemas de salud mental**

---

**Educación en salud mental para la población general**

---

**Involucrar familia y comunidad en la atención de las personas con trastornos mentales**

---

**Disponibilidad de psicofármacos**

---

**Aumentar la capacitación de los profesionales en salud mental**

---

**Aumentar vínculos gubernamentales y no gubernamentales para trabajo conjunto en salud mental**

---

**Monitoreo mediante indicadores de salud mental**

---

**Mayor investigación en el tema**

---

**Figura 2.** Prioridades Globales para superar las brechas de los trastornos Mentales, según el Banco Mundial (31).

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Referencias

1. Whiteford H A, Degenhardt L, Rehm J. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382: 1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
2. Dziwota E, Stepulak MZ, Woszczak-Szubska A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med*. 2018; 25 (1): 50-55. doi: 10.5604/12321966.1233566.
3. Moreno-Kustner B, Martín C, Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental*. 2014; 37: 127-38.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*. 2008. 30: 67-76.
5. Moreno-Küstner B, Martín C, Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental* 2014; 37: 127-138.
6. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2018. 13 (4): e0195687.
7. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the barriers to access to care evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 36. Doi: 10.1186/1471-244X-12-36.
8. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015 Jan; 45(1):11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129
9. Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016; 66 (651): e686-92. doi: 10.3399/bjgp16X687313
10. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen MA, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007, 370(9593):1164-1174. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61263-X
11. World Health Organization. *The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope*.
12. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. Fifth Edition*. American Psychiatric Association. p991.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley No. 1616 de 2013. Ley Esperanza. Consultado el 12 de junio de 2017. Disponible en : <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
14. HUD.gov/U.S. Department of Housing and Urban Development of the United States of America. Disponible en [www.hud.gov](http://www.hud.gov). Consultado el 5 de agosto de 2021.
15. Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019; 19 (370). doi.org/10.1186/s12888-019-2361-7.
16. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PloS Med*. 2005; 2(5): e141.
17. The World Bank. Poor mental health, an obstacle to development in Latin America. The World Bank. 2015. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>. Consultado el 6 de agosto de 2021.
18. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
19. Berbesi DY, Bareño J. Diagnóstico de Oferta de Servicios en Salud Mental en Municipios de Antioquia (2004, 2006 y 2007). *Hacia la promoción de la Salud*. 2010; 15 (1): 41-54
20. Lora A, Kohn R, Levac I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012; 90 (1): 47-54B. doi: 10.2471/BLT.11.089284.
21. Bruckner TA, Scheffler RM, Shen G, Yoon J, Chisholm D, Morris J, Fulton BD, Dal Poz MR, Saxena S. *Bull World Health Organ*. 2011; 89 (3): 184-194. doi: 10.2471/BLT.10.0827849.
22. Atlas Regional de Salud Mental. Diciembre 2015. Washington, DC: OPS, 2016. ISBN 978-92-75- Consultado el 15 de septiembre de 2017. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Gutierrez Cárdenas AM, "Acceso a servicios de salud mental en Cali, Colombia: una perspectiva cualitativa" En: Colombia. 2013. Evento: III Encuentro de Investigación y Servicio del Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco Ponencia: Acceso a servicios de salud mental en Cali, Colombia: una perspectiva cualitativa.
24. Silberstein J, Harvey PD. Impaired introspective accuracy in schizophrenia: an independent predictor of functional outcomes. *Cogn Neurospsychiatry*. 2019; 24 (1): 28-39. doi: 10.1080/13546805.2018.1549985.

25. Fiorillo A, Bassi M, Girolamo G, Catapano F, Romeo F. The impact of a psychoeducational intervention on family members' views about schizophrenia: results from the OASIS italian multi-centre study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 57 (6): 596-603. DOI: 10.1177/0020764010376607.
26. Salomon JA, Gaagsma JA, Davis A, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(11): e712-e723. doi:10.1016/S2214-109X (15)00069-8.
27. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
28. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the world Health Organization*. 2004; 82 (11): 858-66.
29. Bonadiman CS, Passos VM, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2017; 20 (Suppl 1): 191-204.
30. Tejada PA. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*. 2016; 6(2): 29-40.
31. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson F, Degenhardt L, Dua T, et al. "Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders". In: *Disease Control Priorities (third edition): Volume 4, Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, editors: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina M. Washington, DC: World Bank.