

Desarrollo de capacidades y el modelo de recuperación para la promoción de la salud mental de
los pacientes tras un primer episodio psicótico

Autora: Mariana Isabel Herazo Bustos

Universidad El Bosque

Maestría en Bioética

Bogotá, Colombia

Desarrollo de capacidades y el modelo de recuperación para la promoción de la salud mental de
los pacientes tras un primer episodio psicótico

Ensayo argumentativo

Trabajo de investigación

Autora: Mariana Isabel Herazo Bustos

Tutores: Boris Julián Pinto Bustamante

Hernando Augusto Clavijo Montoya

Universidad El Bosque

Maestría en Bioética

Bogotá, Colombia

Nota de aceptación

Firma del tutor

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Bogotá, D.C, enero 23 de 2021

Agradecimientos

Agradezco a mi familia por acompañarme en este proyecto de realización personal y profesional. A Álvaro Olivera Díaz quien me mostró durante la carrera el ejercicio de la bioética, a Andrés Mauricio Henao por su soporte, amor y paciencia, a Andrés Camilo Cardozo por su inagotable apoyo, a Sebastián Vizcaíno por permitirme acceder a su novela *Breves fragmentos de un azul* que está en proceso de edición y logra reflejar el proceso personal y emocional que algunas personas tras un episodio psicótico pueden experimentar. A mis tutores y profesores de la maestría por enseñarme otra manera de ver la medicina y la vida. A mis pacientes por sus palabras y sus silencios.

Contenido

Resumen	6
Introducción	7
Contexto y barreras en la atención de salud mental en Colombia	12
Capacidades centrales en los pacientes tras un primer episodio psicótico	20
Propuesta desde la práctica de salud mental sobre la creación de escenarios terapéuticos e intervenciones en Colombia	25
Conclusiones	37
Referencias	39

Resumen

A pesar de los avances en normatividad en Colombia sobre salud mental, actualmente existen muchas barreras que limitan la asistencia en salud. Las personas que sufren un primer episodio psicótico cuentan con un periodo de ventana para que las intervenciones mejoren los desenlaces por lo que su pronóstico es diverso. El modelo de recuperación facilita guiar el proceso hacia objetivos de vida personalmente significativos, satisfactorios y esperanzadores. El enfoque de capacidades permite ampliar la comprensión del modelo de recuperación fomentando el desarrollo humano, la diversidad, la vulnerabilidad y las profundas diferencias intersubjetivas que hacen parte de las dinámicas humanas para llevar una vida digna. En este ensayo argumentativo se propone que el enfoque de capacidades de Martha Nussbaum articulado con el principio de autonomía y justicia social puede permitir la creación de escenarios terapéuticos e intervenciones basadas en la comunidad que ofrezcan lo mínimo necesario para llevar una vida digna y autónoma, la construcción de una identidad positiva, posibilitar las capacidades combinadas para luego llegar a funcionamientos y finalmente a largo plazo impactar en las subjetividades y construcción social de la salud mental.

Palabras clave: recuperación de la salud mental, trastornos psicóticos, autonomía, justicia social, capacidades, promoción de la salud, bioética, derechos humanos.

Introducción

La salud es definida por la Organización Mundial de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS,1948, p.1); no obstante, esta definición ha sido criticada por la naturaleza estática que propone al considerarla como un estado, ha sido contraproducente porque declara como definitivamente enfermas a las personas con enfermedades crónicas o con diversidad funcional y el tercer problema ha sido la dificultad en la operacionalización de la definición ya que “completo” no es medible y nos dejaría a la mayoría de nosotros enfermos la mayor parte del tiempo (Huber et al., 2011). Huber et al. (2011) plantearon un concepto de salud como "la capacidad de adaptarse y autogestionarse"; lo caracterizaron para los tres dominios de la salud de la siguiente manera: salud física en la que el individuo mantiene la homeostasis fisiológica a pesar de circunstancias cambiantes (alostasis), en salud social la capacidad de las personas para cumplir con su potencial y sus obligaciones, administrar su vida con cierto grado de independencia a pesar de una condición médica y de participar en actividades sociales incluido el trabajo; en salud mental describieron el sentido de coherencia como factor para afrontar y adaptarse o recuperarse tras un estresor.

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (OMS, 2004, p. 7).

Estas concepciones superan la tradicional perspectiva de atención de la enfermedad, apuntando a la comprensión de sus efectos en el desarrollo social y económico del país, así como en el bienestar de las comunidades, familias e individuos; sin embargo, en nuestro país el sistema de salud está basado en la enfermedad (Botero et al., 2012). Según lo observado en mi práctica clínica los servicios de salud mental se siguen caracterizando principalmente por el manejo de la enfermedad en el ambiente asilar y además algunos problemas y trastornos mentales continúan ocasionando una carga elevada de mortalidad, morbilidad y discapacidad o se asocian con violaciones de los derechos humanos como en la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (OMS, 2008). Por ello, es necesario una reestructuración de la atención psiquiátrica y en salud mental que permita modelos alternativos centrados en la persona y en su comunidad, con cuidados y tratamientos destinados a salvaguardar la dignidad, los derechos humanos y civiles y a la permanencia o desarrollo en su entorno.

La psicosis es un fenotipo clínico que engloba los síntomas relacionados con una disminución o ausencia de la prueba de realidad (Sadock, 2017). Los síntomas actualmente están clasificados en cinco categorías: síntomas psicóticos (antes denominados positivos) como delirios y alucinaciones, síntomas negativos (abulia, anhedonia, apatía), desregulación de estado de ánimo, disfunción cognitiva y desorganización del pensamiento o comportamiento (Sadock, 2017). El primer episodio de psicosis generalmente ocurre en la adultez joven con un curso crónico. La tasa acumulada para una primera recaída aumenta progresivamente siendo del 16,2% al final del seguimiento en el primer año a un 81,9% al final del seguimiento en 5 años (Robinson et al., 1999) motivo por el cual usualmente se presentan en la consulta en el cuarto o quinto año. Es importante el diagnóstico de un primer episodio psicótico, su seguimiento y tratamiento en los cinco primeros años porque es una etapa de grandes cambios cerebrales y movilidad psíquica, se disminuye el

impacto neurotóxico de la psicosis no tratada, es un intervalo de ventana para la instauración de un trastorno mental mayor, se disminuye la carga de mortalidad y morbilidad y se brindaría asistencia e a esta población vulnerable (OMS, 2008). Por lo anterior, estamos frente a un periodo crítico para que las intervenciones mejoren desenlaces y el tratamiento no solo incluya la resolución de los síntomas agudos, sino también una intervención temprana integral en distintos niveles, como la promoción, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la recuperación que abarque las dimensiones relevantes para cada individuo. Sin embargo, la realidad de nuestro país es una mayor cobertura en aseguramiento con una disminución en el acceso real a los servicios. La solicitud de atención por patología mental es menor del 50% entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios de salud al momento de necesitarlos o de percibir la necesidad de estos (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015). Esta insuficiencia del seguimiento continuo tras un primer episodio psicótico, asociado a la percepción de estar saludable con ausencia de enfermedad, puede favorecer un peor estadio clínico.

La noción de “Recuperación” desafía a la psiquiatría paternalista mostrando que los síntomas de las personas con experiencia de problemas de salud mental no deben impedir permanentemente el logro de objetivos de vida y no deben definir su identidad (Roberts y Boardman, 2013). La recuperación consiste en un proceso de construcción de un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, y puede ser definida como: “lo que las personas experimentan a sí mismas cuando se empoderan para administrar sus vidas de una manera que les permita lograr una vida plena y significativa y un sentido positivo de pertenencia en sus comunidades” (National Institute for Mental Health in England, 2005, p.2 párr.2). La recuperación incluye un proceso hacia un estado de bienestar, el logro de una vida digna y una calidad de vida personalmente aceptable. Se han buscado puntos comunes en las narrativas de los procesos de

recuperación y estos incluyen la esperanza, las relaciones, agencia, transiciones en la identidad, la libertad, control, oportunidad, optimismo y la autonomía (Lapsley, 2002). Considero que un punto común e integrativo es el enfoque de capacidades de Martha Nussbaum, pues representa una perspectiva dinámica que apela a la justicia social y es una expresión de autonomía para desplegar una vida digna.

Martha Nussbaum, filósofa norteamericana, propone un “enfoque de capacidades” a partir del fundamento de la justicia social que debe ser respetado y aplicado como requisito mínimo del respeto por la dignidad humana. En ella, sostiene que la pregunta básica es “¿qué son las personas en general realmente capaces de hacer y de ser?” (Nussbaum, 2012, p. 33).

El enfoque concibe a cada persona como un fin en sí mismo y se pregunta por las oportunidades disponibles para lograr el desarrollo humano y el florecimiento centrado en la elección o en la libertad. Nussbaum define capacidad como un conjunto de oportunidades habitualmente interrelacionadas para elegir y actuar. En su propuesta existen distintos tipos de capacidades: las capacidades básicas que son “el equipamiento innato de la persona que sirve de base para su posterior desarrollo y formación” (Nussbaum, 2012, p. 43), las capacidades internas que se refieren a los rasgos y las aptitudes de una persona desarrolladas mediante la atención y la crianza que haya recibido, es decir, requieren de recursos sociales (Nussbaum, 2012); las capacidades combinadas que son las capacidades internas que llevan añadidas las condiciones externas sociales, políticas y económicas que posibilitan la libertad de elegir (Nussbaum, 2012); y las capacidades centrales que son diez para que una vida sea digna (vida, salud física, integridad física, sentidos, imaginación y pensamiento; emociones, razón práctica; afiliación, otras especies, juego y control sobre el propio entorno) (Nussbaum, 2012). Estas capacidades son esenciales para efectuar ese estado dinámico que supone la salud mental, por ello considero que el desarrollo de

capacidades articulado con el principio de autonomía y justicia puede ser una propuesta que permita la creación de escenarios terapéuticos e intervenciones y así desplegar el proceso de recuperación en los pacientes tras un primer episodio psicótico. Por lo tanto, surge la siguiente pregunta ¿Cómo el enfoque de las capacidades puede aportar al modelo de recuperación y a la promoción de la salud mental de los pacientes tras un primer episodio psicótico?

A través de este ensayo argumentativo pretendo analizar los aportes del enfoque de las capacidades en el proceso de recuperación y promoción de la salud mental de los pacientes tras un primer episodio psicótico. Para ello, se describirá el contexto y las barreras en la atención de salud mental en Colombia que han condicionado el desarrollo humano desde la perspectiva de las capacidades y su relación con el principio de justicia y autonomía; luego se identificarán las capacidades centrales en los pacientes tras un primer episodio psicótico que son esenciales para desarrollar su vida de forma plenamente humana para finalmente presentar unas propuestas desde la perspectiva de Nussbaum y la práctica de salud mental sobre la creación de escenarios terapéuticos e intervenciones en Colombia que permitan promover las capacidades combinadas.

Contexto y barreras en la atención de salud mental en Colombia

“—Elige cualquier habitación —me dice rápidamente como si quisiera deshacerse de mí para que no interrumpa lo que sea que está haciendo.

—¿Me puede explicar qué es este lugar?

—¿Cuántas veces has hecho esa pregunta hoy? Escoge una habitación y duerme —dice mientras lleva su dedo índice a la boca en ademán de hacerme callar.

—No sé qué hacer, ¿y me dice que simplemente debo elegir una habitación y resignarme a lo que está pasando?

—A lo mejor —me dice en tono bastante apático.

—¿Tiene un cuaderno, unas hojas, un esfero o algo que me facilite para que pueda escribir?

— Espero unos segundos que parecen una eternidad—. ¿Qué le pasa? Al menos, conteste. ¿Me va a ayudar en algo?!

—No —me dice aún sumergido en el intento de escuchar la radio.”

Sebastián Vizcaíno. *Breves fragmentos de un azul*.

En el año 1998 se creó la primera Política Nacional de Salud Mental, sin embargo, fue aprobada en medio de un cambio de gobierno nacional y no logró el impacto esperado en términos de difusión y recursos financieros, por lo que no se adoptó. En el año 2005 el Ministerio de Protección Social reformuló la política a través de la expedición del documento *Lineamientos de Políticas De Salud Mental para Colombia* (Ministerio de la Protección Social, 2005). En el Plan

Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Ministerio de la Protección Social, 2007) la salud mental se consideró una prioridad nacional y en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, la salud mental y la convivencia social se incluyeron dentro de las ocho dimensiones prioritarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En el año 2013 se creó la Ley de Salud mental la cual garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental (Congreso de la República de Colombia, Ley 1616 de 2013). Dándole continuidad a la misma Ley proponen la Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección social, 2018) que busca el equilibrio y el bienestar humano en términos de logros de desarrollo integral, desde una perspectiva de derechos humanos, orientando programas de promoción y prevención, fortaleciendo la respuesta de servicios de salud con enfoque en atención primaria y promoviendo la rehabilitación e inclusión social. Como observamos, sólo en la última década en nuestro país ha tomado una verdadera relevancia en la política de salud la comprensión de los problemas mentales o de salud mental más allá de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de los avances en la normatividad, la realidad de nuestro país es el deterioro de la salud mental en los últimos 20 años (Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, 2020). El Documento CONPES 3992 (2020) describe que las posibles causas a este deterioro se asocian a tres problemáticas principales: la baja coordinación intersectorial entre comités nacionales y territoriales en temas de salud mental, en segundo lugar las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos (como las situaciones de violencia, el consumo de sustancias psicoactivas, el bajo involucramiento parental, entornos de discriminación comunitario, la insuficiencia de infraestructura cultural y deportiva, el contexto laboral con limitada comunicación, el estrés laboral, el bajo rendimiento académico, la deserción escolar, la baja capacidad de las escuelas para proporcionar un ambiente apropiado para apoyar el

aprendizaje, el matoneo escolar y las vulneraciones económicas y sociales en el hogar); y la tercera problemática son las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Identifico barreras estructurales como la conceptualización de la salud mental; si bien a partir de la segunda mitad del siglo XX las diferentes corrientes de la psiquiatría han promovido la intervención social, extrainstitucional y comunitaria, y desde la década de los noventa en Colombia se ha venido integrando de manera progresiva el enfoque de salud mental positiva, en la práctica clínica la orientación de la salud mental no ha ido más allá de la enfermedad, solo se enfoca en la psicopatología, existe una medicalización persistente de la salud mental y la mecanización de la cotidianidad sin intervención de determinantes sociales (Molina, 2017). Este panorama actual se logra comprender a través de una aproximación crítica a la construcción social del discurso, la institución psiquiátrica y su relación con el accionar y el entorno social a lo largo de más de dos siglos; por ejemplo, Foucault en *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2003) plantea que el poder eclesiástico fue reemplazado por instituciones estatales como las escuelas, cárceles y asilos justificadas desde una perspectiva científica. Esta consolidación de la institucionalización y la científicidad como la estrategia de intervención de la “locura” estuvo acompañada de masivas reclusiones, se fortaleció la idea de que la “locura” era un asunto delincuencial y peligroso, hubo una construcción desigual de la relación médico-paciente con roles predefinidos y restringidos y deseos de encontrar un ideal de conducta humana individual al que se esperaba llegar. Luego, el desarrollo psicofarmacológico y la mitigación de los síntomas logró no solo un alivio al problema de la institucionalización por la disminución de los costos, sino que fortaleció el modelo anatómico-clínico reconceptualizado en torno a lo bioquímico-clínico. Esta es la herencia de la fuerte carga histórica que se conserva asociada a una tradición excluyente de la diferencia entre la psiquiatría

y la salud mental. La comprensión de la salud mental requiere entonces del entendimiento de procesos en los cuales se establece una interacción bidireccional entre los individuos y colectivos; los entornos que son los espacios históricos, físicos, sociales y culturales en los cuales se desarrolla una persona y las dinámicas que se generan a su alrededor, los roles que se asumen y las interacciones que se presentan, la continuidad de exposición y curso de vida (reconocimiento de las experiencias acumuladas del individuo en las diferentes etapas del desarrollo) en que se presenta dichas interacciones y experiencias (Bronfenbrenner y Morris, 2006).

Otra barrera es la brecha de tratamiento. Actualmente se cuenta con una oferta sanitaria reducida, desarticulada y fragmentada, largos períodos de tiempo en asignación de citas o autorizaciones, baja disponibilidad de medicamentos en zonas rurales para la atención de problemas y trastornos mentales (CONPES 3992, 2020); el talento humano tiene falencias de formación en conocimientos específicos para la atención integral de problemas o trastornos mentales (CONPES 3992, 2020), la atención especializada en zona rural es escasa puesto que el país cuenta con dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes, no se sabe el perfil que presenta el talento humano que atiende (Ministerio de Salud y Protección social, 2018) y hay desconocimiento de la oferta social con ausencia de articulación sociosanitaria para apoyar los procesos de recuperación. Desde el usuario hay falta de información sobre el proceso para el acceso a la atención, la localización geográfica, los bajos recursos económicos para el desplazamiento y la desconfianza en el tratamiento por barreras actitudinales como “descuido” o “no querer ir” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015) (González, 2016). Estas barreras actitudinales están asociadas usualmente al estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias a los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma (Andrade, 2013).

Entre las barreras sociales observo el estigma, prejuicio y discriminación. El estigma es una actitud social, cultural o psicológica entendida como una marca de desgracia o desacreditación (Campo y Herazo, 2013), como por ejemplo la creencia en la peligrosidad, la incompetencia y la debilidad de carácter de una persona que padece de un problema o trastorno mental. El prejuicio proviene de una construcción colectiva en la que se acepta la característica señalada como indeseable o poco valiosa y, simultáneamente, se considera que todas las personas con el rasgo señalado como negativo representan un conjunto homogéneo (Campo y Herazo, 2013), y la discriminación aparece en el momento en que se institucionaliza la exclusión o la marginación de las personas que llevan el estigma y sobre quienes persiste un prejuicio (Campo y Herazo, 2013). Por ejemplo, en un primer episodio psicótico el autoestigma es que el paciente considere el primer brote psicótico como “estar loco”, una cognición secundaria al prejuicio "me avergüenza que me vean como un loco" y una conducta derivada de la discriminación es que la persona se abstiene de ir a los controles para buscar ayuda. Esta discriminación se traduce en la exclusión social.

Este panorama nos muestra los obstáculos que limitan la atención oportuna, continua, integral y resolutive de la población e impiden a los individuos que padecen de un problema o trastorno mental llegar al umbral de máximo funcionamiento y de igual manera la necesidad de modelos abarcadores que relacionen el campo de la salud mental con los elementos de bienestar individual y colectivo, el desarrollo de una nación y el reconocimiento y restablecimiento de derechos. Particularmente con la población tras un primer episodio psicótico, existe asimetría de poder y capacidades, sus voces no son escuchadas cuando se eligen los principios básicos y los factores que los excluyen son principalmente de carácter social y estructural. Estas personas siguen siendo excluidas y estigmatizadas; ningún movimiento político los representa y no son consideradas parte de la esfera pública lo que compromete las capacidades combinadas y centrales.

Esta exclusión de la libertad sustancial para elegir y actuar es una carencia desde el punto de vista de la justicia. Estamos entonces frente a una sociedad no justa, pues estigmatiza a estas personas e interfiere en su desarrollo en cuanto a salud, su educación, plena participación en la vida social y en la vida política.

La mayoría de las teorías de justicia occidentales han ignorado las demandas de justicia hacia las personas con diversidad funcional puesto que la tradición moral básica del contrato social ha sido el beneficio mutuo y la reciprocidad en lugar de la cooperación social (Nussbaum, 2007); en la sociedad no se ha contemplado plenamente la integración de la diversidad en todos los ámbitos (Romañach, 2007) y esta población ha tenido poca participación en los procesos de elección de los principios políticos básicos (Romañach, 2007) (Nussbaum, 2007) lo que ha dificultado extender hacia ellas la educación, la asistencia médica, los derechos y libertades políticas y, en general, la igualdad como ciudadanos. Martha C. Nussbaum, en el texto *Las fronteras de la justicia*, defiende que el enfoque de las capacidades permite una aproximación a la teorización de la justicia social (Nussbaum, 2007) y se presentan como la fuente de los principios políticos para una sociedad liberal y pluralista (Nussbaum, 2007). Es una manera de comprender el desarrollo humano desde lo que una persona puede configurar, elegir y desarrollar para lograr establecer una serie de funcionamientos, los cuales le permiten llevar una vida digna (las capacidades deberían atribuirse a todas las personas para tratarlas, así como fines y no como medios para los fines de otros). Este enfoque parte de una concepción de cooperación, para lo cual la justicia y la inclusión constituyen fines con un valor intrínseco, y para lo cual los seres humanos están unidos por lazos altruistas, además del beneficio mutuo; supone que los seres humanos cooperan movidos por el amor a la justicia y a la compasión hacia aquellos que poseen menos de lo necesario para llevar una vida decente y digna (Nussbaum, 2007).

El enfoque de capacidades parte de una concepción de la dignidad del ser humano y de una vida acorde a esa dignidad y obliga a que los ciudadanos estén situados por encima de un umbral mínimo amplio de capacidad en diez áreas (Nussbaum, 2007). La dignidad humana es, en su opinión, una fuente legítima de requisitos que pueden satisfacerse mediante la cooperación para la cual los humanos, afortunadamente, tienen sentimientos morales que crean las condiciones para la vida comunitaria y el papel principal de tal vida es asegurarse de que exista una oportunidad de vivir de acuerdo con la dignidad humana. Ella definió un mínimo social a partir de las capacidades humanas, es decir, lo que las personas pueden hacer realmente y quiénes pueden ser. Es un camino definido por una idea intuitiva de una vida digna. El enfoque de las capacidades mantiene una concepción unificada de la racionalidad y la animalidad, partiendo de la premisa aristotélica del ser humano como una criatura necesitada de una pluralidad de actividades vitales, ve la racionalidad simplemente como un aspecto y no como la única característica que define la idea de un funcionamiento auténticamente humano. A partir de esta concepción de la persona como animal social, cuya dignidad no deriva enteramente de una racionalidad idealizada ni sintiencia, sino asociada al despliegue de capacidades vitales, el enfoque de capacidades puede ayudarnos a diseñar una concepción adecuada de la ciudadanía plena e igualitaria de las personas con diversidad funcional. La dignidad no es algo que pueda definirse de forma previa e independiente de las capacidades, sino que se encuentra imbricada en ellas y en su función (Nussbaum, 2007). Partiendo de esta idea, justifica diez capacidades como requisitos de una vida digna, las cuales le dan forma y contenido a la idea abstracta de dignidad y consolidan una teoría mínima de justicia social.

Este enfoque está centrado en la elección o la libertad, por lo tanto, es un enfoque comprometido con el respeto a las facultades de autodefinición de las personas. Si bien Nussbaum

no propone una teoría explícita de autonomía, realiza una crítica de que los estados liberales no pueden respaldar explicaciones completas de la autonomía del tipo defendido por Joseph Raz (como se citó en Nussbaum, 2011) el cual considera que la autonomía debería ser el valor central en una sociedad liberal, confiere ese valor de manera integral tanto en la vida pública como privada de los ciudadanos; el ejercicio de la autonomía constituye la naturaleza última del bien humano y es valiosa sólo si se ejerce a favor del bien. Nussbaum rechaza el respaldo estatal de la autonomía integral debido a que su bondad depende del valor de las elecciones, si solo una forma de vida hubiera sido moralmente valiosa, el gobierno no habría necesitado crear opciones plurales y además las vidas vividas bajo la propia dirección estatal no son mejores por ejemplo que las vidas vividas sometidas a alguna forma de autoridad religiosa, cultural o militar, por lo tanto la rechaza sobre la base de que no respetan por igual a todos los ciudadanos (Nussbaum, 2011). Nussbaum, considera además que la libertad real de vivir según el propio punto de vista requiere proteger los espacios en los que las personas pueden dejar un punto de vista y optar por otro, y también el espacio en los que los niños aprenden opciones para que realmente puedan vivir su propia vida (Nussbaum, 2011); respalda esta forma más limitada de autonomía denominada autonomía "política" (Rawls, 2005), cuyos ingredientes incluyen el respeto por la discusión y el intercambio público de razones (Nussbaum, 2011).

Aunque Nussbaum no da una descripción de la autonomía política, podríamos inferir que tres elementos importantes serían la ausencia de coerción, la posibilidad de elegir entre una diversidad de opciones relevantes, y ser agente (la capacidad de acción de la persona para alcanzar cualquiera de sus objetivos). Teniendo en cuenta lo anterior, la teoría de capacidades configura una expresión de autonomía para alcanzar el bienestar por sí mismo y permite la toma de decisiones.

Capacidades centrales en los pacientes tras un primer episodio psicótico

“Yo últimamente veo el resultado de mis acciones desde lejos, me veo a mí y no me reconozco; lo hago todo por inercia, mi vida se resume en existir, ocupar un espacio.”

Sebastián Vizcaíno. *Breves fragmentos de un azul*.

La necesidad de asistencia forma parte de las necesidades primarias de los ciudadanos y ocupa un lugar fundamental dentro de una concepción de justicia (Nussbaum, 2007). Una buena asistencia se centra en las capacidades de la vida, la salud, la integridad corporal, unos estímulos para los sentidos, la imaginación y el pensamiento. Refuerza los lazos emocionales, la capacidad para la elección y el razonamiento práctico del asistido, promueve afiliaciones de todo tipo, incluidas las sociales y políticas, protege el autorrespeto, refuerza la capacidad del juego y el disfrute de la vida, refuerza el control del entorno material y político.

Tras un primer episodio psicótico, podemos identificar las capacidades centrales de la siguiente manera:

Vida: “poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal, no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla” (Nussbaum, 2007 p.88). Las personas que padecen un primer episodio psicótico principalmente son adultos jóvenes, debe ser una vida que valga la pena vivir y cada uno debe definirla por sí mismo. Ellos enfrentan una reducción de 25 años en la esperanza de vida debido a problemas médicos, elecciones nutricionales, comportamientos sedentarios y efectos secundarios (Chesney, 2014); por lo tanto, esta capacidad implica poder ofrecer a tiempo y de manera temprana

intervenciones preventivas como permitir espacios de deporte, gestión del riesgo y hábitos de vida saludable.

Salud física: “poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva, recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar apropiado para vivir” (Nussbaum, 2007 p.88). Recientemente se ha mostrado que las prescripciones de medicamentos para hasta el 40% de personas con un primer episodio no se ajustan a las mejores prácticas clínicas (Robinson, 2015), por lo que una adecuada elección, medicación simplificada y por un tiempo pertinente debe ser un tema abordado y planificado con un especialista o médico general de atención primaria en coordinación con un especialista. En Colombia la estrategia mhGAP para el año 2016 había formado 710 profesionales de la salud (OPS, 2016) lo que aún resulta insuficiente para la población de nuestro país. En cuanto a salud sexual y reproductiva, en Colombia hay escasez de educación por parte del equipo de atención primaria en salud y todavía más en la consulta de psiquiatría (Posada et al., 2020); en la literatura mundial han descritos los siguientes factores asociados a la poca educación: la falta de conocimiento del psiquiatra sobre el uso de anticonceptivos, la percepción de que esta evaluación no corresponde a la consulta de salud mental, la evitación del tema y la falsa creencia de que las personas con patología o problema mental son asexuales (Posada et al., 2020).

Integridad física: “poder desplazarse libremente de un lugar a otro; estar protegidos de los ataques violentos, incluida las agresiones sexuales y la violencia doméstica, disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas” (Nussbaum, 2007 p.88). Esta capacidad permite el sentimiento de seguridad y fortalece la identidad.

Sentidos, imaginación y pensamiento:

Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento y hacerlo de un modo “verdaderamente humano”, un modo formado y cultivado por una educación adecuada que incluya la alfabetización y la formación matemática y científica básica. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y actos religiosos y literarios, musicales o de índole parecida, según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de libertad de expresión política y artística y por la libertad de la práctica religiosa. poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar el dolor no beneficioso (Nussbaum, 2007 p.88).

Esta capacidad se puede promover en el contexto de los servicios de salud mental, por ejemplo, si un individuo no desea utilizar fármacos antipsicóticos es importante comprender, ¿por qué prefiere no tener antipsicóticos? ¿Le gusta ser psicótico? ¿Si es así por qué? ¿Ha llegado a esta decisión con la ayuda de otros o con alguna comunidad ideológica? ¿Qué cree que es la libertad de pensamiento y qué valora en ella? ¿Ha experimentado antipsicóticos anteriormente y cree que podrían violar la libertad de pensamiento?

Emociones:

Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotros mismos; poder amar a quienes nos aman y se preocupa por nosotros y sentir duelo por su ausencia; en general poder amar, apenarse, sentir añoranza, gratitud e indignación justificada. Que no se malogre el desarrollo emocional por culpa del miedo y la ansiedad (Nussbaum, 2007 p.88).

Esta capacidad permite construir una alianza con los familiares, visualizar y disminuir la emoción expresada que es la actitud del familiar hacia una persona con un problema mental

caracterizado por la crítica, hostilidad, sobreimplicación emocional y predice la recaída de los síntomas. También resalta la importancia del lazo afectivo madre-lactante, la socialización temprana y permitir espacios de aprendizaje para lograr habilidades sociales, pues en los pacientes tras un episodio psicótico se ve la falta de apego y expresión emocional. La seguridad de apego durante la infancia permitirá la autorregulación, la reciprocidad y las interacciones sociales de colaboración. Estas estrategias aún no se han fortalecido lo suficiente en la atención primaria en salud que se brindan en Colombia.

Razón práctica: “poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida” (Nussbaum, 2007 p.89). Las personas tras un primer episodio psicótico quieren participar en la planificación de sus propias vidas y estar involucradas en qué hacer, cuándo hacerlo y cómo hacerlo en lugar de transferir estas decisiones a su médico o familiar. Esta capacidad protege la elección y la libertad de conciencia; tras un primer episodio psicótico la razón práctica es una capacidad esencial dentro de la noción de libertad y organiza todos los funcionamientos como manejar las tareas domésticas y controlar las actividades rutinarias, ser consciente de la condición física, asistir a citas regularmente, tener sentido de la responsabilidad, ser autónomo en los servicios de salud mental y el manejo de la medicación.

Afiliación: “poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro. Disponer de las bases sociales necesarias para el respeto por sí mismo y no sentir humillación” (Nussbaum, 2007 p.89). Esto supone introducir disposiciones que combatan la discriminación y el estigma social como la inclusión escolar, la pedagogía familiar y de la población en general.

Otras especies: “poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural” (Nussbaum, 2007 p.89). En esta capacidad los otros entes no tienen una

importancia meramente instrumental pues forma parte de las relaciones. A través de ese reconocimiento del “otro” (comprometido en la psicosis en cuanto no hay una distinción del yo/no-yo) se permite la reestructuración de la vivencia psicótica y promueve los procesos de cognición social que dan origen al sentimiento de compasión y las relaciones de cooperación.

Juego: “poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas” (Nussbaum, 2007 p.89). Esta capacidad introduce la relación con la naturaleza y oportunidades para disfrutar la vida que son relevantes en la salud mental comunitaria.

Control sobre el propio entorno

Político. “poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan la vida, tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación” (Nussbaum, 2007 p.89). Esta capacidad proporciona un contraste crucial con la creencia de que las personas con problemas de salud mental deberían esperar un tiempo indeterminado para el proceso de recuperación y así recuperar sus vidas; no existen precondiciones materiales, sociales o políticas para ser ciudadanos con derechos civiles y políticos.

Material.

Poder poseer propiedades y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con los demás; tener derecho a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás (Nussbaum, 2007 p.89).

Hay que fomentar la independencia y autodeterminación en distintas esferas de la vida, por ejemplo, tras un primer episodio psicótico poder conseguir trabajo en igual condición que los demás.

Propuestas desde la práctica de salud mental sobre la creación de escenarios terapéuticos e intervenciones en Colombia

“¿cómo empezar? Aquí no soy nadie, puedo ser quien sea, no tengo propósito, no tengo rutina y eso me asusta; no quiero estar así, no quiero nada. No quiero sentir esto. Mi existencia perdió su significado. ¿Qué voy a hacer? ¿Esperar a morir? Nunca he sido paciente, ideas que evito casi a diario me invaden, pero sacudo mi cabeza y me limpio las lágrimas que han empezado a brotar”.

Sebastián Vizcaíno. *Breves fragmentos de un azul*.

La promoción de la salud es el proceso que facilita los medios necesarios a las personas para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma (OMS, 1986). Por lo tanto, está más vinculado con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, y no solamente con una disminución de síntomas. La promoción de la salud debe abarcar las intervenciones en salud mental (OMS, 2004), por lo que se han propuesto diversos modelos asistenciales. Desde 1996 la atención en salud mental comunitaria ha cobrado fuerzas por su enfoque poblacional (la persona está en un ambiente que conoce, no se la destierra, las redes de apoyo natural están en el entorno de quienes las necesitan, existe la posibilidad de su intervención inmediata que facilita el reconocimiento de las necesidades y la aceptación de la ayuda y se rescatan recursos de salud inherentes a las personas) que posibilita la sensibilización a la comunidad, también comprende a los pacientes en un contexto socioeconómico, permite una

visión sistémica de la provisión de servicios y acceso abierto a servicios, los servicios son basados en equipos y ofrece una perspectiva a largo plazo, longitudinal y de ciclo de vida. Incluso permite evidenciar la importancia del cambio de actitudes autoritarias o paternalistas de los profesionales de la salud mental, el fomento de un proceso de cambio cultural que supone un redimensionamiento ético de la posición de la sociedad respecto a la persona excluida y el efectivo ejercicio de los derechos de ciudadanía como instancia dignificante y rehabilitadora por excelencia (Thornicroft, 2010).

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud y la International Early Psychosis Association (IEPA) colaboraron para emitir diez acciones estratégicas fundamentales sobre la intervención temprana en psicosis que articula los principios universales de intervención temprana con las capacidades locales y la diversidad cultural (tabla 1) (Bertolote, 2005).

Tabla 1.

Acciones estratégicas recogidas en el Consenso de Intervención Temprana desarrollado por la OMS y la IEPA (2002)

1	Proporcionar tratamiento en atención primaria para la detección temprana en la psicosis y acceso a servicios integrales de salud mental basados en la comunidad
2	Ofrecer terapia farmacológica y psicosocial
3	Realizar el tratamiento en la propia comunidad hacia enfoques de servicio menos restrictivos y coercitivos ofreciendo espacios adaptados a poblaciones jóvenes para combatir el estigma y el trauma
4	Comunicar los beneficios de la detección temprana a la población, incorporando a profesores, trabajadores sociales, y otros agentes relevantes

-
- 5 Involucrar a la comunidad y a los familiares

 - 6 Establecer políticas y programas a nivel nacional

 - 7 Ofrecer al grupo de atención primaria y especialistas formación específica sobre el reconocimiento, la atención y el tratamiento de los jóvenes con psicosis y el abordaje familiar

 - 8 Mejorar la coordinación con otros servicios, llevando a cabo programas integrales que faciliten la recuperación de estos pacientes

 - 9 Monitorear la salud mental comunitaria, generar indicadores de seguimiento para estos programas (duración de la psicosis no tratada; resultados de recuperación; morbilidad, mortalidad, costo y efectividad)

 - 10 Apoyar la investigación en psicosis, desde estudios de prevalencia e impacto en la comunidad, hasta nuevas intervenciones psicosociales, psicofarmacológicas y de prevención
-

Fuente: elaboración propia con base en datos de OMS e IEPA.

Teniendo en cuenta lo anterior, en Australia, existe un programa de atención temprana dirigido a personas que sufren un primer episodio de psicosis o están en alto riesgo con un enfoque en prevención secundaria (disminuir la prevalencia de la enfermedad) (Hughes et al., 2014) (McGorry et al., 1996). En Estados Unidos existe el programa NAVIGATE, con un enfoque basado en equipos con tres marcos conceptuales amplios en el campo de la salud mental, incluido el modelo de recuperación, el modelo de vulnerabilidad al estrés y la rehabilitación (Mueser et al, 2015). Existen otros programas a nivel mundial como en Canadá, Islandia, Dinamarca, Suiza, Italia, Singapur, Noruega, Corea del sur, Japón y Hong Kong (Movimiento Rethinking, 2018).

Geel en Bélgica es la comunidad terapéutica más antigua de Europa y es un ejemplo de recuperación centrada en el paciente (van Bilsen, 2016). Los primeros registros datan de 1693, los

habitantes de Geel ofrecían alojamiento a los pacientes y peregrinos de Santa Dymphna y así nació la tradición familiar de acogida. En el proyecto de acogimiento familiar actualmente hay 200 familias, los hogares se caracterizan por ser cuidadores, modelos de comportamiento estables y capaces de afrontar situaciones estresantes y los pacientes deben ser capaces de tener un vínculo emocional, alguna forma de comunicación y hacer las cosas de forma independiente; suelen tener trastornos psicóticos, de personalidad y del estado de ánimo (van Bilsen, 2016). Aprenden a través del modelamiento y moldeamiento deberes domésticos (ir de compras, cocinar, planchar, jardinería), trabajan en sus habilidades generales y descubren qué significa vivir juntos, asumir responsabilidades y compartir. Desde que el paciente pasa a formar parte de una familia, recupera una identidad, vuelven a formar parte de una familia, pertenecen a una red social (vecinos, amigos, conocidos.), tienen responsabilidades. Hay expectativas, pero no demandas por lo que pueden funcionar a su nivel óptimo. El objetivo parece ser rodear al paciente de expectativas y exigencias normales en una atmósfera de compasión y amabilidad radical para aceptar lo que es y no exigir lo que “debería ser”. Actualmente, la estancia media en el programa de cuidados familiares es de 30 años. Gracias a su bienestar general y sensación de seguridad, los niveles de medicación a menudo disminuyen significativamente. En esta comunidad se ofrece puestos de trabajo en talleres protegidos (trabajo semiindustrial, tienda de bicicletas, encuadernación, imprenta, talla de madera, jardinería) y en negocios locales (tienda, centro de jardinería) (van Bilsen, 2016). Esto ha creado la eficacia colectiva en la que un grupo a través de sus capacidades conjuntas puede organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir niveles dados de logro; los resultados son vidas vividas (OPS, 2007).

En Colombia, las experiencias que se tienen en rehabilitación psicosocial y en general en salud mental comunitaria han sido poco publicadas hasta el momento. Dentro ellas se encuentra la

Fundación Granja Taller de Asistencia (Fungrata) en Bogotá, creada por el psiquiatra Albert Fergusson, que en 1987 proporcionaba una alternativa a los hospitales psiquiátricos para colombianos en condición de calle con esquizofrenia. Se acercaban a los potenciales usuarios, se les evaluaba y alentaba a ingresar a este establecimiento que les facilitaba terapia, la capacitación laboral, empleo y recreación para favorecer el máximo nivel de autonomía posible; sin embargo, notaron dependencia en las personas y altos costos por lo que el proyecto no continuó. Luego, inició el Instituto de Autorehabilitación Acompañada en el cual el paciente asume una participación y es agente de su propio proceso terapéutico, caracterizado por un mejor conocimiento de su historia personal y de opciones flexibles de vida (Muñoz,2020). Por otro lado, en el sur occidente colombiano, el departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, diseñó el Proyecto piloto de psiquiatría social que se desarrolló entre 1967 y 1974 en el cual entrenaban médicos residentes de psiquiatría; estudiantes de medicina y enfermería; auxiliares de enfermería en salud pública, y trabajadores sociales en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad (Arboleda-Trujillo, 2013). Desde 1985 forman estudiantes de pregrado de medicina en centros de atención primaria y prestan servicios de psiquiatría en el nivel primario de atención en el Centro de Salud de Siloé y el grupo de terapia ocupacional de la Universidad del Valle. Además, han liderado un proyecto de rehabilitación basada en la comunidad para pacientes con trastorno mental crónico que los propios pacientes han denominado “mentalmente sanos” (Muñoz, 2020).

Desde el año 2018 funciona en la ciudad de Pereira (Risaralda) Recuperarte IPS, una organización de carácter privado que ofrece de salud mental de base comunitaria. Se realiza un proceso de evaluación funcional a cargo de un equipo interdisciplinario donde se establece un plan individualizado de rehabilitación con objetivos terapéuticos por áreas que se hacen efectivos a

través de la asistencia a diferentes grupos terapéuticos como psicoeducación, afrontamiento y manejo del estrés, habilidades sociales, entrenamiento cognitivo, actividades de la vida diaria y programa de familias (Muñoz,2020). En Nariño, existe un proyecto de Red de agentes comunitarios en salud mental en las instituciones educativas del municipio de San Lorenzo en atención primaria en salud quienes están capacitados para realizar acciones como tamizaje, canalización de casos a los diferentes niveles de atención, primeros auxilios psicológicos, intervenciones grupales, rutas de atención y proyectos comunitarios (Zambrano, 2015) (Pinto, 2012).

A pesar de estos significativos avances en Colombia, la experiencia en nuestro país es en prevención terciaria y no existen programas específicos para la población tras un primer episodio psicótico. En este contexto, propongo la creación de centros de salud mental comunitarios como escenarios terapéuticos en Colombia con intervenciones específicas para la población tras un primer episodio psicótico que protejan las capacidades centrales y permitan desarrollar las capacidades combinadas. La justicia social y la inclusión como valores intrínsecos dentro del enfoque de capacidades, permite que las personas vivan vidas plenas y creativas, desarrollen su potencial y formen una existencia significativa acorde con la dignidad humana. Las capacidades son una expresión de libertad y autonomía, de vivir vidas regidas por condiciones elegidas por las personas mismas.

Estos centros de salud mental comunitarios consideran a las personas, familias y comunidades de un territorio específico, como sujetos activos de su proceso de recuperación, en un marco de ejercicio de derechos y determinantes sociales. En estos centros se puede ofrecer atención desde la promoción hasta la recuperación con un rol protagónico de la comunidad y de articulador e intercomunicador entre el primer nivel de atención y otros puntos de especialidad en

salud mental. El centro debe estar inserto en la comunidad con sus propias características territoriales, ambientales, culturales, sociales, espirituales, económicas y epidemiológicas. En estos centros se desarrollarían las siguientes competencias:

- A. Programa de educación continua dirigido a la comunidad para mejorar la conciencia sobre la salud mental y el estigma en el público en general, las escuelas, los trabajadores, personal de salud, la policía y la familia, ello a través del desarrollo de lazo afectivo madre-lactante, desarrollo de habilidades para la vida y buenas relaciones entre pares, sexualidad, convivencia y derechos humanos, cuidado de la salud, fortalecimiento de redes, pautas de crianza, salud laboral. Estas intervenciones de tipo universal promueven las siguientes capacidades: integridad física, emociones, sentidos, imaginación y pensamiento, afiliación y juego. Permitirán reducir la emoción expresada dentro de la familia, detección temprana de síntomas y su tratamiento, vías de referencia más fluidas y disminución de recidivas u hospitalizaciones.
- B. Resiliencia individual para poder procesar las experiencias traumáticas relacionadas con la psicosis, neutralizar las creencias estigmatizantes a través de la reestructuración cognitiva y crear una narrativa que les ayude a elaborar todos los aspectos de su episodio psicótico como precursores, desencadenantes y efectos del episodio que permiten funcionamientos. Este espacio promovería las capacidades salud física, sentidos imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies, juego y control sobre el propio entorno.
- C. Educación, programa vocacional y de empleo: ayuda a completar estudios, orientar según vocación, encontrar empleos competitivos y luego proveer el entrenamiento necesario para mantenerlo o moverse a otros empleos respetando las decisiones y

- preferencias del individuo; estos espacios protegen las capacidades centrales de control sobre el propio entorno político y material, sentidos, imaginación y pensamiento y razón práctica.
- D. Tratamiento con medicamentos individualizados que incluya la toma de decisiones compartida pues se reconoce que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre su propio tratamiento, en función de sus propias preferencias y objetivos. Cada persona aporta su conocimiento y experiencia especiales y luego se llega a un plan de tratamiento de mutuo acuerdo, este enfoque empodera al paciente y reduce el estigma. La individualización del tratamiento también implica la gestión de riesgos como los cardio-metabólicos pues son efectos secundarios plenamente estudiados; con esta intervención aportamos a las capacidades centrales de vida, salud física, sentidos, imaginación y pensamiento e integridad física.
- E. La intervención del banco de la amistad como estrategia para resolución de problemas permite que el paciente identifique un problema como por ejemplo el desempleo, en lugar de un diagnóstico o síntoma y se realiza una orientación más positiva hacia la resolución de problemas y a empoderar a las personas para que tengan una mayor sensación de afrontamiento y control sobre sus vidas. Esta intervención ha demostrado que es factible y aceptable en este entorno de escasos recursos (Chibanda, 2016). El banco de la amistad es una intervención que se basa en las capacidades centrales: emociones, sentidos, imaginación y pensamiento, razón práctica, afiliación y otras especies.
- F. Consultas con enfoque psicosocial en aras de monitorizar la situación clínica y suministrar un tratamiento efectivo a través de visitas domiciliarias periódicas o

presenciales, con un equipo interdisciplinario constituido por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos clínicos, que sea capaz de proporcionar el triaje, intervención en crisis y tratamiento agudo; estas atenciones se vinculan al proceso de hospitalización en Hospital día o en Unidad de salud mental (manejo agudo) y se da continuidad en el seguimiento ambulatorio. Esta propuesta asistencial con enfoque comunitario impulsa las siguientes capacidades: vida, salud física, emociones, afiliación, otras especies y juego.

- G. Programas grupales como medio alternativo para enfoques terapéuticos que pueden adaptarse mejor a algunos jóvenes pues reducen el aislamiento social y proporcionan un entorno de grupo de pares seguro y de apoyo para que los jóvenes trabajen en cuestiones personales como la falta de confianza, la baja autoestima, la ansiedad o el manejo de los síntomas. Estos grupos favorecen las capacidades de afiliación, otras especies, juego, emociones; sentido, imaginación y pensamiento, integridad física y salud física.
- H. Actividades de promoción de salud mental en la comunidad como día de puertas abiertas del centro, participación en actividades convocadas por poblaciones específicas (inmigrantes, comunidades indígenas, grupos LGTBI), participación en actividades deportivas, entre otras. Aquí las capacidades centrales son la afiliación, el control sobre el propio entorno, el juego, la razón práctica, emociones, sentidos, imaginación y pensamiento; integridad física.

Otro escenario son los programas residenciales que brindan alojamiento y soporte social como los pisos terapéuticos. Esta intervención estaría dirigida para las personas con mayor riesgo

psicosocial como aquellos con reingresos, descompensaciones asociadas a la dinámica familiar o cuya familia se ha desentendido totalmente. Estos pisos tendrían como fin fomentar las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, la integración social, la integración en la red sanitaria y el mantenimiento de los vínculos familiares (Camino, 2010).

También, el fortalecimiento de escenarios ya existentes como los hospitales día como alternativa de tratamiento subagudo diferente a la hospitalización, la cual, a través de la atención interdisciplinaria y de la estancia parcial, brindará atención especializada en psicosis temprana, identificará las necesidades y los ajustes requeridos por el paciente para favorecer la participación en cada uno de sus contextos y mejorar su calidad de vida. En hospital día, también es importante la participación y la orientación de la familia para desarrollar una relación de trabajo entre el médico y la familia que permita hacerlos partícipes de la estabilización educándolos sobre la psicosis, su tratamiento y la responsabilidad de la familia en la reducción de estrés y prevención de recaídas. La estancia en hospital día prepara a la familia para la transición del paciente a servicios menos intensivos.

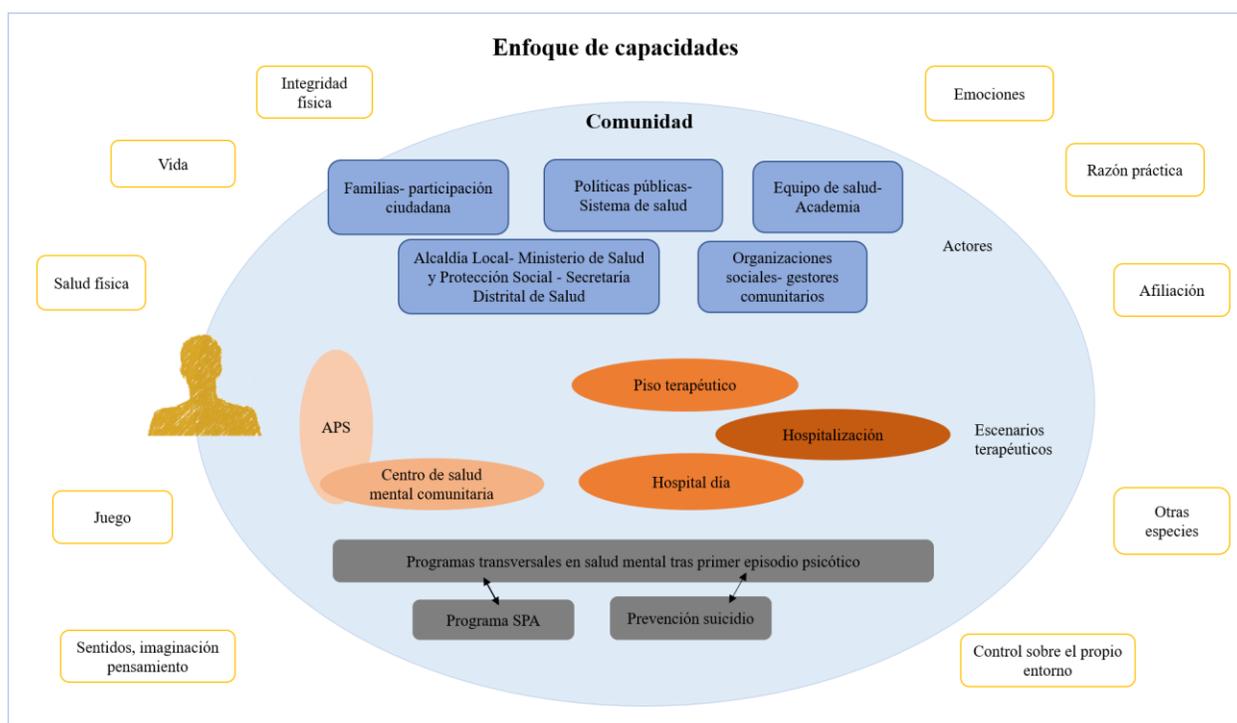
De manera transversal hay que incluir la enseñanza de la salud mental comunitaria a personas en formación que permita evitar la perpetuidad de las prácticas estigmatizadoras y aislantes de la salud mental, incluir programas como formación a profesionales no especialistas en la iniciativa mhGAP (OMS, 2008) y primeros auxilios psicológicos, actualización y distribución de guías terapéuticas en atención primaria que incluyan la atención tras un primer episodio psicótico y un mayor uso de la telemedicina; a la población general y educadores enseñar y sensibilizar sobre salud mental y trascendencia de la detección precoz de la psicosis, intervenciones de estilo de vida saludable debido a la mortalidad temprana (20-30 años) y frecuentes comorbilidades (Chesney, 2014), y articular con programas de prevención de consumo

de sustancias psicoactivas y conducta suicida pues son dos desenlaces negativos tras un primer episodio psicótico (Movimiento Rethinking, 2018).

Finalmente, las intervenciones descritas que se realizarían en los escenarios propuestos- centro de salud mental comunitaria, hospital día, pisos terapéuticos, unidad de salud mental- se proponen en aras de des- especializar la salud mental, para ofrecer mayor capacidad resolutive en atención primaria y una atención más robusta en el marco de la dignidad humana y el enfoque de capacidades (figura 1). Espero que estas intervenciones permitan generar entornos que fomenten la autonomía, la reconexión social, el trabajo en la identidad y la renovación de un sentido de posibilidad.

Figura 1.

Diagrama de una propuesta de recuperación en salud mental comunitaria tras un primer episodio psicótico cuyo eje es el enfoque de capacidades.



Nota. Abreviaturas; APS atención primaria en salud, SPA sustancias psicoactivas.

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

La salud mental implica una construcción relacional, diversa, histórica y colectiva, es un campo amplio de interacción en el que se conjugan actores y agentes, con posturas, disciplinas y límites que están trascendiendo la mirada habitual. La salud mental puede verse como un funcionamiento humano importante y un aspecto de la libertad relacionado con las capacidades.

El enfoque de capacidades no es ni remoto ni impracticable, su aplicabilidad es impostergable, pues nos induce a replantearnos nuestra actual concepción de la autonomía, dignidad y justicia social para llevarnos a una justicia verdaderamente global. Esta justicia es un valor fundamental de las relaciones en la comunidad, la comprensión de ella basada en la cooperación, el altruismo y la compasión nos permitirá brindar lo mínimo necesario para las personas tras un primer episodio psicótico.

El modelo de recuperación fundamentado en el enfoque de capacidades permite vidas dignas de ser vividas. El disfrutar de las relaciones y la vida familiar, participar en otras actividades colectivas o comunitarias o continuar con la educación, la formación o el empleo es recuperación en salud mental.

En Colombia necesitamos espacios terapéuticos e intervenciones comunitarias para la promoción de la salud mental de las personas tras un primer episodio psicótico de carácter interdisciplinario cuya directriz sean las diez capacidades centrales. Estas capacidades son fines plurales de la justicia que reivindican la igualdad de oportunidades, confieren una participación en las esferas de la vida y permiten vivir con la máxima independencia posible, privacidad y dignidad. De igual manera, se requiere un compromiso político, económico y social basado en la cooperación -cuyo

propósito debe ser la dignidad y el bienestar de los ciudadanos- que despliegue las capacidades combinadas y posibiliten al máximo las potencialidades para poder encontrar la manera de vivir bien con o sin síntomas o vulnerabilidades permanentes, descubrir que no existe un único camino o realidad por lo que en manos de cada uno está la libertad y capacidad de decidir; construir una identidad no negativa e independiente de la patología, establecer redes sociales y a largo plazo impactar en las subjetividades y construcción social de la salud mental.

Referencias

- Andrade, L., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., ... Kessler R. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 44(6):1303–17. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
- Arboleda, M. (2013). Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle (Tesis doctoral, Universidad de Lanús, Buenos Aires).
- Bertolote, J. y McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 187(S48), S116-S119. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Botero, C. A., Rendón L. y Herrera, A. (2012). La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? *Revista Médica de Risaralda*, 18(2), 183-4.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon, y R. M. Lerner, *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 793-828). John Wiley & Sons Inc.
- Camino, A., Hernanz, A. y Bosch, M. (2010). Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 30(106), 279-290.
- Campo, A. y Herazo, E. (2013). Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Ciencias biomédicas*, 4(1) 9-10.

- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. (2014). *World Psychiatry*. 13(2): 153-60. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Chibanda, D., Weiss, H., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S., Chingono, A., Munetsi, E., Bere, T., Manda, E., Abas, M. y Araya, R. (2016) Effect of a Primary Care–Based Psychological Intervention on Symptoms of Common Mental Disorders in Zimbabwe: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 316(24):2618–2626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013.
- Departamento Nacional de Planeación. (2020, 14 de abril). Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia (Documento CONPES 3992). Bogotá D.C., Colombia: DNP
- Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura económica.
- González, L., Penaloza, R., Matallana, M., Gil, F., Gómez, C. y Vega, A. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev colomb psiquiat*. 45(S1):89–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M., van der Meer, J., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. y Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*. 26;(343) 1-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hughes, F., Stavely, H., Simpson, R., Goldstone, S., Pennell, K. y McGorry P. (2014). At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention

- and Intervention Centre model for Australian communities. *Australas Psychiatry* 22(3) 228–34. <https://doi.org/10.1177/1039856214530479>
- Lapsley, H., Nikora, L., Black R (2002) *Kia Mauri Tau: Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Mental Health Commission.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., Jackson, H. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 22(2)305–26. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.305>
- Ministerio de Protección social. (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social - Fundación FES Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto Número 3039 De 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2008). Resolución 0004886 del 2018 por la cual se adopta la política Nacional de Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias.
- Molina, C. (Ed.). (2017) *Construcción social de la salud mental y la psiquiatría*. Carlos Iván Molina Bulla Editor. Universidad externado de Colombia Cuadernos del CID. Serie I, 27.
- Movimiento Rethinking. (2018). *Libro Blanco de intervención temprana en psicosis*. [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20\(2018\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20(2018).pdf)

- Mueser, K., Penn, D., Addington, J., Brunette, M., Gingerich, S., Glynn, S., Lynde, D. Gottlieb, J., Meyer-Kalos, P., McGurk, S., Cather, C., Saade, S., Robinson, D., Schooler, N., Rosenheck, R. y Kane, J. (2015). The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. *Psychiatric services*; 66(7), 680–690. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400413>
- Muñoz, L., Muñoz, C., y Uribe Restrepo, J. (2020). La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>
- National Institute for Mental Health in England (NIMHE). (2005). Guiding statement on recovery. London: Department of Health. <https://www.comfirst.org.uk/files/nimherecovstatement.pdf>
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós.
- Nussbaum, M. (2011) Perfectionist liberalism and political liberalism. *Philos Public Aff* 39:3–45
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. OMS. Ginebra. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=25
- 9
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la organización mundial de la salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma-servicos-salud-mental.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016, octubre). *OPS/OMS Colombia realiza Taller Evaluación del proceso de formación en la GUIA mhGAP en el marco del convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social*. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2637:opso-ms-colombia-realiza-taller-evaluacion-del-proceso-de-formacion-en-la-guia-mhgap-en-el-marco-del-convenio-con-el-ministerio-de-salud-y-proteccion-social&Itemid=448
- Pinto, B. (2012). Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. Superintendencia Nacional de Salud. *Monitor Estratégico* (2), 60–65.
- Posada, A., Andrade, R., Suarez, D., Góme, S., Agudelo, L., Tabares, L., Agudelo, A., Uribe, E., Aguirre-Acevedo, D. y López-Jaramillo, C. (2020). Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 15-22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>
- Rawls, J. (2005) *Political Liberalism expanded paper*. Columbia University Press.
- Roberts, G. y Boardman, J. (2013) Understanding ‘recovery’. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19 (6), 400-409. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010355>
- Robinson, D., Woerner, M., Alvir, J., Bilder, R., Hinrichsen, G., Lieberman, J. (1999) Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 56(3)241–7. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.3.241>
- Robinson, D., Schooler, N., John, M., Correll, C., Marcy, P., Addington, J., Brunette, M., Estroff, S., Mueser, K., Penn, D., Robinson, J., Rosenheck, R., Severe, J., Goldstein, A., Azrin, S.,

- Heinssen, R. y Kane, J. (2015). Prescription practices in the treatment of first-episode schizophrenia spectrum disorders: data from the national RAISE-ETP study. *The American journal of psychiatry*, 172(3), 237–248. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101355>
- Romañach, J. y Lobato, M. (2007). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Comunicación y Discapacidades*, 321-30.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wolters Kluwer Health.
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R. y Wondimagegn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9(2):67-77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>
- van Bilsen, H. (2016). Lessons to be learned from the oldest community psychiatric service in the world: Geel in Belgium. *BJPsych Bulletin*. 40(4), 207-211, <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.051631>
- Vizcaíno S. (2021). *Breves fragmentos de un azul*. [Manuscrito presentado para publicación]. Luna Nueva Ediciones.
- Zambrano, C., Aroca, L. y Rosero, D. (2015). Autogestión en la red de agentes comunitarios en salud mental en las instituciones educativas del municipio de San Lorenzo (Nariño). *Psicogente*, 18(34), 351-363. <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.510>