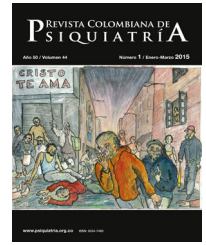




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Acompañamiento por Voluntarios Para el Cuidado de Pacientes con Trastorno Mental Grave: Resultados de un año de Seguimiento



Felipe Botero-Rodríguez^{a,b}, José Miguel Uribe-Restrepo^b, Sana Z. Sajun^c, Camilo Cabarique^a, Stefan Priebe^c y Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,d,*}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Unit for Social and Community Psychiatry (WHO Collaborating Centre for Mental Health Service Development), Queen Mary, University of London, Londres, Reino Unido

^d Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de junio de 2021

Aceptado el 16 de agosto de 2021

On-line el 2 de octubre de 2021

Palabras clave:

Salud mental

Voluntariado

Trastorno mental grave

Salud mental global

R E S U M E N

Introducción: Los sistemas de salud no han logrado dar una respuesta adecuada a los trastornos mentales debido a sus crecientes prevalencia y carga de enfermedad. Se ha propuesto acortar esta brecha fortaleciendo y utilizando los recursos propios de la comunidad. Este estudio evalúa la factibilidad y los desenlaces a 1 año de un programa novedoso de voluntariado para pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia.

Métodos: Se llevó a cabo con 30 individuos un experimento no controlado en el que se fomentaron actividades en grupos de 5 personas con trastorno mental grave e individuos de la comunidad. Se evaluaron síntomas, calidad de vida y funcionamiento social antes de la intervención y a los 6 y los 12 meses, y se compararon dichas medidas mediante una prueba de la t de Student.

Resultados: La intervención de voluntariado fue factible en el contexto colombiano. El funcionamiento social mejoró a los 6 meses, principalmente en los dominios de empleo y amistad. Sin embargo, estas diferencias no eran estadísticamente significativas a los 12 meses.

Conclusiones: En un país donde hay una gran brecha en la cobertura y acceso a servicios especializados de salud mental, es importante integrar intervenciones efectivas y de bajo costo que mejoren la salud mental de la población por medio de los recursos de la comunidad. Esta intervención mejoró el funcionamiento social de los pacientes, lo que señala una intervención efectiva y factible para su implementación en nuestro contexto. Sin embargo, dicha intervención debe continuar más allá de 6 meses para mantener las mejoras reportadas.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.002>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Accompaniment by Volunteers for the Care of Patients with Severe Mental Disorder: Results of one Year of Follow-up

A B S T R A C T

Keywords:

Mental health
Volunteering
Severe mental illness
Global mental health

Introduction: Health systems have not been able to provide an adequate response to the growing prevalence and burden of disease of mental disorders. It has been proposed that this gap be reduced by strengthening and making use of community resources. This study explores the feasibility and one-year outcomes of a novel volunteer programme for patients with bipolar disorder and schizophrenia.

Methods: In a non-controlled trial with a total of 30 patients, we instigated activities in groups of 5 people with severe mental disorders and individuals from the community. Symptoms, quality of life and social functioning before the intervention and after six and 12 months were assessed and compared using Student's t-test.

Results: The volunteer intervention was feasible in the Colombian context. Social functioning after 6 months was improved, mainly due to an improvement in the domains of employment and friendship. However, the difference was no longer statistically significant after 12 months.

Conclusions: In a country where there is a large gap in coverage and access to specialized mental health services, it is important to integrate effective and low-cost interventions that improve the mental health of the population through community resources. This intervention improved the social functioning of the patients, which indicates an effective and feasible intervention for implementation in our context. Nevertheless, the intervention may have to be continued beyond six months to maintain the reported improvements.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha evidenciado un creciente interés por los trastornos mentales debido a sus grandes cargas de enfermedad e impacto social, que conlleva un impacto negativo en la salud, social, económico y de derechos humanos en todos los países¹⁻³. De hecho, en 2010 las enfermedades mentales en su conjunto fueron la primera causa de años vividos con discapacidad y representaron el 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad⁴. Para Colombia, se reportó una prevalencia de vida del 9,1% de cualquier trastorno mental; de ellos, los más relevantes son los trastornos afectivos (1,3%) y el trastorno bipolar y la esquizofrenia (1%)^{5,6}.

No obstante, los sistemas de salud no han logrado dar una respuesta adecuada a este problema, lo que se refleja en grandes brechas entre la necesidad de tratamiento y su prestación. En los países de altos ingresos, un 35-50% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento, mientras que en los países de ingresos bajos y medios son un 76-85%¹, lo que la Organización Mundial de la Salud explica por un déficit de personal entrenado, reconocimiento de la enfermedad mental y espacios físicos apropiados⁷⁻⁹, además de la existencia de barreras como la inequidad e ineficiencia para la distribución de dichos recursos^{10,11}. En Colombia, solo la mitad de los individuos con ansiedad y depresión tienen acceso a tratamiento, y solo el 20,5% recibe un tratamiento adecuado¹². Además, solo hay 1,84 psiquiatras/100.000 hab., y cerca de 2 tercios se ubican en 5 de las 32 ciudades capitales¹³.

Para mejorar la salud mental en las poblaciones, se vuelve importante acortar esta brecha^{7,13,14}, y una de las

estrategias propuestas se basa en fortalecer y utilizar los recursos de la comunidad¹⁵, tales como el voluntariado en forma de compañerismo (conocido como *befriending*), que se ha demostrado útil en el cuidado de la salud mental cuando se implementa complementariamente al cuidado profesional tradicional^{16,17}. Esta estrategia busca fomentar la creación de redes sociales y evitar el aislamiento social de los pacientes, así como disminuir el estigma social y el autoestigma¹⁸, que se han asociado con síntomas más graves, peor calidad de vida y mayores niveles de autoestigma y su consecuente repercusión negativa en la adherencia y el pronóstico del individuo^{19,20}.

Teniendo en cuenta su posible impacto en personas con trastorno mental, que tienden a estar más aislados y tener menos red de apoyo²¹, y respondiendo a las necesidades de la comunidad, surge la necesidad de explorar otras intervenciones que acorten estas brechas y se adapten al contexto colombiano. En este estudio, se evalúan la factibilidad y el efecto a 1 año de una intervención de voluntariado de tipo compañerismo para pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia.

Métodos

Se realizó un estudio de prueba de concepto de una intervención de voluntariado tipo compañerismo a pacientes con trastorno de salud mental severo en Bogotá, Colombia, entre marzo y octubre de 2019 (véase los detalles en el protocolo)²². Se conformaron grupos de 2 personas de la comunidad que se declararon sin antecedentes de trastorno psiquiátrico (voluntarios) y 3 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (CIE-10

F20) o trastorno bipolar (CIE-10 F31) (compañeros). La conformación de grupos de 5 personas se decidió al considerarlo un número adecuado para planear y llevar a cabo actividades en cada grupo.

Los criterios de selección de pacientes fueron: edad de 18-65 años, capacidad para firmar el consentimiento informado, deseo de participar en actividades con nuevas personas y estar en tratamiento para los trastornos mencionados. Para los voluntarios, los criterios fueron el compromiso de proveer apoyo regular a los pacientes, la disposición a asistir a un entrenamiento, estar en una supervisión durante el periodo de la intervención y ser mayor de 18 años. Como criterios de exclusión se establecieron: diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, psicosis orgánica o demencia y hospitalización al momento del reclutamiento (para voluntarios y pacientes).

Intervención

Los participantes que cumplían los criterios de selección conformaron grupos de 3 pacientes y 2 voluntarios, basándose principalmente en los gustos que tuviesen en común (indagados al momento del reclutamiento). Inicialmente, los voluntarios recibieron un entrenamiento que cubría información sobre el programa, los síntomas que los pacientes podrían presentar, responsabilidades, recursos de supervisión y apoyo del equipo de investigación y rutas de emergencia. Consecuentemente, los voluntarios estuvieron encargados de contactar con los pacientes, con los cuales debían organizar encuentros de aproximadamente 2 h por sesión cada 15 días durante 6 meses, hasta lograr un total esperado de 12 encuentros.

A los participantes se les dio la oportunidad de reportar si deseaban cambiar de grupo en el primer mes. Para los encuentros, se los motivó a realizar diferentes actividades (p. ej., ir al cine, conocer espacios culturales en la ciudad, etc.), y también hubo actividades organizadas por el equipo de investigación en las que se reunía a más de un grupo para actividades en conjunto (p. ej., avistamiento de aves, talleres de baile, etc.) en las que se podían integrar 2 o 3 grupos. Los voluntarios debían reportar la ocurrencia, la duración y el contenido de los encuentros por medio de un mensaje de texto o llamada telefónica. Además, ambos roles tenían la posibilidad de comunicarse con el equipo de investigación en caso de que se presentaran dificultades o dudas sobre el programa, también para solicitar supervisión o reportar y resolver algún inconveniente. Para cada encuentro, se aportaron 20.000 pesos colombianos (5,5 dólares) a cada participante, con el fin de cubrir gastos de transporte y apoyar las actividades realizadas por ellos.

Desenlaces

En la medición basal se indagó sobre datos sociodemográficos. Además, se evaluaron las variables clínicas en 3 momentos: al inicio de la intervención, al finalizar la intervención (6 meses) y a los 12 meses de iniciar la intervención. Los desenlaces primarios fueron las variables concernientes a calidad de vida, funcionamiento social, autoestigma y síntomas al finalizar la intervención. Como desenlace secundario se tuvo en cuenta la puntuación de estas escalas a los 12 meses de seguimiento

y el uso de servicios de salud en ambas evaluaciones de seguimiento.

Los instrumentos utilizados fueron: a) evaluación subjetiva de la calidad de vida mediante la escala *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA), conformada por 16 ítems, 12 preguntas con opción de respuesta ordinal y 4 de respuesta dicotómica; para su análisis, se calcula el promedio de las 12 preguntas mencionadas inicialmente²³; b) funcionamiento social objetivo por medio del *Objective Social Outcomes Index* (SIX), que incluye 4 preguntas sobre el funcionamiento social (empleo, situación de vivienda y de amistad)²⁴; c) autoestigma por medio de la *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI), que es una escala de 9 ítems con opción de respuesta tipo Likert de 1 a 4, con cuya media se calcula el resultado²⁵; d) la gravedad de los síntomas de salud mental se evaluaron mediante la escala de 24 ítems *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), que tiene un marco temporal de 15 días y ofrece opciones de respuesta entre 1 y 7²⁶, y e) uso de servicios en salud, por medio de la versión simplificada del *Client Service Receipt Inventory* (CSRI), que indaga sobre hospitalizaciones previas, regularidad y duración de citas con profesionales en salud y consumo de medicamentos en un marco temporal de 3 meses²⁷.

Análisis estadístico

Mediante el programa R studio²⁸, se realizó un análisis descriptivo de las variables indagadas. Se calcularon la media $\pm$ desviación estándar de cada variable en los 3 momentos de medición. Para medir la magnitud del impacto, se calculó la diferencia de medias mediante la prueba de la t de Student para datos apareados entre las mediciones basal y a los 6 meses y entre la basal y a los 12 meses para las variables MANSA, SIX, ISMI y BPRS.

Resultados

Un total de 31 pacientes y 27 voluntarios completaron la evaluación basal y 30 pacientes y 20 voluntarios iniciaron el proceso (se perdió a 1 paciente y 7 voluntarios). Durante la intervención, 1 paciente se retiró por poca disponibilidad de tiempo. De los 12 encuentros propuestos durante los 6 meses, la asistencia promedio fue de 5,5 encuentros (1 grupo se reunió solo 1 vez y el grupo con más encuentros se vio 11 veces). En promedio asistieron 3,8 asistentes a cada reunión (2,2 pacientes y 1,8 voluntarios). La mayoría de los voluntarios se encontraban en la tercera década de la vida y eran mujeres, mientras que los pacientes eran levemente mayores. Todos residían en área urbana y contaban con un alojamiento independiente. Respecto al diagnóstico principal de los pacientes, se dividió entre esquizofrenia y trastorno bipolar (el 48,4 y el 51,6% respectivamente).

Las evaluaciones de seguimiento se realizaron solo a los pacientes. Se alcanzó una adherencia del 76,7% (n=23) a los 6 meses y del 80% (n=24) a los 12 meses. Los desenlaces se muestran en la [tabla 1](#). Hubo tendencia de mejora en MANSA, SIX y autoestigma, mientras que hubo tendencia al deterioro en presencia de síntomas respecto a los desenlaces primarios, aunque solo fue estadísticamente significativo el cambio en el SIX (p=0,007).

Tabla 1 – Efecto de la participación

	Basal	6 meses (n = 23)	p	12 meses (n = 24)	p
MANSA	5,01 ± 0,96	5,18 ± 1,03	0,347	5,18 ± 0,76	0,444
SIX	4,17 ± 1,03	4,61 ± 1,03	0,007*	4,38 ± 1,07	0,5
ISMI	1,99 ± 0,61	1,92 ± 0,65	0,699	1,75 ± 0,74	0,956
BPRS 15	1,26 ± 0,21	1,32 ± 0,45	0,241	1,12 ± 0,41	0,895
BPRS 24	1,26 ± 0,17	1,27 ± 0,37	0,434	—	—

Los valores expresan media ± desviación estándar.

* p < 0,05.

Tabla 2 – Cambios en las preguntas nominales del MANSA

	Basal, n (%)	6 meses, n (%)	p	12 meses, n (%)	p
¿Tiene a alguien a quien llamaría un «amigo cercano»?	0,65 (0,49)	0,83 (0,39)	0,052	0,71 (0,46)	0,5
En la última semana, ¿ha visto a un amigo?	0,35 (0,49)	0,56 (0,51)	0,085	0,57 (0,51)	0,106
En el último año, ¿ha sido acusado de un crimen?	0	0,04 (0,2)	0,164	0	-
En el último año ¿ha sido víctima de violencia física?	0,17 (0,39)	0,13 (0,34)	0,668	0	0,919

En las mediciones a los 12 meses, se mantuvieron las mismas tendencias, pero no hubo cambios estadísticamente significativos. Al analizar las preguntas cualitativas de la escala MANSA, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas, pero la tendencia fue igual que con las puntuaciones ponderadas (tabla 2). Otro desenlace evaluado fue el uso del servicio de salud, y se reporta pocos ingresos en el hospital por problemas tanto mentales como físicos. También se halló una mayor demanda al servicio de psiquiatría (entre el 83 y el 87%), seguido por la asistencia a medicina general (35,5-56,5%) y el uso del servicio de psicología (20,8-41,9%) (tabla 3).

Se realizó un análisis *post-hoc* para los dominios de la escala SIX. En los ítems que indagaban sobre empleo y conocer a alguna persona nueva, presentaron un aumento (p=0,051 y p=0,028), mientras que las preguntas relacionadas con vivienda permanecieron igual (tabla 4).

Discusión

Nuestros resultados indican la factibilidad de una intervención de voluntariado, así como su posible efectividad dada por aumento de la calidad de vida y el funcionamiento social y una disminución del autoestigma y los síntomas al año de la intervención.

Como en el primer reporte²⁹, la calidad de vida reflejó un aumento en la puntuación ponderada de los ítems objetivos. Esta tendencia se mantuvo al año de seguimiento, pero no fue estadísticamente significativa, lo cual puede deberse a la poca potencia dada por el tamaño de la muestra y la pérdida de participantes en el seguimiento. No obstante, el aumento en la puntuación ponderada indica una concordancia con los hallazgos de la literatura y señala el potencial beneficio de nuestra intervención, así como los comentarios de los participantes, al señalar la oportunidad de hablar y «desahogarse» entre ellos: «... para mí fue una experiencia muy bonita, como ir también a desahogarme, compartir» (voluntario 026). Una revisión sistemática³⁰ encontró que el voluntariado de tipo compañerismo puede mejorar la percepción de calidad de vida de los pacientes, así como el bienestar reportado, la percepción de apoyo social y de disminución de la soledad.

En nuestro estudio hubo un aumento estadísticamente significativo en el puntaje del SIX, mayor que en otros estudios³¹, aunque no se mantuvo la significación a los 12 meses, probablemente porque la diferencia de medias es menor y por el pequeño tamaño de la muestra, como ocurrió en Reino Unido³¹. Por otro lado, se ha encontrado que ser voluntario también puede mejorar el funcionamiento social, independientemente de la edad³². Aunque estos desenlaces no se evaluaron en los voluntarios de nuestro estudio, los voluntarios sí tuvieron una percepción positiva de la intervención: «... para mí fue una experiencia muy bonita, como ir también a desahogarme, compartir» (voluntario 026). Y resalta un tema no investigado en nuestro contexto.

A este respecto, en el análisis *post-hoc*, los dominios en los que aumentó el funcionamiento social corresponden a empleo y conocer nuevas personas. Las razones del aumento en el puntaje de SIX al finalizar la intervención pueden ser múltiples, y surge la duda de que los resultados se deban a un cambio en la conducta de los pacientes o a la participación directa en el proyecto (p. ej., indicar conocer a nuevas personas teniendo en cuenta a los participantes del estudio). Es llamativo el aumento en el dominio de empleo, y con este estudio tampoco se puede identificar si el aumento se debe propiamente a la intervención, y se consigue un empleo más fácilmente al mejorar las habilidades sociales o al conocer personas que los puedan ayudar a conseguir alguna vinculación laboral³³, si fue coincidencia o un evento propio de las dinámicas de la alta informalidad laboral en nuestro país³⁴. Este aumento en el empleo no se mantuvo a los 12 meses, pues concuerda con el inicio de las medidas de aislamiento social decretadas en el país a causa de la pandemia por COVID-19, y el consecuente aumento del desempleo en la población colombiana cuando realizamos las evaluaciones de seguimiento finales (el 12,3% en marzo y el 19,9% en abril de 2020)³⁵.

Por otro lado, se halló una disminución en el autoestigma en ambas mediciones de seguimiento, pero mayor a los 6 meses, así como una disminución en el estigma de los voluntarios: «Uno se da cuenta de que son personas común y corrientes, que tienen una enfermedad como cualquiera». Esto señala una potencial efectividad del apoyo social para

Tabla 3 – CSRI: profesionales contactados por los participantes en los últimos 3 meses

	Medición basal (n = 31)		Medición a los 6 meses (n = 23)		Medición a los 12 meses (n = 24)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Ha ingresado al hospital por problemas relacionados con la salud mental en los últimos 3 meses?	2 (6)	29 (94)	2 (9)	21 (91)	3 (13)	21 (87)
¿Ha ingresado al hospital por alguna molestia física en los últimos 3 meses?	2 (6)	29 (94)	1 (4)	22 (96)	1 (4)	23 (96)
¿Usted ha tenido contacto con alguno de estos profesionales fuera del hospital en los últimos 3 meses?						
<i>Psicólogo</i>	13 (41,9)	18 (58,1)	9 (39,1)	14 (60,9)	5 (20,8)	19
<i>Número de contactos</i>	3,2 (2,9)	2,6 (2,1)	4,2 (2)			
<i>Duración promedio por contacto</i>						
0-15 min	2 (15,4)	0	0			
16-30 min	3 (23,1)	6 (66,7)	0			
31-45 min	4 (30,8)	1 (11,1)	3 (60)			
Más de 45 min	4 (30,8)	2 (22,2)	2 (40)			
<i>Psiquiatra</i>	26 (83,9)	5 (16,1)	20 (87)	3 (13)	20 (83)	4 (17)
<i>Número de contactos</i>	2,4 ± 1,7	2 ± 1,5	2,1 ± 1,6			
<i>Duración promedio por contacto</i>						
0-15 min	3 (11,5)	1 (5,0)	0			
16-30 min	14 (53,8)	12 (60,0)	1 (5)			
31-45 min	4 (15,4)	2 (10,0)	12 (60)			
Más de 45 min	5 (19,2)	5 (25,0)	7 (35)			
<i>Médico general</i>	11 (35,5)	20 (64,5)	13 (56,5)	10 (43,5)	11 (45,8)	13 (54,2)
<i>Número de contactos</i>	1,6 ± 0,9	1,7 ± 0,9	1,8 ± 1,1			
<i>Duración promedio por contacto</i>						
0-15 min	3 (27,3)	4 (30,8)	1 (9)			
16-30 min	8 (72,7)	8 (61,5)	4 (36)			
31-45 min	0	0	6 (55)			
Más de 45 min	0	1 (7,7)	0			
<i>Enfermera de atención primaria</i>	3 (9,7)	28 (90,3)	1 (4,3)	22 (95,7)	1 (4,2)	23 (95,8)
<i>Número de contactos</i>	1	1	1			
<i>Duración promedio por contacto</i>						
0-15 min	2 (66,7)	1 (100)	0			
16-30 min	1 (33,3)	0	1 (100)			
31-45 min	0	0	0			
Más de 45 min	0	0	0			
<i>Trabajador social</i>	2 (6,4)	29 (93,5)	2 (8,7)	21 (91,3)	1 (4,2)	23 (95,8)
<i>Número de contactos</i>	1	1	1			
<i>Duración promedio por contacto</i>						
0-15 min	0	0	0			
16-30 min	1 (50,0)	1 (50,0)	0			
31-45 min	0	0	1 (100)			
Más de 45 min	1 (50)	1 (50)	0			
<i>Otro profesional</i>	9 (29,0)	22 (71,0)	7 (30,4)	16 (69,6)	6 (25)	18 (75)
<i>Especialidades visitadas</i>	Fisioterapia	Nutrición	Homeópata			
	Urología	Urología	Urología			
	Terapia ocupacional	Odontología	Dermatología			
	Odontología	Endocrinología	Oftalmología			
	Medicina interna	Fisiatría	Reumatología			
	Nutrición	Terapia ocupacional	Endocrinología			
	Ginecología	Neurología	Ginecología			
	Neurología	Oftalmología	Clínica del dolor			
					Neuropsicología	
*Ningún paciente reportó contacto con consejero. Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.						

afrontar el estigma, que es un problema de salud pública por su impacto negativo relacionado con pobre adherencia al tratamiento, menos acceso a los servicios de salud, disminución del desempeño social y aumento de los costos asociados con

el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales graves^{20,36,37}. Además, se ha asociado con los síntomas³⁷, hecho que llama la atención, pues el puntaje de la escala BPRS no disminuyó a los 6 meses, pero sí a los 12. Esta aproximación

Tabla 4 – Efecto de la participación en la escala SIX

	Basal	6 meses (n = 23)	p
Empleo	2,78 (3,07)	3,45 (3,08)	0,051
¿Quién está pagando por la casa en la que vive?	3 (0)	3 (0)	-
¿Con quién comparte su vida actualmente?	1,91 (0,29)	1,91 (0,29)	-
¿Ha conocido a alguien con quien no vive?	1,39 (0,5)	1,65 (0,49)	0,028

se basa en los síntomas reportados por el paciente y el ítem objetivo sobre desorganización del discurso, lo que abre la posibilidad de un sesgo de reporte. Por el lado de las medidas objetivas, solo se compara entre la situación basal y a los 6 meses, puesto que la última medición no se logró por las medidas de control y mitigación de la COVID-19 en Colombia.

Si bien el autoestigma disminuyó y los síntomas parecen seguir estables, las visitas al servicio de urgencias y las hospitalizaciones aumentaron durante el seguimiento. Aunque sería necesario un diseño de investigación diferente para identificar las causas de este aumento en la demanda de servicios de urgencias y hospitalización, no se puede descartar que se deba a un aumento de la introspección o un aumento en la búsqueda de atención a causa de la disminución en el estigma²⁰, o efectivamente a un menor control de los síntomas, sea por factores particulares de cada paciente, por la disminución en el abastecimiento en general de medicamentos durante la pandemia³⁸ o por la presión emocional causada por la misma situación y sus medidas de control³⁹.

Nuestros hallazgos indican un posible efecto beneficio del voluntariado de tipo compañerista, además de su factibilidad, y es una intervención de bajo costo al resaltar los recursos de la comunidad. Otros estudios también han encontrado que involucrar a la comunidad es favorable para la recuperación o el mantenimiento de las enfermedades mentales^{15,18,40}. También podría plantearse la posibilidad de conformar grupos más grandes, en los que se pueda incluir a más pacientes.

Asimismo surge el reto de adaptar estas intervenciones para superar las barreras que puedan presentarse, por ejemplo, las dificultades de desplazamiento de los participantes o restricciones de movilidad como las impuestas por la pandemia. Se podría implementar esta estrategia de manera virtual, como se ha probado en Reino Unido para pacientes con psicosis, donde encontraron que, a pesar de la preferencia por el contacto cara a cara (57,6%), también hay alguna aceptación de intervenciones virtuales (37,1%)⁴¹, lo que abre un nuevo camino para investigación y adaptabilidad de las herramientas utilizadas en nuestro contexto.

Este estudio es de los primeros trabajos publicados sobre un programa de voluntariado compañerista en la región y aporta comprensión sobre este tipo de intervenciones para facilitar la adaptación a nuestro contexto. Entre sus fortalezas está su diseño longitudinal, que permite evaluar la temporalidad de las opiniones de los participantes y las variables cuantificadas. Segundo, se apoyó en la comunidad, lo que indica que podría llegar a ser costo-efectivo y disminuir las barreras de acceso al cuidado en salud mental de las personas con diagnósticos psiquiátricos. Tercero, gracias a la

aproximación cualitativa, se obtiene una mayor perspectiva de la experiencia, lo que permite adaptar estas intervenciones junto a la comunidad para estudios y una futura implementación.

Por otro lado, se presentan algunas limitaciones. Para empezar, el tamaño de la muestra era pequeño, lo que dificultó los análisis estadísticos llegando a resultados no significativos, sumado a la pérdida de seguimiento de algunos participantes que pudo disminuir la potencia; no obstante, al ser un estudio de prueba de concepto, no era nuestro objetivo identificar diferencias de efecto, y los resultados positivos se apoyan en la evaluación cualitativa de los participantes expuestos en otro reporte²⁹. Además, Bogotá es una ciudad distinta de las demás ciudades de la región, por lo que estos resultados deben ser analizados cuidadosamente al momento de extrapolar la información. Otra limitación es que las evaluaciones de seguimiento a los 12 meses se hicieron por teléfono, lo que no permitió la evaluación de algunos ítems del BPRS debido a las restricciones de movilidad secundarias a la contingencia sanitaria por la COVID-19; sin embargo, esto abre la puerta y señala una posible factibilidad a la realización de intervenciones mediante medios digitales, lo que facilitaría la adherencia de los participantes y aumentar la cobertura.

Conclusiones

En un país donde existe una gran brecha en la cobertura y el acceso a los servicios especializados de salud mental, es importante integrar intervenciones efectivas y de bajo costo que mejoren la salud mental de la población por medio de los recursos de la comunidad. El acompañamiento a personas con trastornos de salud mental mediante voluntariado de tipo compañerismo parece ser factible y útil para acortar estas brechas, mejorar la calidad de vida, aumentar el funcionamiento social y disminuir el estigma de los pacientes. Además, integrarlos en la comunidad puede fortalecer su rehabilitación y fomentar un papel más activo de los pacientes en intervenciones que puedan ser complementarias de los servicios clínicos tradicionales en nuestro contexto.

Financiación

Esta investigación fue financiada por el *National Institute for Health Research* (NIHR) (NIHR Global Health Group on Developing Psychosocial Interventions; Ref. 16/137/97) con la ayuda del Gobierno del Reino Unido para apoyar la investigación de salud global.

Las opiniones expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente las del NIHR o del Departamento de Salud y Bienestar del Reino Unido.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Asociación Colombiana de Bipolares y a la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus familias por el apoyo para el desarrollo de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. 2019 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Consultado 7 Sep 2020.
- Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45Supl1:119-26.
- Quitian H, Ruiz-Gaviria RE, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45Supl1:31-8.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. 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.
- Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana Eslava D, González Ballesteros L, Rodríguez Romero V, Rodríguez Malagón N, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá. 2015. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental.tomoI.pdf.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para esquizofrenia. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Profesionales.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978 p. 1-3.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia. Brasil; 2005 p. 1-4.
- Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá. Ciudad de Panamá; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas. En: *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas*. Washington: OPS; 2007.
- World Health Organization. Mental health systems in selected low-and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis WHO-AIMS. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Whiteford H, Ferrari A, Degenhardt L. Global burden of disease studies: implications for mental and substance use disorders. Health Aff. 2016;35:1114-20.
- Sarmiento Suarez MJ, Verhelst Forero PR, Gómez-Restrepo C. *Salud mental escolar* Guía de evaluación y manejo para docentes y orientadores escolares. Bogotá: Javegraf; 2018.
- Asher L, Fekadu A, Hanlon C. Global mental health and schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2018;31:193-9.
- Ahunza Velásquez LF, García Valencia J, Bohórquez Peñaranda AP, Gómez-Restrepo C, Jaramillo González LE, Palacio Acosta C. Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;44Supl1:75-89.
- Tabassum F, Mohan J, Smith P. Association of volunteering with mental well-being: A lifecourse analysis of a national population-based longitudinal study in the UK. BMJ Open. 2016;6:e011327.
- Perera IM. The relationship between hospital and community psychiatry: complements, not substitutes? Psychiatr Serv. 2020, appi.ps.2019000.
- Priebe S, Pavlickova H, Eldridge S, Golden E, McCrone P, Ockenden N, et al. Effectiveness of one-to-one volunteer support for patients with psychosis: Protocol of a randomised controlled trial. BMJ Open. 2016;6:e011582.
- Giacco D, McCabe R, Kallert T, Hansson L, Fiorillo A, Priebe S. Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: a pooled analysis. PLoS One. 2012;7(11).
- Bradstreet S, Dodd A, Jones S. Internalised stigma in mental health: An investigation of the role of attachment style. Psychiatry Res. 2018;270:1001-9.
- Giacco D, Palumbo C, Strappelli N, Catapano F, Priebe S. Social contacts and loneliness in people with psychotic and mood disorders. Compr Psychiatry. 2016;66:59-66.
- Priebe S, Fung C, Sajun SZ, Alinaitwe R, Giacco D, Gómez-Restrepo C, et al. Resource-oriented interventions for patients with severe mental illnesses in low- and middle-income countries: trials in Bosnia-Herzegovina. Colombia and Uganda. BMC Psychiatry. 2019;19:181.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Int J Soc Psychiatry. 1999;45:7-12.
- Priebe S, Watzke S, Hansson L, Burns T. Objective social outcomes index (SIX): A method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. Acta Psychiatr Scand. 2008;118:57-63.
- Hammer JH, Toland MD. Internal structure and reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with depression. Stigma Heal. 2017;2:159-74.
- Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein K, Liberman R, Green M, Shaner A, et al. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded Version (4.0): scales, anchor points, and administration manual. 1993.
- Beecham J, Knapp M. *Costing psychiatric interventions in measuring mental health needs 2*. 2^a ed. London: Gaskell; 2001. p. 200-24.
- R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020. Disponible en: <https://www.r-project.org/>.
- Botero-Rodríguez F, Hernández MC, Uribe-Restrepo JM, Cabarique C, Fung C, Priebe S, et al. Experiences and outcomes of group volunteer befriending with patients with severe mental illness: an exploratory mixed-methods study in Colombia. BMC Psychiatry. 2021;21:239.
- Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017:e014304.
- Priebe S, Chevalier A, Hamborg T, Golden E, King M, Pistrang N. Effectiveness of a volunteer befriending programme for patients with schizophrenia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2019;1-7.
- Pavlova MK, Silbereisen RK. Participation in voluntary organizations and volunteer work as a compensation for the

- absence of work or partnership? Evidence from two German samples of younger and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2012;67:514–24.
33. Pellizzari M. Do friends and relatives really help in getting a good job? *ILR Rev.* 2010;63:494–510.
34. Castro Guiza OE. La indecencia del trabajo informal en Colombia. *Rev Justicia.* 2018;23:200–23.
35. DANE. Empleo y desempleo. 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>. Consultado 7 Sep 2020.
36. Uribe Restrepo M, Mora OL, Cortés Rodríguez AC. Voces del estigma. *Univ Medica.* 2007;48:207–20.
37. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center. Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:56.
38. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Invima declara escasez de medicamentos en el país, luego del llamado hecho por la SCARE. Bogotá: SCARE; 2020. Disponible en: <https://scare.org.co/noticias/invima-declara-escasez-de-medicamentos-en-el-pais-luego-del-llamado-hecho-por-la-scare/>. Consultado 10 Sep 2020.
39. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med.* 2020:1–7.
40. Kaplan K, Salzer MS, Brusilovskiy E. Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35:219–29.
41. da Costa MP, Chevalier A, Farreny A, Cassidy M, Leverton M, Toner S, et al. How would patients with psychosis like to be in contact with a volunteer: Face-to-face or digitally? *PLoS One.* 2019;14(5.).