

Los responsables
políticos

TIME TO
COMMIT TO
POLICY
CHANGE

Esquizofrenia

Llamada a la acción a los responsables políticos

Wolfgang Fleischhacker

Celso Arango

Paul Arteel

Thomas R E Barnes

William Carpenter

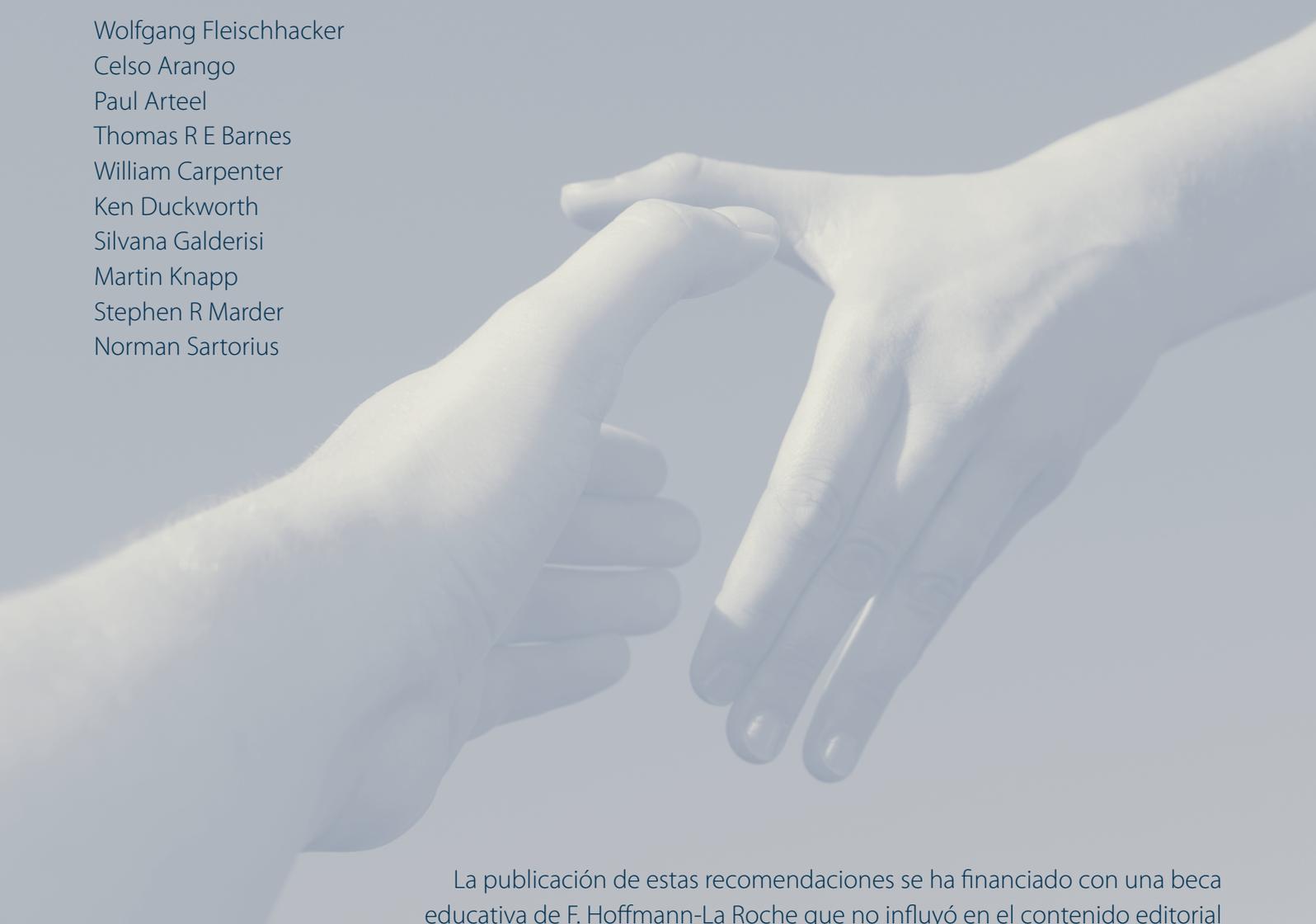
Ken Duckworth

Silvana Galderisi

Martin Knapp

Stephen R Marder

Norman Sartorius



La publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial

Autores

Professor Wolfgang Fleischhacker (Chair)

Innsbruck Medical University, Innsbruck, Austria

Professor Celso Arango

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, España

Mr Paul Arteel

GAMIAN-Europe, Bruselas, Bélgica

Professor Thomas R E Barnes

Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, Londres, Reino Unido

Professor William Carpenter

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, EE. UU.

Dr Ken Duckworth

National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, EE. UU.

Professor Silvana Galderisi

Second University of Naples, Nápoles, Italia

Professor Martin Knapp

London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, Londres, Reino Unido

Professor Stephen R Marder

Semel Institute, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, EE. UU.

Professor Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Ginebra, Suiza

Esta publicación resume las principales recomendaciones y medidas para los responsables políticos en el informe completo, *Esquizofrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas*, al cual puede accederse desde el siguiente link:

<http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change>

Los autores quieren agradecer al Profesor Howard H Goldman por su apoyo y asesoramiento en la elaboración del documento. El informe completo ha sido respaldado por las siguientes organizaciones:

- American College of Neuropsychopharmacology
- American Psychiatric Nurses Association
- Brain & Behavior Research Foundation
- European Brain Council
- European College of Neuropsychopharmacology
- European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
- European Federation of Psychiatric Trainees
- Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe
- National Alliance on Mental Illness
- National Council for Behavioral Health
- Royal College of Psychiatrists
- Schizophrenia International Research Society
- Vinfen
- World Federation for Mental Health

Recomendaciones para el cambio de políticas

La esquizofrenia tiene un enorme impacto personal, social y económico. Además, la opinión pública acerca de la esquizofrenia conduce a la aparición de prejuicios y discriminación.

Por tanto, recomendamos a los responsables políticos locales, regionales y nacionales la adopción de las siguientes medidas políticas.

1. Proporcionar a las personas con esquizofrenia un conjunto de medidas asistenciales integradas basado en la evidencia que cubra sus necesidades de salud física y mental. Los profesionales sanitarios deben establecer la base de este conjunto de medidas mediante un abordaje integral. Asimismo, estas medidas han de ser respaldadas por los sistemas nacionales de salud y por los centros educativos y de investigación.
2. Proporcionar apoyo a las personas con esquizofrenia para que se integren y permanezcan en la comunidad, y desarrollar mecanismos que les ayuden a orientarse a través de los sistemas de empleo y prestaciones socio-sanitarias, a menudo complejos, para promover su recuperación. Se deben instaurar y desarrollar asimismo políticas y programas de formación que apoyen la integración de las personas con esquizofrenia en su comunidad, lugar de trabajo o centro educativo.
3. Proporcionar a familiares y cuidadores de personas con esquizofrenia programas específicos de apoyo, informativos y de formación, centrados en la mejora en la atención de su familiar con la menor perturbación posible de sus propias vidas.
4. Consultar a los profesionales sanitarios y otras entidades directamente implicadas en el manejo de la esquizofrenia (incluyendo las organizaciones/asociaciones de apoyo a personas con esquizofrenia, sus familiares y cuidadores), con el fin de revisar, actualizar y mejorar periódicamente las políticas de gestión de la enfermedad.
5. Apoyar de forma proporcional al impacto de la enfermedad la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos que mejoren la perspectiva global de las personas con esquizofrenia (incluyendo los tratamientos centrados en el manejo de los síntomas negativos y déficits cognitivos).
6. Establecer campañas periódicas de concienciación para mejorar el conocimiento de la esquizofrenia en la población general, que se realicen de forma continuada y sean adecuadamente financiadas; hacer hincapié en la importancia de una actitud social positiva hacia las enfermedades mentales; informar de los medios de apoyo disponibles para el manejo de la esquizofrenia; y generar rechazo a actitudes y manejos discriminatorios. Dichas campañas deben ser parte integral de los planes de acción de rutinario.

Nuestras recomendaciones se basan en la evidencia procedente de la investigación, en consultas realizadas a las partes interesadas y en buenas prácticas, a nivel mundial.

Resumen ejecutivo

En este informe se resumen la evidencia y los hallazgos consensuados tras los debates de un grupo internacional de psiquiatras, investigadores, enfermeros especializados, pacientes y familiares/cuidadores, todos ellos con conocimientos específicos y experiencia en el campo de la esquizofrenia. El grupo se reunió en varias ocasiones, poniendo en común conocimientos de primer orden sobre la base científica y clínica de la esquizofrenia e información de primera mano sobre la realidad de vivir día a día con la enfermedad.

Cabe destacar que este grupo tan diverso alcanzó tres conclusiones claras, basadas en la evidencia.

- Para las personas con esquizofrenia, la probabilidad de presentar una buena evolución ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. En la actualidad con un manejo adecuado muchas de las personas afectadas por esta enfermedad pueden tener una calidad de vida aceptable.
- Un enfoque moderno para el manejo de la esquizofrenia debe aspirar a dirigir a los pacientes hacia el camino de la recuperación de la función normal, así como al alivio de los síntomas.
- Promover el cambio hacia una visión más positiva de la esquizofrenia exige un cambio radical de políticas.

Mejorar la atención de la esquizofrenia: una prioridad de las políticas sanitarias

La protección y tratamiento de las personas con trastornos mentales han sido reconocidos por las Naciones Unidas como un derecho humano.¹ La eliminación de los prejuicios, abuso, discriminación y hostilidad, y el derecho a acceder al mejor tratamiento disponible están recogidos en el Plan de Acción Global en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud,² que hace hincapié en el uso de las terapias basadas en la evidencia y en potenciar el papel de las personas con trastornos mentales. A lo largo de los últimos veinte años, la atención en la esquizofrenia ha mejorado, aunque a muchas personas con esta enfermedad les sigue resultando difícil llevar una vida productiva en la sociedad. Mejorar la atención a las personas con esquizofrenia debe ser una de las prioridades de las políticas sanitarias.

¿Qué es la esquizofrenia?

El término esquizofrenia describe un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de alteraciones y en la

percepción y un aumento o disminución de la expresión emocional. Afecta al bienestar de la persona, acorta la esperanza de vida y está entre las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial.³ Al menos 26 millones de personas en el mundo padecen esquizofrenia⁴ mientras el doble de personas se ven afectadas indirectamente por la enfermedad (p. ej.: familiares/cuidadores). Sin embargo, es importante saber que con la atención y el apoyo adecuados, las personas con esquizofrenia pueden recuperarse y llevar una vida plena en la comunidad y que hasta un 50% presentan un buen pronóstico.^{5,6}

¿Cuánto cuesta la esquizofrenia?

El coste total de la esquizofrenia para la sociedad incluye los costes directos del tratamiento (p. ej.: medicación y hospitalización) y los costes indirectos (p. ej.: pérdida de productividad por los pacientes y familiares/cuidadores, disminución del potencial de obtener ingresos), que probablemente disminuyan si se mejora el tratamiento.

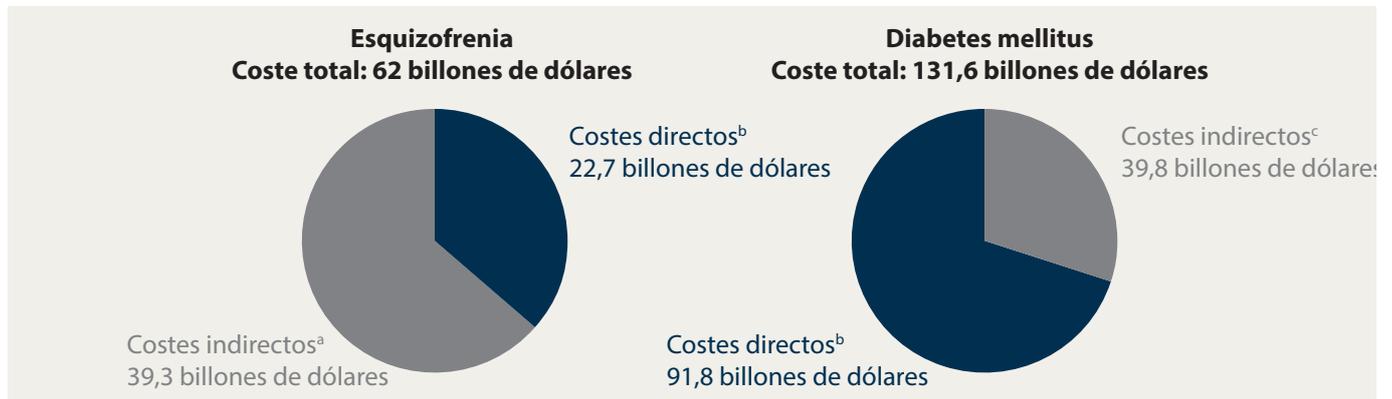


Figura 1. Comparación de los costes directos e indirectos de la esquizofrenia⁸ y la diabetes mellitus⁹ en EE. UU. en el año 2002.

^aLos costes indirectos incluyen absentismo laboral, carga de los cuidadores, mortalidad prematura y menor productividad en el trabajo. ^bLos costes directos incluyen las consultas externas, medicación, ingresos hospitalarios y asistencia sanitaria prolongada. ^cLos costes indirectos incluyen la discapacidad, menor productividad, mortalidad prematura y absentismo laboral.

En 2012, el coste total estimado en Europa de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia fue de 29 000 millones de euros, lo que equivale a 5805 € por paciente por año.⁷ Sin embargo, el coste varía de forma considerable en los diferentes países europeos y los presupuestos para la atención sanitaria de los trastornos mentales son extremadamente bajos en muchos países.⁷ Si se compara el coste total de la esquizofrenia con el de la diabetes mellitus en EE. UU. se puede observar cómo los costes indirectos representan una mayor proporción del coste total en la esquizofrenia⁸ que en la diabetes mellitus⁹ (Figura 1).

Un manejo inadecuado de la esquizofrenia puede tener un marcado impacto en los recursos sanitarios y en la sociedad. Cabe destacar que una mayor inversión en costes sanitarios directos puede conducir a una reducción en los costes totales, al aumentar la productividad de pacientes y cuidadores y reducir los costes indirectos. Las intervenciones que reducen el riesgo de hospitalización

pueden, por tanto, originar un ahorro importante, así como una mejor calidad de vida para los pacientes. El gasto en esquizofrenia no se debe considerar como un competidor del gasto en enfermedades físicas, ya que la enfermedad física y la enfermedad mental con frecuencia coexisten.

Convertir las buenas prácticas en norma: se necesita invertir

Es imprescindible que todas las herramientas disponibles estén al alcance de las personas con esquizofrenia que las necesitan. Aún es necesario mejorar en la identificación y el tratamiento precoz de la esquizofrenia. Para alcanzar estos objetivos es necesario invertir para ampliar los servicios existentes, investigar las causas y los mecanismos del trastorno, e investigar para mejorar las prácticas asistenciales.

Integración de los enfoques actuales en el tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento de la esquizofrenia empleando un enfoque integral (en el que se combinen terapias médicas y psicosociales, junto con la atención a la salud física) mejora la evolución del trastorno.

El enfoque farmacológico

Los medicamentos que se utilizan para tratar los síntomas de la esquizofrenia (antipsicóticos) son eficaces en la

reducción de los síntomas positivos (p. ej.: alucinaciones y delirios); sin embargo, no tratan adecuadamente los síntomas negativos (p. ej.: poca motivación y expresión emocional disminuida) o cognitivos (p. ej.: problemas de memoria, toma de decisiones y habilidades verbales). Se están realizando estudios dirigidos a la búsqueda de estrategias terapéuticas farmacológicas que sean eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia.^{10,11}

Tratamiento psicosocial

Las terapias psicosociales son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia. Mejoran el funcionamiento de los pacientes en la comunidad, lo que a su vez puede ayudar a mejorar los síntomas y reducir el número de recaídas u hospitalizaciones.¹² Entre los tratamientos psicosociales que pueden ser útiles destacan la terapia cognitivo-conductual (un tipo de psicoterapia cuyo objetivo es cambiar los patrones de pensamiento y las conductas resultantes), la terapia familiar y la psicoeducación, que han demostrado ser beneficiosas con una buena relación coste-eficacia.¹²⁻¹⁴

El impacto añadido de la enfermedad física

La esquizofrenia se asocia a un grado importante de enfermedad física: la esperanza de vida de las personas con esquizofrenia es menor que la de la

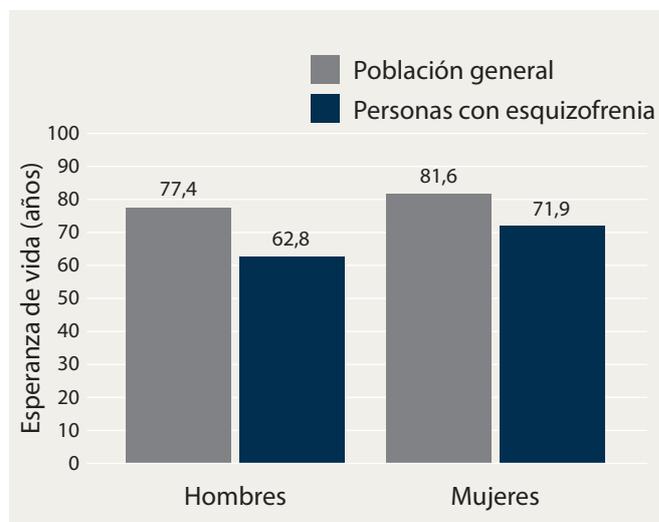


Figura 2. Las personas con esquizofrenia mueren antes que la población general; la figura muestra la reducción media en la esperanza de vida al nacer (datos del Reino Unido).¹⁵

población general (Figura 2).^{15,16} Esto se debe a diversos factores,¹⁷ algunos de los cuales se exponen a continuación.

Las altas tasas de enfermedad cardíaca y de tabaquismo en comparación con la población general son factores importantes que conducen a un empeoramiento de la salud y una mortalidad prematura en las personas con esquizofrenia.^{18,19} También es frecuente el abuso de alcohol y de drogas (especialmente cannabis), el cual se asocia a un aumento de las tasas de recaída y hospitalización, así como al desarrollo de enfermedades físicas.²⁰

¿Qué pueden hacer los responsables políticos?

- Fomentar el apoyo de los estados miembros a una mayor accesibilidad a las terapias psicosociales. A menudo estas terapias están infrautilizadas y no están disponibles para todas aquellas personas para las que podrían ser beneficiosas.^{21,22} Además, el coste de este tipo de terapias puede ser prohibitivo en países donde no están disponibles a través de los servicios públicos de salud. Por tanto, hay oportunidades para mejorar la accesibilidad y, por consiguiente la efectividad, de las terapias psicosociales.
- Priorizar las intervenciones para dejar de fumar y reducir el consumo de drogas.
- Apoyar programas dirigidos a fomentar un estilo de vida saludable; dichos programas han demostrado ser beneficiosos^{22,23} y deberían ser desarrollados e integrados en la asistencia psiquiátrica de forma más amplia.²⁴
- Promover una revisión de la legislación para disminuir la carga de la enfermedad mental y física; en concreto, garantizar una coordinación eficaz de los servicios y de la financiación, la continuidad de la atención sanitaria y social, y la sincronización con el sistema penal de justicia, empleo y prestaciones.

Creación de un entorno favorable que fomente la recuperación

¿Cuáles son los factores que dificultan la recuperación?

Un entorno favorable resulta crucial para que las personas con esquizofrenia puedan tener la evolución deseada; sin embargo, muchas personas tienen que enfrentarse a prejuicios y discriminación cuando buscan un empleo o cuando intentan tener relaciones cercanas.²⁵

Testimonio en primera persona

“Me apunté a un programa llamado *Work on Track* que ayuda a las personas con enfermedades mentales a prepararse para volver al mercado laboral ... Aunque *Work on Track* me ayudó a preparar un buen currículum, llevaba fuera del mercado 5 años ... Me aconsejaron que dijera que se debía a una enfermedad, pero que ahora todo estaba bajo control y que no sería un lastre en mi trabajo ... Nunca me llamaron para una segunda entrevista.”

Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.²⁶

Existe una alta tasa de **desempleo** en las personas con esquizofrenia; las intervenciones de apoyo al empleo y empleo protegido pueden generar cuantiosos ahorros y reducir el riesgo de hospitalización. Las intervenciones que ayudan a las personas jóvenes con esquizofrenia a completar su formación también pueden aumentar las posibilidades de que encuentren empleos competitivos.²⁷

La falta de hogar es una situación frecuente en las personas con esquizofrenia y constituye una barrera importante para la recuperación.^{28,29} Puede ser efectivo realizar intervenciones en períodos críticos en las que los trabajadores sociales organicen programas de apoyo y trabajen de forma intensiva con un individuo durante 6 meses para ayudarle a encontrar alojamiento.³⁰

El **contacto con el sistema penal de justicia** es desproporcionadamente frecuente en las personas con esquizofrenia y aumenta los costes económicos asociados a la enfermedad. Los datos del Reino Unido indican que

aproximadamente un 8 % de la población penitenciaria presenta esquizofrenia, en comparación con el 0,5 % o menos de la población general.³¹ En algunos países se han desarrollado programas de derivación extrapenitenciaria, con objeto de identificar a los infractores con enfermedades mentales y derivarlos a los servicios sanitarios y sociales en vez de al sistema penal de justicia.³² Estas iniciativas han dado lugar a una disminución del número de pacientes encarcelados, menor riesgo de reincidencia en las conductas delictivas y disminución del abuso de alcohol y drogas, así como una mejor calidad de vida.³²

Comunicación y formación acerca de la esquizofrenia

Las campañas de psicoeducación dirigidas a la población general pueden ser beneficiosas para aumentar la concienciación sobre la esquizofrenia y disminuir las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales.³³ Es importante señalar que estas campañas deberían ser un proceso continuado; ya que las campañas puntuales tienen un efecto limitado.³⁴

Los servicios de atención a las personas con esquizofrenia a menudo están fragmentados, lo que puede dificultarles orientarse en el sistema. Las personas afectadas por esquizofrenia pueden aportar información valiosa y convincente sobre la enfermedad; por tanto, las intervenciones organizadas por personas afectadas y grupos de apoyo pueden ejercer un papel importante en la asistencia de las personas con esquizofrenia. Los grupos de apoyo, tales como la Alianza Global de la Red de Grupos de Apoyo para Personas con Enfermedad Mental (GAMIAN, por sus siglas en inglés), GAMIAN-Europa y la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI, por sus siglas en inglés), hablan alto y claro en apoyo de las personas afectadas por trastornos mentales, aportan información y formación y protagonizan campañas contra el estigma y la discriminación, entre otras muchas cosas.

¿Cuáles son las barreras para la creación de un entorno favorable?

Política incoherente en materia de salud mental

Incluso en Europa, donde muchos países disponen de una legislación específica en materia de salud mental que incluye áreas como la vivienda y el desempleo, muchas personas con trastornos mentales pueden no recibir la protección adecuada. Por ejemplo, el 81 % de la población europea vive en países donde existe una legislación específica respecto a la salud mental; sin embargo, solo 38 de los 52 países cuentan con este tipo de políticas específicas en materia de salud mental (Tabla 1).³⁵

Sistemas de prestaciones complicados

Aunque los sistemas de prestaciones sociales son fundamentales para las personas con esquizofrenia que

no pueden trabajar, el sistema de prestaciones también puede suponer una barrera para encontrar empleo.³⁶ El trabajo puede ser un factor estresante y, si una persona puede trabajar solo unas horas a la semana, los ingresos pueden ser menores que si permanece recibiendo las prestaciones. Además, en algunos países existe una 'paradoja social', ya que las personas tienen miedo a perder las prestaciones si encuentran un empleo remunerado.

A menudo los pacientes no disponen de información sobre el apoyo disponible (lo que puede retrasar la asignación de prestaciones) o les puede resultar difícil acceder a ella, especialmente cuando hay un problema de alfabetización. Este es un tema de preocupación importante para las comunidades inmigrantes, dado que las diferencias culturales y las barreras idiomáticas a menudo dificultan el acceso a los servicios.¹⁹

Tabla 1. Regiones del mundo con políticas específicas en materia de salud mental.³⁵

Región	Países con políticas de salud mental	Cobertura de la población, %
África	19/45	60,1
América	18/32	88,1
Mediterráneo Oriental	13/19	84,8
Europa	38/52	90,8
Sureste Asiático	7/10	31,8
Pacífico Occidental	15/26	94,9
Mundo	110/184	71,5

¿Qué pueden hacer los responsables políticos?

Mejorar el sistema de prestaciones

- Hacer más para garantizar que las personas con esquizofrenia reciban las prestaciones a las que tienen derecho.
- Fomentar en todas las culturas y sistemas de seguros sociales un mejor conocimiento de los incentivos para incorporarse al trabajo y de la disponibilidad de oportunidades laborales, para ayudar a las personas con esquizofrenia a encontrar un empleo.

Apoyar las campañas educativas

- Promover enfoques creativos para cambiar la actitud pública hacia la esquizofrenia y poner fin a la discriminación a la que se enfrentan las personas cuando buscan empleo o formación.
- Desarrollar campañas de psicoeducación (preferiblemente campañas multimedia, con un enfoque de marketing social) dirigidas al público general.
- Destinar recursos para favorecer el acceso al asesoramiento y apoyo gestionado por personas afectadas, especialmente para personas jóvenes con esquizofrenia.

Conclusiones

- **Mejorar la vida de las personas con esquizofrenia** es un objetivo factible. Hemos recorrido un largo camino para intentar acercarnos a este objetivo en los últimos años, aunque queda mucho camino por recorrer (que debe recorrerse). La atención con éxito requiere **un abordaje integral en equipo** en el que intervengan psiquiatras, otros profesionales sanitarios, trabajadores sociales y otras agencias externas. Asimismo, implica la colaboración con personas con esquizofrenia, sus familias y otros grupos de apoyo. Para los sistemas sanitarios privados, este abordaje en equipo requiere de una homologación de los mecanismos de reembolso para apoyar una atención sanitaria de alta calidad.
- Un segundo requisito para la atención con éxito es **la financiación adecuada**, al menos equivalente a la de otras patologías médicas como el cáncer y las enfermedades cardíacas, para investigación, tratamiento, servicios y formación de futuros profesionales. Actualmente, la financiación de las terapias psicosociales efectivas por los sistemas públicos varía en los diferentes países; por consiguiente, a muchos pacientes se les niega el tratamiento. Se necesita más apoyo para realizar estudios independientes acerca de intervenciones posiblemente beneficiosas.
- La implementación de las recomendaciones establecidas al comienzo de este informe exige **el compromiso de todas las partes interesadas**. Con el compromiso de todos, el cambio es posible.

Reseñas bibliográficas

1. United Nations. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
2. World Health Organization. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
3. Murray CJL, Lopez AD. Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
4. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Acceso el 30 de agosto de 2013).
5. Harding CM *et al.* *Am J Psychiatry* 1987;144:727–35.
6. Bellack AS. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42.
7. Gustavsson A *et al.* *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718–79.
8. Wu EQ *et al.* *J Clin Psychiatry* 2005;66:1122–9.
9. Hogan P *et al.* *Diabetes Care* 2003;26:917–32.
10. Miyamoto S *et al.* *Mol Psychiatry* 2012;17:1206–27.
11. Goff DC *et al.* *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245–53.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
13. Latimer EA. *Can J Psychiatry* 1999;44:443–54.
14. Patel A *et al.* *Schizophr Res* 2010;120:217–24.
15. Chang CK *et al.* *PLoS One* 2011;6:e19590.
16. Thornicroft G. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2.
17. Leucht S. Physical illness and schizophrenia. Cambridge University Press, 2007.
18. Osby U. *BMJ* 2000;321:483–4.
19. The Schizophrenia Commission. Disponible en: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
20. Barnes TR. *J Psychopharmacol* 2011;25:567–620.
21. Fleischhacker W, Stolerman I. Encyclopedia of schizophrenia: focus on management options. London: Springer, 2011.
22. Dixon LB *et al.* *Schizophr Bull* 2010;36:48–70.
23. Barnes TR *et al.* *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:26–33.
24. Mueser KT *et al.* *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97.
25. Thornicroft G *et al.* *Lancet* 2009;373:408–15.
26. Scotti P. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6.
27. Nuechterlein KH *et al.* *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:340–9.
28. Pratt LA. *Psychiatr Serv* 2012;63:1042–6.
29. Kooyman I *et al.* *Br J Psychiatry Suppl* 2007;50:s29–36.
30. Herman DB *et al.* *Psychiatr Serv* 2011;62:713–19.
31. Andrew A *et al.* Disponible en: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf> (Acceso el 30 de agosto de 2013).
32. Scott DA *et al.* *Psychiatr Serv* 2013;34:843–9.
33. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006.
34. Stuart HL *et al.* Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned. Oxford: Oxford University Press, 2012.
35. World Health Organization. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf (Acceso el 30 de agosto de 2013).
36. Frey W *et al.* Disponible en: http://www.ssa.gov/disabilityresearch/documents/MHTS_Final_Report_508.pdf (Acceso el 8 de mayo de 2013).

Agradecimientos

Oxford PharmaGenesis™ Ltd, Reino Unido, y Oxford PharmaGenesis™ Inc, EE. UU. asistieron en la redacción y edición de este informe.

La publicación de estas recomendaciones se ha financiado con una beca educativa de F. Hoffmann-La Roche que no influyó en el contenido editorial.

© Oxford PharmaGenesis™ Ltd 2014

Edición corregida: primera edición publicado en 2013

Las opiniones expresadas en esta publicación no son necesariamente las opiniones del promotor o del editor. Reservados todos los derechos. Salvo en la medida permitida por las leyes de derechos de autor pertinentes, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida de manera alguna o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otro modo, sin la previa autorización escrita del propietario de los derechos de autor. Cualquier acto no autorizado en relación con esta publicación puede dar lugar a demandas civiles o penales.

TIME TO COMMIT TO POLICY CHANGE

Esquizofrenia – Es hora de comprometerse a un cambio de políticas

Llamada a la acción a los responsables políticos