



## Reporte de caso

## Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario



Eliana María Taborda Zapata<sup>a</sup>, Laura Elisa Montoya González<sup>a,\*</sup>,  
Natalia María Gómez Sierra<sup>a</sup>, Laura María Arteaga Morales<sup>a</sup>  
y Oscar Andrés Correa Rico<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidad CES, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2015

Aceptado el 1 de septiembre de 2015

On-line el 21 de octubre de 2015

## Palabras clave:

Esquizofrenia

Soporte social

Estigma

Salud mental

Psiquiatría comunitaria

## RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es una enfermedad compleja cuyo manejo farmacológico es una medida terapéutica insuficiente para garantizar la adaptación a la comunidad y el restablecimiento de la calidad de vida del paciente, por lo que es necesario un manejo multidimensional, propuesto por las intervenciones comunitarias.

**Metodología:** reporte de caso.

**Resultados:** Se trata de un caso clínico que ilustra la respuesta a un tratamiento multidisciplinario basado en el modelo comunitario de atención a la salud mental en Envigado, Colombia.

**Discusión:** El manejo de la esquizofrenia exige intervenciones multimodales que incluyan la detección en comunidad, la psicoeducación de los individuos, sus familias y la sociedad, y el abordaje de distintas áreas de funcionamiento que permitan la adaptación del sujeto a su ambiente social.

**Conclusiones:** Es necesaria una intervención integradora que el modelo comunitario puede proporcionar implementando políticas que permitan su aplicación.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Intervention of Schizophrenia From the Community Model

## A B S T R A C T

**Introduction:** Schizophrenia is a complex disease for which pharmacological management is an insufficient therapeutic measure to ensure adaptation to the community and restoring the quality of life of the patient, with a multidimensional management and community interventions being necessary.

**Methodology:** Case report.

## Keywords:

Schizophrenia

Social support

Stigma

Mental health

Community psychiatry

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lauraelisamontoya@gmail.com](mailto:lauraelisamontoya@gmail.com) (L.E. Montoya González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Results:** This case report illustrates a multidisciplinary treatment response, based on a community care model for mental health from Envigado, Colombia.

**Discussion:** The management of schizophrenia requires multimodal interventions that include community screening, psychoeducation of individuals, their families and society, addressing different areas of operation that allow adaptation of the subject to his social environment.

**Conclusions:** A integrated intervention that can be provided on a Community scale, with the implementation of policies that allow it to be applied.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La esquizofrenia impone múltiples retos; entre debates y desacuerdos en torno a sus criterios y su ubicación nosológica, se ha concordado reiteradamente en el grave impacto de esta enfermedad en la funcionalidad del individuo. El DSM-5 menciona como síntomas cardinales de la esquizofrenia que la disfunción cognitiva y los trastornos conductuales y emocionales configuran un «síndrome clínico heterogéneo»<sup>1</sup>.

Desde épocas remotas, el paciente con esquizofrenia ha sido víctima del temor y el aislamiento, desde métodos como la famosa barca *Stultifera Navis* hasta los manicomios ubicados en las afueras de las ciudades a los que iban a parar los alienados<sup>2</sup>. Los antipsicóticos de primera generación modificaron tan sombrío panorama, y quienes antes pasaban largos días en los asilos ahora los pasaban en casa, pero con las limitaciones de los efectos secundarios. Los antipsicóticos atípicos surgieron con la promesa de una mejoría de los síntomas negativos, y varios estudios mostraron esta ventaja como un efecto artefactual<sup>3</sup>. Si bien los antipsicóticos disminuyeron la necesidad de institucionalización, muchos pacientes salieron a la vida en comunidad sin las herramientas necesarias para afrontarla<sup>4</sup>. Esto obliga a cambiar el enfoque desde lo netamente psicopatológico hacia la mirada profunda sobre las necesidades insatisfechas de las personas que padecen esta enfermedad y sus comunidades<sup>4</sup>. Estas necesidades insatisfechas son mucho mayores para los pacientes que nunca han recibido tratamiento para la enfermedad<sup>5</sup>.

El modelo comunitario de psiquiatría surgió como una alternativa frente a los interrogantes de cómo disminuir la brecha de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, qué hace más allá de la mera contención hospitalaria y qué estrategias se puede utilizar para lograr la adaptación del paciente a la comunidad<sup>6-8</sup>.

El presente caso clínico trata de ilustrar la respuesta que da la psiquiatría comunitaria a estas preguntas, en un manejo que logra integrar a la comunidad, para finalmente reducir riesgos de morbimortalidad, mejorar la calidad de vida del paciente y acompañarle en la búsqueda de una vida digna.

Se obtuvo previamente el consentimiento informado para participar de manera anónima en el estudio y la difusión y la publicación de su caso, cumpliendo los lineamientos establecidos en el Reporte Belmont y la declaración de Helsinki.

## Caso clínico

Mujer de 46 años, residente en el municipio de Envigado, con dos hijos, ama de casa, de lateralidad diestra, con escolaridad hasta segundo de primaria, en el momento de la primera valoración estaba cesante, profesaba la religión católica y no tenía antecedentes personales patológicos, quirúrgicos, alérgicos o toxicológicos. Tenía el antecedente psiquiátrico de esquizofrenia paranoide diagnosticada más de 30 años antes, de muy difícil manejo, con resistencia al tratamiento farmacológico, con un promedio de dos hospitalizaciones al año por crisis psicóticas, con largas estancias hospitalarias (> 1 mes). Con muy pobre conciencia de la enfermedad y de la necesidad de tomar medicamentos. La paciente tiene historia familiar de esquizofrenia en un primo. No hay historia de trastorno depresivo, suicidio u otras enfermedades mentales en sus familiares de primer grado.

Como datos relevantes en su historia de vida, su primer embarazo —producto de un abuso sexual— fue interrumpido luego de intento de suicidio lanzándose ante un vehículo en movimiento. Derivado de esto, sufrió politraumatismos que dejaron como secuelas la pérdida del globo ocular y traumatismo lumbar que le produjo dolor lumbar crónico.

Era madre cabeza de familia, con dos hijos, el primero producto de una relación estable que terminó luego del diagnóstico de esquizofrenia paranoide, y el segundo, producto de una relación ocasional, tiene diagnóstico de discapacidad intelectual moderada.

En 2004, la Inspección Local de Policía recibió múltiples quejas de la comunidad por amenazas que la paciente realizaba con arma cortopunzante a sus vecinos, además de por su comportamiento extraño y sus conductas desordenadas. Estas denuncias, gracias a la capacitación realizada previamente por el Centro de Salud Mental y la Secretaría de Salud del municipio de Envigado (Antioquia), se identifican como un posible caso de enfermedad mental. Esto hecho permitió reconocer la necesidad de atención prioritaria e inmediata por psiquiatría, y se remitió a la paciente al Centro de Salud Mental del municipio de Envigado.

Consecuentemente, se realizó visita de campo (constituida por trabajo social, psiquiatría, medicina general y psicología) en la que se halló a una paciente con síntomas psicóticos agudos, asociados a marcada disfunción general y secuelas psicosociales graves, con unas condiciones de vivienda no dignas (el inmueble no estaba techado, el piso era de tierra y no contaba con servicios públicos). Posteriormente se la llevó al

**Tabla 1 – Características psicopatológicas de la paciente reportada**

Hallazgo psicopatológico	Antes de la introducción al modelo comunitario	Después de la introducción al modelo comunitario
Porte y actitud	Alucinatoria, suspicaz, hostil (caminaba por el barrio con un cuchillo al cinto como método de «protección») Pobre contacto visual Autocuidado precario	Actitud de interés  Hace contacto visual Adecuado autocuidado Sin ideación delirante
Síntomas psicóticos	Ideas delirantes autorreferenciales; persecutorias; de daño y perjuicio; experiencias de pasividad Alucinaciones auditivas complejas, de comando, acusatorias; cenestésicas; serias consecuencias conductuales e implicación afectiva marcada	Esporádicas alucinaciones auditivas e ilusiones simples. Les hace críticas. Utiliza técnicas de afrontamiento como la distracción y la confrontación con alternativas aceptables y racionales. Reducción de la implicación emocional de los síntomas psicóticos
Insight	Precario	Reconocimiento de síntomas prodrómicos, atribución de síntomas a la esquizofrenia, aceptación de necesidad de tratamiento y adherencia a este

servicio de urgencias y se decidió realizar nuevamente manejo hospitalario.

Simultáneamente a la hospitalización en la que se inició el manejo farmacológico con antipsicótico típico a dosis plenas, se inició la intervención en la comunidad realizando psicoeducación en salud mental, signos de alarma de enfermedad mental y promoción y prevención de esta. Esto motivó tanto a la comunidad que, a partir de estas capacitaciones, surgió un comité de salud mental local que promovió el apoyo para la reestructuración de la vivienda de la paciente y el suministro mínimo de alimentos, e incluso se creó una red de apoyo que promueve el seguimiento y el suministro del tratamiento farmacológico.

Durante la hospitalización y en el momento del alta, la paciente ingresó además a un grupo de apoyo para pacientes con esquizofrenia, creado por el Centro de Salud Mental, donde se brinda atención psicológica y psiquiátrica con un objetivo rehabilitador. Este grupo de apoyo también brindó orientación laboral a la paciente. Se decidió entonces que la paciente tenía aptitudes y actitudes para desempeñar una labor en oficios varios y comenzó su trabajo de manera remunerada, como cualquier otro trabajador.

Desde entonces la paciente logra identificar cuándo hay exacerbación de los síntomas, solicita atención especializada y se le brinda atención rápida. Desde entonces y con este tipo de intervenciones, se ha logrado que la paciente no requiera manejo hospitalario y tenga una funcionalidad general aceptable (tabla 1).

## Discusión

Se trata de un caso exitoso con el tratamiento en base a un modelo comunitario de atención a la salud mental. En este caso, uno de los cuestionamientos prácticos sería ¿cuál es el lugar de tratamiento óptimo para pacientes con esquizofrenia con un cuadro clínico similar?; la respuesta de un modelo tradicional es la hospitalización, pero se ha enfatizado que las hospitalizaciones prolongadas se convierten en acceso directo a la institucionalización, con lo que se prolonga la discapacidad<sup>9,10</sup>, en un medio generalmente provisto de servicios comunitarios insuficientes para el tratamiento de la

enfermedad psiquiátrica aguda y grave<sup>11</sup>. El modelo comunitario busca establecer un vínculo directo entre los centros de atención aguda, donde se articule un acompañamiento interdisciplinario, lo que favorece la inclusión de los pacientes a largo plazo en la comunidad<sup>12</sup>.

El modelo de atención comunitario en psiquiatría surge en reacción al fracaso de la psiquiatría asilar, y se propone operar en operación unidades de psiquiatría en los hospitales generales, alternativas residenciales y hospitalizaciones parciales<sup>12</sup>. El estudio PRISM de psicosis demuestra una mayor eficacia de las intervenciones comunitarias frente a los servicios orientados hacia el hospital<sup>13</sup>. Con este sistema, el hospital psiquiátrico debe ejercer un papel de liderazgo, respaldo y refuerzo, y ofrecer tratamiento hospitalario de ser estrictamente necesario, pero en condiciones de acceso oportuno<sup>14</sup>.

Es condición *sine qua non* para la eficacia de los psicofármacos la introducción de los pacientes en el sistema de atención en salud, y esta tarea no se puede relegar exclusivamente a que el paciente busque ayuda. Se hace necesaria entonces la participación activa del sistema de salud mediante estrategias comunitarias como el tratamiento comunitario asertivo (*assertive community treatment* [ACT]), desarrollado en la década de los setenta<sup>15-18</sup>. Estos ACT proponen que, en caso de que el paciente no tenga acceso al tratamiento, se debe llevar los servicios de salud hasta sus entornos vitales naturales a través de equipos que incluyen administración de medicamentos, apoyo en la vivienda y rehabilitación, entre otros. Todo esto ha llevado a resultados positivos en mejoría sintomática<sup>15</sup> y reducción de costos en hospitalizaciones<sup>19</sup>. En el caso presentado, tras un contacto inicial con el sistema a través de la búsqueda activa de un caso sospechoso de enfermedad mental grave, se evidencia mejoría sintomática y cese de las hospitalizaciones, optimización de las condiciones de vivienda y administración de medicamentos dentro de la comunidad.

Varios requisitos favorecieron la atención de la paciente: la existencia de un sistema policial capacitado para identificar posibles casos de enfermedad mental grave, el compromiso político del municipio con la salud mental y la adopción del modelo comunitario como estrategia de atención. Esto señala la importancia de la participación de diferentes entidades en la estructuración del modelo comunitario<sup>12</sup>.

Otros aspectos fundamentales en el manejo integral del paciente con esquizofrenia son la psicoeducación del paciente, sus familias y las comunidades para fortalecer la introspección de la enfermedad como estrategia de prevención de recaídas y logro de adherencia a las medidas farmacológicas y no farmacológicas, además de la lucha contra el estigma<sup>20,21</sup>.

La palabra esquizofrenia se tatúa en toda la historia de los individuos que la padecen, lo que les impide hacer parte de la fuerza laboral, pensados incapaces de un desempeño adecuado, o los inunda de expectativas irracionales. La paciente del caso clínico presentado no solo ha comenzado a trabajar, sino que tiene la posibilidad de elegir un oficio acorde a sus necesidades y habilidades, pero también preferencias y gustos, lo que permite un efecto distractor en el manejo de los síntomas psicóticos<sup>22</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incita a un cambio de estrategia en la atención a la salud que se traslada desde la mera reparación del daño<sup>23</sup> a la meta pragmática de la rehabilitación, buscando que los pacientes alcancen la mayor autonomía posible en un medio al que puedan adaptarse<sup>24</sup>. Considerando las recomendaciones de la OMS respecto al tratamiento de la enfermedad mental y con la reforma legislativa en proceso, la psiquiatría comunitaria en Colombia está apenas en sus etapas iniciales y, aunque con un enfoque conceptual acertado, aún no tiene una aplicación concreta a escala nacional. No obstante, desde hace más de 10 años existen intervenciones comunitarias promovidas por iniciativas individuales y acogidas por gobiernos locales, lo que demuestra que es difícil pero posible ejecutarlo en un escenario adverso, aun sin política pública que lo respalde.

## Conclusiones

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más complejas, que requiere intervenciones integrales que no solo permitan el control sintomático, sino también la adaptación del paciente a la sociedad; para ello, se plantea el modelo comunitario, que ha mostrado eficacia no solo desde el punto de vista clínico, sino también desde la perspectiva de la salud pública, con connotaciones éticas en el cuidado del paciente y en la búsqueda de la calidad de vida. Es urgente la implementación de normas de salud mental efectivas que permitan la aplicación de este modelo en las enfermedades mentales graves, para así disminuir la carga personal, familiar y social que estas implican.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al Centro de Salud Mental de Envigado por facilitar la información del caso. A los pacientes anónimos que nos permiten aprender cada día más.

## BIBLIOGRAFÍA

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, Vol. 1. México: Fondo de Cultura Económica; 1967. p. 575.
3. Davis MC, Horan WP, Marder SR. Psychopharmacology of the negative symptoms: current status and prospects for progress. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24:788-99.
4. Torres-González F, Ibáñez-Casas I, Saldívar S, Ballester D, Grandón P, Moreno-Küstner B, et al. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsych Dis Treat*. 2014;10:97.
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82:858-66.
6. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010;197:350-6.
7. Mazzucchelli TG, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis. *J Posit Psychol*. 2010;5:105-21.
8. Holley J, Crone D, Tyson P, Lovell G. The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: a systematic review. *Br J Clin Psychol*. 2011;50:84-105.
9. Johnstone EC, Owens DG, Gold A, Crow TJ, MacMillan JF. Institutionalization and the defects of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1981;139:195-203.
10. Nemoto T, Niimura H, Ryu Y, Sakuma K, Mizuno M. Long-term course of cognitive function in chronically hospitalized patients with schizophrenia transitioning to community-based living. *Schizophrenia Res*. 2014;155:90-5.
11. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Acta Esp Psiquiatr*. 2012;2012.
12. Imágenes de la Psiquiatría Española. Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona: Glosa; 2004. p. 585-602.
13. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, et al. Rationale and design. PRISM Psychosis Study I. *Br J Psychiatry*. 1998;173:363-70.
14. Uriarte JIU. Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Rev Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2007;2:87-101.
15. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Dis Manage Health Outcomes*. 2001;9:141-59.
16. Stein LI, Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: W.W. Norton; 1998.

17. Stein LI, Test MA. An alternative to mental health treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:392-7.
18. Stein LI, Test MA. The training in community living model: a decade of experience. *New Directions for Mental Health Services*, n.o 26. San Francisco: Jossey-Bass; 1985. p. 1-98.
19. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry*. 1999;44:443-54.
20. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97.
21. Gerlinger G, Hauser M, Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12: 155-64.
22. Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *The Cochrane Library*; 2005.
23. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
24. Desviat M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Rev GPU*. 2007;3:88-96.