

“FACTORES CLÍNICOS EN LOS PACIENTES EN UNIDADES DE CRISIS AMSA”

maruottolo, C, Boira A, Mascaró A, Guimón J

avancesmedicos@avancesmedicos.es

RESUMEN

La intervención psiquiátrica en crisis (*crisis intervention*) exige detectar precozmente a los sujetos susceptibles de descompensarse para establecer en el paciente un tratamiento específico y generar a su alrededor una red humana que le ayude a superarla.

Las Unidades de Crisis proveen a los pacientes tratamientos de tipo intensivo y de corta duración, existiendo distintas orientaciones terapéuticas para su aplicación en la actualidad. Estas Unidades han sido creadas en Estados Unidos (Yalom, 1983) y en algunos países europeos como Francia y Suiza (Guimón, Andreoli, 1992). Están organizadas con una finalidad preventiva y en el contexto de programas globales.

Las Unidades ofrecen cuidados especializados a paciente que presentan situaciones de desestabilización emocional y conflicto en sus relaciones, en ausencia de necesidad de ingreso hospitalario.

La unidad de crisis de AMSA realiza un tratamiento de tipo combinado e intensivo, realizando un abordaje multidimensional. Es considerado como un « pre-tratamiento dinámico » limitado en el tiempo, cuya finalidad es la abertura sobre los procesos psíquicos plasmados por la crisis psiquiátrica aguda (J.Guimón).

El objetivo de este tratamiento breve, “*Thérapie groupales brève*”(J.Guimón, 2002), es promover un proceso terapéutico sea al sujeto, sea a su contexto más próximo y significativo, representado por la familia. Se entiende, entonces, como una sucesión de cambios psíquicos que apuntarán al crecimiento y desarrollo de la personalidad y del estilo relacional.

Este trabajo tiene como objetivo presentar nuestra experiencia, de más de cuatro años de duración, en la conducción de una Unidad de Crisis en Bilbao, de los factores clínicos que precipitaron la crisis y los resultados obtenidos en nuestras investigaciones.

2.DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CRISIS

La Unidad de Crisis se encuentra dentro de una Institución de Psiquiatría abocada a la asistencia, enseñanza e investigación en salud mental. Se caracteriza por ser

un servicio de atención privada, autofinanciada, que cuenta además con una Unidad de Hospitalización y una Unidad de Consultas externas. Esta Unidad se encuentra ubicada en el centro de Bilbao y cuenta con unas instalaciones especialmente preparadas para ofrecer un ambiente funcional a la tarea terapéutica que persigue.

El tratamiento tiene una duración de tiempo limitado, de seis a ocho semanas, durante cuatro horas diarias. Los pacientes acuden a la Unidad de lunes a viernes, con asistencia de media jornada y permitiendo un número de quince plazas.

Se aborda la patología individual y familiar del paciente en crisis, llegando a un diagnóstico psicopatológico y situacional, que permite tratar la enfermedad mental desde distintas instancias.

La Unidad de Crisis es un centro de diagnóstico y tratamiento. Se realiza sistemáticamente un diagnóstico categorial de todos los ejes del DSM IV y se los clasifica según las normas europeas CIE-10. Asimismo se realiza un diagnóstico no categorial (J. Guimón, 2007) que permite entender y profundizar en la tarea. Para este fin se utilizan, además de las entrevistas dinámicas psiquiátrica y psicológica, un conjunto de instrumentos que miden la evolución de los pacientes y la eficacia del tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico está basado en la comprensión grupoanalítica de la enfermedad mental, es decir que se utilizan tanto técnicas de abordaje Dinámicas como Cognitivo-Conductuales y Sistémicas (individuales, grupales y familiares) que posibilitan

al paciente superar la situación de crisis bajo la idea central de que “el sujeto en crisis es un eslabón de una larga cadena, en toda una red de interacciones, que constituye el locus real del proceso que causa tanto la enfermedad como la cura” (S.H. Foulkes, 1957). Es en el grupo donde se revelan los conflictos internos más relevantes, no resueltos y patogénicos que se hallan en la raíz de la crisis.

La Unidad de Crisis esta basada en el trabajo grupal ya que, a diferencia de la terapia individual, aparecen rápidamente los rasgos de personalidad desadaptativos, debido a las transferencias múltiples. Frecuentemente los pacientes confrontan activamente y reaccionan frente a los patrones de personalidad de los demás. En el grupo, cada miembro se convierte en introyectos proyectados, y la comunicación subsiguiente puede dirigirse simbólicamente por vía del fenómeno transferencial a objetos significativos del allí y entonces, reactualizados en el aquí y ahora. El grupo acelera el proceso y pone en evidencia distintos niveles de defensas que deberán ser debidamente contenidas, interpretadas y trabajadas según el momento del proceso terapéutico en el que se encuentren el paciente y el grupo.

La Unidad cuenta con un equipo Multidisciplinario entrenado en el tratamiento de pacientes con patología severa. Una parte del equipo (psiquiatra y psicólogos) son miembros permanentes y se encuadran dentro de los principios grupoanalíticos, pero que al mismo tiempo tienen experiencias en otros campos psicoterapéuticos, a fin de saber intervenir en la crisis del paciente y su contexto social. El equipo también cuenta con profesionales con distinta formación terapéutica (danza movimiento terapia, terapia por el arte, psicodrama, musicoterapia) que funcionan según

una dinámica complementaria y su presencia está dirigida a proveer una atención integral.

Cada miembro del equipo ofrece recursos terapéuticos que se organizan en el propio equipo y tienden a promover un proceso terapéutico, según las necesidades particulares de cada paciente, pero, al mismo tiempo, se piensa siempre en la situación grupal. Como plantea García Badaracco, la función terapéutica se asienta sobre “hacerse cargo del paciente y su familia”, mostrando una forma particular de relacionarse con él: asumiendo sus dificultades, sus necesidades primarias y compartiendo su dolor psíquico.

4. ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

La Unidad cuenta con diversas actividades terapéuticas, pensadas en dar una atención apropiada y personalizada al paciente. Las actividades son las siguientes:

- *Grupo psicodinámico*
- *Grupo Cognitivo-comportamental*
- *Grupo de Manejo de Ansiedad (Técnicas de Relajación)*
- *Actividad de Terapia Ocupacional*
- *Grupo de Danza Movimiento*
- *Grupo Psicoeducativo*
- *Grupo de Focalización de conflictos.*
- *Grupo Multifamiliar*
- *Intervenciones Psicoterapéuticas Individuales.*
- *Intervenciones Psiquiátricas*

- *Entrevistas Familiares*

5. DINÁMICA DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El primer paso en la intervención en crisis es crear una «alianza terapéutica» o alianza de trabajo indispensable para todo tratamiento psicoterápico (Luborsky, Crits-oph, Mintz, & Auerbach, 1988).

Siguiendo los conceptos de Fromm-Reichmann cuando refiere que “la terapia no es una explicación sino una experiencia”, esa experiencia se basa en tres fenómenos grupoanalíticos que consideramos superlativos en nuestras intervenciones: el transferencial, el relacional y el social.

El objetivo del equipo terapéutico es ir conformando y manteniendo la matriz grupal que circula en toda la unidad, es decir, la red de transferencias que están en el fondo de todo proceso grupal. Este campo transferencial está dado por el conjunto de transferencias que se dan dentro del setting (sala de grupos) y en el resto de espacios compartidos (taller, cocina, consultas, y otros) otorgando a la Unidad - como Institución- a los miembros del equipo y a los otros pacientes, una representación simbólica de *espacio seguro* que permite dar contención a las ansiedades más primitivas, y generar un espacio creativo y constructivo para el grupo y los sujetos que lo componen.

Es de destacar lo importante que es la relación como campo de acción del proceso terapéutico en la situación de crisis. La relación como comunicación (verbal y no

verbal) es central ya que es principio de otros agentes terapéuticos. Siguiendo esta idea, “el lenguaje de los síntomas, aunque es ya una forma de comunicación, es autístico” (H.S. Foulkes, 1956). Es por ello que poder verbalizar el conflicto que subyace al síntoma permite comenzar a superar las dificultades, los conflictos inconscientes, las catexias, y aglutinaciones de los niveles más bajos de la mente. “La palabra puede curar y enloquecer” (J. García Badaracco, 2000), por lo tanto, el poder tener una comunicación verbal es definitivo para el progreso terapéutico. Unido a esto, vemos como la contención y la comprensión emocional desde una escucha activa es fundamental para este tipo de pacientes en crisis, muchas veces, incluso más que la interpretación.

El neogrupo formado por pacientes/ equipo es un hecho social que forma la “red cultural” (G. Bateson), donde se asentarán los cambios psíquicos, por lo tanto, será central en este tipo de intervenciones, crear permanentemente la idea de integración de las distintas maneras de sentir y pensar bajo la forma de la tolerancia al otro como cultura de alteridad. El paciente, por la experiencia vivida en el mismo ambiente como espacio terapéutico, se ve favorecido a salir de la alineación que durante tanto tiempo le ha atrapado, y le permite sentirse tenido en cuenta por los demás e integrado a un grupo donde puede expresarse y ser acompañado a sostener los cambios psíquicos que se van operando en él.

Los miembros del equipo terapéutico se encuentran dentro de un *campo grupal transferencial regresivo intenso*, teniendo que trabajar sus contratransferencias a fin de evitar contra-actuaciones. El equipo terapéutico es clave para poder manejar todo este tipo de situaciones. Los encuentros multidisciplinarios (reuniones de equipo)

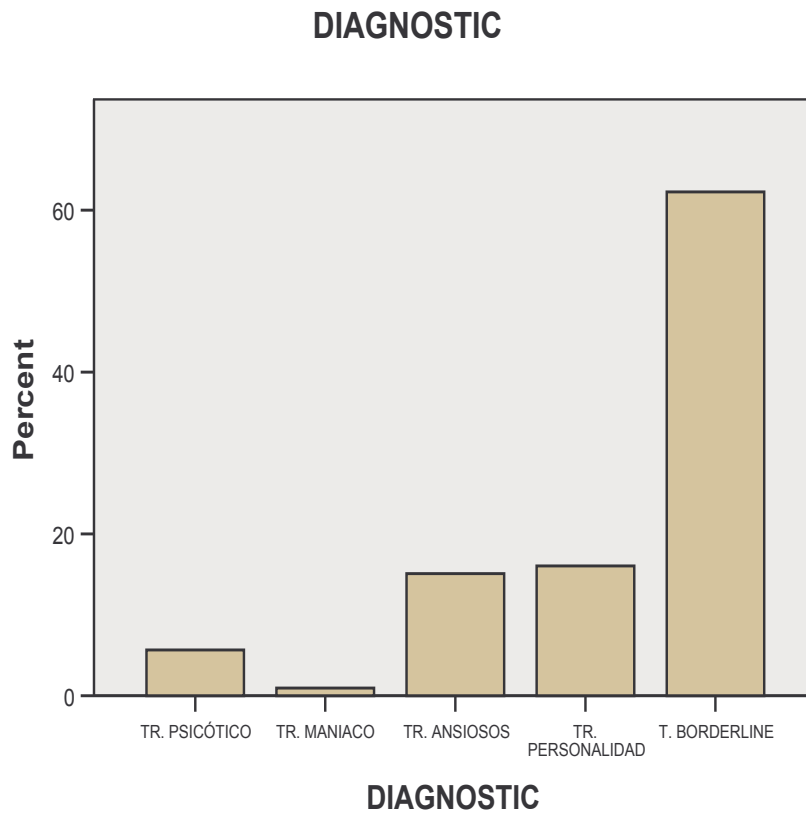
permiten trabajar tanto la situación clínica de los pacientes, del grupo, como las propias crisis que enfrenta en determinados momentos el propio equipo.

El alta de los pacientes se programa, al llegar a una mejoría sintomática, pero también cuando se llega a una introspección necesaria para asumir los conflictos intrapsíquicos y relacionales que permitirán, en otras instancias terapéuticas, luego del alta, continuar el camino hacia la cura. La noción de crisis comporta, intrínsecamente, la idea de una abertura posible a reajustes intrapsíquicos de importancia (De Coulon, 1999). Es, pues, potencialmente, un “momento fecundo” (Andreoli, Lalive, & Garrone, 1986), y “no debe ser vista solamente como una descompensación psiquiátrica”.

6. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

Se evalúan variables clínicas, de una muestra de 106 pacientes que han realizado el tratamiento en nuestra Unidad de Crisis. La muestra ha sido dividida en varios grupos diagnósticos: T. Borderline: 62'3%, T. de Personalidad: 16'0%, T.

Ansiosos: 15'1%, T. Psicótico: 3'7% y T. Maníaco: 0'9%.



Las variables clínicas son comparadas antes del inicio y al final del tratamiento. De los datos analizados se determina que se observa una mejoría significativa en las tres variables clínicas fundamentales:

1. En la variable depresión (BDI) se observa una mejoría significativa en la totalidad de los pacientes. El 77'8% de los pacientes que puntuaban depresión muy alta al inicio del tratamiento, pasaban a tener puntuaciones leves o moderadas al alta.

t.de depresion * test dep al alta Crosstabulation

			test dep al alta			Total
			ausente	leve	moderada	
t.de depresion	ausente	Count	2	0	0	2
		% within t.de depresion	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within test dep al alta	7,7%	,0%	,0%	2,4%
	leve	Count	13	9	1	23
		% within t.de depresion	56,5%	39,1%	4,3%	100,0%
		% within test dep al alta	50,0%	22,5%	6,3%	28,0%
	moderada	Count	9	14	6	29
		% within t.de depresion	31,0%	48,3%	20,7%	100,0%
		% within test dep al alta	34,6%	35,0%	37,5%	35,4%
	alta	Count	2	10	7	19
		% within t.de depresion	10,5%	52,6%	36,8%	100,0%
		% within test dep al alta	7,7%	25,0%	43,8%	23,2%
muy alta	Count	0	7	2	9	
	% within t.de depresion	,0%	77,8%	22,2%	100,0%	
	% within test dep al alta	,0%	17,5%	12,5%	11,0%	
Total	Count	26	40	16	82	
	% within t.de depresion	31,7%	48,8%	19,5%	100,0%	
	% within test dep al alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

2. En la variable ansiedad (STAI) también se observan mejorías significativas. EL 90'7% de los pacientes que puntuaban ansiedad alta terminaban el tratamiento con ansiedad moderada, leve o mínima al alta del mismo.

test de ansiedad * test ansied al alta Crosstabulation

			test ansied al alta				Total
			minimo	leve	moderado	alto	
test de ansiedad	minima	Count	1	0	0	0	1
		% within test de ansiedad	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within test ansied al alta	5,3%	,0%	,0%	,0%	1,2%
	leve	Count	4	3	0	0	7
		% within test de ansiedad	57,1%	42,9%	,0%	,0%	100,0%
		% within test ansied al alta	21,1%	9,4%	,0%	,0%	8,6%
	moderado	Count	8	15	7	0	30
		% within test de ansiedad	26,7%	50,0%	23,3%	,0%	100,0%
		% within test ansied al alta	42,1%	46,9%	26,9%	,0%	37,0%
	alto	Count	6	14	19	4	43
		% within test de ansiedad	14,0%	32,6%	44,2%	9,3%	100,0%
		% within test ansied al alta	31,6%	43,8%	73,1%	100,0%	53,1%
Total	Count	19	32	26	4	81	
	% within test de ansiedad	23,5%	39,5%	32,1%	4,9%	100,0%	
	% within test ansied al alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

3. En la variable riesgo autolítico (HS) el 80% de los pacientes con riesgo autolítico grave al inicio del tratamiento, mostraban riesgo leve o ausente al terminar el mismo.

test de riesgo autolitico * test riesg aut alta Crosstabulation

			test riesg aut alta			Total
			ausente -minimo	leve	moderado	
test de riesgo autolitico	ausente-minimo	Count	29	3	1	33
		% within test de riesgo autolitico	87,9%	9,1%	3,0%	100,0%
		% within test riesg aut alta	46,8%	21,4%	16,7%	40,2%
	leve	Count	21	2	2	25
		% within test de riesgo autolitico	84,0%	8,0%	8,0%	100,0%
		% within test riesg aut alta	33,9%	14,3%	33,3%	30,5%
	moderado	Count	10	7	2	19
		% within test de riesgo autolitico	52,6%	36,8%	10,5%	100,0%
		% within test riesg aut alta	16,1%	50,0%	33,3%	23,2%
	grave	Count	2	2	1	5
		% within test de riesgo autolitico	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% within test riesg aut alta	3,2%	14,3%	16,7%	6,1%
Total	Count	62	14	6	82	
	% within test de riesgo autolitico	75,6%	17,1%	7,3%	100,0%	
	% within test riesg aut alta	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En cuanto a la comparación en términos cuantitativos de las variables tomadas antes del ingreso a la unidad de crisis y a posterior del alta, se observa: una reducción global

del número, tanto de ingresos hospitalarios, como de ingresos durante el tratamiento en la Unidad. Un 78'5% de los pacientes que tenían ingresos previos, no requerían de ingreso hospitalario durante la Unidad.

ingresos previos * ingreso hospb2 Crosstabulation

			ingreso hospb2		Total
			NO	SI	
ingresos previos	no	Count	27	12	39
		% within ingresos previos	69,2%	30,8%	100,0%
		% within ingreso hospb2	34,6%	46,2%	37,5%
	si	Count	51	14	65
		% within ingresos previos	78,5%	21,5%	100,0%
		% within ingreso hospb2	65,4%	53,8%	62,5%
Total	Count	78	26	104	
	% within ingresos previos	75,0%	25,0%	100,0%	
	% within ingreso hospb2	100,0%	100,0%	100,0%	

También se observó una mayor aceptación del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico al terminar el tratamiento. Se encontró que un 95'3% de los pacientes

que iniciaban la Unidad sin tratamiento farmacológico, continuaban con medicación al alta de la Unidad.

medicacion previa * tto.farmacologico al alta Crosstabulation

			tto.farmacologico al alta		Total
			no	si	
medicacion previa	no	Count	2	41	43
		% within medicacion previa	4,7%	95,3%	100,0%
		% within tto. farmacologico al alta	10,5%	48,2%	41,3%
	si	Count	17	44	61
		% within medicacion previa	27,9%	72,1%	100,0%
		% within tto. farmacologico al alta	89,5%	51,8%	58,7%
Total	Count	19	85	104	
	% within medicacion previa	18,3%	81,7%	100,0%	
	% within tto. farmacologico al alta	100,0%	100,0%	100,0%	

De la totalidad de pacientes estudiados, el 64'5% de los pacientes continuaban con tratamientos psicoterapéuticos (individuales, grupales, familiares o multifamiliares). El

66'2% de los pacientes que acudían a la Unidad sin haber realizado un tratamiento psicoterapéutico previo, continuaron con tratamientos ambulatorios al alta.

Crosstab

			continua psicoterapia		Total
			no	si	
DIAGNOSTIC	TR. PSICÓTICO	Count	1	5	6
		% within DIAGNOSTIC	16,7%	83,3%	100,0%
		% within continua psicoterapia	2,7%	7,5%	5,8%
	TR. MANIACO	Count	0	1	1
		% within DIAGNOSTIC	,0%	100,0%	100,0%
		% within continua psicoterapia	,0%	1,5%	1,0%
	TR. ANSIOSOS	Count	5	11	16
		% within DIAGNOSTIC	31,3%	68,8%	100,0%
		% within continua psicoterapia	13,5%	16,4%	15,4%
	TR. PERSONALIDAD	Count	3	14	17
		% within DIAGNOSTIC	17,6%	82,4%	100,0%
		% within continua psicoterapia	8,1%	20,9%	16,3%
	T. BORDERLINE	Count	28	36	64
		% within DIAGNOSTIC	43,8%	56,3%	100,0%
		% within continua psicoterapia	75,7%	53,7%	61,5%
Total	Count	37	67	104	
	% within DIAGNOSTIC	35,6%	64,4%	100,0%	
	% within continua psicoterapia	100,0%	100,0%	100,0%	

7. CONCLUSIONES

- El programa es eficaz para el tratamiento de pacientes en estado de crisis, debido a que existe una reducción de la morbimortalidad en esta población luego del tratamiento, sin diferencias entre patologías.
- Este tipo de estructuras permiten una mayor contención individual y familiar del paciente, lo que genera una mayor conciencia de enfermedad y situación en el paciente y en la familia y se refleja en la continuidad de los tratamientos al dejar la Unidad.
- Es necesario contar con una estructura que cuente con unidades de agudos a fin de reducir las descompensaciones frecuente de los pacientes graves en crisis.

8. BIBLIOGRAFIA

- Andreoli, A., Lalive, J., & Garrone, G., “*Crise et intervention de crise en psychiatrie* ». Lyon: SIMEP, 1986.
- Bion, W., & Rickman, J. .. (1943). Intra-group tensions in therapy. *Lancet*, 678-681.
- Brenner, C., “*Elementos fundamentales de Psicoanálisis*”, Libros Básicos, 1968.
- De Coulon, N., *La Crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Europe: Gaëtan Morin Ed.1999
- Foulkes, S.H. “psicoterapia de grupo”, Cegoap press, ed. En español 2007.
- Foulkes, S.H.”Grupoanálisis terapéutico”, Cegoap press ed. en español 2007.
- García Badaracco, J., “*Psicoanálisis Multifamiliar*”, Paidós, 2000.
- García Badaracco, J., “*Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*”, Madrid, 1989.
- Guimón, J., “*El Diagnóstico psiquiátrico no categorial*”(Relaciones, dimensiones y espectros).Bilbao, OME editorial, 2007
- Guimón, J. y Weber B (eds.) “*Thérapie groupales brève*”, París, Masson, 2002.
- Guimón, J., “*Manual de Terapias de Grupo*”. Théories, techniques et programmes” Paris, Masson, 2001.
- Kaplan, I.; Sadock, B., “*Terapia de Grupo- 3ª edición*” Médica Panamericana, 1998.
- Kernberg, O. (1978). Leadership and organizational functioning: Organizational regression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1978(27), 3-25.
- Kernberg, O. (1979). Regression in organizational leadership. *Psychiatry*, 42, 24-39.
- Kernberg, O., “*Trastorno graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*” Ed. El Manual Moderno, 1999.
- Kernberg, O., “*Desordenes fronterizas y narcisismo patológico*”. Ed. Paidós, México, 1997.
- Mateos, M., “*Psicoterapia de Grupo*”.
- Maruottolo, C., Mascaró,A., Boyra, A., Guimón, J., “*Predictores de eficacia de la terapia del medio breve para pacientes borderline*”, Comunicación II Congreso Argentino de Salud Mental, Buenos Aires, 2007.
- Sivadon, P., Follin, S., & Tournaud, S., Les clubs sociothérapeutiques à l'hôpital psychiatrique. (Sociotherapy groups in a psychiatric hospital.). *Annales Medico-Psychologiques*, 110. 1952
- Tizón, J. L.. *Atención Primaria y Psicoanálisis*. Barcelona: Fundación.1990

