

## CONTENCIÓN Y CRISIS

Guimón J

[onpquugj@ehu.es](mailto:onpquugj@ehu.es)

### 1. Causas de Urgencias y crisis

Las crisis son en ocasiones descompensaciones de pacientes con patologías psiquiátricas graves, como la esquizofrenia y los trastornos bipolares.

En los últimos decenios los servicios de urgencia se han visto invadidos por conductas suicidas y de automutilación de pacientes con trastornos de la personalidad, en especial trastornos *borderline* y antisociales (Krysinska, Heller, & De Leo, 2006). La gravedad global de los trastornos *borderline* no está asociada con el porcentaje de los intentos de suicidio en estos pacientes pero, en cambio, los antecedentes de intentos de suicidio y el rasgo de impulsividad sí que correlacionan (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997), así como la comorbilidad con trastornos como depresión mayor, abuso de sustancias y la existencia de sucesos vitales negativos recientes (Links, Gould, & Ratnayake, 2003). Hay que recordar que el riesgo de suicidio en los pacientes *borderline* iguala al de los bipolares pero que además presentan frecuentes los “falsos positivos” en forma de intentos manipuladores, lo que obliga a tener *in mente* determinados “termostatos (predictores) de riesgo” (Stone, 1993)

Se ven también con mucha más frecuencia que antes experiencias disociativas que constituyen uno de los grupos más relevantes en las urgencias (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, & Lipschitz, 2006; Sar et al., 2007) y que, cuando son sintomáticas de trastornos *borderline*, correlacionan con automutilaciones y abuso infantil (Brodsky, Cloitre, & Dulit, 1995).

Así mismo, el abuso de drogas es una causa o un elemento de comorbilidad frecuente en numerosas crisis psiquiátricas.

Sin embargo, con mucha frecuencia, las crisis son experimentadas por personas sin patología previa que se descompensan como consecuencia de situaciones vitales graves (muertes de seres queridos, rupturas afectivas, fracasos, etc) y accidentes. Las grandes catástrofes ocasionan también crisis en la población cercana a los

acontecimientos pero, a veces, también en personas distantes, por un fenómeno de contagio (Lopez-Ibor, 2006). Se produce en esas ocasiones un estrés que no pueden contrarrestar por falta de apoyo del entorno o por presentar una fragilidad en su personalidad que les impide poner en marcha los mecanismos necesarios para adaptarse.

## 2. Los lugares de atención a las urgencias

Las situaciones de urgencia psiquiátrica son vistas en nuestro país tanto en los centros de atención primaria como en los especializados y, con excesiva frecuencia, acaban concentrándose en los servicios de urgencia de los hospitales generales donde, en general, reciben una ayuda puntual, demasiadas veces únicamente medicamentosa. El resultado es a menudo que el paciente y sus familiares no vuelven a contactar con los sistemas de ayuda y pierden una oportunidad única de comprender los factores predisponentes y desencadenantes de la crisis, con lo que ésta se vuelve a reproducir con las mismas o diferentes características.

Se ha demostrado que la existencia de camas de estancia muy breve para la observación y el tratamiento agudo (entre 24 y 72 horas) de algunos de estos pacientes puede evitar numerosas hospitalizaciones psiquiátricas. En este sentido, en el futuro, aumentará el número de servicios de urgencias hospitalarias que funcionen como verdaderos «centros de crisis», con personal específico y bien formado.

Las urgencias a domicilio se están desarrollando cada vez más en las grandes ciudades con éxito moderado. En una revisión *Cochrane*, que incluye cinco ejemplos de atención domiciliaria para pacientes agudos con elementos de intervención en crisis se vio que, aunque en el 45% de los casos no pudieron evitar la hospitalización, lograron que los ingresos repetidos fueron menos frecuentes y que el agobio familiar y el coste económicos fueran menores (Marshall 1999)

Centros de crisis extra-hospitalarios, tales como los que han sido desarrollados en Ginebra bajo el nombre de CTB –Centros de Terapias Breves– son muy útiles aunque de costosa gestión en el plano económico, razón por la cual es de prever que se desarrollen más bien al lado de las urgencias de los hospitales generales.

El modelo de atención a las urgencias ambulatorias más frecuente actualmente en los países occidentales es el de la relación de consulta por un psiquiatra que trabaja

en un centro especializado y que es llamado de un centro de salud que no cuenta con psiquiatra para evaluar un caso y a proponer un tratamiento. En la sala de urgencias, con su énfasis en el tratamiento rápido y su espacio restringido, los pacientes psiquiátricos son vistos como estorbos, casos menos genuinamente urgentes, por lo que se espera del psiquiatra que los « quite pronto de enmedio ». Un lugar de urgencias separado, con personal específico dedicado a tiempo pleno a la tarea, permite desarrollar mejor las habilidades específicas y aumenta el prestigio de la Psiquiatría, aunque es costoso y plantea competencia de recursos con otros servicios. Otro inconveniente es que los pacientes y sus familias pueden sentirse estigmatizados al ser enviados a un lugar específico (Breslow, 2001).

Se necesita más tiempo que el disponible en los servicios habituales de urgencias para permitir que el cuadro remita (en uno o dos días, p.e.) y para dar respiro al entorno del paciente. Pero será también necesario crear nuevas estructuras ambulatorias “ligeras” (centros de crisis) donde se pongan en práctica programas para el manejo de estas situaciones. Tales centros no pueden ser reproducidos de los ya existentes y deberán adaptarse a nuestro sistema de salud, con matices diferenciales en las diversas comunidades autónomas.

### 3.La intervención en crisis

Una característica muy específica de la Psiquiatría comunitaria es la «intervención en los momentos de crisis» (*crisis intervention*) que idealmente exige detectar precozmente a los sujetos susceptibles de descompensarse, para establecer a su alrededor una verdadera red humana que les ayude a superarla.

Es importante contar con un número reducido de camas muy bien atendidas para tratamientos de corta duración. Algunos servicios disponen actualmente de un número reducido de ese tipo de camas (2 a 12 *holding beds*) situadas en el servicio de urgencias o muy cerca (Breslow, 2001) que permiten que se queden por la noche o por unos días algunos pacientes: trastornos de la personalidad; pacientes crónicos con buena red social pero con estrés importante que se han descompensado; pacientes con trastornos transtorios por abuso de sustancias. Con ello se evitan estancias más largas en otras unidades.

Pero las camas no son la solución única. Es imprescindible preparar a profesionales para que intervengan directamente sobre aquellos sujetos que presentan un alto riesgo psiquiátrico. Su labor consiste en contactar con los amigos y familiares significativos para el paciente, capaces de ayudarlo. La labor de estos profesionales (en íntima relación con maestros, abogados, agentes de la autoridad, etc.) exige un intervencionismo a veces agresivo en sectores sociales poco motivados para aceptarlo.

El primer paso en la intervención en crisis es crear una «alianza terapéutica» o alianza de trabajo, indispensable para todo tratamiento psicoterápico (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz, & Auerbach, 1988). Los pacientes hablan al principio de sus síntomas y del factor desencadenante de la crisis actual, que a menudo presentan como la única causa de su sufrimiento. Piensan frecuentemente que bastaría con eliminar los síntomas para que todo volviera a la normalidad.

El modelo de intervención en crisis desarrollado por Andreoli y cols. tiene como primer objetivo establecer una alianza de trabajo suficiente, disminuyendo la «barrera al tratamiento» (Scott, 1973) y favoreciendo un compromiso activo del paciente con su plan terapéutico (Andreoli et al., 1989; Andreoli et al., 1992). La cuestión de cómo favorecer este compromiso merece una atención particular en los servicios de Psiquiatría que tratan con pacientes graves. En efecto, se ha demostrado que el riesgo de suicidio después de un episodio psiquiátrico agudo es mucho más elevado que el riesgo existente en la población general (Fredenrich-Mühlebach, Rebetez, & Andreoli, 1994) y esto en especial en los pacientes más refractarios a todo tratamiento psiquiátrico y que presentan una alianza de trabajo menos buena (Mühlebach, Gognalons-Nicolet, Abensur, & Andreoli, 1993).

A partir del establecimiento de esa relación, poco a poco se intenta facilitar la introspección, modificando la actitud del paciente en relación a los síntomas, de forma que estos sean percibidos como elementos a comprender más que a eliminar (Andreoli et al., 1992). Se procura que comprenda que los síntomas son en gran parte producto de la interacción con las personas significativas del entorno. Esta condición previa permitirá luego favorecer el desarrollo de las capacidades de *insight* del paciente, para lograr poner al día, al final de la intervención en crisis, los conflictos intrapsíquicos,

interpersonales o existenciales latentes que han desembocado en la descompensación psiquiátrica actual (Dazord, Gérin, Reith, Iahns, & Andreoli, 1992).

La intervención en crisis es, pues, considerada como un «pre-tratamiento dinámico», limitado en el tiempo, cuya finalidad es la abertura sobre los procesos psíquicos plasmados por la crisis psiquiátrica aguda. Mientras que la urgencia implica una intervención inmediata debido al peligro potencial para el paciente o para los demás, la situación de crisis permite un plazo (hasta 24 horas) en la respuesta. Si un paciente puede esperar más tiempo, su estado ya no será considerado como una crisis psiquiátrica. 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 sólo una descompensación psiquiátrica. El objetivo de una intervención en crisis es preparar el terreno a un enfoque terapéutico ulterior actuando sobre diferentes factores que son indispensables a todo trabajo de introspección. En la crisis, las relaciones interpersonales pueden ser utilizadas a la vez para comprender y para tratar los trastornos psicológicos.

#### 4. Nuevos programas de atención

Los futuros centros de crisis no pueden, como hemos mencionado antes, ser reproducidos de los ya existentes, por ejemplo en los Estados Unidos, eficaces para su sistema sanitario pero inadecuados para los países .

Mosher y cols., en un estudio randomizado con esquizofrénicos jóvenes, estudiando los resultados de un tratamiento residencial agudo en una «residencia familiar» (*home-like facilitie*) llevada según el programa «*Soteria*» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general (Mosher, Vallone, & Menn, 1995). Los centros de ese tipo («de segunda generación») proporcionan alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento para evitar hospitalizaciones.

Uno de esos centros, la «*McAuliffe House*» es un «hogar» de ocho camas de crisis situado en Rockville, Maryland en una zona residencial. El psiquiatra que trata al paciente en el exterior atiende también a éste durante su estancia y además hay un psiquiatra consultor del centro, que da una segunda opinión y supervisa al personal. El

programa está basado en el de Soteria. El 87% de los pacientes tratados en McAuliffe tuvieron una evolución favorable y volvieron a la comunidad. La mejoría psicosocial y la utilización de servicios fue comparable, con un costo 49% menor.

Ha habido resistencias de distinto tipo hacia estos dispositivos, producidas por preocupaciones legales y por falta de datos de eficacia, por lo que, hoy por hoy, están poco extendidos. Aunque este tipo de centros no puede substituir a todas las hospitalizaciones, es de prever que en el futuro se desarrollarán como una alternativa interesante.

En cuanto a la hospitalización parcial (Schene, 2001) permite un puente entre la comunidad y la hospitalización total. Sin embargo, el porcentaje de pacientes admitidos para hospitalización que podrían alternativamente ir a un hospital de día no es mayor del 30-40%, por lo que son deseables unidades integradas que ofrezcan una u otra alternativas.

En AMSA se realizan algunos programas como alternativa a la hospitalización en casos de descompensaciones agudas en forma de tratamientos de crisis de uno o dos meses que serán descritos en este Symposium

La colaboración entre la policía, el sistema de salud mental, los consumidores y sus familiares es necesaria para facilitar que las personas en crisis accedan más eficazmente a los servicios (Teller, Munetz, Gil, & Ritter, 2006)

Los servicios de Internet comienzan a ofrecer también ayuda en estas situaciones. Una reciente revisión ha encontrado 55 sitios de terapia internet (*e-therapy Web sites*) que ofrecen a los "clientes" (más que "pacientes") ayuda, por ejemplo en las ideas de suicidio sin ofrecer servicios específicos (Recupero & Rainey, 2006). Las personas que más propensas eran a utilizar este tipo de servicios en EEUU eran blancos, de edad media, varones, que valoraban el anonimato (Young, 2005).

##### 5. La formación de los profesionales para la contención

En los próximos años se hará indispensable formar mejor de lo que hasta ahora venimos haciendo en las Universidades a los profesionales de la salud que trabajan en la atención primaria para el manejo de estas situaciones. Los pacientes que acuden a las consultas ambulatorias de Medicina en situación de crisis habitualmente han padecido numerosas

pérdidas y frustraciones y, como dice Tizón, (Tizón, 1990; Tizón, 1992) se acercan invadidos por ansiedades muy primitivas. estimuladas por la "transferencia institucional". Las instituciones sanitarias le "quitan parte del sueldo" al paciente y le provocan frustraciones como listas de espera, asistencia "contra-reloj", masificación, etc. Los pacientes acuden con una transferencia hacia los médicos oralizada, pidiendo medicaciones que ellos recibirán de forma pasiva. Los pacientes con más núcleos psicóticos (Rosenfeld, 1966) inclinados a relacionarse mediante la identificación proyectiva y la proyección tienden a vivir a los médicos como "padres perversos" que, pudiendo dar, engañan a los hijos, les quitan lo suyo y los rechazan. A veces se pueden elaborar esas ansiedades hacia ansiedades reparatorias y depresivas. La mayor parte de las veces, sin embargo, el trabajo del médico no pasa de "ayudarles a que no se hagan más daño", lo que es difícil de creer para los gestores de la salud.

En general los pacientes tienden a inocular en los profesionales lo que no pueden soportar en ellos: la ira, la depresión, la rabia, los deseos vengativos, etc., por lo que el trabajo en la asistencia primaria es agotador ya que les convierte en portadores de lo que a los consultantes les resulta difícil soportar. Los cuidados externos incluyen personalizar la consulta, con fichas que incluyan nombre, trato, en general, de usted, reseña de acontecimientos psicosociales importantes, cuidado del encuadre. El encuadre interno incluye una serie de medidas que permitan la contención de los conflictos propios y ajenos.

En la relación interpersonal es esencial la capacidad de recibir y sostener el dolor y la ansiedad ajenos dentro de uno mismo, no devolviéndolos inmediatamente, rechazándolos o actuándolos. Las organizaciones sanitarias no adjudican el papel que les corresponden a las técnicas psicosociales y los consumidores buscan en medicinas alternativas esotéricas esa consonancia emocional. Es imprescindible ser capaces de contener la duda y el temor del consultante. El médico debe mostrar una actitud contenedora que a veces genera en los consultantes al principio una cierta ansiedad que si se logra superar, sobreponiéndose a las propias tendencias, a disociarla, relegarla, huir hacia adelante o hacia atrás (haciendo cosas por hacer o, al contrario hundiéndose en la impotencia) se abre un camino para la comunicación más amplia.

El tolerar problemas sin solución crea un sentimiento de impotencia, una herida narcisista. El profesional se siente desesperanzado o despreciado pero el paciente puede seguir acudiendo a él porque ha captado cierta capacidad de contención (Tizón). Es de suma importancia que, en vez de entrar en una postura masoquista, el profesional no subestime el trabajo que realiza, doloroso y complejo, de contener las ansiedades propias y ajenas, con paciencia y tolerancia. A veces representamos para el paciente la única persona con la que puede jugar el papel de niño pequeño que reivindica y se enfurruña porque no le queremos lo suficiente.

Hay que además evitar que el paciente pierda su autonomía, favorecer sus capacidades de autocuidado, de elaboración del dolor, la impotencia, la frustración.

## 6.Resultados

La hospitalización es indispensable en muchos casos, sobre todo para evitar la hetero y autoagresividad. Algunos estudios señalan que en algunos pacientes como los *borderline* no es eficaz y que puede tener efectos indeseables, que la tendencia crónica al suicidio se maneja mejor en contextos ambulatorios y que las unidades de día son una alternativa de probada eficacia a la hospitalización. Sin embargo, los psiquiatras de urgencia tienen un comprensible temor a que el suicidio de un paciente que no han hospitalizado les acarree problemas legales, por lo que tienen tendencia a ingresar en exceso (Paris, 2004). En la prevención del suicidio la terapia “dialéctica” se ha mostrado de gran eficacia en los *borderline* y lo mismo aducen las técnicas de unidad de día realizadas por Bateman y Fonagy con esos pacientes basadas en el “*mentalizing*” (Bateman & Fonagy, 1999)

En los pacientes con trastorno asocial de la personalidad hay que tener en cuenta a la hora de decidir o no ingresar el riesgo heteroagresivo. Los pacientes con trastornos narcisistas graves pueden ser impredecibles en el sentido de tener intentos de suicidio en que no sufren depresión (Links et al., 2003). En cualquier caso, en los pacientes que tienen historia de suicidios depresivos hay que ser muy cautos al no hospitalizarles (Kjellander, Bongar, & King, 1998).

## RESUMEN

En los próximos años se hará indispensable formar mejor de lo que hasta ahora venimos haciendo en las Universidades a los profesionales de la salud que trabajan en la atención primaria para el manejo de estas situaciones, lo que incluye conocimientos psicológicos para afrontarlas o para derivarlas adecuadamente a los especialistas (Guimón, 2000; J. Guimón, 2001). Será también necesario mejorar las condiciones de espacio y de personal en las que se realiza la actividad de psiquiatría en las urgencias de los hospitales generales (J Guimón, 2001; Guimón, 2002; Guimón, 2003, 2004).

Las descompensaciones psicológicas pueden evolucionar hacia problemas psiquiátricos crónicos o, por el contrario, ser una oportunidad excepcional para revisar una trayectoria vital con fragilidades que se pueden mejorar con un tratamiento adecuado. El que se encaminen hacia la catástrofe o hacia la recuperación depende en buena parte de la atención que se ofrezca: camas de observación en las urgencias, centros de día, atención telefónica, visita domiciliaria, etc. Es por ello que resulta de máximo interés esta reunión sobre las crisis y su contención que organiza la sección de psiquiatría de crisis en Bilbao el 18 de junio de 2007.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andreoli, Lalive, J., & Garrone, G. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Lyon: SIMEP.
- Andreoli, A., Gognalons, M., Abensur, J., Olivier, C., Mühlebach, A., & Tricot, L. (1989). Suivi clinique au long cours (2 ans) de 78 patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en situation de crise. *Schweiz Arch Neurol Psychiatry*, 140(5), 439-458.
- Andreoli, A., Mühlebach, A., Gognalons, M., Abensur, J., Gimm, S., & Frances, A. J. (1992). Crisis intervention response and long-term outcomes : A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), 388-396.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.

- Breslow, E. (2001). Emergency Psychiatric Services. In G. Thornicroft & G. Szumukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 265-277). New York: Oxford University Press.
- Brodsky, B., Cloitre, M., & Dulit, R. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *152*(12), 1788-1792.
- Brodsky, B., Malone, K., Ellis, S., Dulit, R., & Mann, J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, *154*(12), 1715-1719.
- De Coulon, N. (1999). *La Crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Europe: Gaëtan Morin Ed.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, *163*(4), 623-629.
- Fredenrich-Mühlebach, A., Rebetez, C., & Andreoli, A. (1994). Episode psychiatrique aigu et risque suicidaire. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, *16*, 93-105.
- Guimón, J. (2000). New Forms of Psychiatric Education: The Geneva Experience. *European Journal of Psychiatry*, *14*(1), 52-60.
- Guimón, J. (2001). *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria* (Vol. 3). Madrid: Core Academic.
- Guimón, J. (2001). Training General Practitioners in the Psychoanalytical Aspects of Mental Health. In J. Guimón & S. Zac de Filc (Eds.), *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century* (pp. 101-111). New York: Kluwer Academic.
- Guimón, J. (2002). Mental Health Care in the Canton of Geneva. *International Journal of Mental Health*, *31*(4), 15-31.
- Guimón, J. (2003). *Relational Mental Health: Beyond Evidence-Based Psychosocial Interventions*. New York: Kluwer Academic.
- Guimón, J. (2004). *Presente y futuro de la Asistencia psiquiátrica en España*. Madrid: El defensor del pueblo de Castilla la Mancha.
- Kjellander, C., Bongar, B., & King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis*, *19*(3), 125-135.
- Krysinska, K., Heller, T., & De Leo, D. (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*, *19*(1), 95-101.
- Links, P., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry*, *48*(5), 301-310.
- Lopez-Ibor, J. (2006). Disasters and mental health: new challenges for the psychiatric profession. *World J Biol Psychiatry*, *7*(3), 171-182.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting psychotherapy outcome*. New York: Basic Books.
- Mosher, L. R., Vallone, R., & Menn, A. (1995). The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria Project. *International Journal of Social Psychiatry*, *41*(3), 157-173.

- Mühlebach, A., Gognalons-Nicolet, M., Abensur, J., & Andreoli, A. (1993). Traitement de la crise et mortalité psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques*, 151(1), 33-46.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *J Personal Disord.*, 18(3), 240-247.
- Recupero, P., & Rainey, S. (2006). Characteristics of e-therapy web sites. *J Clin Psychiatry*, 67(9), 1435-1440.
- Sar, V., Koyuncu, A., Ozturk, E., Yargic, L., Kundakci, T., Yazici, A., & Kuskonmaz, E. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry*, 29(1), 45-50.
- Schene, A. H. (2001). Partial hospitalisation. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). New York: Oxford University Press.
- Scott, R. D. (1973). The treatment barrier. *Br J Med Psychol*, 46, 45-67.
- Stone, M. (1993). Paradoxes in the management of suicidality in borderline patients. *Am J Psychother.*, 47(2), 255-272.
- Teller, J., Munetz, M., Gil, K., & Ritter, C. (2006). Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls. *Psychiatr Serv.*, 57(2), 232-237.
- Tizón, J. L. (1990). *Atención Primaria y Psicoanálisis*. Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer, Imprimeix.
- Tizón, J. L. (1992). *Atención primaria en Salud Mental*. Barcelona: Doyma.
- Young, K. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *Cyberpsychol Behav*, 8(2), 172-177.