



[http://www.fundacioorienta.com/cast\\_revista.html](http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html)

---

## INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PATOLOGÍAS EMERGENTES

Clara Bardón

*Psicopatol. salud ment. 2011, M3, 83-86*

---

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**EDITA FUNDACIÓ ORIENTA**  
[www.fundacioorienta.com/revista.html](http://www.fundacioorienta.com/revista.html)

# Intervención en crisis y patologías emergentes

CLARA BARDÓN\*

El título que se me propuso para mi presentación en esta Jornada, “Intervención en crisis y patologías emergentes”, me ha sugerido, antes de entrar propiamente en el tema de la intervención en crisis, una primera reflexión acerca del contexto social en el que se enmarca nuestra práctica.

## Patologías emergentes y contexto social

No podemos dejar de relacionar las patologías emergentes con los cambios en nuestra sociedad occidental, desarrollada, capitalista, globalizada, sociedad de consumo, democrática, etc., cuya oferta ha sido la del bienestar para todos y que todo el mundo tiene derecho a conseguir la felicidad como si de un bien de consumo se tratara. Pero se trata de una sociedad en crisis: crisis económica, no hace falta decirlo, pero crisis también de valores éticos, sustituidos por valores materiales, los objetos de consumo, lo nuevo, lo inmediato.

La felicidad, como el bienestar, se ha convertido en un objeto de consumo más. Sin embargo, la distancia entre la felicidad ofertada y la lograda es cada vez mayor y el malestar va en aumento hasta el punto de que sociólogos y economistas hablan ya de la “sociedad del malestar”.

La OMS sostiene, en el Informe sobre Salud Mental de 2001, que en la actualidad 1 de cada 5 personas, en la sociedad occidental, sufrirá algún tipo de trastorno mental. Síntomas modernos y generalizados como las depresiones, los trastornos de la alimentación, el fracaso escolar, el desarraigo, los trastornos adaptativos, o el incremento de las “patologías del acto” –como la violencia, las diversas adicciones (con o sin droga), los trastornos límite, la impulsividad y tentativas autolíticas–, son diferentes modos de expresión del malestar en la

sociedad actual. Una sociedad que cada día tolera menos el sufrimiento que comporta toda existencia humana: la tristeza, el duelo, la espera, las decepciones, la angustia.

La ilusión producida por una idea sesgada de la ciencia que, aparentemente, hoy parece poder resolverlo todo, y el sistema económico prevalente en el mundo occidental, lleva a considerar la salud como otro artículo de consumo que puede venderse y comprarse, ocasionando un aumento de la demanda de psicofármacos y la expectativa de que todo malestar humano podría resolverse de inmediato y exclusivamente por este medio farmacológico.

Las mencionadas “patologías del acto” constituyen síntomas mudos, pero con esos actos sin palabras los pacientes nos dicen algo y hay que escucharlos. Promover su verbalización tiene efectos terapéuticos en tanto se posibilita enmarcar el acto y recuperar su sentido en el contexto de la propia historia.

Por otra parte están los trastornos afectivos, en particular las depresiones. El informe de la OMS sobre Salud Mental, pronostica que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa de incapacidad en el mundo tras las miocardiopatías, mientras que en 1999 ocupaba el quinto lugar. En las regiones desarrolladas la depresión será para estas fechas la primera causa de incapacidad según este pronóstico.

En la asistencia, donde abordamos los casos uno por uno, conviene recordar que las depresiones, en general, están en relación con un duelo no elaborado. Se desencadenan por una pérdida, de alguien o de algo. No solo se trata de la pérdida de alguien con quien el sujeto tiene una relación significativa. La pérdida tiene un espectro mucho más amplio que incluye pérdida de estatus, de prestigio, de trabajo, de la idea que uno tenía de sí mismo, de seguridad, etc. Con esa pérdida

\*Psiquiatra. Jefe de Servicio. Hospital de Dia Còrsega CPB-SSM. Barcelona  
Correspondencia: [cbardonc@gmail.com](mailto:cbardonc@gmail.com)

## Intervención en crisis y patologías emergentes

el sujeto se identifica, quedando anclado en ella y perdiendo o dejando caer los puntos de anclaje con los que hasta entonces se vinculaba a la vida. De ahí las ideas de muerte o de suicidio que suelen ir asociadas a la crisis depresiva. La situación vital cambia cuando el paciente logra salir de la parálisis del deseo que la pérdida ha provocado y logra iniciar el trabajo de elaboración que constituye el duelo.

### Formato del Programa

El cambio en el perfil de los pacientes atendidos en el Hospital de Día Córcega (en adelante HDC), que al principio (1995) era fundamentalmente de esquizofrenia y otras psicosis, pero que en la actualidad incluye cada vez más trastornos afectivos y de personalidad graves, ha llevado a reorientar la oferta asistencial y establecer programas específicos para atender las nuevas necesidades.

Hay que tener en cuenta que el número de pacientes atendidos ha ido en aumento progresivo llegando a triplicarse ampliamente en 2009, en relación a 1995. Los trastornos psicóticos proporcionalmente se mantienen mientras que en los trastornos afectivos se ha producido un aumento progresivo. Lo mismo ocurre con los trastornos de la personalidad. El aumento tan significativo de trastornos depresivos y trastornos graves de la personalidad, ha llevado a reorientar la oferta asistencial y establecer programas específicos para atender a las nuevas necesidades. Cada uno de los tres programas existentes en la actualidad en el HDC se ocupa de un perfil de pacientes específico, con objetivos, actividades y horarios diferenciados. Todos ellos con asistencia diaria de lunes a viernes.

- Programa de atención a las psicosis: de 9 a 17h.
- Programa de atención a los trastornos límite de la personalidad y otros del Cluster B. Tratamiento grupal de 10 a 13h. Los tratamientos individuales y familiares se realizan fuera de este horario.
- Programa de Atención Rápida (PAR): tratamiento grupal de 10,30 a 12h. y el trabajo individual y familiar fuera de este horario.

### Programa de Atención Rápida (PAR)

Es un programa de intervención en crisis, caracterizado por su accesibilidad y agilidad en las valoraciones, de inicio inmediato y que incluye, en cada momento,

un promedio de 12 a 15 pacientes. La estancia media en el Programa es de dos meses

La asistencia es diaria de lunes a viernes. A las 10,30h. tiene lugar la acogida. De 11 a 12 h. se realiza el trabajo grupal: dos días por semana psicoterapia, un día relajación y dos días actividades grupales que abordan objetivos, problemas de comunicación y relación. A partir de las 12 h. se realizan los tratamientos psicoterapéuticos individuales y familiares.

El equipo del HD es pluridisciplinar y está dividido en dos subequipos, distribuidos por programas. Concretamente el subequipo que atiende el Programa de Crisis está compuesto por 3 psiquiatras, un diplomado en enfermería, dos cuidadores y una trabajadora social, y realiza una reunión semanal específica. Además en la reunión semanal del equipo, se trabajan conjuntamente casos de los tres programas.

### Derivaciones al PAR

En 2009 fueron derivados al Programa un total de 70 pacientes de los cuales ingresaron 56. De los 14 pacientes restantes, en 3 casos se consideró no indicado su ingreso (se produjo un ingreso en agudos en dos casos por existir riesgo autolítico grave), y en un caso por presentar un abuso de alcohol activo. De estos pacientes, 11 de ellos no acudieron a la primera visita de valoración. En estos casos se contacta con el derivador y se propone una segunda visita. Cinco pacientes no acudieron a la segunda visita programada, 4 ingresaron en el Programa tras la segunda visita y 2 rechazaron el ingreso en el Programa.

### Procedencia de las derivaciones

Un porcentaje importante proviene del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), con el que existe un acuerdo de derivación automática si el psiquiatra que le atiende de urgencias considera indicada la derivación al Programa. A las 9 de la mañana hay un psiquiatra disponible en el HDC para recibir a estos pacientes derivados de urgencias sin cita previa.

De las altas de 2009, 20 de ellas fueron derivaciones por este mecanismo. Las otras derivaciones proceden de los 4 centros de salud mental de adultos (CSMA) de nuestro circuito asistencial. *Dreta de l'Eixample*, 36; *Esquerra de l'Eixample*, 7; Gracia, 5; Sant Martí y Maragall, 2. El porcentaje muy superior de derivaciones del HSCSP y del CSMA *Dreta de l'Eixample* (un total

de 56) se debe al Programa de Prevención del Suicidio coordinado entre ambos equipamientos y el programa PAR del HD.

### Diagnósticos

Los pacientes dados de alta del programa en 2009 fueron 56 (permaneciendo 12 ingresados en diciembre). Actualmente la problemática que presentan los pacientes se sitúa fundamentalmente en la esfera afectiva (30); trastornos de la personalidad, con exclusión de los trastornos límite, para los que existe un programa específico (8); trastornos de ansiedad (8) y trastornos adaptativos (5). Hay otros 5 usuarios con diagnóstico en el espectro psicótico, pero estabilizados, que ingresaron en el Programa por una problemática afectiva e ideas de suicidio.

### Tipología de las altas

En el 2009 la distribución del total de altas fue el siguiente:

- Por mejoría clínica: 52
- Traslado al Programa de atención a las psicosis del propio HDC: 2
- Abandono del tratamiento: 2

En la mayoría de los casos, independientemente del diagnóstico principal, se trataba de pacientes con una problemática depresiva, recidivante, con años de tratamiento farmacológico, en muchos casos sin un tratamiento psicoterapéutico y con antecedentes de tentativas autolíticas más o menos graves. Con frecuencia, la posición subjetiva en la que llegan es de desesperanza, desamparo, con una queja repetitiva que se ha cronificado, rumiaciones mortificantes, ausencia de placer y de perspectivas vitales. Casi siempre hay en el horizonte la fantasía de la muerte como única solución y, con frecuencia, llegan al Programa habiendo realizado uno o varios pasajes al acto, diversas amenazas y gestos autolíticos.

### ¿Cómo entendemos la situación de crisis?

- Es un momento de desestabilización, de ruptura de una homeostasis anterior.
- Fallan los recursos subjetivos con los que se funcionaba hasta ese momento.
- Los síntomas se exacerban y se desestabiliza el funcionamiento.
- Sufrimiento intenso e incertidumbre respecto al futuro.

- El sujeto se ve confrontado a la necesidad de hacer una elección para poner fin a un determinado proceso y con dificultad para discernir hacia donde debe orientarse la elección.
- La situación emocional es de estupor, inhibición, miedo, incertidumbre, perplejidad y ansiedad creciente.
- Sentimientos de inseguridad y amenaza respecto a su entorno y al futuro.
- Ideas de muerte más o menos estructuradas.

### Principios de la intervención en crisis y objetivos del Programa

Aunque podamos hablar de un perfil estándar en los pacientes atendidos en el PAR, el tratamiento caso por caso no es un tratamiento estándar. Se trata de articular el síntoma con las circunstancias particulares de cada uno, interrogar qué desencadena la descompensación actual o la serie de las descompensaciones y, a partir de ahí, encontrar el punto de repetición. Situar cuál es el tipo de respuesta que el sujeto da y qué le lleva a ello. Correlativamente, delimitar la coyuntura desencadenante de la crisis, con el paciente, permite focalizar la problemática a tratar.

Comenzar a hacerse preguntas, abre a la perspectiva de cambio que toda crisis comporta frente a la idea consolidada, en la mayoría de los pacientes, de “situación sin salida”. El inicio de la elaboración de dicha coyuntura desencadenante, situándola en el contexto de la vida del sujeto y de las particularidades de sus relaciones, permite poner en suspenso la idea de la muerte como única solución.

### Objetivos del tratamiento psicoterapéutico

En cada caso, el tratamiento psicoterapéutico apunta a promover en el paciente la pregunta por la causa de su malestar, intentando articular el síntoma con lo particular de cada uno, sus circunstancias y su historia.

No se trata de una psicoterapia propiamente dicha que abriría un tiempo indefinido de elaboración. Se trata de una intervención psicoterapéutica sobre la crisis y por tanto, es preciso una focalización de la problemática en la coyuntura del desencadenamiento de la crisis o, si es el caso, de la serie de las crisis, para encontrar el punto de repetición. Para ello es necesario lograr la implicación del paciente en el proceso, a menudo complejo, que consiste en moverse de la posición de la queja para abrir una pregunta por la causa.

Con frecuencia se trata de cuestionar esquemas

## Intervención en crisis y patologías emergentes

ideales, rígidos, que se han vuelto tiránicos y mortificantes para el paciente y que, en lugar de orientar el deseo de vida y la vida misma, aplastan su deseo. “O las cosas funcionan según ese esquema ideal, absoluto e ilusorio, o nada vale nada”, suele ser una de las premisas. A causa de esa desvalorización del sujeto mismo y de su vida, la angustia, la ansiedad generalizada y la culpabilidad se imponen sobre la tristeza, y el trabajo de duelo queda en suspenso, bloqueado.

En ocasiones son creencias arraigadas en su vida las que están asociadas al inicio de las crisis, frases del otro en las que el sujeto está atrapado: “Tu hermana si que vale”, “nunca harás nada en la vida”, “eres un inútil”, etc. O las interpretaciones, siempre subjetivas, del deseo del otro.

Este proceso abre la posibilidad de encontrar respuestas distintas a la posición de partida que suele ser

de impotencia y de queja respecto al otro: “La causa está en el otro, luego la solución también, yo no puedo hacer nada”. El *insigh*, la subjetivación que se pretende promover, no es simplemente entender qué le pasa, es acompañar al paciente en el proceso de extraer las consecuencias, y de hacerse responsable de las consecuencias de ese saber sobre sí mismo para modificar su posición. Hacerse cargo de su parte de responsabilidad en lo que le ocurre, situando sus límites y sus posibilidades de cambio, permite salir de la culpabilidad y la desvalorización de sí mismo, con la que llega al tratamiento.

El proceso terapéutico pretende llevar al paciente a recuperar recursos subjetivos con los que había funcionado con anterioridad y encontrar en sí mismo nuevos resortes que le permitan hacerse cargo de su vida y darle una salida distinta a aquello que no funciona y le produce malestar.