



El trabajo del psicólogo en la Unidad de Agudos

Miguel A. Valverde

Psicólogo Clínico

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, UHP-II

Hospital de Navarra – PAMPLONA

1. Introducción.

Hoy no es infrecuente que los psicólogos trabajen en una Unidad de Internamiento de Pacientes Agudos, aunque aún no han sido delimitadas totalmente sus tareas. En centros de internamiento especializado, como los de tratamiento para adictos o trastornos alimentarios, sus tareas están más definidas, ya que los pacientes al ser más homogéneos requieren una atención más previsible. En la Unidad de Agudos los pacientes son muy diversos en problemas, recursos, y objetivos. Este escrito quiere mostrar el trabajo que un psicólogo realiza en una unidad de agudos concreta. Es una relación de sus tareas, que en otra unidad podrían ser algo diferentes.

2. Contexto.

Describiré algunas características del contexto de trabajo formando parte de tres áreas: el dispositivo asistencial, los pacientes que lo usan, y señalaré alguna circunstancia clínica y teórica actual que supuso cambios al elegir las técnicas y los objetivos.

a. El dispositivo al que me refiero es una unidad de internamiento de agudos. Está localizada como unidad especializada en un Hospital General de nivel terciario, con vocación de atención provincial. Los ingresos de la mitad de la población navarra se

realizan en esta Unidad. A la Unidad acuden todos los pacientes que requieren ingresar, e incluye a los pacientes en crisis, y los que no pueden ser atendidos en su medio por su problemática clínica o comportamental. El objeto es que los pacientes pasen rápidamente a tratarse en su medio.

b. Quienes requieren atención en modo de ingreso en la Unidad padecen cuadros con síntomas como los que señalo: tendencias agresivas contra sí mismo o los otros, estados psicóticos agudos, comportamiento desajustado que podría acarrear consecuencias severas contra su modo de vida, y de forma general quienes son incapaces de cuidar de sí mismos de forma básica. También ingresan los que necesitan más observación, pruebas, o cambios de tratamiento, que conllevarían riesgo en un dispositivo ambulatorio.

El tránsito ideal del paciente ingresado es la superación aguda de la crisis y su derivación al Centro de Salud Mental. Así el ingreso debiera ser breve, y conlleva la tarea de contención, diagnóstico, tratamiento, y, con una mejoría suficiente, la derivación a tratamiento ambulatorio. También ingresan pacientes desde centros custodiales para el manejo de situaciones agudas. Y también los que necesita derivación a dispositivos de internamiento de media o larga estancia, como es el caso de algunos cuadros de



demencia, o esquizofrenia crónica con deterioro, para tareas de custodia, rehabilitación, o reinserción.

Esta Unidad también recibe algunos casos que requieren una estancia que podía calificarse de media. Son casos cuya evolución, o la falta de recursos en su entorno, prolonga el ingreso. Hay otros donde se prevé una estancia media, como los trastornos anorécticos sobre los que hay que realizar el tratamiento de renutrición, terapia, y organizar la vuelta al medio familiar.

El control del cuadro agudo y la remisión a tratamiento ambulatorio supone que muchos pacientes transiten por la Unidad de Agudos de una situación caótica hasta la remisión de la sintomatología más extrema. Para los ingresados el plan de alta, la prevención de dificultades, cierta planificación vital, la movilización de recursos del entorno, la concienciación sobre el tratamiento farmacológico y quizás el psicológico, y la previsión de petición de ayuda futura, son tareas adecuadas, y a menudo insoslayables.

- c. La psicología clínica en los años 80 y 90 modificó las justificaciones teóricas y técnicas que habían estado presentes en épocas previas, y que también compartió con la psiquiatría. En este período la justificación de las técnicas a usar dejaron de basarse en teorías que intentaban explicar el hecho humano. Hoy la intervención intenta basarse en el análisis del problema psicopatológico y en la utilidad de la tecnología disponible ante un problema concreto.

Ahora el psicólogo no alega la validez de una teoría amplia sino la posibilidad pragmática de influir en un cuadro con técnicas accesibles. Las técnicas tienen por objeto ayudar a un paciente a hacerse con el control de su sintomatología, superar una situación, dar recursos para vivir con la máxima calidad cuidándose de forma adecuada según el trastorno, y ayudar para prevenir recaídas. Algunas técnicas psicológicas pretenden una influencia amplia en la supera-

ción del cuadro, y otras ser ayuda importante pero parcial, como las aplicables a los problemas psicóticos para mejorar la calidad de vida. La mayor parte de esas tareas y técnicas requieren de una práctica gradual y continuada, por lo que deben ser mantenidas al alta.

El objetivo del trabajo con los pacientes tenderá a la asunción de un autocontrol eficaz en el máximo de áreas posibles: la psicopatología y otras circunstancias limitan la meta ideal.

A veces se ha valorado que la toma continuada de medicación es una dificultad para el autocontrol, pero esa ha sido una apreciación exagerada. De hecho, la toma de medicación por sí misma no supone un gran handicap en tiempo, dedicación, e incapacidad para un vida normalizada, que incluya actividades satisfactorias y agradables. Si la medicación ayuda al paciente a obtener una buena vida, un psicólogo también debería considerar satisfactoria esa ayuda.

3. Tareas.

Las tareas serán definidas por el alcance de las técnicas de la psicología clínica, las características del paciente, el objeto de la intervención, las técnicas accesibles al psicólogo, los objetivos del ingreso, y los requerimientos de la Unidad. Se puede aceptar que la psicología, a partir de los años ochenta, ha desarrollado una gama de técnicas para muchos problemas clínicos en psiquiatría, que incluyen los cuadros de ansiedad, depresión, psicosis, adicciones, trastornos alimentarios, y trastornos de personalidad. Aunque la pretensión de la psicología clínica es implementar métodos sencillos y rápidos, en parte de los problemas no hay métodos breves, y su alcance es parcial, pero puede ser relevante.

La meta en unos problemas puede ser la superación consistente del problema, y en otros manejar y disminuir los efectos del trastorno. La intervención del psicólogo puede



centrarse en el paciente o su entorno, incluyendo, entre otros, a la familia, y las respuestas al paciente que puede darse en la Unidad.

El objeto del Ingreso es la mínima intervención para la derivación a otras instancias para continuar el tratamiento. En el ingreso muchos pacientes que están en crisis no son receptivos para beneficiarse de la mejor ayuda psicológica que podría ofrecerse, ya que difícilmente pueden comprender e iniciar una estrategia para planificar y afrontar sus síntomas; pero no todos se encuentran en ese estado durante todo el ingreso. Algunos casos podrían beneficiarse de la ayuda psicológica, como aquellos con síntomas asociados a la ansiedad, o los que empiezan a superar los cuadros depresivos o la crisis psicótica, o quienes ingresan con un trastorno alimentario, o los alcohólicos y adictos que estén fuera de la crisis de abstinencia.

Las tareas que el psicólogo realiza hoy en esta Unidad de Agudos se circunscriben a tres campos: a) educativa, b) psicometría, y c) terapéutica.

a) **Tareas de tipo educativo.**

Este tipo de intervención se dirige a convencer al paciente de lo que deberían ser sus cuidados básicos para disminuir las recaídas, para pedir ayuda temprana, y para mejorar la calidad de vida. Este tipo de intervención también podría darse sobre la familia.

En la Unidad esta tarea, de forma general e inespecífica, se realiza en el grupo de pacientes.

Cada mañana durante media hora, con pacientes que han sido alentados a reunirse, se ensaya una discusión sobre un tema propuesto por el grupo, o el equipo. El tema pertenece al campo de la Salud Mental, o tiene alguna derivación sobre el mismo, y debe ser considerado el más interesante por el grupo. Si no hay propuestas hay una gama disponible que comprenden la crisis, la ayuda farmacológica, la asistencia después del hospital, la auto-observación, la

mejora del estilo de vida, relación entre comportamiento, sentimiento, y pensamiento, la red asistencial, la petición de ayuda, el disfrute, y otros asociados. Se habla de las características de un trastorno, los cuidados ante el mismo, los fármacos, la atención sanitaria, la petición de ayuda, el estilo de vida, las actividades antiestrés... Una idea básica es presentar el cuidado adecuado por el trastorno como parte del necesario para una vida buena. Cualquier tema de discusión es remitido a aspectos de psicoeducación, pero con lenguajes diversos.

Este no es un grupo de libre interacción, aunque hay libertad de expresión, ya que el psicólogo dirige el grupo sobre metas prefijadas. Aun y todo la temática discutida es amplia, y ha incluido el suicidio, las relaciones sexuales, la homosexualidad, las drogas, el placer, la diversión, las juergas...

El estilo de interacción que se propugna permite que los pacientes expresen ideas que serán calificadas como relevantes. Evidentemente se tamizan, y se expresan como ideas resumen por el psicólogo que centra la dinámica. Sobre ellas se discuten, surgen nuevas ideas, y se intenta que queden expresadas de forma clara y comprensible, a veces son escritas en la pizarra, se aporta bibliografía, y se abren nuevos temas con ideas que han sido marginales.

El estilo no es interpretativo, ni juzga la opinión del paciente. Se aporta una atención positiva, y se valora cada intervención como un esfuerzo de análisis y superación. El grupo no es espacio de crítica al delirio, ni a la persona, si eso es necesario queda para su terapeuta, y en el grupo la palabra no va a ser descalificada aunque sea extemporánea.

Ocasionalmente la discusión se centra sobre las dificultades de la Unidad, las quejas sobre personal, y sobre otros pacientes, y de las condiciones de estancia. Son recogidas y tratadas con espíritu de comprensión, aunque parte de ellas no tienen fácil solución. También



se recuerdan las normas y precauciones que deberían tenerse en el ingreso.

La rotación de pacientes permite replantear los mismos temas desde perspectivas diferentes, y obtener conclusiones parecidas. Los objetivos didácticos de las sesiones son insistentemente recordados con lenguajes diferentes.

Otra perspectiva grupal sería hacerlo con pacientes homogéneos, pero la rotación de los mismos haría difícil contar con varios que coincidieran en capacidad, problemática y tiempo durante unas diez sesiones, por ejemplo. En el grupo, la heterogeneidad abarca a casi todos los que en un momento u otro pueden estar ingresados en la Unidad; se adapta la sesión con la meta de que les sea útil, y los objetivos más básicos pueden implementarse casi siempre. Bien es cierto que a veces su dinámica bordea el caos, pero solo ocasionalmente ha habido que pedir a un paciente que deje momentáneamente el grupo.

b) La psicometría.

La comprensión del caso clínico puede recibir ayuda de técnicas suplementarias de indagación clínica como la psicometría, o la neuroimagen.

La psicometría que utilizamos se centra en tres aspectos: la dirigida a los patrones de comportamiento y/o pensamiento, a la inteligencia, y a las funciones neuropsicológicas.

La vertiente de estudio de las funciones neurocognitivas incluye la psicometría y la psiconeurología. Moverse en este área con alta competencia requiere una especialización importante, y eso solo parece posible en una persona con dedicación completa al mismo. El psicólogo que decida dominar la neuropsicología tendrá suficiente material de trabajo y estudio para estar al día como para dedicar su vida profesional a ello. Las tareas de la Unidad de Agudos trascienden la vertiente neuropsicológica, y creo que es sensato que el psicólogo

se centre en hallar los déficits y describirlos, y dejar una profundización en los mismos a profesionales más especializados, como al neuropsicólogo, cuando sea pertinente.

Las otras dos áreas, la inteligencia y la personalidad, no requieren tal especialización, y la indagación en ellas no va tan rápida, al menos para la práctica clínica actual.

* El examen neuropsicológico.

En este campo, la exploración con baterías generales de screening, y algunas pruebas centradas en un problema determinado, pueden tener un manejo aceptable por un no especialista. Aquí utilizo entre otras las siguientes pruebas: BARCELONA, EVEM, CAMDEX/CAMCOG, MEC, STROOP, TRAIL MAKING, WISCONSIN CARD, Test de Schulman, etc.

Es posible que esta área de trabajo vaya progresando en el futuro, y ocupando más tiempo en el trabajo del psicólogo. De hecho hay estudiosos, como J. Ratey —“El cerebro” Mondadori, 2003—, que creen que hay casos psiquiátricos que en realidad sería neuropsicológicos, y que es necesaria su discriminación. Seguramente habrá cambios conceptuales y en la indagación clínica para que la psicometría u otras técnicas incrementen su precisión, y que algunos pacientes hallen el beneficio de intervenciones nuevas; pero ambos aspectos necesitan ser desarrollados.

* El estudio de la inteligencia.

Este es un área que quizás fue minusvalorado, pero a menudo es necesario explorarla para motivos diagnósticos, y decidir objetivos clínicos. Los tests más usados son WAIS, TONI, ó RAVEN.

El pasaje de estas pruebas no es complejo, y algunas llevan poco tiempo. Su uso en la Unidad se enfrenta a la misma dificultad habitual: la incapacitación temporal del paciente agudo, y a menudo hay que esperar a que algunos signos remitan, para que la atención y la actitud sean adecuadas.



* La Personalidad

Esta es otra área donde las pruebas psicométricas se ensayan y encuentran utilidad: el hallazgo de los patrones de interacción con el medio, los hábitos emocionales y/o de pensamiento, que son permanentes.

Esta área de estudio se encuentra con varias dificultades, además de la ya referida al estado agudo del paciente. Aún los constructos de la personalidad no se traducen unívocamente de forma clara y concisa de las pruebas psicométricas.

Algunos de estos tests fueron elaborados en los últimos años para que sirvieran como pruebas diagnósticas. El MCMI-II de Millon intenta aproximar los resultados con la clasificación de trastornos de la personalidad del DSM. Pero a menudo los pacientes puntúan en una amplia gama de escalas y eso no hace fácil la adscripción a una categoría diagnóstica. Otras pruebas útiles pueden ser el I6 PF, el MMPI-II, y el MIPPS. A veces, para objetivos más limitados, se utilizan pruebas proyectivas.

c) La intervención clínica.

En el paciente agudo esta intervención podría comprender varios aspectos: la ayuda en la contención, el manejo de los signos más incapacitantes, el acompañamiento, la evaluación clínica y de recursos, la definición del problema, la intervención para el cambio, y la planificación del alta clínica.

El paciente en crisis requiere un primer esfuerzo de contención previo a ser susceptible de ayuda mediante técnicas psicológicas, y los fármacos son imprescindibles. Una intervención psicológica mínima al inicio del ingreso sería la que se puede dar con mensajes de escucha y comprensión, una intervención de acompañamiento, pero con frecuencia el paciente ya ha tenido que avanzar algo en su recuperación. La acogida se realiza de forma inespecífica por el personal de la Unidad, y en el grupo.

A veces con los pacientes que ya pueden desarrollar una capacidad de análisis y comprensión, aunque no sea aun completa, se puede ensayar un plan de ayuda psicológica, si su psiquiatra lo considera conveniente; pero sin olvidar que su estancia es la justa antes de volver a su medio.

En estas circunstancias la ayuda psicológica, en buena medida, puede dirigirse a que el paciente comprenda cuáles son los cuidados que requiere su problema, a esbozar los cambios vitales que necesita desarrollar para aumentar la resistencia al estrés o disminuir su exposición al mismo, entender y comenzar a practicar una estrategia ante sus síntomas, y cuales son las referencias para pedir y obtener ayuda en la comunidad.

La ayuda de un psicólogo se puede distinguir entre la dirigida al estilo de vida, al medio ambiente, y las educativas, y la que se centra sobre los síntomas incluyendo estrategias cognitivas o emocionales.

Hoy la psicología clínica posee una buena gama de técnicas para los problemas asociados a la ansiedad, en numerosos cuadros, y si el paciente se encuentra con capacidad de trabajo también en el ingreso podría ayudarse con una práctica dirigida a la resolución del problema con intervenciones rápidas. Los trabajos del grupo de Oxford y otros, como E. Foa o M. Seligman, incluyen técnicas cognitivo-conductuales rápidas, que en pocas sesiones se apreciaría utilidad. Las fobias, los ataques de pánico, los trastornos obsesivo compulsivos (TOC), las agorafobias... podrían beneficiarse de ellas, y continuar la intervención en el Centro de Salud Mental. En algunos cuadros "neuróticos", adaptativos, y depresivos también podría ayudar una intervención puntual. Teniendo en cuenta que hay disponibles, en obras de formato de autoayuda, libros que explican esas técnicas, la lectura de los mismos ayudará al paciente a proseguir e insistir en la tarea iniciada; está bien que el psicólogo tenga esas lecturas accesibles.



4. Otras perspectivas.

Creo que la Unidad de Agudos puede dar mas tareas a un psicólogo que las aquí descritas.

Solo a modo de ejemplo señalo un par de tareas posibles. En estas unidades ingresan usuarios de diversas drogas para parar un uso que les resulta peligroso. Quizás podría prepararse un par de sesiones, con un formato cercano al módulo de aprendizaje estructurado y de contenido cerrado, que podría tener como objeto una consideración del mapa vital del paciente, una apreciación de objetivos factibles a corto y medio plazo, confrontar algunas concepciones erróneas de la adicción y la abstinencia, y vislumbrar algunas estrategias de prevención de recaídas.

Un trabajo diferente podría realizarse con aquellas personas que presentan un cuadro asociado a un duelo, a estrés postraumático entendido de forma amplia, o a un trastorno desadaptativo. En estas personas la conceptualización de su crisis como algo de valor positivo, como una reacción que requiere algo

nuevo, y traerles la idea de que algo diferente es posible hacer..., podría reformularse en unas sesiones modelo, para alentar la vuelta a su entorno con una motivación incrementada en el control de su vida.

Otros trabajos, de pocas sesiones, se podrían diseñar y realizar sobre familiares de pacientes de reingreso, de problemas psicóticos, de personas desvalidas...

Algunas de estas tareas se realizan ya, de forma menos estandarizada que la aquí imaginada. Supongo que cuanto más psicólogos haya en unidades de agudos mas se verá este campo como uno donde ampliar la tecnología psicológica; y este área puede ser en un futuro una mas donde desarrollar algo útil, competente, y aceptado.

Señalaré a modo de epílogo una opinión: el psicólogo clínico que requiera dominar las áreas de trabajo en las que ser útil en una Unidad de Agudos puede ser uno generalista, conociendo las tareas asociadas a la asistencia en crisis, y en conexión con profesionales de servicios y áreas anexas.

