

ATENCIÓN CONTINUADA PSICÓLOGOS INTERNOS RESIDENTES EN URGENCIAS DE SALUD MENTAL

Este documento ha sido elaborado gracias a la colaboración de varios residentes de Psicología Clínica de diferentes hospitales, como una propuesta de la sección de residentes de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). Como base, se ha empleado el escrito elaborado por los residentes del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Madrid. El objetivo de este documento, es que pueda ser empleado como modelo para facilitar la incorporación de residentes de Psicología Clínica a los servicios de urgencias en los hospitales de toda España.

Antecedentes

El origen de la intervención en crisis se remonta a los trabajos de Lindemann y sus colaboradores (Lindemann, 1944) cuyas observaciones, y posteriormente las de Caplan (Caplan, 1964), tuvieron un gran impacto en el desarrollo de la teoría de crisis. La intervención en crisis hace hincapié en la importancia del abordaje inmediato y breve sobre las problemáticas que presentan los pacientes, con el fin de evitar que se genere, agrave o perpetúe una situación emocionalmente patológica. Estos trabajos fueron ampliados, desarrollados y modificados por Rapoport (1962), Parad (1966), Jacobsen. Strickler y Morley (1968) y Sifineos (1972).

Por otro lado, el modelo de intervención en crisis planteado por Slaikeu (1990), se define como una intervención de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o su familia a soportar un suceso de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminoren y la probabilidad de crecimiento personal se incremente. Esta teoría fue retomada por autores de la terapia cognitiva conductual de urgencia: Ruiz Sánchez, Imbernón González y Cano Sánchez (1999).

Justificación

En la actualidad, resulta evidente la necesidad de contar con servicios de salud mental de calidad y al alcance de la población general. Dicha necesidad, se ha hecho patente de manera más clara a raíz de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, cuyas consecuencias han supuesto un claro aumento en las demandas de intervención por parte de Salud Mental, tanto de manera ambulatoria como urgente. El aumento de la demanda, unido a la limitación en los recursos, ha llevado a los profesionales de la psicología a plantear formas de intervención breves, rápidas y eficaces con el propósito de atender necesidades diversas y de gravedad creciente.

En consecuencia, resulta imprescindible que los profesionales de la psicología clínica se encuentren formados para ofrecer una ayuda inmediata a aquellas personas que atraviesan una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional. Se trata, generalmente, de una terapia de primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, cuyo principal objetivo es dar apoyo, ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita. Este modelo de intervención ha demostrado su eficacia tanto en población con trastorno mental grave como con trastorno mental común y pacientes sin diagnóstico, logrando disminuir la probabilidad de que aparezcan reacciones de estrés de largo plazo, tales como ansiedad o depresión (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman, 1984). Un equipo psicoterapéutico de intervención en crisis multidisciplinar, además de estar integrado conceptualmente en el tratamiento habitual a nivel ambulatorio, plantea diferencias en el encuadre, objetivos y foco de intervención más dinámico y estratégico (Chanen y McCutcheon, 2013).

Por otro lado, teniendo en cuenta el BOE, con respecto al Módulo de Atención Continuada, en el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica, se especifica lo siguiente: *“la prestación de servicios en concepto de atención continuada tiene carácter formativo, es un elemento central en la formación del residente que también contribuye junto a los profesionales del staff, a garantizar el funcionamiento permanente de los centros asistenciales. Los servicios prestados en concepto de atención continuada, con niveles crecientes de responsabilidad, se realizarán con carácter obligatorio desde el primer año de residencia y serán supervisados por los tutores PIR y/o responsables de las unidades donde se realice la atención continuada que en cada caso corresponda. Estas actividades se podrán organizar bajo diversas modalidades, entre las que se incluye la realización de guardias. En el caso de realizar guardias se recomiendan entre tres y cinco al mes.”*

Por lo tanto, la labor del Psicólogo Clínico en las urgencias de Salud Mental resulta de gran utilidad y responde a dos propósitos:

- Cumplir con los objetivos docentes recogidos por el BOE para la formación del PIR, asumiendo diferentes grados de responsabilidad en función del año de residencia.

- Realizar una labor eficaz en las urgencias de salud mental para permitir una intervención adecuada así como el apoyo mutuo con la figura del MIR, agilizando los trámites de urgencias.

Descripción

A) Objetivos y actividades del PIR en la urgencia.

Objetivos y actividades propuestas por el BOE:

(BOE 17 Junio 2009. Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio)

- Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre la atención a las urgencias derivadas por los equipos comunitarios y los servicios generales de urgencias.
- Adquirir experiencia en el manejo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para los procesos de agudización de los trastornos mentales y las situaciones de crisis y de urgencias.
- Adquirir conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad de la crisis, incluyendo el diagnóstico diferencial con enfermedades médicas, evaluando los síntomas precoces y los incapacitantes.
- Acogida del paciente en situación aguda y de crisis.
- Realización de historias clínicas e indicaciones e informes de altas.
- Realización de actividades de información a familiares de los pacientes ingresados acerca de la problemática del paciente, aportando pautas para la interacción familiar, así como programas de psicoeducación, apoyo y asesoramiento psicológico a familiares y/o cuidadores.
- Elaboración de planes de coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar la continuidad de cuidados.
- Realización de intervenciones individuales y de grupo (familias) y de programas para la reducción y control de sintomatología activa en procesos de descompensación, en situaciones de crisis y en atención a urgencias. Prevención de iatrogenia.

Objetivos específicos en la atención directa del paciente:

- Restablecer el equilibrio emocional y cognitivo y aliviar el sufrimiento de la persona, fomentando la contención emocional como primera línea de intervención.
- Intervenir en situaciones donde existe riesgo de suicidio y promover su prevención.
- Sostener emocionalmente a la persona en situaciones de riesgo y vincular, en el caso que sea necesario, con los recursos de la red.

- Clarificar y ofrecer psicoeducación a las familias sobre la situación de su familiar (episodio psicótico, intento autolítico, etc.)
- Proporcionar estrategias de intervención a los familiares de un paciente en crisis.
- Normalizar, tanto con el paciente como con la familia las diversas reacciones emocionales, cognitivas y conductuales.
- Facilitar información específica a la situación del paciente sobre los diversos recursos de la red a los que pueda acudir.
- Ofrecer apoyo psicológico e información psicoeducativa para pacientes de cuadros orgánicos que presenten sintomatología psicopatológica concurrente (cuadros de ansiedad, depresivos, intoxicaciones...)
- Fomentar la conciencia de enfermedad para facilitar la toma de tratamiento.
- Apoyar las recomendaciones de indicación farmacológica.

Objetivos específicos en la atención indirecta del paciente:

- Realizar una actividad de consultoría y ayuda a la gestión, a la Dirección del Servicio de Urgencias y al Hospital para la mejora de la asistencia psicológica.
- Actividades de formación e investigación al resto del personal del Servicio de Urgencias.

Actividades Principales:

1. Realización del contacto psicológico: Un contacto con empatía respecto a los sentimientos de una persona durante una crisis. La primera tarea es escuchar la narrativa que realiza el paciente de su problema y la manera que tiene de comunicar su malestar, sin juzgar.
2. Analizar las dimensiones del problema en tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato. El pasado inmediato remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de "*quién, qué, dónde, cuándo, cómo*"; se requiere saber quién está implicado, qué pasó, cuándo, etc. El futuro inmediato se enfoca hacia cuáles son las eventuales dificultades para la persona y su familia.
3. Analizar con el paciente las posibles soluciones: Identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las futuras. Esto es, llevar a la persona en crisis a generar alternativas analizando los obstáculos para su ejecución.

B) Programa teórico

Propuesta del programa formativo PIR (Orden SAS/1620/2009)

- Programas y procedimientos para la intervención en crisis y la atención psicológica en urgencias.
- Guías clínicas nacionales e internacionales para la intervención en crisis de los trastornos mentales y del comportamiento.
- Programas de formación para el trabajo en equipo interdisciplinar en situaciones de estrés y de crisis.
- Conocimiento de los protocolos de prevención e intervención frente al riesgo de suicidio.
- El ambiente terapéutico como elemento de contención.
- Terapias psicológicas breves empíricamente validadas.
- Aspectos ético-legales: el ingreso involuntario, la contención, el tratamiento no aceptado. Incapacidad y responsabilidad legal.

C) Formación transversal

En la siguiente tabla se presenta una propuesta de las tareas susceptibles de ser realizadas por el PIR durante las guardias de psiquiatría en función del nivel de responsabilidad (R1, R2, R3 y R4).

		NIVELES DE RESPONSABILIDAD PIR			
		R1	R2	R3	R4
Contacto con el MIR o adjunto de psiquiatría de forma oportuna en cada jornada de guardia		Sí	Sí	Sí	Sí
Realizar intervenciones asistenciales sobre el paciente sin supervisión directa		No	Algunas	Algunas	Algunas
Realizar intervenciones asistenciales sobre el paciente menor sin supervisión directa		No	Algunas	Algunas	Algunas
Recabar información telefónica o en persona	Del médico solicitante	No	No	No	No
	Del personal de enfermería	Alguna	Alguna	Alguna	Alguna
	Del informe realizado por el dispositivo solicitante	Si	Si	Si	Si

	De familiares o acompañantes	No	Si	Si	Si
	Del dispositivo remitente	No	Si	Si	Si
	Otros acompañantes: 112, policía, etc	No	No	Si	Si
Consultar la historia clínica y antecedentes psicopatológicos relevantes		Si	Si	Si	Si
Transmitir la información recibida al MIR/adjunto de psiquiatría		Si	Si	Si	Si
Determinar la prioridad de atención en los diferentes avisos, especialmente si hay varios a la vez		No	No	Si	Si
Entrevista clínica-diagnóstica con el paciente.		Si*	Si	Si	Si
Valoración de riesgo suicida		No	Si	Si	Si
Solicitar intervención de enfermería/celadores /personal de seguridad, a petición del adjunto.		Si	Si	Si	Si
Orientación diagnóstica tras la información obtenida.		No	No	Si	Si
Realizar intervenciones psicoeducativas con los familiares.		No	Si	Si	si
Información al dispositivo de destino en caso de traslado o ingreso.		No	No	Si	Si
Cumplimentar de documentos*	Informe de asistencia	Si	Si	Si	Si
	Órdenes de tratamiento no farmacológico	Si	Si	Si	Si
	Ingreso/ Traslado/Alta voluntaria / Parte al Juez en ingreso involuntario	Si	Si	Si	Si
Entrega de recomendaciones escritas y verbales al paciente o acompañantes.		No	Si	Si	Si

*Con supervisión directa

Experiencias en otros hospitales

La experiencia de la presencia activa de los PIRes en Urgencias, dentro del programa de Atención Continuada ha resultado muy positiva, contando con el reconocimiento tanto de los

residentes de otras especialidades como de los adjuntos de psiquiatría. Los hospitales que han adoptado dicho modelo multidisciplinar en urgencias son:

- H.U La Paz (Madrid).
- H. U. Ramón y Cajal (Madrid).
- H. U. Puerta de Hierro (Majadahonda)
- Hospital Severo Ochoa (Leganés).
- H. U. Clínico San Carlos (Madrid).
- H. General de Ciudad Real (Ciudad Real).
- H. Son Espases (Palma de Mallorca).
- H.U Virgen de la Victoria (Málaga)
- H. Princesa de España (Jaen).
- H. U. Puerta del Mar (Cádiz).
- H. Reina Sofía (Córdoba)
- H. U. De Puerto Real (Puerto Real).
- H. S Agustín (Avilés).
- H. Marqués de Valdecilla (Santander).
- H. General Yagüe (Burgos).
- H. Virgen de la Misericordia (Toledo).
- Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina)
- H. Universitario San Pedro (Logroño)

Conclusiones:

El objetivo de establecer horas de atención continuada en el servicio de urgencias, es favorecer la atención de los pacientes con problemas de salud mental que requieren una atención urgente que incluya aspectos psicológicos y no meramente farmacológicos. En dicho contexto, el residente PIR no puede ser un mero observador del trabajo de los adjuntos/residentes de psiquiatría, sino que debe poseer un papel activo. Por ello es fundamental que dicha atención no se limite únicamente a los residentes de primer año, como sucede en algunos hospitales, ya que se trata de intervenciones que requieren habilidades que se van adquiriendo a lo largo de la residencia.

De cara al futuro, los residentes deben tener la posibilidad de acceder a una supervisión por parte de un adjunto especialista en Psicología Clínica ubicado en Urgencias. Dado que dicha figura por el momento no se encuentra presente, los residentes deben contar con una supervisión de algún especialista en Psicología Clínica que, al menos, pueda estar localizable. La presencia de residentes en Psicología Clínica pone en valor la presencia de intervenciones a nivel psicológico, generando una demanda de un abordaje más completo en momentos de crisis que deja patente la necesidad de integrar la figura del Psicólogo Clínico de Urgencias.

Referencias

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Chanen A. M. y McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 24–29.
- Jacobsen, G.F. Strickler, M. y Morley, W. (1968). Generic and individual approaches to crisis intervention. *American Journal of Public Health*, 58, 338-343.
- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C y Weissman MM. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. Basic Books.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and manegement of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Muñoz, F. y Lillo, A. Capítulo 29. Intervención psicológica en urgencias. En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 769-776). Desclée De Brouwer.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 146, de 17 de junio de 2009, pp. 51210 a 51236.
- Parad, H. J. (1966). The use of time-limited crisis intervention in community mental health programming. *Social Service Review*, 40, 275-282.
- Rapoport, A. (1962), Modern developments in behavioral science in Poland. *Syst. Res.*, 7, 379–389.
- Ruiz-Sánchez, J.J., Imbernón, J.J. y Cano, J.J. (1999). *Psicoterapia cognitiva en urgencias*. ESMD-UBEDA.
- Sifneos, P.E. (1972). A concept of emotional crisis. *Mental Hygiene* 44, 169-179.
- Slaikue, K. A. (1990). *Crisis intervention: A Handbook for practice and research*. University of Texas. Allyn & Bacon.



