

INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

CRISIS INTERVENTION FOR HOSPITALIZED PATIENTS

PS. PAULA ZALAQUETT (1), DR. EMILIO MUÑOZ (2)

(1) Psicóloga Clínica, Psicoanalista. Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Departamento de Psiquiatría, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: pzalaquett@clc.cl, emunozg@clc.cl

RESUMEN

El artículo presenta el modelo de intervención en crisis, como un método útil para la asistencia psicológica en pacientes hospitalizados. Se enfatiza en los aspectos psicodinámicos más relevantes de esta práctica y en los objetivos que persigue, sobre todo en cuanto a colaborar a la mejor recuperación y alivio de síntomas somáticos y emocionales de pacientes hospitalizados por diversas dolencias, en el hospital general.

Palabras clave: Intervención en crisis, mecanismos de defensa, interpretación psicodinámica, ambiente facilitador.

SUMMARY

In this manuscript we present the crisis intervention model as a useful method for the psychological support of hospitalized patients. We emphasize on the most relevant psychodynamic aspects of this technic and in the goals it pursues, mainly in collaborating to the better recovery of somatic and emotional symptoms of general hospital patients, hospitalized due to diverse causes.

Key words: Crisis intervention, defense mechanism, psychodynamic interpretation, facilitating environment.

ASPECTOS TEÓRICOS GENERALES

La intervención en crisis es un método psicoterapéutico que se caracteriza por una atención pronta y de pocas sesiones, focalizando la atención hacia una sintomatología aguda, que surge de la dificultad del paciente para utilizar mecanismos de defensa adaptativos y así hacer frente a una situación que se experimenta como una amenaza al equilibrio del yo. El objetivo es reestablecer el equilibrio existente previo a la crisis, es decir que la sintomatología al menos disminuya. Una intervención oportuna en momentos de crisis aguda puede prevenir su cronicidad, de acuerdo a Bellak y Small (1). Estos autores sugieren que la meta más importante es evitar un funcionamiento regresivo (un regreso a formas más infantiles de adaptación), de tal modo que se deben reforzar las funciones del yo más autónomas e intactas.

Según estos autores, las situaciones más críticas en la vida pueden agruparse bajo 3 categorías:

1. Las situaciones que involucran violencia y originan temor por la propia vida, salud y sentido de sí mismo, pérdida de autoestima, pérdida de amor o de los seres amados: un accidente serio, un asalto, violación, enfermedad grave o incidente que amenace la vida, el efecto de las drogas, entre otros. Todos estos eventos pueden originar el temor a perder el sentido de la identidad, temor que frecuentemente puede acompañarse de sentimientos de despersonalización y miedo a una desorganización del yo.

2. Las crisis que provocan la pérdida de la autoestima, experiencia de rechazo y separación son: la pérdida del empleo, divorcio, relación amorosa desdichada, un revés financiero, la vejez entre otras.

3. Los problemas médicos y quirúrgicos, que llevan el temor a la muerte, la invalidez y a la desfiguración. La hospitalización, por ende, también podría involucrar una crisis de la autoestima: “repentinamente se es una unidad que va a ser trasladada, volteada, inyectada, expuesta y a veces tratada insensiblemente como para suscitar una intensa ansiedad, gran enojo o depresión” (1).

Respecto de pacientes hospitalizados, la experiencia crítica puede involucrar circunstancias diversas y de diferente complejidad: Están aquellos que pueden padecer enfermedades que implican hospitalizaciones prolongadas, con un riesgo moderado para su vida; aquellos que padecen enfermedades que implican gran amenaza a la vida; los que han sufrido accidentes graves traumáticos, aquellos que son amputados o trasplantados. Las crisis se expresan de acuerdo al impacto emocional que una experiencia implica y puede estar condicionada de modo proporcionalmente distinto, para cada persona. Tomando en cuenta por un lado, el impacto del evento estresor y por otro lado, la tensión interna que puede ser manejada o no por los mecanismos de defensa habituales que una persona ha utilizado durante su vida. Para comprender la reacción emocional desencadenada, a la vez es necesario contextualizarla de acuerdo a la biografía de cada persona. Esta contextualización le brinda al paciente la búsqueda de un sentido a lo que está sucediendo, que frecuentemente se relaciona con un significado ligado a la historia de vida. Esta interpretación, que puede ser consciente o inconsciente, marcará el sello personal con el cual los procedimientos, la enfermedad, accidente o intervención serán significativos emocionalmente. De este significado podrá, por ejemplo, nacer una actitud de esperanza, desesperanza, miedo, coraje, un exceso de vulnerabilidad que movilice muchas veces a la ansiedad, en otras ocasiones a la culpa, rabia u otras reacciones.

Las situaciones de crisis pueden desencadenar desde un impacto emocional moderado hasta configurarse en algunas ocasiones, como eventos traumáticos cuando sobrepasan las capacidades del individuo para contener emocionalmente la experiencia. Involucran un aumento en la vivencia de vulnerabilidad y pueden movilizar necesidades de dependencia mayores a las existentes previo a la crisis. Estamos considerando a personas que están pasando por situaciones anormales asociadas a la ruptura de la continuidad de la vida cotidiana y el sentimiento de seguridad que implica. Las intervenciones psicoterapéuticas en situaciones de crisis

pueden potenciar la movilización de modos de enfrentamiento nuevos que impliquen un crecimiento de la persona y el desarrollo de un equilibrio, incluso en ocasiones, mejor del precedente.

Los procedimientos médicos normales imponen al paciente una posición pasiva en tanto debe aceptar someterse a experiencias como ser inyectado, manipulado, lavado u otras más invasivas aún. La vivencia de autonomía y del cuerpo propio pueden verse comprometidos, si se conjuga con experiencias previas que pueden tomar significados emocionales diversos. Entonces, ¿Cuánta vulnerabilidad y dependencia se movilizará? Depende por un lado, de factores internos, es decir relacionados con la personalidad y biografía y por otro de factores externos asociados a la naturaleza de la causa de hospitalización y su gravedad.

El sentido de sí mismo, yo, o sentido de identidad se construye durante la vida y posee un aspecto más consciente y otro más inconsciente ligado, entre otros, a los mecanismos de defensa que se utilizan. Además, el Yo, como Freud lo plantea, es en el inicio un Yo corporal (2). Esto es de gran importancia, puesto que las situaciones de crisis en pacientes hospitalizados están referidas a situaciones que en menor o mayor medida pueden comprometer el funcionamiento corporal, y por ende pueden potencialmente también, comprometer el sentido de identidad de una persona. Ejemplo de ello es una amputación, un trasplante, la invalidez u otro.

Las cirugías frecuentemente involucran sentimientos de desamparo: anestesia, “meter cuchillo”, invasión del cuerpo; temor hacia el cirujano o a la mutilación. Las variables que están involucradas son diversas y de importancia también distinta para cada persona, entre ellas qué órgano está afectado y cuánto sentido de identidad se ve comprometido con él. En el caso de enfermedad, se deberá comprender el significado simbólico con que cada paciente la connota y su relación con ella. Con frecuencia el órgano enfermo se puede experimentar como algo diferente del sí mismo con el cuál se podrá establecer una relación maternal, de rechazo u otra. Es relevante también tomar en cuenta la identificación con personas conocidas que padecieron la enfermedad como factor a evaluar en el significado emocional que toma la experiencia.

Las reacciones se pueden evaluar como adaptativas o no, tomando como referencia la proporcionalidad entre reacción y evento, así como la duración de la reacción.

Por ejemplo, si se moviliza demasiada angustia y vivencias depresivas que se mantienen en el tiempo más allá de la situación crítica o existe una ausencia de reacción sostenida en el

tiempo. Están también las reacciones hipocondríacas como respuesta a un compromiso mayor de la imagen corporal, las reacciones de dependencia emocional muy intensas o el compromiso de la autoestima. Todos son efectos que deben tenerse en cuenta para evaluar el impacto de la situación crítica. Por último, se debe evaluar si existe alguna ganancia secundaria. En ocasiones la enfermedad trae una ventaja, consciente o inconsciente, que de existir podría retardar la recuperación de un paciente.

LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Como lo plantean Bellak y Small (1), de modo general la psicoterapia se ocupa de comprender el efecto que tienen ciertas experiencias sobre las personas. Señalan que la intervención en crisis o psicoterapia de emergencia, a pesar de ser una psicoterapia de menor frecuencia de sesiones, no es una psicoterapia simple de llevar a cabo, puesto que demanda del terapeuta el escoger el tipo de intervenciones y construir hipótesis en menor tiempo del que se requiere para una psicoterapia a largo plazo. En un promedio de 5 sesiones aproximadamente, señalan: "El terapeuta debe estar atento a las comunicaciones significativas, determinar los comunes denominadores, llenar huecos de partes omitidas y decidir la intervención más fructífera que tiene que cotejar sobre el avalúo de fuerzas, las circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente... "El terapeuta no tiene tiempo para esperar que se desarrolle el *insight* ("iluminación" consciente de un "algo" previamente inconsciente) tiene un rol activo en ayudar al paciente a crearlo, no tiene tiempo para estimular la elaboración, debe fomentarla. Es una especialidad para el profesional experimentado porque requiere del empleo total e inmediato de sus capacidades.

Habiendo establecido un diagnóstico acerca de los factores que le impiden a un paciente una mejor adaptación a la situación de crisis, una de las técnicas fundamentales que se emplean en la intervención en crisis es la interpretación, entendiéndola como la sugerencia de relaciones y asociaciones entre las experiencias de vida y sus significados emocionales ligados a la situación crítica. Esta sugerencia, teniendo en cuenta el escaso conocimiento que se tiene del paciente, debe ser entregada como una proposición a ser analizada en el diálogo con el paciente y no como una certeza. Su aproximación a la realidad emocional del paciente será determinada por las respuestas del paciente a ella o las asociaciones que le permita desarrollar. Esta interpretación siempre se entregará en el marco de una conversación empática que pone énfasis en la contención emocional. La transferencia positiva con el terapeuta se acepta como un modo de crear alianza terapéutica y la negativa se interpreta sólo cuando compromete el trabajo terapéutico.

Los procedimientos básicos de acuerdo a Bellak y Small (1), se centran en la disposición de comunicación del paciente de su historia de vida anterior y actual; en las interpretaciones realizadas por el psicoterapeuta del significado posible de la sintomatología partiendo de lo más consciente para ir profundizando gradualmente en la medida posible; en el *insight* y en la elaboración del paciente quien aplica el recién adquirido *insight* a otras situaciones para las cuales son válidos los mismos patrones. La intervención en crisis permite a los pacientes recuperar la función reflexiva y la posibilidad de atravesar la situación de crisis con un sentido de mayor "agencia" (acción), en contraposición al sólo "padecimiento" de la situación.

Es de relevancia que en la primera entrevista se estimule el relato del paciente para conocer algunos aspectos centrales: descripción de la sintomatología, cuando comenzó, situación de vida en que se encuentra el paciente; si existe una historia previa acerca de la sintomatología, hipótesis acerca de la dinámica y estructura de los problemas del paciente, evaluación de funciones yoicas y los modos de adaptación. Mientras mejor se comprenda la situación de crisis y su sintomatología, relacionando experiencias anteriores y los sucesos críticos actuales, la preparación para escoger el tipo de intervención resultará más efectiva.

Respecto de la valoración de los mecanismos de defensa, si son o no adaptativos, Beresford (3) señala la importancia de evaluar el modo en que el paciente identifica la situación de estrés o crisis y el tipo de ansiedad que moviliza guiándose por los siguientes aspectos a evaluar:

El paciente reconoce el estrés o no lo reconoce: permite evaluar en qué medida los mecanismos de defensa están actuando o interfiriendo sobre la percepción de la realidad.

El paciente considera la situación de crisis como una parte de su vida y su forma de enfrentarla le pertenece: asociado al sentido de agencia que un paciente puede vivenciar respecto de la experiencia crítica versus la mayor dependencia hacia factores externos a él. Tiene relación con evaluar el nivel de desamparo y vulnerabilidad e impotencia cuando la crisis es experimentada dependiendo sólo de elementos más externos.

Cuánta integración existe entre los afectos y los pensamientos, determinando el tipo de mecanismos de defensa utilizados.

Beresford (3), señala que existen estudios que evidencian una mayor sobrevivencia en personas con enfermedad que utilizan mecanismos de adaptación más maduros.

En cuánto a la evaluación diagnóstica, Según Griffith y Gaby (4) refieren que el sentimiento de desmoralización es una de

las razones frecuentes en la solicitud de atención psiquiátrica para los pacientes con alguna enfermedad médica. La definen como diversos grados de vulnerabilidad, desesperanza, confusión y vivencia subjetiva de incompetencia que las personas sienten cuando creen que están fallando a las expectativas propias o ajenas de cómo enfrentar las adversidades de la vida. Plantean que la experiencia de desmoralización y un cuadro depresivo pueden ser confundidas en tanto comparten sintomatologías como los trastornos del sueño, del apetito y de la energía, incluyendo algunos pensamientos suicidas. Sin embargo, señalan que la diferencia es que en la desmoralización el estado de ánimo y la capacidad de experimentar alegría y esperanza, se restauran rápidamente si cesa la adversidad. Señalan que los cuadros de desmoralización no presentan una adecuada respuesta a los antidepresivos, puesto que es más bien contrarrestada ya sea por la disminución de estresores físicos y psicológicos o por el fortalecimiento de la capacidad de resiliencia al estrés. Esta capacidad mejora si el paciente comprende adecuadamente lo que le está sucediendo, si está acompañado y comunicado con personas que sienta confiables, si se fomenta un sentido de esperanza realista sostenida en deseos actuales y planes futuros, si existe sentido del humor, si existe un propósito y un sentido que el paciente otorgue a su vida y lo que le sucede.

Se enfatiza la importancia de validar el estrés del paciente como una persona normal respondiendo a circunstancias anormales, a través de un diálogo empático que le permita expresar y comprender las emociones más difíciles y su significado en relación a la narrativa que realiza de su vida.

En relación a la función del médico, es fundamental la información clara entregada en un diálogo tranquilo y con tiempo. El objetivo es estimular una sensación de control en el paciente a través del conocimiento, lo que le facilitará prepararse para lo que viene.

D. Anzieu (5), psicoanalista francés, señala que “la satisfacción es una experiencia, y el dolor es una prueba”. La vivencia de dolor la describe como capaz de provocar una perturbación tónica que puede anular las distinciones fundadoras y estructurantes entre el Yo físico y el Yo corporal. Agrega “el dolor no se comparte, ocupa todo y ya no existo como yo: existe el dolor”.

Para este autor, toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal y es así como desarrolla el concepto de Yo-piel: “lo mismo que la piel cumple una función de sostenimiento del esqueleto y los músculos, el Yo-piel cumple la función de sostener el psiquismo”. Toma el concepto de Holding desarrollado por D. Winnicott, para explicar que el Yo-piel es una parte de la madre que ha sido

interiorizada y que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez.

Lo ejemplifica de esta manera: “...es el sufrimiento físico del niño pequeño lo que, más general y exactamente, percibe la madre, aún si esta no está atenta o es negligente en la recopilación y desciframiento de los signos de las demás cualidades sensibles. No sólo la madre toma la iniciativa de los cuidados prácticos apropiados: acostar al bebé, llamar al médico, administrar calmantes, vendar las heridas, sino que toma en sus brazos al niño que grita, llora, pierde la respiración, ella le aprieta contra su cuerpo, le calienta, le acuna, le habla, le sonríe y le tranquiliza: abreviando, satisface sus necesidades de apego, protección, agarramiento: maximiza las funciones del Yo-piel que mantiene y contiene, para que el niño la re-introyecte (es decir la internalice como parte de sí mismo) suficientemente como un objeto soporte, para que re-establezca su Yo-piel, refuerce su función de para- excitación (defensa frente a la intensidad del estímulo) y posibilite la curación. En este sentido lo que es compartible no es el dolor, es la defensa contra él”.

Con este ejemplo, queremos introducir lo esencial de las intervenciones en crisis dentro de las funciones que un equipo de salud debe considerar para ayudar en la contención del dolor o sufrimiento de un paciente. Considerando la soledad de la experiencia de dolor o sufrimiento, no bastaría con los buenos cuidados físicos que se provean, sino a la vez la posibilidad de dar contención emocional frente a situaciones que pueden desbordar a los pacientes. Si tomamos en cuenta por ejemplo la relación entre el dolor físico y psíquico, como se substituyen o complementan, podemos ejemplificar la manera en que lo psicológico y lo físico interactúan en la experiencia de alivio. En ocasiones, como lo ejemplifica Anzieu en el caso de un paciente quemado, el dolor físico es atenuado a través de una conversación, una “envoltura en palabras” que permite restituir la vivencia de que el cuerpo no tiene una “piel física” que lo proteja del dolor.

De este modo, la intervención en crisis puede ser fundamental para restituir la función de soporte y contención cuando el paciente se siente inundado por vivencias y experiencias asociadas a su cuerpo que amenazan su propia capacidad de contención emocional. Explorar el significado de la experiencia y promover la posibilidad de que ésta pueda ser contenida a través de un ambiente emocional que facilite y promueva la estabilidad en la salud mental.

Este ambiente facilitador no siempre es tan simple de construir para el personal médico y de enfermería. Los equipos normalmente esperan que la complejidad del paciente sólo resulte de su estado médico, pudiendo esperar de ellos

una conducta adaptativa en el enfrentamiento de su situación crítica, sin que se tornen muy demandantes ni conflictivos. Están preparados para atender el sufrimiento físico del paciente y el psicológico muchas veces resulta un imprevisto que hace a los pacientes más difíciles. Sin estar muy conscientes de ello, entonces podrían actuar de manera fría o incluso rechazante, lo que complejiza la posibilidad de desarrollar un ambiente emocional que contribuya al desarrollo de mecanismos de adaptación adecuados en el paciente frente a la crisis. Esta circunstancia también podría contribuir sin intención a la descompensación emocional de los pacientes en tanto los cuidados psicológicos pueden desaparecer ante la priorización de los cuidados físicos.

La intervención en crisis también se puede implementar de manera preventiva, cuando se conoce que existirá en el futuro próximo un evento estresor con potencial traumático, como por ejemplo una amputación o un trasplante. Esto permitiría que el paciente pueda explorar, sintiéndose más acompañado, el significado emocional de la experiencia y estar mejor preparado para su impacto.

Ejemplos clínicos de intervención en crisis en pacientes hospitalizados:

Ejemplo 1.

Un paciente de 30 años, a causa de un accidente presenta peligro de que le amputen su mano. El equipo tratante solicita intervención del psiquiatra y éste del psicólogo para una intervención en crisis. El motivo de consulta específico se relaciona con que el paciente presenta una inquietud motora que dificulta garantizar el resultado de la operación, puesto que es necesaria la colaboración del paciente para controlar que sus movimientos no perjudiquen el cuidado de su mano posterior a la intervención. Las enfermeras señalan que es un paciente irritable y con mala disposición a la ayuda. En la entrevista el paciente es colaborador, analizamos que se encuentra muy angustiado porque su accidente y hospitalización lo enfrentan a tener que elaborar el duelo por su hijo, muerto hace unos años en un accidente. Este duelo ha sido inconscientemente postergado en la medida en que el paciente más que permitirse llorar su pérdida ha estado luchando porque los culpables del accidente de su hijo sean juzgados. Después de la segunda sesión de intervención queda claro que su inquietud motora responde a un mecanismo de defensa ligado a la descarga de la angustia y a la negación de la situación de impotencia frente a la muerte. La idea de “luchar” ha sintonizado con mecanismos de evitación del dolor y de “mantenerse menos vulnerable e impotente”. La hipótesis médica de que es necesaria una intervención psicológica queda reafirmada, puesto que este mecanismo de “lucha” le impide al paciente tomar contacto también con la posibilidad de pérdida de su mano si no controla su inquietud después de la delicada operación. Si

el paciente no logra tener conciencia del riesgo de pérdida no va a cuidarse adecuadamente porque el mecanismo de negación está bloqueando el contacto afectivo con los duelos. Hay que recordar la hipótesis psicodinámica que entiende que un duelo actual siempre implica la re- vivencia y re- elaboración de los duelos anteriores. Por otro lado, analizamos juntos que cuidarse a sí mismo implica también perdonarse por la culpa que siente de no haber podido proteger su hijo. En la medida que el paciente durante las intervenciones terapéuticas logra sentirse más contenido, conectarse con el dolor y expresar sus emociones, la inquietud va disminuyendo y va tomando más conciencia de cómo se ha postergado a sí mismo y su vida: el proceso de duelo había sido reemplazado por esta “lucha” que detenía la elaboración su muerte. Antes de entrar a su intervención quirúrgica pudo expresar el miedo de perder su mano y a la vez recordar a su hijo como alguien que siente que lo ayudó a sobrevivir en su accidente, es decir como una compañía que le permitió sobrevivir. Esto lo conecta con un sentimiento más amoroso y menos culposos que le permite enfrentar mejor el cuidado de sí mismo.

En este ejemplo clínico las intervenciones que se realizaron fueron 4 sesiones, el paciente al comienzo a pesar de ser colaborador estaba muy alerta a los comentarios que pudiera realizar en respuesta a su relato. Su actitud cambia cuando se logra sentir comprendido y no juzgado. La primera sesión su molestia se centró en que había perdido unos zapatos en el traslado a la clínica y sentía que las enfermeras no comprendían la relevancia de esta situación y lo instaban a mantenerse tranquilo, resignándose a la pérdida. La pérdida de esos zapatos y la desesperación de no ser comprendido, fueron claves afectivas o denominadores comunes para comprender el dolor de no querer aceptar la injusta muerte de su hijo y la situación injusta de su propio accidente. Así comenzó a expresarse emocionalmente y permitir que se desarrollara un espacio de contención emocional que le permitió mostrarse menos defensivo, menos vulnerable y aceptar mejor la ayuda de otros. La inquietud motora fue reemplazada por la pena, la conversación y la intención de cuidarse para prevenir la pérdida de su mano.

Ejemplo 2.

Un paciente se realiza una cirugía estética y se presenta una complicación que lo retiene más tiempo hospitalizado de lo previsto y con gran incertidumbre al no ver avances en su mejoría médica. Comienza a desarrollar vivencias depresivas y angustiosas. Se solicita intervención en crisis luego de la visita del psiquiatra. Es un joven de 24 años, que sufrió la muerte de su padre 8 años atrás. La relación con el padre al comienzo de las entrevistas aparece muy idealizada, sin embargo al transcurrir la conversación aparece un sentimiento importante de culpa por no haber seguido los deseos de éste en relación a su

orientación religiosa. Este sentimiento de culpa lo asocia con la complicación de su cirugía, que considera no era necesaria, sino un “lujo”. Cuando ligamos la vivencia angustiosa con su idea de que no va a obtener una mejoría en su estado médico como reflejo de un castigo por no cumplir los deseos del padre, el paciente comienza a presentar un alivio importante. Las intervenciones fueron 4 sesiones.

Ejemplo 3.

Esta es una paciente de 22 años, que sufre de una hiperémesis gravídica. Lleva unas semanas hospitalizada y se solicita intervención psicoterapéutica para evaluar si existen factores psicológicos que agraven el cuadro y no le permitan recuperarse.

La paciente vive con la madre, con quien la relación es descrita como invasiva, con dificultad para establecer límites entre lo que es propio y lo ajeno. La paciente refiere sentimientos de culpa cuando desea establecer límites en la relación con su madre, que asocia con el duelo prolongado de su madre por la muerte del padre años atrás. Estos sentimientos le impiden también la seguridad de establecer los límites necesarios para sentir que el bebé por nacer será su bebé y no el de su madre. La tensión emocional que implica esta situación hace sentir a la paciente más cómoda en la hospitalización, pues siente mejor cuidada. En el análisis se destaca el rol parentalizado que mantiene con su madre, viviendo con ella no se siente capaz de atender a sus propias necesidades, sino a las de ésta. Durante las intervenciones, en total 3 sesiones, en

la medida en que la paciente se siente contenida, con validación de su necesidad de hacer sentir que este es su bebé, logra expresar verbalmente su rabia y analizamos en conjunto algunas estrategias comunicativas que le permitan establecer límites necesarios en la relación con su madre después de que salga de la hospitalización. La paciente se alivia con la sensación de encontrarse más preparada y disminuye la culpa de no atender las necesidades de la madre. Se realizaron 3 sesiones de intervención.

EN SÍNTESIS

La intervención en crisis es un método de tratamiento psicoterapéutico acotado a un número limitado de sesiones, focalizado en un grupo de síntomas y con un método particular, que lo distingue de otras formas de psicoterapia. No siempre será suficiente una intervención en crisis para potenciar un cambio más estable en las personas y frecuentemente puede ser recomendable posteriormente una psicoterapia de más largo aliento. Como se ha planteado, el objetivo fundamental de la intervención en crisis es la sintomatología aguda, sin embargo, la movilización del paciente hacia la comprensión de sí mismo puede crear cambios más duraderos o abrir el camino para un tratamiento psicoterapéutico de mayor profundidad.

Nos parece que esta técnica resulta adecuada para el abordaje de la situación general y la colaboración hacia el equipo de salud que atiende pacientes de todo tipo, en el contexto del hospital general.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.
Para los ejemplos clínicos se utilizaron estrategias de anonimización

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellak L, Small L, *Psicoterapia breve y de emergencia*, Editorial pax, México, 1980.
2. Freud S, *El yo y el Ello, Obras completas, (1423) Tomo XIX*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
3. Beresford Th, *Clinical Assessment of psychological adaptive mechanisms in medical settings*, *Journal of Clinical Psychology*, In sesión, vol 70, 2014; 466-477.
4. Griffith J, Gaby L, *Brief psychotherapy at bedside: countering demoralization from medical illness*, *Psychosomatics* 2005, 46:2, march-april.
5. Anzieu D, *El yo piel*, Editorial Biblioteca nueva, Madrid, 1987.
6. Viederman M, *The psychodynamic life narrative: a psychotherapeutic intervention useful in crisis situations*, *Psychiatry*, vol 46, august, 1983.