

EDITORIAL

LA ATENCIÓN DE LAS CRISIS EMOCIONALES

Las crisis emocionales después de acontecimientos privados (frustraciones, fracasos, pérdidas afectivas) o públicos (catástrofes naturales, guerras, atentados) adquieren en nuestro tiempo una importancia decisiva. Entre el nacimiento y los 60 años el 57% de los hombres y el 72% de las mujeres mostrarán en Occidente una descompensación mental pronunciada y el 6% y el 15% **respectivamente** una grave.

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 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. Y es que, aunque las crisis son en ocasiones descompensaciones de pacientes con patologías psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos borderline, abuso de drogas, etc.), en un gran número de casos afectan a personas sin patología previa que se descompensan como consecuencia de situaciones vitales graves que no pueden superar 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.

Se necesita más tiempo (**y espacio**) 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. Es necesario crear centros de crisis extra-hospitalarios o al lado de las urgencias de los hospitales generales, con programas que funcionen y personal específico y bien formado. Tales programas (camas de observación en las urgencias, centros de día, atención telefónica, visita domiciliaria, etc) no pueden ser **copiados** de los ya existentes y deberán adaptarse a nuestro sistema de salud, con matices diferenciales en las diversas comunidades autónomas.

Las descompensaciones psicológicas pueden evolucionar hacia la cronicidad 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 o no hacia la recuperación depende en buena parte de la atención que se ofrezca.

Pero, para ello, 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 afrontar estas situaciones, lo que incluye, en algunos casos derivarlas adecuadamente a los especialistas. Y esto no es sencillo. Los pacientes en

crisis, habitualmente, han padecido numerosos traumas y se acercan invadidos por grandes ansiedades (**disfrazadas a menudo de síntomas psíquicos**) a las instituciones sanitarias que **les** han "quitado parte del sueldo" y les provocan frustraciones (masificación, listas de espera, asistencia "contra-reloj"). Se dirigen con desconfianza al representante de la institución, el médico, pidiendo soluciones en forma de medicamentos, que recibirán de forma pasiva. El médico a veces puede ayudarles a calmar esas ansiedades, pero, en la mayor parte de los casos, sólo puede "ayudarles a que no se hagan más daño", lo que es difícil de comprender para **los gestores de la sanidad**. En general, estos pacientes tienden **a inocular** en los profesionales lo que no pueden soportar en ellos mismos: la ira, la depresión, la rabia, los deseos vengativos, etc., por lo que el trabajo en las situaciones de crisis es agotador. Es necesario cuidar los detalles externos, que incluyen personalizar la consulta, **el trato, en principio, de usted**, la reseña de acontecimientos psicosociales recientes, etc... Pero, sobre todo, es **indispensable que el médico establezca** una relación interpersonal capaz de recibir y sostener el dolor y la ansiedad ajenos **dentro de sí mismo para devolvérselos al paciente más digeribles**. Las organizaciones sanitarias no adjudican el papel que les corresponden a las técnicas psicosociales y los consumidores acaban frecuentemente buscando en medicinas alternativas esotéricas esa consonancia emocional.

Si el paciente es enviado por el médico general a un **dispositivo de salud mental**, el profesional debe escuchar la mayoría de las veces problemas sin solución, lo que le crea un sentimiento de impotencia, pese a lo que debe crear con el **consultante** una alianza de trabajo, indispensable para protegerle. **En efecto, se ha demostrado que, de lo contrario, se pueden producir graves consecuencias**. Por ejemplo, el riesgo de suicidio después de una crisis aguda es mucho más elevado que el riesgo existente en la población general. A partir del establecimiento de esa relación, se contacta con elementos clave del entorno (familiares, **amigos**) y, **si** es necesario maestros, empleadores, abogados, agentes de la autoridad, etc.).

Poco a poco, se debe intentar 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. Se debe procurar que **entienda** que los síntomas son en gran parte producto de la interacción con las personas significativas de su entorno. Pero esta situación ideal, que el lector comprende bien, está muy lejos de ser la que se presenta en la mayoría de los centros con los que ha tenido la oportunidad de entrar en contacto. Y esa situación tiene que cambiar si queremos considerarnos un país avanzado.

La posibilidad de mejorar la actual situación existe. Los medios de comunicación no han prestado la atención debida al Plan Estratégico para la Salud Mental en España presentado el mes de abril en el Ministerio de Sanidad, que se compromete a cumplir las recomendaciones de la conferencia de Helsinki de aumentar el porcentaje de presupuesto dedicado a la salud mental hasta el 10%. El plan propone que la mayor parte de los recursos adicionales se dediquen a mejorar la asistencia ambulatoria. Con ello se logrará luchar contra la desigualdad que hasta ahora existía entre los recursos dedicados a las enfermedades físicas y a los trastornos psíquicos, que era particularmente notable en España. El plan prevé que la mayor parte de los recursos adicionales se dediquen a mejorar la asistencia ambulatoria.

En ese contexto, será indispensable atender de manera muy especial a estas situaciones de crisis emocionales que se hallan particularmente descuidadas en nuestro sistema de salud. Debemos estudiar seriamente los progresos que en el plano internacional se han logrado para atenderlas. Es por ello que resulta del máximo interés la reunión sobre "las crisis y su contención" que organiza la sección de Psiquiatría de

Urgencias de la Asociación Europea de Psiquiatras en Bilbao el 18 de junio de 2007 y de la que aquí prepublicamos cinco de los artículos que se presentarán.