

Urgencias psiquiátricas, envejecimiento y tratamiento de los trastornos mentales graves

Enric Sentís Hortet

Ha sido coordinador de diferentes Centros de Salud Mental y hospitalarios del Área Metropolitana de BCN (1985-2017). Actualmente consulta privada

Codirector del Curso de Gestión Clínica de Salud Mental de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC)



El hecho de que la población envejezca progresivamente provoca que sea necesaria la utilización de protocolos y directrices para la toma de decisiones en las urgencias psiquiátricas. En este artículo se ofrece una panorámica general de las intervenciones de urgencias en Salud Mental en la población adulta, teniendo en cuenta el envejecimiento, así como los recursos y capacidades que más se emplean a día de hoy, con especial atención a las medidas de contención verbal y la utilización de la palabra en la relación terapéutica. El artículo también incluye algunas consideraciones y reflexiones sobre la formación y praxis de la psiquiatría.

Algunos aspectos positivos del envejecimiento en salud mental

Aunque no suele repararse en ello, porque con mayor frecuencia se resalta el deterioro de las capacidades neurocognitivas y físicas que lo acompañan, el enve-

jecimiento puede tener un efecto positivo en algunos aspectos de la salud mental: por ejemplo, algunos trastornos de la personalidad pueden mejorar con la edad.

También, hablando ya desde la experiencia personal en la práctica clínica, si las condiciones somáticas y de salud general lo permiten, los pacientes mayores son, en general, más receptivos. La lectura que podría darse a este fenómeno es que provienen de una generación que no ha estado tan inmersa en la cultura de las redes sociales y de necesitar que todo se produzca con un clic, ya, al instante. Con frecuencia tienen más paciencia y más resistencia por contar con más experiencia vital.

Asimismo, los pacientes mayores permiten que la consulta fluya más, generando un diálogo pausado durante la relación que establecen con el psiquiatra, ya que son personas que cuentan con experiencias de vida interesantes y enriquecedoras.

Por otra parte, los cuadros de depresión o de ansiedad, que son los más frecuentes, se presentan en estos pacientes mayores a unas edades en las que se sienten más vulnerables. Este hecho hace que expresen gratitud al terapeuta. Y, además, también el vínculo que se crea en la consulta con el psiquiatra es sólido y con una excelente adherencia al tratamiento.

Formación

La formación del psiquiatra que atiende a personas adultas y ancianos debería incluir los aspectos biológicos, la psicofarmacología y también el conocimiento de la psicoterapia y la terapia familiar.

Lamentablemente, dentro de la formación del psiquiatra no se realiza una formación suficiente en aspectos relacionados con la psicología evolutiva y la psicoterapia, cuando resulta vital para poder conocer en profundidad al ser humano y poder desarrollar un buen conocimiento de la relación interpersonal y de la comunicación.

En España existe, todavía, un déficit en la formación en psiquiatría que incluya un mayor respeto, cuidado y relevancia por la palabra. Una buena capacidad comunicativa es imprescindible en cualquier tratamiento, incluido el farmacológico.

Debería de haber una muy buena formación en psicoterapia y en utilización del diálogo con efectos terapéuticos, como se hace en Francia Suiza, Bélgica o Alemania, donde para poder obtener el título de psiquiatra se debe



Foto de fauxels en Pexels.

tener una formación en psicoterapia y haber pasado por una psicoterapia personal (es posible elegir entre las diferentes modalidades).

En este sentido, la comunicación clínica y la relación con el paciente es vital para el ejercicio profesional. Cuidar mucho cómo se dicen las cosas al paciente y cómo se dan las noticias (tanto malas como buenas), explicar bien el funcionamiento y los efectos de los fármacos, las características del trastorno que padece el paciente, la relación de su malestar con los conflictos que padece...

La contención
mecánica se debe
aplicar por tiempo
limitado, con una
supervisión constante,
con la idea de limitar
al máximo su
aplicación, siempre
en un contexto
hospitalario y con
la participación
de profesionales,
enfermeros y
auxiliares psiquiátricos
entrenados.

Recursos en las urgencias psiquiátricas

En la actualidad existe un código para la atención del suicidio y éste no hace diferencias de edad, con un nivel muy similar al de la actuación ante una persona que sufre un infarto. Se dirige a las personas más próximas al paciente que detectan un riesgo o advierten un intento de suicidio, que pueden llamar al 112 y ponerse en manos de los profesionales que aplicarán el protocolo oportuno.

En cuanto a los profesionales sanitarios que participan en estas atenciones, deberían tener un contacto accesible y un muy buen entendimiento con los psiquiatras, los médicos de residencias y los responsables de urgencias. Este punto es muy importante, ya que, muchas veces, en momentos tan delicados, aunque no sea de forma tan protocolizada, su actuación puede llegar a ser muy eficiente y evitar situaciones de riesgo.

En la mayoría de centros, en situaciones de crisis con agitación y con riesgo de auto y heteroagresiones se intenta proceder a una actuación que siga una graduación, en la que en primera instancia se intenta la contención verbal. Se trata de escuchar activamente y hablar con los pacientes de forma terapéutica. Una práctica que, tal como se ha comentado, precisa una formación específica de cómo actuar cuando el interlocutor está muy agresivo y poco abierto al *feedback*.

La segunda instancia es la contención farmacológica, que no excluye a la verbal. La contención química puede ser necesaria cuando el paciente presenta una agresividad que pone en riesgo su vida o la de los demás, o bien puede dar lugar a que se cause daños a sí mismo o se los cause a otros. En estos casos, administrar un fármaco (un ansiolítico o antipsicótico sedante) y esperar el tiempo para que haga su efecto puede facilitar un diálogo con la persona atendida.

Y la tercera instancia, la contención mecánica debería reservarse exclusivamente para casos de riesgo de auto y heteroagresiones cuando las dos medidas anteriores fracasan. En momentos determinados, una persona puede tender a autolesionarse o lesionar a los demás, como, por ejemplo, en caso de abstinencia si es dependiente del consumo de alcohol, situación en que puede sufrir un cuadro de *delirium tremens*, o en algunos trastornos psicóticos en que la persona que los padece tiene delirios de tipo persecutorio que no ceden con la medicación y existe un evidente riesgo para su vida y para otros. La contención mecánica se debe aplicar por tiempo limitado, con una supervisión constante, con la idea de limitar al máximo su aplicación, siempre en un contexto hospitalario y con la participación de profesionales, enfermeros y auxiliares psiquiátricos entrenados.

Cambios en la psiquiatría en el período 1980-2024

En España hubo un movimiento muy importante de crítica hacia las instituciones psiquiátricas a mitad de la década de 1975-1985, cuando se pusieron en



Foto de rivage en Unsplash.

entredicho muchas instituciones cerradas y aisladas como los manicomios. Este hecho condujo a la mal llamada “antipsiquiatría”, cuando en realidad lo que llevaron a cabo sus líderes, sobre todo en Italia (Franco Basaglia) y en el Reino Unido (Laing y Cooper), fue una psiquiatría más humana, respetuosa y comunitaria que excluyera los ingresos manicomiales forzosos y el aislamiento social, lo que provocó en bastantes lugares el cierre de los manicomios. El movimiento consiguió un notorio cambio en la atención de muchas personas con problemas de salud mental, generando nuevas estructuras comunitarias vinculadas a su contexto social y ciudadano. En Francia (Deleuze y Guattari) también se dio esa línea, de forma no tan imaginativa como en Italia, quizás, pero sí más estructurada.

Lo interesante es que este movimiento de crítica (consecuencia del mayo del 68 y del movimiento político “liberadores” de entonces) no solo puso en entredicho las instituciones, sino también la familia, la forma paternalista de ejercer ciertas profesiones (como la médica o la docente), la escuela, la universidad...

También hubo una apertura a tipos de tratamientos inexistentes hasta entonces y que permitió la creación de una serie de servicios que antes eran inimaginables. Por ejemplo, los Centros de Salud Mental, los hospitales y centros de día y los servicios de rehabilitación. Incluso profesiones que no existían, como los monitores ocupacionales, educadores sociales, psicólogos especializados en arteterapia, etc.

También se ha dado un gran paso en la psicofarmacología, gracias a estudios muy sofisticados de las áreas y estructuras cerebrales y de los neurotransmisores (sobre todo en la década entre 1990 y 2000) que han sentado las bases para la investigación y selección de nuevos psicofármacos con una acción más precisa y selectiva.

Futuro

A pesar de que los avances científicos en el estudio del cerebro cada vez permitirán entender mejor las áreas del cerebro involucradas en los trastornos de salud mental, la complejidad del ser humano seguirá haciendo necesaria la interdisciplinariedad entre la medicina, la psiquiatría, la psicología, la sociología e incluso la filosofía. Existen múltiples ejemplos de instituciones y grupos de investigación multidisciplinares como el grupo Aporia, en la Universidad de Barcelona, al que pertenecen psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y filósofos.

La Inteligencia Artificial sin duda también permitirá dar pasos de gigante en el campo de la psiquiatría, sobre todo en la descripción, la exploración psicopatológica y la detección y clasificación de las enfermedades mentales. Pero seguirán vigentes la necesidad humana de apoyo, comprensión y vinculación para que los tratamientos, por videoconferencia o presenciales, puedan tener éxito.

El contacto virtual es un buen complemento, pero la relación presencial seguirá teniendo una calidad, una calidez y una capacidad empática y de vinculación mayores. A través de una pantalla no es posible mantener un contacto visual, gestual y corporal como el que se consigue en el contacto “real”. Y sin todo ello, la relación terapéutica es mucho más pobre y limitada.

Por otro lado, el estigma social seguirá necesitando que, por la presión de diferentes entidades culturales y profesionales, el hecho de padecer un trastorno mental grave no sea un obstáculo y que la persona no sea etiquetada, discriminada y marginada. No obstante, la sociedad deberá tener cuidado para no caer en la frivolidad o la excesiva “romantización” de las personas con trastornos

mentales más graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, que requieren diferentes apoyos y tratamientos.

Esto implica que a nivel psicosocial se pueda aceptar la diferencia, conseguir que las personas con trastornos de salud mental graves sean atendidas y puedan tener “Un lugar en el mundo” (como la película de Adolfo Aristarain). Está más que demostrado que en estos aspectos la parte social es muy importante para la recuperación y rehabilitación de estos pacientes. Figuras como los amigos o la familia, los diferentes terapeutas, son vitales para poder desarrollar una actividad laboral, ajustada a las posibilidades de cada uno pero que sea creativa y que permita la recuperación del amor propio y la dignidad humana para que, a partir de aquí, puedan ver que la vida tiene un sentido a pesar de su sufrimiento.

Conclusiones

El conocimiento del ser humano con toda su complejidad es imprescindible para poder hacer una buena praxis en psiquiatría. Saber cuáles son los deseos y anhelos, pero también las preocupaciones y por qué sufre un paciente es una necesidad para conseguir un buen tratamiento.

Abrirse a otras disciplinas como la farmacología, la psicología, el psicoanálisis, la psicoterapia individual y familiar y también la filosofía genera una mejor preparación y recursos en una disciplina a menudo con dificultades en conseguir la mejoría de los pacientes. Además, es la mejor forma de evitar el síndrome de *burnout* profesional.

En un tratamiento en Salud Mental, el contacto virtual es un buen recurso, pero, siempre que la situación lo permita, como complemento del contacto presencial.

Siempre se debe tener presente que la coordinación de los equipos de profesionales, unos suficientes recursos y el consenso de protocolos y de guías clínicas de actuación sanitarias son imprescindibles para una buena resolución de las urgencias psiquiátricas.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com

Para contactar directamente con el autor:
Enric Sentís Hortet - enric.sentis55@gmail.com