

Urgencias psiquiátricas en Atención Primaria de Salud

La urgencia psiquiátrica presenta, para el profesional de Atención Primaria, varias características que la diferencian de las urgencias debidas a otros motivos y que dificultan, no ya su manejo, sino su misma conceptualización.

El médico tiende a reservar el término urgencia para situaciones en las que existe una amenaza de muerte o de daño irreparable que sólo puede ser evitada mediante una intervención rápida. La urgencia psiquiátrica no se ajusta, salvo en el caso del riesgo de suicidio, a este patrón: la celeridad de la intervención tiene pocas repercusiones en el curso del trastorno, si nos referimos a una definición puramente psicopatológica del mismo, otra cosa es si pensamos en sus consecuencias socioambientales y en la repercusión que éstas pueden tener, a la larga, sobre dicho curso. Sin embargo, la urgencia psiquiátrica es una verdadera urgencia y, aunque involucre aspectos no estrictamente sanitarios, ya que deriva de la existencia de un trastorno mental, es competencia del médico.

En otras situaciones de urgencia, del infarto agudo a la hemorragia por sección vascular, esta amenaza es vivida dramáticamente por la persona que la sufre quien, por regla general, la diferencia bastante bien de otras situaciones que pueda padecer y que, como la bronquitis crónica o el astigmatismo, no reúnen esta condición de urgentes. En psiquiatría es frecuente que quien padece el trastorno que determina la urgencia no se considere enfermo, como también lo es que una solicitud muy apremiante de atención sea síntoma de un trastorno, como en el caso de la hipocondría o el trastorno histriónico de la personalidad, cuyo pronóstico puede empeorar o cuyo tratamiento puede verse comprometido si esta rotulación de *urgencia* es aceptada sin crítica por parte del médico. En el caso de la psiquiatría la consideración del carácter urgente de la atención a un problema debe resultar de un análisis de la demanda que comprende preguntas acerca de quién la efectúa, y de cuáles son los efectos del problema, de la demanda misma y de nuestras posibles respuestas sobre el entorno significativo del supuesto paciente, además del que, directamente o de rebote, pueda tener sobre éste.

Frecuentemente se considera terminada una intervención urgente cuando, tras un cuidadoso diagnóstico diferencial, el médico llega al convencimiento de que

puede descartar una afección que exigiría una actuación inmediata. Sea cual sea la naturaleza de la afección sospechada, este proceder nunca será correcto si no se efectúa el esfuerzo necesario para conseguir, por medio de una información adecuada, que la convicción del médico sea compartida por el paciente. En psiquiatría este error puede ser aún más grave y puede convertir la intervención no sólo en inútil, sino en contraproducente: la información no es un sobreañadido sino parte del tratamiento de un cuadro de ansiedad crítica diagnosticado después de haber descartado un angor. Como todo tratamiento requiere consideraciones sobre la dosis y la vía adecuadas a cada caso, así como sobre sus posibles efectos secundarios; y como todo tratamiento puede tener efectos tóxicos y producir reacciones adversas si se administra equivocadamente, como cuando nos empeñamos en «resumir» el resultado de la exploración de ese mismo cuadro de ansiedad con un «no se preocupe, Vd. no tiene nada». La preocupación es un síntoma del cuadro que tenemos que tratar, y una crisis de ansiedad no es lo mismo que «nada»: es un trastorno que requiere una explicación y un tratamiento.

El caso urgente se encarna, por regla general, en alguien que busca ayuda con ahínco. La urgencia psiquiátrica es con frecuencia una excepción a esta regla. El tratamiento o la indicación de hospitalización contra la voluntad del paciente, si no es frecuente, tampoco es absolutamente excepcional en psiquiatría. La legislación española no dispone de norma específica para regular este supuesto; la hospitalización involuntaria se regula, por tanto, por el artículo 211 del Código Civil y es el Juez quien autoriza dicha medida (y, si ello es preciso, determina quién se responsabiliza del traslado hasta el centro hospitalario). En la práctica hospitalaria es de uso corriente que el médico determine el internamiento provisional de un usuario que ya se encuentra en el hospital, en función de criterios de urgencia, sin más obligación que la de dar cuenta de este proceder al juez con la mayor celeridad, a fin de que éste se persone a examinar al ingresado. En la Atención Primaria, sobre todo en el medio rural, donde además el traslado a un centro de atención especializada supone desplazamientos de envergadura, el médico debe recurrir u orientar a la familia para que acuda con carácter previo a la autoridad judicial

para recabar autorización y medios para efectuar el traslado. El caso del internamiento involuntario ilustra a la perfección la idea de que la urgencia psiquiátrica es una situación que involucra al médico, aunque no se presta a un reduccionismo sanitarista. Porque es el médico, y sólo él, quien debe determinar la necesidad de tratamiento y, en su caso, de hospitalización para llevarlo a cabo. Sin embargo, es el juez quien debe certificar que la persona respecto a la que se toma la medida es incapaz de cuidar por sí misma de su salud. De la incapacitación trata el artículo del Código Civil a que nos referimos, y como «presunto incapaz» decide el juez someterlo involuntariamente a la evalua-

ción del médico, siendo aquél quien puede permitir un acto que, de otro modo, sería una violación de un derecho fundamental. Quizás merezca la pena recordar aquí que la hospitalización psiquiátrica es hoy, en nuestro ordenamiento, una medida médica orientada al tratamiento de un trastorno mental, y que las consideraciones sobre el peligro o la destructividad de una conducta entran de lleno en el terreno de la legislación penal y se atienen a sus reglas. Su psiquiatrización no ayuda a nadie y, menos que a nadie, a los enfermos mentales con o sin conductas desordenadas.

A. Fernández Liria