

Urgencias emocionales

ROBERTO ESCANDON CARRILLO*

Emotional urgencies

Abstract. *Emotional or psychiatric urgencies are sharp alterations of people's thoughts, emotions or behaviour, which are generally unknown by most of people and even by doctors.*

The aim of this article is to inform about these alterations and to spread the knowledge of their basics and initial treatment, all tending to avoid dangerous consequences on people who have these emotional urgencies and, at the same time, providing a better prediction of life, physical and mental health.

Introducción

En medicina, hablamos siempre del capítulo relativo a las urgencias, a las cuales, de hecho, todos estamos expuestos en algún momento, tal vez el menos pensado de nuestras vidas. A ellas se someten hombres y mujeres, ancianos y niños, sin distinción alguno de clase social, nivel académico o cultural, político o religioso, ocupacional o de carácter.

En este artículo, nuestro objetivo es hacer patente que las urgencias, definidas como una situación apremiante que pone en serio riesgo la salud física o mental de una persona, son entidades inherentes a los riesgos diarios de la vida, y que cualquier persona, sea o no médico, debe tener una noción mínima para poderlas identificar y encauzar adecuadamente, previniendo con ello la presentación de secuelas que en ocasiones pueden llegar a ser de gravedad irreparable para la persona, o su familia, trabajo o sociedad.

La urgencia Psiquiátrica se define como una perturbación del pensamiento, sentimientos o acciones, que requiere tratamiento inmediato.

Nos referimos a algunas urgencias emocionales o psíquicas que se pueden presentar comúnmente en casi cualquier persona y que, desafortunadamente por desconocimiento, pasan frecuentemente por alto, provocando desajustes importantes en los individuos o sus entornos.

Es conveniente mencionar que existen muchas otras, que, en función de las características de nuestro escrito, es imposible mencionar aquí. Comentaremos, pues, acerca del intento de suicidio, del brote psicótico, la reacción o trastorno de estrés post-traumático, la crisis de angustia y la crisis histérica (convulsiva).

I. Intento de suicidio

1. Bases diagnósticas

a) Datos clínicos importantes de depresión, tales como tristeza, pérdida de placer en las actividades habituales, insomnio o hipersomnio, ansiedad, inquietud, pérdida de apetito, postración, etcétera.

b) Expresión de deseos de muerte por la persona, tales como “desearía morir” “la vida no tiene ya sentido”, entre otros.

c) Antecedentes de intentos suicidas previos.

d) Antecedentes de intentos suicidas en la familia.

e) Antecedentes de alguna pérdida personal e importante reciente (padres, cónyuge, hijos, desastre económico, ruptura amorosa, sospecha de enfermedad grave).

f) Cambios de conducta notorios en los últimos

* Médico psiquiatra y psicoterapeuta. Director del Centro de Estudios en Psiquiatría y Psicoterapia del Estado de México, A. C.

días o semanas (tornarse callado, esquivo, suprimir algunos hábitos, abandono personal).

g) En caso de personas inconscientes, el antecedente de haber ingerido cantidades notables de medicamentos, sustancias inespecíficas, etcétera.

2. Consideraciones Generales

El suicidio en Estados Unidos es actualmente la novena causa de muerte (Kaplan, 1988).. En nuestro medio mexicano, la estadística pudiera ser ligeramente más baja, pero similarmente importante.

El intento de suicidio (no consumado) es aproximadamente 10 veces más frecuente que el suicidio consumado. Lo anterior, sin considerar los suicidios que no se pueden documentar legalmente, por ejemplo, los “accidentes letales”, que en realidad son provocados por gente que desea morir (consciente o inconscientemente), tales como accidentes automovilísticos, atropellamientos o caídas. Y los que pudiéramos llamar “suicidios crónicos”, como alcoholismo, drogadicción, desobedecer indicaciones médicas en enfermedades crónicas que requieren medicación de por vida, entre otras.

Los siguientes son datos de población de alto riesgo: sexo masculino (3:1), aunque las mujeres lo intentan 3 veces más que los hombres pero sin llegar a la consumación; ancianos y adolescentes;

raza blanca; sin religión o con religiones protestantes; solteros, viudos o divorciados; pacientes con alguna enfermedad crónica activa (cáncer, insuficiencia renal crónica, dolor crónico, desfiguración, etcétera); pérdida ocupacional reciente;

entre las profesiones de más alto riesgo están:

médicos, músicos, dentistas, funcionarios, abogados y agentes de seguros (Kaplan, 1988).

El método más utilizado es la ingesta de fármacos. Sin embargo, a mayor decisión de consumir el suicidio, el método será más agresivo.

3. Diagnóstico diferencial

En algunos casos de psicosis, las alucinaciones auditivas pueden “ordenar” al sujeto que se suicide, sin embargo, aun aquí el resultado final se evalúa como suicidio o intento. Vale la pena hacer mención que no es infrecuente que algunas personas manipulen a su medio amenazando o intentando suicidarse con medios poco agresivos; sin embargo, los estudios han revelado que en los intentos suicidas, incluso en los manipulados, la agresividad va aumentando con cada episodio.

4. Complicaciones

Van desde cambios manipulados en su medio ambiente (familia o pareja, por ejemplo) pasando

por diversos grados de daños físicos, hasta la muerte.

5. Manejo

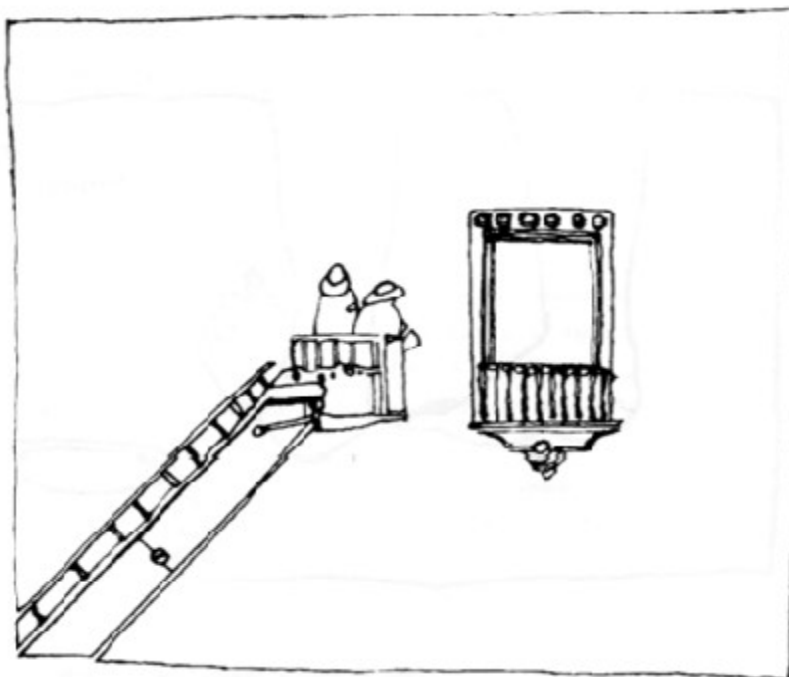
a) Una vez sospechado el caso (o confirmado), es importante localizar a los familiares o amigos más cercanos, con el fin de darles aviso del riesgo o de lo acontecido, así como de las circunstancias.

b) En caso de estar frente a una persona que ha ingerido fármacos o sustancias dañinas, es necesario procurar mantener vías aéreas permeables y valorar la viabilidad de efectuar lavado gástrico con sonda, o bien, provocar el vómito en caso de que las sustancias ingeridas estén identificadas y no sean cáusticas.

c) Si la persona nos ha avisado de su intención, es necesario procurar facilitarle la “catarsis” (desahogo emocional) e intentar convencerla para que deseché sus ideas al respecto, al menos mientras se puede dar aviso o buscar ayuda médica especializada.

d) En caso de que se considere que el riesgo es alto, procúrese obtener la información sobre el plan suicida lo más detallada posible, preguntar teléfono y datos personales, preguntar también si la persona está dispuesta a llamar telefónicamente, si sus deseos suicidas reaparecen o se refuerzan a un punto en que no esté segura de poder contener sus impulsos.

e) Por lo general, la decisión del suicidio es resultante de que la persona considera intolerable el sufrimiento de su existencia y con frecuencia subyacen deseos inconscientes de venganza en contra de sus seres queridos u otras personas, es



conveniente, por tanto, confrontar a la persona con los efectos que su conducta tendrá sobre su cónyuge, hijos, familia o amigos, es decir, la ganancia secundaria de su actitud y los daños permanentes que ocasionará a los que le rodean.

f) Sugerimos también en aquellos casos que lo ameriten, proporcionar los teléfonos o lugares donde puedan recibir el apoyo urgente en caso necesario.

g) Recomendamos no asumir personalmente la responsabilidad sobre la integridad de la persona, pues nunca se puede asegurar que a mediano plazo el paciente no logrará su objetivo. La responsabilidad legal de quién guarde la “confidencialidad” en estos casos puede llegar a ser grave.

h) La hospitalización psiquiátrica es indispensable en aquellos casos en que se considere que el riesgo es muy alto por lo decidida o sospechosa que se ve la persona.

i) El peligro para con uno mismo es una de las pocas indicaciones en la actualidad para someter al paciente a una hospitalización involuntaria (Kaplan, 1988) por lo cual y sin temor a riesgos legales, se debe proceder con firmeza.

j) Como comentario general, el tratamiento específico deberá realizarse por médico psiquiatra por medio de psicofármacos, psicoterapia y, en casos graves, por terapia electroconvulsiva, la cual es un medio de recuperación rápida, segura y sin complicaciones cuando es bien aplicada.

Recientemente, se ha observado en diversos estudios, que los cerebros de los suicidas presentan menor cantidad de la normal del neurotransmisor llamado serotonina, por lo cual se supone existe también una base definidamente biológica al menos en la tendencia suicida. Por ello se reco-

miendan para estos casos los antidepresivos que actúan aumentando los niveles de dicha sustancia.

II. Brote psicótico

1. Bases diagnósticas¹

- Cambios emocionales notorios.
- Incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.
- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Conducta desorganizada.
- Capacidad de juicio alterada.

2. Consideraciones generales

Son trastornos funcionales u orgánicos del sistema nervioso, de mayor gravedad que la neurosis. Son, por tanto, desviaciones graves de la normalidad mental y se caracterizan por cambios profundos de la personalidad, es decir, existe una desintegración transitoria o definitiva de la misma. En la mayoría de los casos, la realidad externa no es evaluada correctamente y ocurren severas alteraciones del contenido del pensamiento (alucinaciones, ideas delirantes, entre otras), de la afectividad (depresión o manía) y de la conducta. La autocrítica generalmente está alterada y es común que el paciente sea incapaz de percibir que su mente se encuentra enferma o trastornada.

En cuanto a la etiología, podemos hablar de problemas funcionales (causas neurobioquímicas, genéticas, psicodinámicas), u orgánicas (los llamados síndromes cerebrales orgánicos secundarios, lesiones estructurales, enfermedades sistémicas, traumatismos craneoencefálicos, epilepsias).

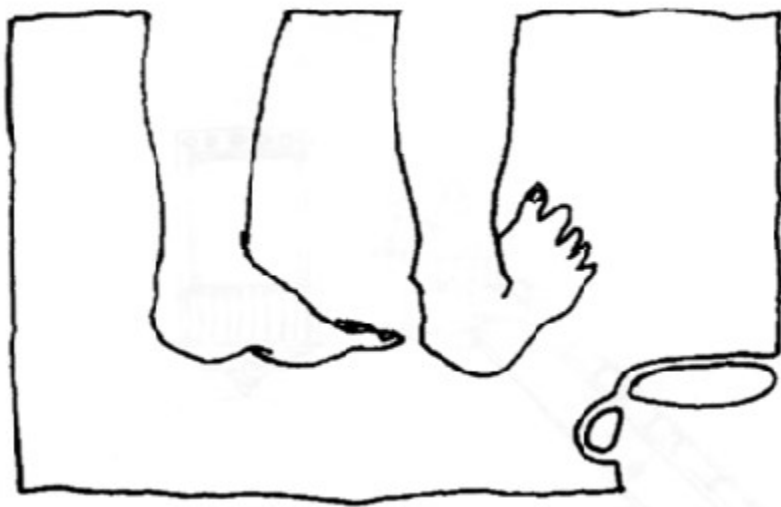
Bajo el punto de vista del autor, en general debemos tener un enfoque de causas multifactoriales y analizar en ese sentido cada caso.

3. Diagnóstico diferencial

Se deben descartar siempre enfermedades neurológicas, retraso mental, simuladores (aumentan sus síntomas cuando creen ser observados), enfermedades sistémicas que cursen con ataque al estado de conciencia, etcétera.

4. Complicaciones

Realización de actos violentos contra sí mismo (hasta el suicidio) o contra otros (siempre se debe de estar alerta). Los casos con pobre control psiquiátrico o que presentan irregularidades en el tratamiento, de poca cooperación familiar, de pacientes que se niegan a aceptar que están enfermos, que rechazan los medicamentos, o que presentan conflicto con la autoridad, tienden, por lo



1. Goldman, H. Psiquiatría General. (1987). *El Manual Moderno*. México. Caps. 31, 32 y 59.

general, a tornarse crónicos después del tercer o cuarto brote psicótico (independientemente del tipo de psicosis que fuere). Podría decirse, pues, que un paciente disciplinado con buena disposición y conciencia de su enfermedad, tiene mayores posibilidades de controlar su padecimiento.

5. Manejo

a) Actitud comprensiva, empática y respetuosa con el paciente.

b) No hacer cosas que le puedan parecer “extrañas” (actuar sospechosamente, engañarle, tomar algún arma).

c) Buscar a algún miembro de la familia o amigo íntimo del paciente.

d) Si es posible, administrarle algún ansiolítico (diazepam o derivados) en tanto se ubica en manos de un psiquiatra.

e) Por lo general, se deberá hospitalizar psiquiátricamente al paciente psicótico, dados los riesgos para con los demás y para consigo mismo.

f) En casos extremos, se deberá controlar físicamente al paciente, sujetándolo gentilmente a una cama con sábanas y evitando así se dañe o dañe a otras personas; en este caso también es necesario administrar medicamentos sedantes intramuscularmente.

Evitar al máximo el intentar controlar a un paciente que muestre agitación psicomotriz si quien lo atiende está solo. Se debe tomar en cuenta que el paciente, por su estado mental, no tiene la capacidad de medir o reflexionar sus actos y lo puede lastimar seriamente.

g) En caso de que acuda la policía, los bomberos o algún otro cuerpo de seguridad pública, antes de que intervengan debe advertírseles, que se trata de un enfermo mental y no de un delincuente.

h) El tratamiento en sí dependerá del tipo de psicosis de que se trate y deberá quedar a cargo una unidad de psiquiatría, preferentemente bajo hospitalización.

6. Pronóstico

Dependerá de la etiología o tipo de enfermedad psicótica, así como de la conciencia de enfermedad que, como se dijo anteriormente, pueda desarrollar el paciente.

III. Trastorno por estrés postraumático

1. Bases diagnósticas²

a) Antecedente de un estrés intenso específico que ocasionaría molestias casi a cualquier persona normal.

b) En algunas personas aparece horas o días después del estímulo estresante, pero en otras puede aparecer meses después.

c) Reexperimentación del evento traumático por medio de pesadillas, imaginación, etcétera.

d) Incapacidad para sentir las emociones normales, como intimidad, ternura y sexualidad (entumecimiento o anestesia psíquica).

e) Estado de hiperalerta, insomnio, sentimientos de culpa por haber sobrevivido, dificultades de memoria o concentración, síntomas depresivos y ansiedad.

f) Ejemplos de agentes estresantes son: desastres naturales (terremotos, incendios, inundaciones, etcétera), asaltos, violación, accidentes de tránsito, combate, desastres industriales, accidentes graves en el hogar, entre otros.

2. Consideraciones generales

El DSM-III (American Psychiatric Association) lo define: “el rasgo central es el desarrollo de síntomas característicos tras la experiencia de un suceso o sucesos psicológicamente traumáticos fuera del ámbito de la experiencia humana habitualmente considerada como normal. Los síntomas característicos incluyen una reexperimentación del suceso traumático, supresión de la respuesta o participación en el mundo exterior y diversos otros síntomas autonómicos (ansiedad expresada físicamente), disfóricos (cambios de ánimo o irritabilidad) o cognitivos (retención, concentración, memoria, etcétera)”. El estrés debe ser lo suficientemente grave como para sobrepasar la gama de experiencias humanas consideradas como normales. Puede ser agudo o cronificarse (los síntomas inclusive pueden aparecer meses después del suceso). Es más frecuente al parecer en niños, ancianos, gente con trastornos de personalidad, o más graves, preexistentes; solteros, divorciados o socialmente depravados. Si se produce además lesión física, se ha observado que la gravedad es mayor (aún más si es ocasionada por factor humano) (Goldman, 1987).

3. Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar del trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos depresivos, fóbicos o mentales orgánicos.

4. Complicaciones

La anestesia emocional puede destruir o alterar seriamente las relaciones interpersonales (pareja, familia, amigos). La conducta de evitación fóbica puede afectar la vida profesional o recreativa. Puede llegar a presentarse también, en casos serios, intentos de suicidio y dependencia al alcohol o drogas.

2. American Psychiatric Association (1984), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona.

5. Manejo

a) Permitir que la persona verbalice (hable) lo más posible del evento, ya sea con el terapeuta o con la familia o amigos. La catarsis (desahogo) y la abreacción (“sacar” la emoción ligada al recuerdo) facilitarán enormemente la elaboración psicológica del trauma.

b) Facilitar la localización de familiares o amigos que apoyen a la persona a la brevedad posible.

c) Si la persona está muy alterada, administrar un ansiolítico como el diazepam, en tanto se da paso a un tratamiento más específico.

d) El manejo ideal será por un psicoterapeuta entrenado (psiquiatra o psicólogo) con terapia de apoyo o de *insight* (introspección) según lo requiera el caso.

e) Son beneficiosas también las técnicas de relajación, las terapias conductuales y los psicofármacos.

6. Pronóstico

En general, la reacción se presenta inmediatamente después del estrés, si no rebasa los seis meses la presentación de síntomas, se considera trastorno agudo y el pronóstico es bueno en general. Pero si el tiempo de los síntomas rebasa los seis meses o comienzan después de este periodo, se considera crónico y el pronóstico empeora considerablemente.

IV. Crisis de angustia

1. Bases diagnósticas³

a) Aparición súbita de una aprensión (angustia) intensa, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de catástrofe inminente y sin un estímulo aparente que se relacione como causa probable.

b) Disnea (“falta de aire”), palpitaciones, molestias precordiales (área cardíaca), mareos, vértigo, sudoración profusa, desmayo.

c) Despersonalización (sensación de no ser uno mismo), desrealización (sensación de irrealidad, miedo a morir o volverse loco).

d) Parestesias (hormigueo de manos o pies), bochornos, escalofríos, temblor o sacudidas, deseo de “salir corriendo”.

e) Sin causa física relacionada con el trastorno ni la presencia de otro trastorno mental.

f) Duran por lo general minutos, aunque pudieran durar horas.

2. Consideraciones generales

El DSM-III denomina oficialmente a este problema como “trastorno de pánico” o “trastorno de angustia”. Lo padece aproximadamente 2% de la población y es más frecuente en mujeres (2:1) y en la adolescencia tardía o los primeros años de la tercera década de la vida (Kaplan, 1989). Al parecer, hay factores genéticos y familiares, así como neurobioquímicos (vías noradrenérgica y serotoninérgica) implicados en su etiología, así como predisposición en la gente depresiva, y aquella que pudo haber aprendido patrones de conducta de otras personas con trastornos de angustia.

3. Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar de arritmias cardíacas, tirotoxicosis, hipertiroidismo, cafeinismo, feocromocitoma (tumor de suprarrenales), hiperventilación, enfermedad de Cushing, hipocalcemia, hipoglucemia. Se ha asociado frecuentemente en pacientes que presentan prolapso de válvula mitral (se ignora la causa aunque se ha observado que estos pacientes con frecuencia presentan disfunción del sistema nervioso vegetativo).⁴

4. Complicaciones

Puede presentarse la agorafobia (miedo intenso a estar solo en sitios públicos), la depresión y el abuso del alcohol u otras sustancias.

5. Manejo

a) Tranquilizar al paciente, haciéndole ver que su miedo es irracional y que no hay causa asociada para que se sienta tan amenazado.

b) Si es posible, administrar algún medicamento ansiolítico como el alprazolam o, en su defecto, el diazepam.

c) Intentar relacionar si hubo algún estímulo relacionado con la aparición del ataque.

d) Técnicas de relajación o de terapia conductual.

e) El tratamiento definitivo debe ser bajo medidas profesionales especializadas, mediante psicoterapia y farmacoterapia.

6. Pronóstico

Puede ser pasajero, o bien, llevar curso crónico, en general no es incapacitante.

V. Crisis conversiva u histérica aguda

1. Bases Diagnósticas⁵

a) Pérdida o perturbación de una función física que sugiere un trastorno o enfermedad somática.

b) Existe relación temporal entre el conflicto o

3. American Psychiatric Association. *op. cit.*

4. *Ibid*

5. *Ibid*

necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del síntoma, es decir, el síntoma permite al individuo evitar algún tipo de actividad nociva para él u obtener un apoyo ambiental que de otra manera no conseguiría.

c) El síntoma no se halla bajo control voluntario, ni puede explicarse por alguna enfermedad orgánica.

d) Los síntomas clásicos son: parálisis, afonía (incapacidad para hablar), ceguera, alteraciones en la coordinación, convulsiones, anestesia, parestesia, falso embarazo (seudociesis), vómito, etcétera.

2. Consideraciones generales

La crisis conversiva es la pérdida o alteración del funcionamiento físico, que en realidad es la expresión simbólica de un conflicto o necesidad psicológica.

Generalmente comienza en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, pero puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Lo más usual es que la evolución y la resolución sean rápidas, pero en algunos casos puede haber una evolución crónica, que puede llegar a producir complicaciones reales y serias (por ejemplo, una contractura muscular muy prolongada puede llegar a ocasionar contracciones o atrofia).

Al parecer, es más común en las mujeres, en personas que convivieron con enfermos reales o conversivos un buen tiempo y en momentos de estrés psicológico intenso. La frecuencia era muy notoria en décadas pasadas, en la actualidad ha ido en decremento, viéndose la mayoría de los casos en servicios de neurología, ortopedia y contextos bélicos (Kaplan, 1989).

3. Diagnóstico diferencial

Se debe diferenciar de los trastornos físicos con síntomas vagos y múltiples (como la esclerosis múltiple y el lupus eritematoso sistémico); de problemas físicos en los que los factores psicológicos tienen un papel importante (como en el asma bronquial o el colon irritable), del dolor psicógeno, los trastornos por somatización, la hipocondriasis y la simulación.⁶

4. Complicaciones

Usualmente, la vida del individuo se ve afectada notablemente, alterando las actividades normales del paciente. Cuando se asocia a una personalidad dependiente, suele aparecer la incapacidad crónica. Los procedimientos médicos innecesarios pueden también acarrear complicaciones e incapacidades.

5. Manejo

a) Al presentarse la crisis, debe procurarse tranquilizar a la familia, y detectar en lo posible cual es la ganancia secundaria (lo que obtiene la persona con sus síntomas en el medio ambiente), dando tiempo para que esto se pueda resolver en el tratamiento profesional.

b) En algunos casos da buen resultado la hiperventilación (en crisis agudas) que consiste en colocar una bolsita de plástico en boca y nariz de tal manera que aumente la frecuencia respiratoria y el ingreso de bióxido de carbono a la sangre, los cambios metabólicos originados por esta maniobra son efectivos, sobre todo en caso de parálisis musculares conversivas.

c) El manejo definitivo debe darse en psicoterapia psicoanalítica, buscando que la persona logre introspección de su problemática inconsciente, de la simbolización de sus síntomas (el significado emocional de los mismos), y de las fuentes generadoras de conflictos. El resultado es bueno ya sea en psicoterapia individual o grupal. En casos agudos en los que sea urgente la mejoría, da buenos resultados la hipnosis.

6. Pronóstico

Es muy variable. En algunos casos puede desaparecer sin tratamiento en días o meses, pero en otros el curso es crónico, a pesar de los esfuerzos de tratamiento. A este respecto también es importante la reacción que tengan ante el problema las personas significativas para el paciente y las ganancias que obtenga en su medio ambiente social. •

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1984). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona.
- Goldman, H. (1987), *Psiquiatría General*. El Manual Moderno. México.
- Kaplan, H. and Sadock, B
- (1988). *Compendio de psiquiatría*. Salvat. México.
- (1989). *Tratado de Psiquiatría*. Salvat. México.

6. American Psychiatric Association. *op. cit.*