



---

## PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

Ángel Francisco García Pacheco<sup>1</sup>, María Antonieta Calderón Márquez<sup>2</sup> y Karina Serrano Alvarado<sup>3</sup>

### Resumen

Existe desconocimiento de la labor del psicólogo por parte del profesional médico como facilitador en el área de urgencias, lo que obstaculiza la apertura de espacios de actuación y restringe los beneficios potenciales de su participación en el equipo multidisciplinario. **Propósito y objetivo del estudio.** Identificar y describir las necesidades de atención psicológica en el servicio de urgencias con la aplicación de una entrevista semiestructurada, que detecte factores de riesgo psicológicos relacionados con el motivo de consulta. **Método.** Se aplicó una entrevista semiestructurada en forma aleatoria incidental, a pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. Se entrevistó a quienes accedieron a participar en el estudio. Se identificaron y categorizaron los principales problemas psicológicos detectados. Se realizaron análisis estadísticos con tablas de contingencias mediante  $\chi^2$ . **Resultados.** La muestra fue de 88 pacientes 38 hombres y 50 mujeres la edad promedio fue de  $38.67 \pm 17.56$ . El 46.6% de los participantes acudió servicio por enfermedad aguda, el 21.6% por padecimiento crónico agudizado, 18.2% por accidente o lesión y 9.1% por intento suicida. En 35 participantes se identificaron diversos problemas psicológicos asociados a la enfermedad como: déficit en adherencia terapéutica, ausencia de conductas de autocuidado, y dificultad en la solución de problemas y baja percepción de autoeficacia, 11 casos presentaron ansiedad hospitalaria y 6 participantes acudieron por toxicomanías. De los pacientes entrevistados sólo 13 (14.3%) fueron referidos por el personal médico de urgencias, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de problema psicológico y el número de pacientes referidos a atención psicológica, siendo en su mayoría los casos de intento suicida los que entraron en este rubro **Discusión.** Existen factores psicológicos asociados en el proceso de atención y tratamiento de los pacientes en el servicio de urgencias. Se

---

<sup>1</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Medicina Conductual, UNAM, correo-e: afgarcía@iztacala.unam.mx, Tel: 53018640 cel: 5513990926

<sup>2</sup> Jefa de la División de Medicina Interna, Hospital General de Atizapán.

<sup>3</sup> Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Medicina Conductual, UNAM, correo-e: karina\_230282@hotmail.com

discuten las ventajas de la atención psicológica en las diferentes problemáticas médicas presentadas en dicho servicio.

**Palabras clave:** Psicología de Urgencias, Medicina Conductual, Intervención Multidisciplinaria

#### ABSTRACT

There is lack of knowledge of the work of the psychologist by the medical professional as a facilitator in the emergency area, which hinders the opening of work areas and restricts the potential benefits of their participation in the team. **Purpose and objective of the study.** Identify and describe the psychological care needs in the emergency department with the application of a semi-structured interview to detect psychological risk factors related to the complaint. **Method.** We applied a semi structured interview incidental randomly to patients attending the emergency department of Atizapán General Hospital. Who were interviewed agreed to participate in the study. Were identified and categorized the main psychological problems encountered. Statistical analysis was performed with contingency tables by  $\chi^2$ . **Results.** The sample included 88 patients 38 men and 50 women the average age was  $38.67 \pm 17.56$ . The 46.6% of participants attended service for acute illness, 21.6% for acute chronic illness, 18.2% for accident or injury and 9.1% for attempted suicide. In 35 participants identified various psychological problems associated with the disease as deficits in adherence to treatment, lack of self-care behaviors, and difficulty in solving problems and low perceived self-efficacy, 11 cases presented anxiety and 6 participants attended hospital for drug addiction. Of the patients interviewed only 13 (14.3%) were referred by emergency medical personnel were found statistically significant differences by type of psychological problem and the number of patients referred to counseling, being most of the cases of those who attempt suicide entered in this item. **Discussion.** Psychological factors are associated in the process of care and treatment of patients in the emergency department. We discuss the benefits of counseling in different medical problems outlined in the service.

**Keywords:** Emergency Psychology, Behavioral Medicine, Multidisciplinary Intervention

## Introducción

La Psicología en el campo de las emergencias se define como la adaptación y aplicación del conocimiento psicológico existente a las situaciones y los servicios de emergencias (Lorente, 2005). En el ámbito hospitalario se ubica en espacios como las salas de espera y los consultorios de urgencias de los hospitales (Lorente, Font y Villar, 2005).

El primer contacto con los usuarios en el servicio de urgencias es el triage, que es un sistema de clasificación que tiene como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica prehospitalaria, transportación, tipo de unidad hospitalaria receptora y atención médica definitiva

bajo los criterios de gravedad y pronóstico de los pacientes y de los recursos para asistir las necesidades de cuidados que requieren (Illescas, 2006).

Con la finalidad de hacer más objetivos los sistemas, internacionalmente se ha adoptado un código de colores que, independientemente del sistema que se utilice, divide a los pacientes en cuatro categorías: Rojo con prioridad uno, son pacientes críticos, potencialmente recuperables, que requieren atención médica inmediata, Amarillo con prioridad dos, pacientes graves que requieren atención médica mediata, Verde, prioridad tres, pacientes con lesiones leves, que puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física y Negro, prioridad cero, pacientes con lesiones mortales o fallecidos en el lugar.

La clasificación del triage se basa en el beneficio que presumiblemente se obtendrá con la atención médica y no sólo en la gravedad de la lesión. Todo sistema de selección ha de tener las siguientes características: a) ser simple, b) planeado y difundido con anterioridad, c) hacer uso de todo personal disponible y, e) realizarse en todos los pacientes (Secretaría de Salud, Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre, 2002).

Una situación de emergencia trae consigo una serie de repercusiones que desorganizan los aspectos cognoscitivos y emocionales de los individuos. Al momento del evento se deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad y de impotencia, mezclada con sentimientos de ira y tristeza, dichos componentes pueden interferir o dificultar la atención médica efectiva.

La intervención psicológica puede contribuir al triage con el fin de integrar la atención multidisciplinaria desde la primera descripción del padecimiento, observando en caso necesario las áreas de probable intervención, particularmente en aquellos pacientes que describen tener una enfermedad cuya sintomatología puede ser mejor descrita por un trastorno psicofisiológico o psicosomático, es decir aquellos pacientes que son clasificados comúnmente como “hipocondriacos” o “conversivos”.

La labor del psicólogo en el servicio de urgencias resulta de gran utilidad ya que puede centrarse en la atención directa o indirecta a la atención de crisis o

modificación de estados emocionales en pacientes o sus familiares con respecto a un estado agudo de la enfermedad por diversas causas. Una última dimensión del ejercicio psicológico en esta área es la detección y modificación de factores psicosociales que afecten al curso, pronóstico y evolución del problema de salud presente además de la detección y atención a personas en situación de incidente crítico a las cuales no se les presupone algún trastorno psicológico a priori (García, Arzate, Martínez, Torres, Castro et al., 2008; González de Rivera, 1999)

Los métodos de la asistencia psicológica de urgencia están científicamente fundamentados y se orientan en las concepciones de los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis y la psicoeducación. Los primeros auxilios psicológicos se definen como la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal, esta estrategia pretende ofrecer apoyo emocional, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos sociales de ayuda (Slaikeu, 1988)

La intervención en crisis se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida en la persona alterada, es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza” (Rubín y Bloch, 2001).

Por otro lado la psicoeducación se define como el aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar dicho trastorno y tiene como objetivo tiene preparar y habilitar al paciente en las cuestiones relacionadas a la enfermedad, tratamiento y complicaciones asociadas (Rebolledo y Lobato, 1997).

Entre los principales problemas identificados en el área de la psicología de urgencias (Coronado-Santos, Díaz-Cervera, Vargas-Ancona, Rosado-Franco,

Zapata-Peraza y Díaz-Talavera, 2004; Robinson y Baker, 2006) se encuentran a las personas con alteraciones del comportamiento y crisis depresivas, los intentos autolíticos, las crisis histriónicas, los casos de agitación psicomotriz, abuso de sustancias, la comunicación de malas noticias y asistencia a personas víctimas de violencia o abusos, los síndromes orgánicos cerebrales, o patologías orgánicas asociadas como en el caso del VIH, estados y trastornos de ansiedad como estrés postraumático, fobias, etcétera.

Hasta hace algún tiempo existía el desconocimiento de los profesionales de salud tradicionalmente dedicados a la atención médica de la labor del psicólogo como elemento facilitador en la optimización de recursos y servicios que se brindan en el área de urgencias (Morgan, y Killoughery, 2003), lo cual obstaculiza la apertura de espacios de actuación del psicólogo y restringe los beneficios potenciales de su participación en el equipo multidisciplinario.

Actualmente la psicología comienza abrir espacios de aplicación clínica en los hospitales y el equipo de salud, sugiere, recomienda, utiliza y promueve la participación de los psicólogos en la atención integral del paciente, sin embargo en el campo de las urgencias hospitalarias no se ha documentado a fondo el trabajo psicológico, por tanto el objetivo de la presente investigación fue identificar y describir las necesidades de atención psicológica en el servicio de urgencias mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada, a fin de detectar problemáticas psicológicas y/o factores de riesgo conductual relacionados con el motivo de ingreso al servicio como parte importante de la atención multidisciplinaria.

### **Método**

Se aplicó un modelo de entrevista semiestructurada en forma aleatoria incidental, a pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán entre los meses de agosto y septiembre del 2008.

Sujetos. 103 pacientes usuarios del servicio de Urgencias del Hospital General de Atizapán.

## **Instrumentos**

Se construyó una entrevista semiestructurada que constó de distintos apartados: Ficha de identificación, Datos sociodemográficos, Padecimiento médico actual, Otros padecimientos, Hospitalización previa, Referencia intrahospitalaria del paciente a Psicología o Medicina Conductual, Evaluación Psicológica en Urgencias con descripción de áreas cognitiva, emocional, conductual y psicofisiológica asociadas al motivo de consulta y la hospitalización. Asimismo se buscó información sobre factores de protección como la percepción de apoyo social, conductas de autocuidado y el estado mental del paciente al momento de la entrevista.

Procedimiento Para la instrumentación de la encuesta se explicó el objetivo de la entrevista a los pacientes y se solicitó su colaboración voluntaria, se entrevistó a quienes accedieron a participar en el estudio independientemente del TRIAGE de la urgencia. La encuesta aplicada fue mediante un interrogatorio directo.

Análisis estadístico Se categorizaron y capturaron los datos obtenidos mediante la entrevista. Se tabularon resultados y se procedió a realizar un análisis estadístico con tablas de contingencias mediante  $\chi^2$  a fin de comparar resultados por categorías. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 12.

## **Resultados**

Entre los meses de agosto y septiembre del 2008 se entrevistó a 103 pacientes, no se detectaron casos de pacientes o familiares que se rehusaran a la aplicación del cuestionario.

Se eliminaron 15 pacientes a los cuales se había iniciado la aplicación de la encuesta pero debió ser suspendida por motivos diversos como la realización de un procedimiento o estudio médico. De las 88 encuestas aplicadas hasta su conclusión 50 (56.8%) se realizaron durante el turno matutino 21 (23.9%) durante el turno vespertino y 17 (19.3%) durante la noche.

La muestra final fue de 88 pacientes (n=88) de los cuales 50 (56.8%), eran del sexo femenino y 38 (43.2%) del sexo masculino. El rango de edad de los pacientes fue de entre 15 y 98 años de edad ( $m= 38.67 \pm 17.56$  años).

El grado de estudios fue: 10 (11.4%) analfabeta, 52 (59.1%) con grado inferior o igual a secundaria y 26 (29.6%) con escolaridad preparatoria o superior. El estado civil fue: 29 (33%) solteros, 34 (38.6%) casados, 12 (13.6%) en unión libre, 7 (8%) separados y 6 (6.8%) viudos. La ocupación fue: 14 (15.9%) desempleados, de estos el 3.4% perdió el trabajo a causa de la enfermedad, 60 (54.5%) empleados, 19 (21.6%) se dedicaban al hogar y 7 (8%) fueron estudiantes.

El triage del total de los encuestados fue 23 (26.1%) amarillo, 24 (27.3%) verde y 41 (46.6%) rojo. 45 (51.1%) participantes acudieron al servicio por enfermedad aguda (dolor abdominal, pancreatitis, apendicitis, etcétera.), 19 (21.6%) por un padecimiento crónico agudizado (descompensación por diabetes mellitus, hipertensión arterial o insuficiencia renal crónica), 16 (18.2%) por un accidente o lesión y 8 (9.1%) por un intento suicida.

Entre las patologías previas detectadas que no fueron causa del motivo de consulta se encontró: Diabetes Mellitus tipo 2 en 2 casos (2.3%), 11 (12.5%) con hipertensión arterial, 8 (9.1%) padecían ambos y 11 (12.5%) padecían otra enfermedad crónica. Hubo antecedentes de Hospitalización en 33 (37.5%) pacientes.

Como conductas protectoras y/o de riesgo se detectaron: 68 (77.3%) participantes que reportaron tener apoyo familiar y/o social en relación al

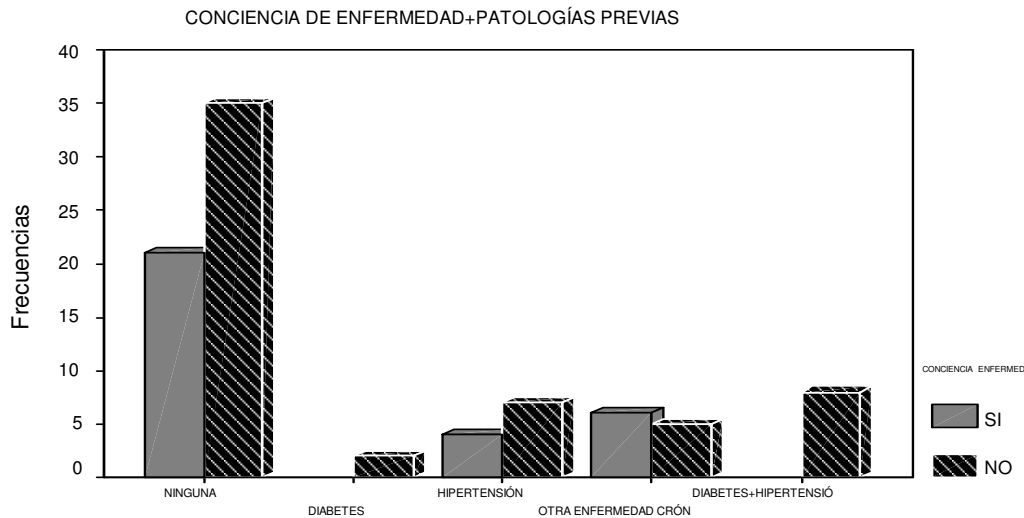


Figura 1. Frecuencias encontradas en relación a la presencia de una patología previa a la hospitalización y la conciencia de enfermedad

padecimiento médico. Se identificó falta de seguimiento dietético en 69 casos (78.4%) y ausencia de actividad física regular en 53 pacientes (60.2%), 57 pacientes (64.8%) se identificaron sin conciencia de enfermedad, en este sentido la conciencia de enfermedad se define como el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y atribución a una enfermedad que se padece (Sanz, Contable, López-Ibor, Kemp y Davis, 1998).

En relación a la conciencia de enfermedad, se graficaron las frecuencias de los participantes que reportaron padecer alguna enfermedad crónica al momento de acudir al servicio de urgencias (figura1), al registro de hospitalizaciones previas (figura2) y al motivo de ingreso actual al servicio de urgencias (figura3). Se identificaron 2 casos de personas diabéticas, 7 hipertensas, 8 con diabetes e hipertensión y 5 con otras enfermedades crónicas que no tenían conciencia de enfermedad, es decir, no atribuían la sintomatología médica presente a la presencia de una enfermedad de base ya existente, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $\chi^2= 7.38$ ,  $p= .07$ ). Tampoco hubo diferencias significativas en relación a la conciencia de enfermedad y las hospitalizaciones



previas ( $\chi^2 = .40, p = .34$ ). En relación al tipo de padecimiento causal del motivo de consulta al servicio de urgencias, se identificaron 17 casos de padecimientos crónico agudizados, 17 casos por enfermedad aguda, 5 por accidentes y 6 por intento suicida, todos ellos sin conciencia de enfermedad, la diferencia en comparación con las personas que si tenían conciencia de enfermedad fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 13.33, p = .03$ )

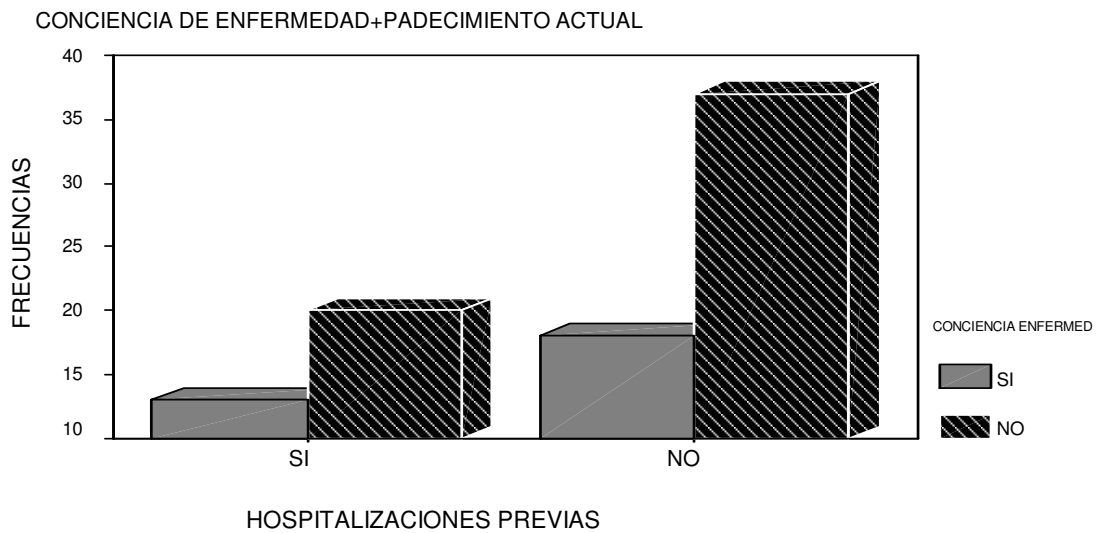


Figura 2. Frecuencias encontradas en relación al reporte de hospitalizaciones previas y la conciencia de enfermedad

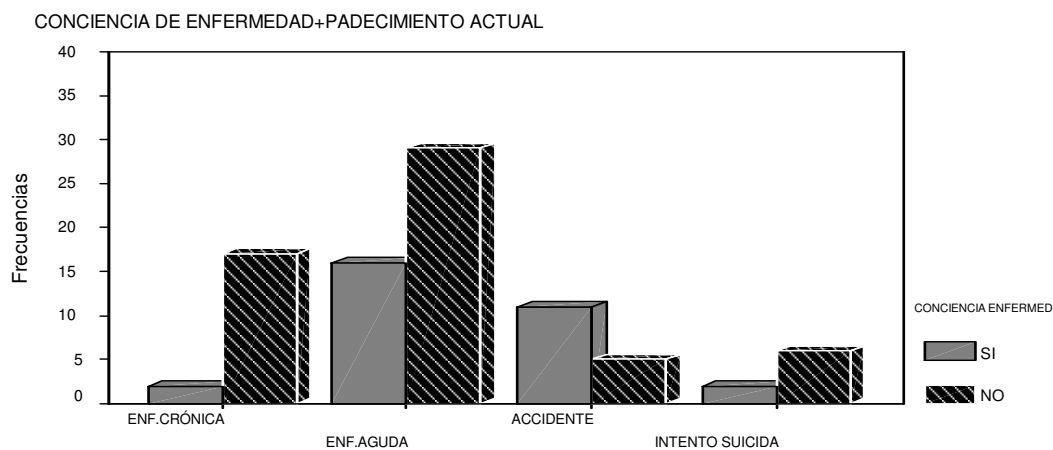


Figura 3. Frecuencias encontradas en relación al tipo de padecimiento al momento de ingreso a urgencias y la conciencia de enfermedad

En 35 participantes (39.7%) se identificaron diversos problemas psicológicos asociados al desarrollo, tratamiento y/o pronóstico de la enfermedad. Dentro de estos problemas se detectaron: déficit en adherencia terapéutica, ausencia de conductas de autocuidado, dificultad en la solución de problemas o en la toma de decisiones, baja percepción de autoeficacia (creencia en las habilidades personales de éxito y de consecución de objetivos) y distorsiones de pensamiento. 11 (12.5%) de los participantes presentaron ansiedad hospitalaria. 6 (6.8%) de los participantes acudieron en forma autónoma al servicio a consecuencia de Toxicomanías.

Las impresiones diagnósticas psicológicas principales fueron: depresión en 4 casos (4.5%) y trastorno conversivo de personalidad en 3 (3.4%) casos. 22 (25%) pacientes no presentaron ningún tipo de problema psicológico en relación a la enfermedad o al motivo de ingreso al servicio.

Se detectaron 67 (76.1%) participantes con presencia de emociones negativas de alta tensión. Comparados con los pacientes que manifestaron tener emociones positivas y/o neutras; las diferencias en cuanto a intensidad de la emoción fueron estadísticamente significativas, siendo las emociones negativas las de mayor intensidad ( $\chi^2 = 42.71$ ,  $p = .03$ ). 42 (47.7%) de los participantes presentaron distorsiones cognitivas respecto a la enfermedad o al motivo de ingreso hospitalario, en este rubro no se encontraron diferencias significativas entre la carga afectiva de las emociones presentadas, la ausencia o presencia de otras enfermedades y el motivo de ingreso hospitalario (enfermedad aguda, accidente, enfermedad crónica o intento suicida).

En cuanto a la distribución de los problemas psicológicos presentados según turno de atención, se identifica la mayor frecuencia de ansiedad hospitalaria ( $n=7$ ), toxicomanías ( $n=3$ ), depresión (3), intento suicida ( $n=5$ ) y otros factores de riesgo conductual (7), durante el turno matutino. Distorsiones de pensamiento asociadas a trastorno y mayor frecuencia de déficit de habilidades de autocuidado ( $n=4$ ) durante el turno vespertino. Destaca la mayor frecuencia de pacientes con trastorno conversivo de personalidad ( $n=3$ ) durante el turno nocturno. Se presentó

una distribución homogénea de problemas psicológicos como déficit de adherencia terapéutica, déficit en solución de problemas y baja percepción de autoeficacia durante todos los turnos. Sin embargo, dichas diferencias no son estadísticamente significativas ( $\chi^2= 21.367, p= .17$ ).

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en relación al motivo de ingreso hospitalario y el problema psicológico presentado ( $\chi^2= 105.96, p= .01$ ). Encontrando una mayor frecuencia de ansiedad hospitalaria (8), trastorno conversivo de personalidad (2), déficit en solución de problemas (6) y otros factores de riesgo conductual (5) asociados a la presencia de enfermedad aguda. Una mayor frecuencia de déficit en el autocuidado (5) y depresión (2) asociados a la enfermedad crónica agudizada y distorsiones cognitivas (7) asociados al intento suicida. Las toxicomanías se presentaron en igual proporción para enfermedad aguda (3) y accidentes (3) Dichos valores se presentan en la figura 4.

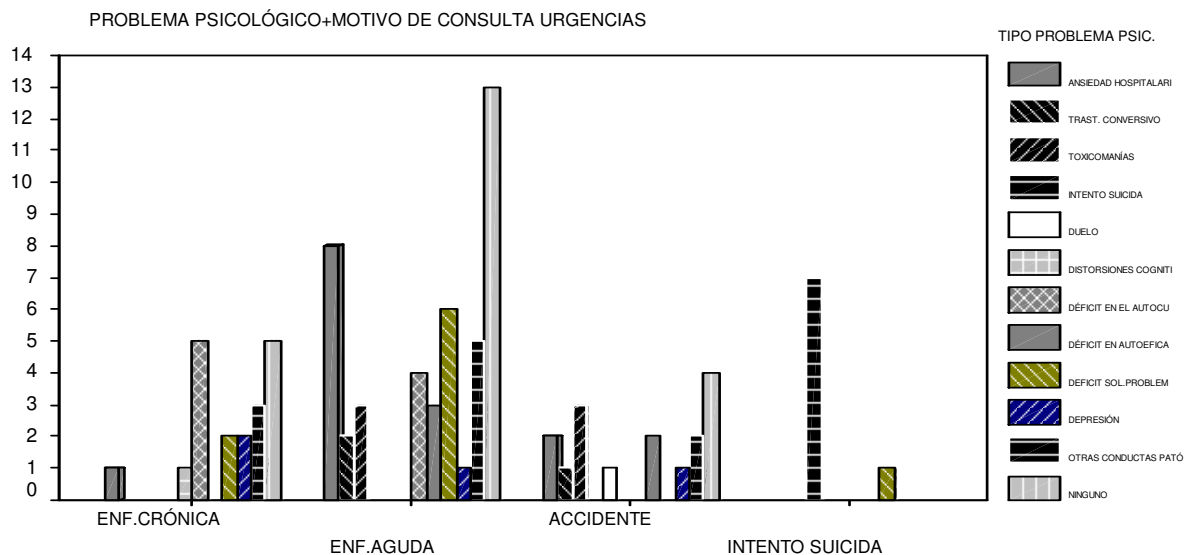


Figura 4. Frecuencias encontradas en relación al tipo de problema psicológico y al motivo de ingreso a urgencias

De los pacientes entrevistados sólo 13 (14.3%) fueron referidos por el personal médico de urgencias, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de problema psicológico y el número de pacientes referidos a atención psicológica ( $\chi^2= 58.70, p= .05$ ), Los casos referidos por el personal

médico fueron la totalidad de los pacientes con presencia de distorsiones cognitivas asociadas a intento suicida (7), un caso con trastorno conversivo de personalidad, un caso con déficit de autoeficacia y 4 pacientes con déficit de habilidades de solución de problemas, (figura 5), lo anterior indica la importancia de la labor psicológica en la detección y atención multidisciplinaria efectiva.

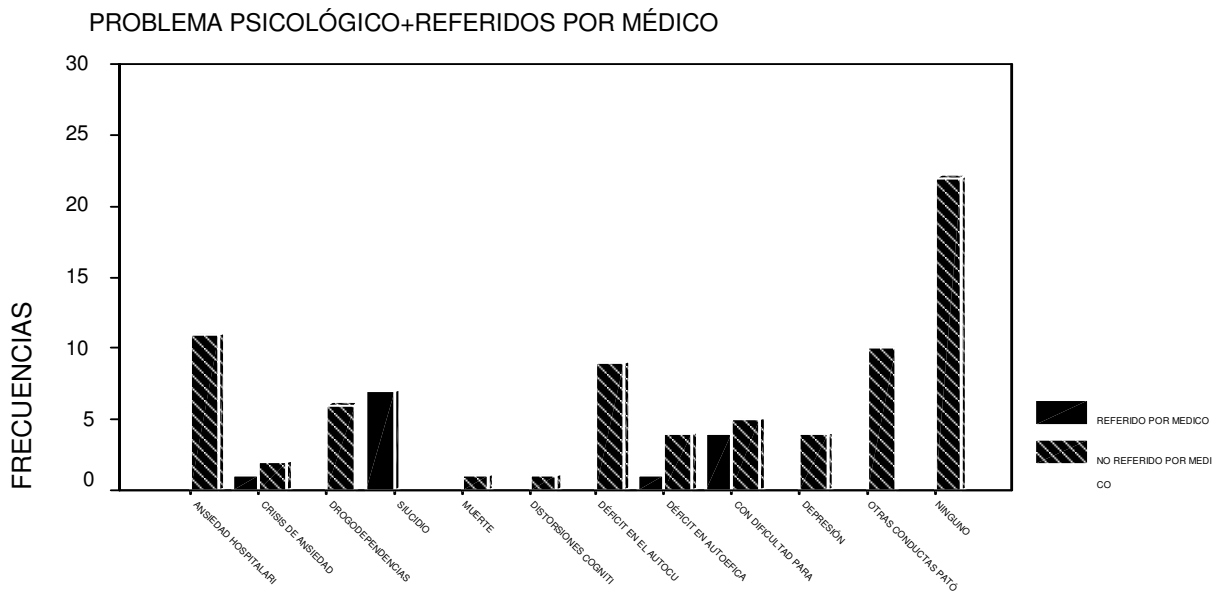


Figura 5. Frecuencias encontradas en relación al tipo de problema psicológico y los casos referidos por el personal de salud

Las técnicas psicológicas empleadas en la atención de los problemas detectados fueron: 33 (37.5%) entrevista y evaluación, 31 (35.2%) estrategias cognitivo-conductuales, 15 (17%) intervención cognitiva, 4 (4.5%) intervención conductual, 3 (3.4%) primeros auxilios psicológicos y 2 (2.3%) intervención en crisis.

### Discusión

Los resultados indican que existen factores psicológicos asociados en el proceso de atención y tratamiento de los pacientes en el servicio de urgencias. En el proceso de atención médica se presentan distorsiones cognitivas que se

justifican pensando en la incomodidad y preocupación de un internamiento o una enfermedad, esta correspondencia se convierte en disfuncional cuando esas distorsiones interfieren con un procedimiento médico. También cuando el pronóstico de la enfermedad del paciente es reservado hasta acumular evidencia y el paciente maximiza su estado con la poca información que tiene al respecto. Finalmente la falta de información en relación al padecimiento médico es otro factor en general que se presenta y crea un ambiente de tensión, más las distorsiones cognitivas presentes, el cambio en los recursos de solución y la alteración del estado fisiológico del paciente.

De los 88 pacientes entrevistados, se detectaron 66 pacientes con algún tipo de problema psicológico y sólo 22 casos sin alteraciones psicológicas asociadas al motivo de consulta de urgencias; la importancia de lo anterior justifica ampliamente la labor del psicólogo en un escenario que hasta hace poco tiempo era considerado exclusivamente de corte médico.

Es necesario resaltar que de las 88 personas entrevistadas, sólo 13 requirieron de atención psicológica por las denominadas intervenciones en crisis, lo cual representa un adelanto en la visión médica, ya que destaca la importancia de la esfera psicológica en una dimensión que pareciera desatendida hace algún tiempo contrario a la visión general donde lo psicológico pareciera inherente a la persona pero sin relación alguna con el estado de salud del paciente; el presente estudio describe que más del 80% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias requieren atención psicológica por diversas causas:

- a) Una crisis, que a vista de cualquier profesional de salud requiere de atención psicológica y no médica y donde es necesario que el paciente reencuentre el curso normal de su vida o aprenda nuevas pautas de conducta para solucionar nuevos problemas
- b) Por descompensación de una enfermedad crónica preexistente y que al revisar sus hábitos y habilidades cognitivas y conductuales se hace evidente una falta de apego al tratamiento y una necesidad por aprender habilidades específicas para el manejo de su enfermedad

- c) Se detecta en la mayoría de los casos un componente agudo de estrés psicológico por la sorpresa en la situación, la posible gravedad, el cambio en el estilo de vida y el desajuste de las condiciones “normales” de vida.
- d) En un interrogatorio específico se identifican los factores de riesgo conductuales, cognitivos y emocionales que interfieren en la enfermedad pero que interfieren en el estilo de vida del paciente y que probabiliza el desarrollo de otras enfermedades asociadas.

La intervención cognitivo conductual en los servicios de urgencias tiene un efecto aditivo ya que facilita la realización de procedimientos médicos cuando el paciente es renuente o presenta conductas ansiógenas; de la misma forma la reestructuración cognitiva y sus múltiples técnicas promueve que el paciente razone sobre cuales son las conductas y pensamientos que favorecen su mejor adaptación a la nueva situación del hospital, sea en el aquí y el ahora o en próximas visitas tratándose de una enfermedad crónica de igual forma la psicoeducación como la vía de acceso del paciente al conocimiento de la enfermedad en caso de que así lo requiera, aligera la ansiedad de los procedimientos realizados, todo esto en conjunto con la asesoría y tratamiento médico puede mejorar el pronóstico de salud de los pacientes

Cabe mencionar que la metodología de las técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el servicio de urgencias tuvo modificaciones en alguna parte de su aplicación, sea porque no se cuenta con el tiempo suficiente para realizar un registro durante dos semanas para establecer una línea base o porque se combina una distorsión cognitiva con situaciones de dolor o lesión. Esas modificaciones son de carácter estructural pero con un resultado parecido y a corto plazo, lo que indica que reafirma la eficacia de la tecnología utilizada y expone la necesidad de adaptarlas y probarlas al servicio de urgencias de cualquier hospital en una modalidad de intervención breve e inmediata.

Finalmente, se considera que el manejo de las condiciones médicas y psicológicas favorece el trabajo multidisciplinario, teniendo diversas ventajas: atención integral del paciente y ajuste psicológico a su enfermedad, prevención de

hospitalizaciones posteriores, así como facilitar el trabajo médico reduciendo la ansiedad hospitalaria. En este sentido, se destaca la importancia de la participación psicológica en espacios donde la prioridad en la atención sea el equilibrio físico o atención a la enfermedad, congruente con el modelo biopsicosocial en la atención médica prevaleciente.

## Referencias Bibliográficas

- Coronado-Santos, S., Díaz-Cervera I., Vargas-Ancona L., Rosado-Franco A., Zapata-Peraza, A. y Díaz-Talavera S. (2004). Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, **15**, 207-213
- Slaikeu, K. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno. 1988.
- García F., P, Arzate D., J., Bailón M., C., Martínez C., L., Torres G., T., Castro M., M., Sil A., M., Soto G., J., Hernández B., E., Rodríguez C., M. y Padilla N., S. (2008). Psicología de enlace en Medicina Interna. *Medicina Interna de México*, **24** (3), 186-192
- González de Rivera R., J. (1999). El desarrollo histórico de la consulta psiquiátrica en el Hospital General: De la medicina psicosomática a la psiquiatría de enlace. *Psiquis*, **21** (1), 1-16.
- Illescas, F, J. (2006). Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*, **9** (2), 48-56.
- Lorente, G., F. (2005). El rol del psicólogo emergencista. *Cuadernos de Crisis* **1** (4), 10-18. Recuperado agosto de 2008 en: <http://www.cuadernosdecrisis.com>
- Lorente G., F., Font M., S., Villar H., E. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia* **1** (1), 27-38.
- Morgan J., y Killoughery M. (2003). Hospital doctor's management of psychological problems - Mayou & Smith revisited. *British Journal of Psychiatry* **182**, 153-157.
- Rebolledo, S., y Lobato, M. (1997). Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia, en V. Caballo (director). *Manual para el tratamiento*

**cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.** Cap. 20, págs. 635-661. Madrid: Siglo XXI.

Robinson J., D., Baker, D., J. (2006) Psychological consultation and services in a General Medical Hospital. ***Professional Psychology: Research and Practice*** 37 (3), 264-267.

Secretaría de Salud. (2002) *Programa específico de atención psicológica en casos de desastre*. Recuperado: <http://www.ssa.gob.mx/>

Sanz M., Contable G., López-Ibor I., Kemp R., y David S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. ***Psychopathological Medicine*** (28), 437-44.