

Psicología Clínica en Urgencias Hospitalarias, Primeras Experiencias

Clinical Psychology in Hospital Emergencies, First Experiences

Sophie García Cid ¹, Ángela Menéndez-García ¹, Laura González Vives ¹ y Elena Parro Jiménez ¹.

¹ Residente de Psicología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Resumen

La atención psicológica en Urgencias se trata de un ámbito escasamente explorado por parte de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Dada dicha ausencia, en el año 2020, se incorporó la figura del residente de psicología clínica al Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, conformando así un equipo multidisciplinar de Salud Mental. Tras tres años de presencia en este servicio, se evaluó, por medio de una encuesta, la percepción del desempeño, de la diferenciación de funciones y de la satisfacción general ante la figura de las residentes por parte de 20 facultativos de psiquiatría y 14 residentes de psiquiatría. En el siguiente artículo se expone un recorrido por la creación de la figura y el rol de los residentes de psicología clínica en Urgencias así como la valoración del desempeño y la satisfacción general.

Palabras clave: Psicología Clínica, Formación Sanitaria Especializada, Urgencias, Intervención en crisis, Sanidad Pública.

Abstract

Psychological care in the Emergency Department is an area scarcely explored by the hospitals of the National Health System. Given this absence, in 2020, the figure of the Clinical Psychology resident was incorporated into the Emergency Department of the Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, thus forming a multidisciplinary Mental Health team. After three years of presence in this service, the perception of performance, differentiation of functions and general satisfaction with the figure of the residents by 20 psychiatry physicians and 14 psychiatry residents was evaluated by means of a survey. In the following paper we present an overview of the creation of the figure and role of clinical psychology residents in the emergency department, as well as the assessment of performance and overall satisfaction.

Keywords: Clinical Psychology, Specialized Health Care Training, Emergency Department, Crisis Intervention, Public Health System.

El proceso de atención psicológica en urgencias como área especializada se remonta a los años cuarenta, tanto en EEUU como en Europa (Escobar y Cruz, 2011), sin embargo, su implementación práctica en los dispositivos correspondientes continúa siendo escasa y considerándose pionera o novedosa.

Las primeras aproximaciones clínicas sobre el abordaje en momentos agudos surgieron en 1944 a raíz de la *Teoría de la crisis* de Lidermann y de la profundización que de esta misma teoría realiza Caplan en 1961. Con la obra de Slatkin (1999) se comenzó a hablar por primera vez de los Primeros Auxilios Psicológicos y se definió el concepto de crisis como “un trastorno o desorganización temporal cuando el individuo no es capaz de resolver una situación usando los métodos habituales” (p. 16). Más adelante, en 2005, siguiendo una línea similar, Yeager y Roberts lo definieron como “una interrupción aguda del equilibrio psíquico en el que los mecanismos de afrontamiento personales fallan y se produce un malestar y deterioro funcional” (p.40). En cualquier caso, basándonos en estas definiciones, podríamos considerar que, la intervención en crisis se caracteriza por una atención limitada en el tiempo que pretende restaurar el equilibrio previo de la persona, es decir, disminuir la intensidad y gravedad de los síntomas (Zalaquett y Muñoz, 2017). Se trata de conseguir recuperar el nivel de funcionalidad previa mientras se trabaja para contextualizar lo sucedido y poder favorecer la aparición de nuevos recursos en futuras crisis (Vigil, 2017). La intervención en crisis consta de tres aspectos: *proporcionar apoyo* (crear un vínculo de calidez, empatía y escucha), *reducir la mortalidad* (establecer las medidas de protección que sean necesarias tanto para el paciente como para terceras personas) y *servir de enlace con las fuentes de asistencia* (conectar a la persona con servicios o recursos a corto o medio plazo en caso de ser necesario, donde pueda continuar recibiendo ayuda específica). Con el avance del tiempo y la aparición de nuevos modelos teóricos, se ha ido perfilando el concepto de crisis, con variaciones y nuevas propuestas, hasta alcanzar cierto consenso en la actualidad (Rendón y Agudelo, 2011).

Esta acumulación de experiencia ha ido fomentando, progresivamente, la presencia de psicólogos en situaciones de emergencias y catástrofes, tales como desastres naturales, accidentes, atentados o agresiones. Sin embargo, como apuntan Muñoz y Lillo (2003), este aumento se ha dado principalmente en los complejos extrahospitalarios o en forma de “psicólogos voluntarios”, sin darse un aumento en paralelo en ámbitos intrahospitalarios, donde la presencia integrada en los equipos de urgencias continúa siendo mínima o nula.

De manera general, los trabajos publicados sobre intervenciones psicológicas en crisis están dirigidas al abordaje de población general que pasa por situaciones excepcionales de estrés grave (Cunha, Soares-Oliveira y Pereira, 2009; Limone y Toto, 2022), no así al trabajo con personas con diagnóstico de salud mental en una situación de crisis, a pesar de que se tratan de los principales receptores de atención por parte de psicólogos clínicos en los dispositivos públicos de salud mental. Nos encontramos frecuentemente con personas que, en determinados momentos, van a requerir de una atención especializada que les permita transitar esas “crisis” de la mejor manera posible, sin embargo, las referencias en este campo son limitadas o no exclusivas de nuestra especialidad (Kaplan y Sadock, 1999; Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas, 2018).

El objetivo del presente trabajo es compartir la experiencia de creación de la figura del Psicólogo Interno Residente (PIR en adelante) en el ámbito de urgencias de un hospital público de España, así como explorar el grado de utilidad y satisfacción que perciben nuestros compañeros, psiquiatras facultativos y residentes de psiquiatría, con los que compartimos este espacio de trabajo.

Desarrollo de la figura y acogida

En el año 2020, el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid) incorporó por primera vez residentes de psicología clínica a la formación sanitaria especializada ofrecida hasta el momento. Basándonos en lo anteriormente expuesto y comprendiendo la importancia formativa que tiene para un psicólogo

especialista en psicología clínica el aprendizaje del manejo del paciente en situación de crisis, se propuso la integración de la figura PIR dentro del Servicio de Urgencias (SU en adelante), formando parte del equipo multidisciplinar de Salud Mental junto con psiquiatría.

Para la delimitación de las funciones de los residentes dentro de la atención psicológica en el SU se propusieron los siguientes objetivos y funciones a desarrollar, que se incorporaron a la Guía de Itinerario Formativo (Comisión de Docencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, 2020):

Objetivos generales de la atención a urgencias

- Conocer el perfil de trastornos mentales que acude al SU.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para diagnosticar y valorar la gravedad de los trastornos y las crisis.
- Realizar diagnósticos diferenciales con las principales enfermedades médicas derivables, principalmente con neurología, evaluando los síntomas precoces e incapacitantes.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre atención a los pacientes ingresados y sus familiares, a las urgencias derivadas de los equipos comunitarios y al Servicio General de Urgencias.
- Adquirir habilidades de manejo de situaciones conflictivas (auto y heteroagresividad, conducta pasiva, crisis psicosocial y familiar, etc.)
- Conocer y aplicar los criterios de ingreso vs. derivación vs. alta, tiempos estimados de ingreso, planificación del seguimiento ambulatorio, etc.
- Conocer los psicofármacos indicados en cada caso, criterios de aplicación, protocolos de seguimiento y efectos colaterales.
- Manejo de técnicas y procedimientos de intervención psicológica para los procesos de agudización de los trastornos mentales y las situaciones de crisis y urgencias.

- Adquirir habilidades de trabajo interdisciplinar con el equipo de urgencias no especializado en Salud Mental.

Funciones a desarrollar

- Acogida del paciente en situación aguda y de crisis.
- Diagnóstico de los pacientes, con expresión de la gravedad, evaluación de la presencia de síntomas precoces de déficit, síntomas incapacitantes, curso y pronóstico, e indicaciones de tratamiento integral.
- Realización de historias clínicas, indicaciones e informes de altas.
- Aplicación de técnicas: prevención de recaídas, manejo de estrés, desarrollo y aplicación de técnicas dirigidas a mejorar la adherencia a los tratamientos, desarrollo de procedimientos para mejorar la relación del paciente con el personal sanitario.
- Realización de actividades de información a familiares acerca de la problemática del paciente, aportando pautas para la interacción familiar.
- Elaboración de planes de coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar, al alta, la continuidad de cuidados.
- Realización de intervenciones para la reducción y control de sintomatología activa en procesos de descompensación, en situaciones de crisis y en atención a urgencias. Prevención de iatrogenias.
- Participación en las sesiones clínicas. Presentación de casos.

Con estos objetivos formativos y funciones definidas, se incluyó la asistencia en el SU como parte de la atención continuada de los residentes de psicología clínica. Desde su incorporación en 2020, cada residente de psicología clínica ha realizado entre 4 y 5 guardias mensuales, con un horario de 8:00 a 20:00 en las guardias de diario y entre las 10:00 y las 22:00 en fines de semana y festivos. Con la incorporación de las nuevas generaciones de residentes, se ha establecido la presencia de un residente de psicología clínica en

Urgencias todos los días del año, conformándose de esta manera un equipo de Salud Mental de guardia. El equipo se encuentra formado por un facultativo especialista de área en psiquiatría, dos residentes de psiquiatría y una residente de psicología clínica, contando también, en ocasiones, con enfermería especialista en salud mental en urgencias.

Valoración externa de la figura del PIR en urgencias: un estudio cualitativo

Durante los tres años de presencia de los residentes de psicología clínica en Urgencias, la integración en el equipo fue completa, siendo una figura valorada en este espacio. Para corroborar la sensación subjetiva de integración con la que contábamos, decidimos evaluar la percepción del desempeño por parte del resto del equipo de Urgencias de Salud Mental. Para ello, se evaluó la percepción de las funciones de los residentes de psicología clínica en Urgencias por parte de 20 adjuntos de psiquiatría y 14 residentes de psiquiatría (MIR). Como hipótesis se estableció una satisfacción general con el rol de las PIR y una diferenciación en las funciones a realizar.

El motivo de evaluar estos aspectos por parte del equipo formado por psiquiatría se debe a que dichos profesionales han estado presentes tanto antes como durante la incorporación de los residentes de psicología clínica al ámbito de Urgencias, por lo tanto, consideramos su percepción como relevante para valorar la aceptación actual.

Método

Participantes

Contamos con la colaboración de un total de 34 participantes, de los cuales 20 eran facultativos especialistas de área en psiquiatría que realizan guardias de Urgencias y 14 residentes de psiquiatría. No se recabaron más datos de los participantes para asegurar el anonimato.

Materiales

Se empleó un cuestionario online (Anexo 1), construido ad-hoc, para valorar la relevancia de la psicología clínica en Urgencias, la diferencia entre perfiles de PIR y MIR y la satisfacción general. Dicho cuestionario contaba con 17 preguntas, 14 en formato Likert y 3 respuestas abiertas, sobre la intervención de las PIR en Urgencias, la resolución de conflictos, el desempeño en tareas burocráticas, sobre la relevancia de la figura PIR en el ámbito de Urgencias, sobre la diferencia de funciones entre MIR y PIR y sobre la satisfacción general.

Análisis de datos

Los datos recabados se incluyeron en una base de datos en Microsoft Excel® donde se realizaron los análisis descriptivos básicos de porcentajes y un análisis cualitativo de las respuestas abiertas.

Resultados

Para presentar los datos de manera más ordenada, se describirán en 4 apartados acerca de 1) el desempeño de las residentes de psicología clínica en Urgencias, 2) la relevancia de la figura PIR en Urgencias, 3) la diferencia de funciones entre MIR y PIR y 4) la satisfacción general.

El desempeño de las residentes de psicología clínica en Urgencias.

En este apartado, se realizaron preguntas acerca de la percepción sobre el trabajo realizado por los residentes de psicología clínica, correspondientes de la pregunta número 1 a la 5. A través de estas preguntas se pretendía analizar cuál es la percepción que los compañeros psiquiatras tienen del desempeño de los PIR en diferentes funciones de la urgencia: intervenciones con pacientes, intervención con familias, capacidad de resolución de conflictos, en tareas burocráticas y escritura de informes y/o notas clínicas. En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos, con respuestas comprendidas entre “muy positiva” y “muy negativa”.

Tabla 1.
Valoración de la Intervención.

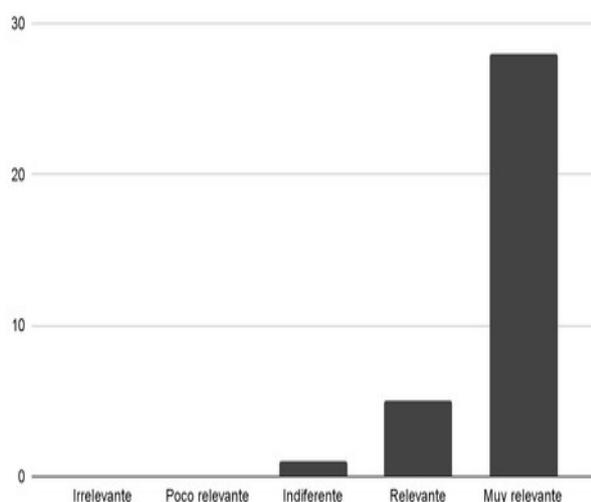
	Muy positiva	Positiva	Ni positiva ni negativa	Negativa	Muy negativa
Intervenciones con los pacientes	91.2% (31)	5.9% (2)	2.9% (1)	0% (0)	0% (0)
Intervenciones con las familias	85.3% (29)	11.8% (4)	2.9% (1)	0% (0)	0% (0)
Resolución de conflicto	73.5% (25)	23.5 (8)	0% (0)	2.9% (1)	0% (0)
Desempeño en tareas burocráticas	73.5% (25)	20.6% (7)	5.9% (2)	0% (0)	0% (0)
Escritura de notas y/o informes	85.3% (29)	17,7% (5)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Nota. Datos expresados en % (n).

Relevancia de la figura PIR en Urgencias.

En este apartado, las preguntas tienen que ver con la relevancia que puede tener tanto para el servicio como para los residentes su inclusión en el ámbito de Urgencias (pregunta 6). Tal y como se puede apreciar en la Figura 1, un 82,4% (n=28) de los participantes consideraron muy relevante la participación de los PIR para su formación como futuros especialistas. Por otro lado, un 85,3% de los participantes, consideraron muy relevante la inclusión de las residentes para favorecer el trabajo que se realiza en Urgencias.

Figura 1.
Relevancia de la Participación en Urgencias de las PIR en su Formación.



En esta misma línea, se planteó la pregunta de cómo los psiquiatras y residentes de psiquiatría

entienden que influye la participación de los PIR en las intervenciones realizadas en el SU (pregunta 16). Tal y como se puede apreciar en la Tabla 2, tan solo el 2.9% (n=1) de los encuestados plantea que la responsabilidad del manejo terapéutico en las urgencias debía estar destinado en exclusividad a los psiquiatras. Casi el total de los encuestados reconocen que la intervención terapéutica mejora cuando esta incluye a un PIR.

Tabla 2.
Influencia Percibida del PIR en las Intervenciones.

Opciones de respuesta	Porcentaje
Es igual a la intervención individual del MIR	0% (n=0)
Empeora o dificulta la intervención	0% (n=0)
Mejora la intervención	94.1% (n=32)
Otra:	
- Enriquece la intervención	2.9% (n=1)
- La responsabilidad es del MIR y el PIR no está igual formado	2.9% (n=1)

Diferencia de funciones entre residentes de psicología clínica y psiquiatría

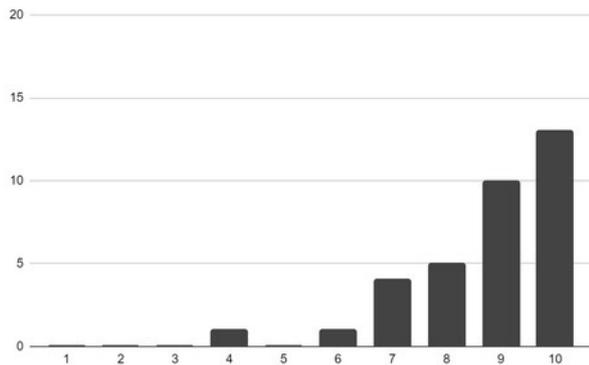
En este apartado, se valoró la existencia de diferencias en el rol que desempeñan los residentes de psicología clínica y los de psiquiatría. Como se puede observar, en este apartado se describían funciones dentro de un contexto de urgencias y se solicitaba al

encuestado señalar si consideraba que las mismas eran función del PIR, MIR o ambos.

Se trata de una cuestión de marcada relevancia ya que, al inicio de la incorporación al ámbito de Urgencias, no quedaba clara la función de los residentes de psicología clínica. Por ello, el objetivo inicial era realizar las actividades y funciones desempeñadas por los residentes de psiquiatría (sin entrar en el ámbito del tratamiento farmacológico) a la par que se incluían aspectos psicoterapéuticos en Urgencias más alejados de las funciones habituales del psiquiatra.

En primer lugar, se preguntó por el grado de autonomía de los PIR apreciado por el resto del equipo (pregunta 7). Los resultados pueden observarse en la Figura 2.

Figura 2.
Valoración del Grado de Autonomía y Toma de Decisiones de las PIR en el SU.



Por otro lado, acerca de cuáles eran las funciones en las que se apreciaba mayores diferencias entre residentes de psicología clínica y psiquiatría, se destacaron las siguientes (preguntas 8 a 10):

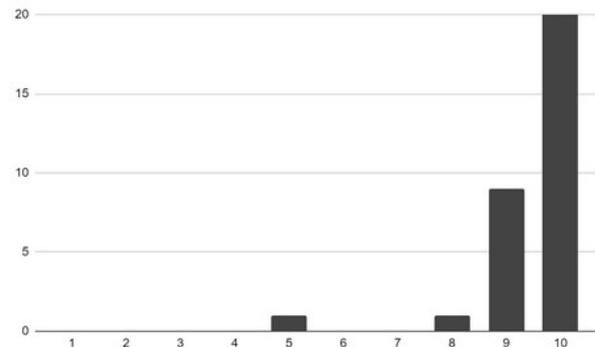
- Psicología clínica: orientación hacia intervenciones psicoterapéuticas específicas, aplicación de estrategias de gestión del malestar y elaboración de un modelo explicativo de la sintomatología.
- Psiquiatría: descarte de organicidad, psicoeducación farmacológica, ajuste farmacológico y recomendación de intervención de otros especialistas.

- Ambos: tomar decisiones sobre la gravedad de un paciente, determinar la prioridad de atención, valoración de riesgo autolítico, realización de intervenciones familiares, decisión de alta, traslado o ingreso y desarrollo de planes de cuidado y prevención de crisis.

Satisfacción general.

En este último apartado, se valoraba la satisfacción general respecto a la incorporación de los PIR en Urgencias (preguntas 12-15). Los resultados determinaron que un 97% (n=33) de los participantes preferían contar con un residente de psicología clínica en el equipo de Urgencias frente a un 3% (n=1). Por último, tal y cómo se puede apreciar en la Figura 3 los participantes que valoraron su satisfacción en general con nuestra presencia en el ámbito de Urgencias.

Figura 3.
Valoración General de la Experiencia con las PIR en el SU.



Discusión

El abordaje psicológico en situaciones de urgencias cuenta con bagaje histórico y teórico, sin embargo, esto no se ha traducido en bibliografía sobre experiencias en contextos hospitalarios y menos aún con una implementación real de la figura del psicólogo clínico en estos dispositivos.

En nuestra opinión, los principales obstáculos para impulsar este lugar en los servicios de urgencias vienen dados por dos motivos principales. En primer lugar, en términos de eficiencia: ante unos recursos humanos y

económicos limitados, sumados a largas listas de espera en los Centros de Salud Mental, se prefiere “aunar fuerzas” y priorizar nuestra labor en dispositivos donde el abordaje de los pacientes sea más prolongado en el tiempo.

El segundo obstáculo se puede dar ante la sensación de difusión de funciones con nuestros compañeros de psiquiatría, más teniendo en cuenta que las urgencias son un ámbito clásicamente asociado a la intervención médica. Esto puede traducirse en reticencias sobre el papel diferencial que vaya a realizar un psicólogo en la urgencia o el valor añadido que pueda proporcionar a una intervención médica.

En lo que respecta a la gestión y eficiencia, estamos de acuerdo en la escasez de recursos, y en que la figura del psicólogo clínico debe estar presente en los dispositivos que sientan las bases de la salud mental de nuestra población general (atención primaria o centros de salud mental). Sin embargo, si nos viéramos continuamente a expensas de esta carencia, no se habrían desarrollado otros lugares de acción para el psicólogo clínico impensables de prescindir hoy en día, como los servicios de interconsulta, psicooncología, las unidades de hospitalización o simplemente el desarrollo de nuestra propia especialidad.

En cuanto a la relevancia y difusión de funciones, somos conscientes de que, en muchos hospitales y servicios de España, sobrevuela todavía la creencia de que, con los pacientes en el contexto de Urgencias, especialmente aquellos con un diagnóstico de trastorno mental grave en un estado agudo o de agitación, la única intervención efectiva pasa por la introducción o el ajuste de medicación. Es más, esta percepción se ha visto en nuestros resultados, en los cuales un 3% de profesionales de psiquiatría consideran el espacio de Urgencias únicamente médico.

Sin desestimar la importancia del abordaje psicofarmacológico, están descritas técnicas de intervención psicoterapéutica especializadas cuyo objetivo es mejorar la vivencia y elaboración de la urgencia y así favorecer el pronóstico del curso clínico y prevenir un manejo errático de futuras crisis (Parada-Torres, 2008). En este sentido, Cruz y Rodríguez (2017)

destacan dos tipos de intervenciones que consisten en priorizar la atención de los casos más graves o en trabajar desde la intensidad de la asistencia, y todo ello casaría con las labores habituales que realizan otros compañeros especialistas. Desde nuestra perspectiva consideramos que, si bien hay funciones que corresponden prioritariamente al campo del MIR y otras al de PIR, existen funciones transversales que ambos pueden llevar a cabo, lo cual no hace sino enriquecer y mejorar nuestro trabajo conjunto, lo que finalmente va en beneficio del paciente.

En cualquier caso, si bien asumimos que pueda resultar ambicioso a corto plazo la instauración del facultativo de psicología clínica en los servicios de urgencias hospitalarias, defendemos plenamente el valor que tiene en la formación del PIR su total inclusión en este campo. Nuestra experiencia nos transmite que la participación activa en las guardias proporciona conocimientos fundamentales difícilmente adquiribles en otros rotatorios, además de por el contexto, por ser perfiles clínicos que se derivan menos a consultas de psicología clínica en los Centros de Salud Mental. A nivel clínico, nuestra presencia en Urgencias permite la formación en aspectos como el manejo de un paciente en estado de agitación, detección de signos de descompensación psicopatológica, diagnóstico diferencial, intervención en crisis con pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave, trabajo con familias y menores en situación de crisis o la valoración y el abordaje del riesgo suicida y autolesivo.

Además, el trabajo multidisciplinar como equipo de Salud Mental facilita el contacto con los compañeros de especialidad como psiquiatría o enfermería de salud mental, favorece el conocimiento de los dispositivos de derivación intra y extrahospitalarios y proporciona un vehículo de comunicación, coordinación y conocimiento de otras especialidades médicas. Así, parece que nuestra visión es compartida por la mayoría de los compañeros de psiquiatría, pues un 97% consideraron importante o muy importante para la formación como residentes la inclusión de PIR en el ámbito de Urgencias, así

como la generalización de este modelo al resto de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Hasta aquí hemos querido resumir y transmitir nuestra experiencia particular en un único SU de un hospital público y en el transcurso de tres años, con las claras limitaciones que ello conlleva. El tamaño y representatividad de la muestra es la limitación principal. Tampoco contamos con un grupo control, únicamente con la valoración de los compañeros de psiquiatría que han trabajado en el SU tanto con PIRes como anteriormente sin ellos para poder percibir la diferencia en el momento en el que fuimos incluidos. En cuestión de temporalidad, esta experiencia como decimos está limitada a tres años, lo cual no asegura que este beneficio sea sostenido en el tiempo, sería necesario revisarla a nivel longitudinal y de manera repetida. Por último, este trabajo se limita a la percepción de eficacia por parte de los profesionales. Sería interesante para futuros trabajos poder contar con la visión de las personas atendidas en el SU y su grado de satisfacción con respecto a la intervención conjunta como equipo de Salud Mental.

Nuestro objetivo principal es aportar la experiencia del buen rendimiento que para nosotras ha tenido la participación en Urgencias tanto a nivel formativo, laboral como relacional con el resto de los profesionales del servicio. Esperamos que esto invite a otros servicios del Sistema Nacional de Salud a impulsar la inclusión del PIR en Urgencias hospitalarias como parte de su programa formativo y compartir su propia experiencia.

Referencias

- Caplan, G. (1961). *An Approach to Community Mental Health*. Grune and Straton.
- Cunha, S., Soares-Oliveira, M., y Pereira, N. (2009). Early psychological intervention in prehospital emergency care systems. *Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 404-406.
- Comisión de Docencia del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. (2020). *Itinerario Formativo en Psicología Clínica*. Recuperado el 1 de mayo de 2024 de: <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/profesionales/docencia>
- Escobar, E. y Cruz, C. (Eds.). (2011). *Urgencias psiquiátricas*. Editorial Mediterráneo.
- Kaplan, y Sadock, B.J. (1999). *Manual de Psiquiatría de Urgencias*. Editorial Panamericana.
- Limone, P. y Toto, G. A., (2022). Protocols and strategies to use emergency psychology in the face of an emergency: A systematic review. *Acta Psychologica*, 229, 103697.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Muñoz, F. A., y Lillo, A., (2003) Intervención Psicológica en Urgencias. En E. Remor, A. Arranz, y S. Ulla (Eds.) *El Psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 769-776). Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer
- Rendón, M. I., y Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242.
- Slaikew, K.A. (1999). Intervención en crisis. *Manual para la práctica e investigación* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas (2018). *Manual de Urgencias en Psiquiatría*. Ediciones SEDUP
- Parada-Torres, E. (2008). *Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Vigil, A. O. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración académica en psicología*, 5(15), 4-11.
- Yeager, K. R., y Roberts, A.R. (2005). Lethality Assessment and Crisis Intervention With Persons Presenting With Suicidal Ideation En A. R. Roberts (Ed.) *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (pp. 36-68). Nueva York: Oxford University Press.
- Zalaquett, P., y Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 835-840.

Apéndice

Encuesta sobre la figura PIR en Urgencias

A continuación, se van a plantear una serie de preguntas sobre el rol de las residentes de Psicología Clínica en Urgencias. Por favor, contesta con tu opinión en relación con tu experiencia.

Eres...

- Adjunto de psiquiatría.
- Residente de psiquiatría.

1. ¿De qué forma valoras las intervenciones que realizan las residentes de Psicología Clínica en Urgencias con los pacientes?

- a Muy positiva
- b Positiva
- c Ni positiva ni negativa
- d Negativa
- e Muy negativa

2. ¿De qué forma valoras las intervenciones que realizan las residentes de Psicología Clínica en Urgencias con las familias?

- a Muy positiva
- b Positiva
- c Ni positiva ni negativa
- d Negativa
- e Muy negativa

3. ¿De qué forma valoras la resolución de situaciones de conflicto en las residentes de Psicología Clínica en Urgencias?

- a Muy positiva
- b Positiva
- c Ni positiva ni negativa
- d Negativa
- e Muy negativa

4. ¿De qué forma valoras el desempeño en tareas burocráticas en las residentes de Psicología Clínica en Urgencias (realización de ingresos, notificaciones judiciales, gestión de pacientes, etc.)?

- a Muy positiva
- b Positiva
- c Ni positiva ni negativa
- d Negativa

e Muy negativa

5. ¿De qué forma valoras el desempeño en la escritura de notas y elaboración de informes en las residentes de Psicología Clínica en Urgencias?

- a Muy positiva
- b Positiva
- c Ni positiva ni negativa
- d Negativa
- e Muy negativa

6. ¿En qué medida consideras relevante la participación en Urgencias de residentes de Psicología Clínica para su formación como futuras facultativas?

- a Muy relevante
- b Relevante
- c Indiferente
- d Poco relevante
- e Irrelevante

7. Valora del 1 al 10 el grado de autonomía y toma de decisiones que percibes en las residentes de Psicología Clínica en Urgencias.

(Nada de autonomía) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mucha autonomía)

8. Crees que existe una diferencia entre las funciones que realiza o debe realizar una residente de Psicología Clínica y las que realiza un residente de Psiquiatría?

- a Si
- b No

9. En caso afirmativo, ¿en qué consistirían esas funciones?

(Texto de respuesta corta libre)

10. Teniendo en cuenta que la toma de decisiones se produce bajo la supervisión del adjunto de guardia, valora qué funciones cumplen y qué decisiones toman las residentes de psicología clínica y de psiquiatría.

	MIR	PIR	AMBOS
Toma de decisiones sobre nivel de gravedad de un paciente (nivel I, nivel II o nivel III)			
Descarte de organicidad de la sintomatología			
Psicoeducación sobre psicofármacos			
Orientación sobre intervenciones psicoterapéuticas más específicas			
Ajuste farmacológico			
Determinar prioridad de atención ante diferentes avisos			

Valoración de riesgo autolítico			
Realización de intervenciones familiares			
Decisión de traslado a otros dispositivos			
Decisión de alta, observación o ingreso			
Decisión de intervención de otros especialistas			
Indicación de estrategias de gestión del malestar específicas			
Psicoeducación sobre sintomatología y elaboración de modelo explicativo inicial			
Desarrollo de planes de cuidado y prevención de crisis			

11. Puedes emplear el siguiente espacio para añadir otras funciones y decisiones

(Texto de respuesta corta libre)

12. De forma general, ¿prefieres que en Urgencias haya residentes de Psicología Clínica?

- a Si
- b Me es indiferente
- c No

13. ¿Cómo de relevante consideras la inclusión de residentes de Psicología Clínica en Urgencias para favorecer el trabajo entre profesionales de Salud Mental?

- a Muy relevante
- b Relevante
- c Indiferente
- d Poco relevante
- e Irrelevante

14. ¿Crees que sería importante que otros hospitales contaran con psicólogos clínicos en Urgencias?

- a Si
- b No

15. Valora del 1 al 10 tu experiencia en general con residentes de Psicología Clínica en Urgencias.

1 (Muy negativa) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy positiva)

16. En tu opinión, ¿crees que la atención al paciente en Urgencias cambia si se realiza una intervención conjunta MIR-PIR?

- a No, es igual a la intervención individual
- b Sí, empeora o dificulta la intervención
- c Sí, mejora la intervención

17. Puedes emplear el siguiente espacio para clarificar alguna de las respuestas o para añadir lo que quieras.

(Texto de respuesta corta libre)