Vol. 1, No. 7 (outubro 2026)

REVISTA ATHENA LATINO-AMERICANA

LA EMERGENCIA TAMBIÉN ES PSICOLÓGICA: INTERVENCIÓN CLÍNICA TEMPRANA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:*Una revisión narrativa desde la Psicología Clínica de la Salud*

THE EMERGENCY IS ALSO PSYCHOLOGICAL: EARLY CLINICAL INTERVENTION IN EMERGENCY SERVICES A narrative review from the perspective of Clinical Health Psychology

Rudelania Valdez Mateo[1]

Revista Athena Latino-Americana
DOI: 10.69720/3086-5182.2026.000084
ISSN: 3086-5182

[1]Psicóloga clínica e escolar, mestra em psicologia clínica e da saúde, mestra em gestão de centros educacionais, mestra em neuropsicologia, mestra em terapia familiar, doutorado em ciências da educação. Autora de vários livros e artigos científicos, participação em congressos nacionais e internacionais. Docente universitária. Pais: Republica Dominicana
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6542-1269
E-mail: Email.r.valdezmateo@hotmail.com

REVISTA
ATHENA LATINO-AMERICANA

Vol. 1, No. 7 (outubro 2026)

LA EMERGENCIA TAMBIÉN ES PSICOLÓGICA: INTERVENCIÓN CLÍNICA TEMPRANA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:*Una revisión narrativa desde la Psicología Clínica de la Salud*

Rudelania Valdez Mateo



PERIÓDICO CIENTÍFICO INDEXADO INTERNACIONALMENTE

ISSN
International Standard Serial Number
3086-5182
www.athena-latino-americana.com

Editora e Revista
Athena Latino-Americana
CPF: 639.619.621-20
Naviraí – Mato Grosso do Sul
Rua: Botocudos, 365 – Centro
CEP: 79950-000

REVISTA ATHENA LATINO-AMERICANA
O Conhecimento é o horizonte de eventos.
ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

RESUMO

Los servicios de urgencias constituyen uno de los escenarios más complejos de la atención sanitaria, debido a que concentran situaciones inesperadas asociadas con dolor, incertidumbre, riesgo vital, accidentes, violencia, intoxicaciones, autolesiones y crisis familiares. Aunque la prioridad asistencial se orienta habitualmente hacia la estabilización física, estas situaciones también pueden generar respuestas psicológicas que influyen en el afrontamiento, la recuperación, la adherencia al tratamiento y la continuidad de los cuidados. El objetivo de este artículo es analizar, desde la perspectiva de la Psicología Clínica de la Salud, la importancia de incorporar la intervención psicológica temprana como componente de la atención integral en los servicios de urgencias. Se realizó una revisión narrativa y documental de literatura científica reciente y documentos institucionales sobre atención de salud mental en urgencias, intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, trauma, conducta suicida y continuidad asistencial. La evidencia revisada muestra que los servicios de urgencias pueden constituir un punto estratégico para la detección temprana, la estabilización, las intervenciones breves y la vinculación con servicios posteriores. A partir de esta revisión se propone un modelo operativo de seis momentos: detección, evaluación breve, estabilización, intervención clínica, derivación y seguimiento. Se concluye que la integración organizada de la Psicología Clínica de la Salud puede fortalecer la respuesta interdisciplinaria y favorecer la continuidad de la atención psicológica, particularmente en contextos como la República Dominicana.

Palabras clave: Psicología Clínica de la Salud, servicios de urgencias, intervención psicológica temprana, intervención en crisis, trauma, conducta suicida, salud mental.

ABSTRACT

Emergency services constitute one of the most complex settings in healthcare because they concentrate unexpected situations associated with pain, uncertainty, life-threatening conditions, accidents, violence, poisoning, self-harm, and family crises. Although clinical priority is usually directed toward physical stabilization, these situations may also generate psychological responses that influence coping, recovery, treatment adherence, and continuity of care. The aim of this article is to analyze, from the perspective of Clinical Health Psychology, the importance of incorporating early psychological intervention as a component of comprehensive care in emergency services. A narrative and documentary review of recent scientific literature and institutional documents concerning mental health care in emergency departments, crisis intervention, psychological first aid, trauma, suicidal behavior, and continuity of care was conducted. The reviewed evidence indicates that emergency services can constitute a strategic point for early detection, stabilization, brief interventions, and linkage with subsequent services. Based on this review, a six-stage operational model is proposed: detection, brief assessment, stabilization, clinical intervention, referral, and follow-up. It is concluded that the organized integration of Clinical Health Psychology can strengthen interdisciplinary responses and promote continuity of psychological care, particularly in contexts such as the Dominican Republic.

Keywords: *Clinical Health Psychology, emergency services, early psychological intervention, crisis intervention, trauma, suicidal behavior, mental health.*

1. INTRODUÇÃO

La llegada a un servicio de urgencias suele producirse en circunstancias que interrumpen abruptamente la continuidad de la vida cotidiana. Un accidente de tránsito, una agresión, un dolor intenso, una descompensación de una enfermedad crónica, una intoxicación, una crisis suicida o la aparición inesperada de un problema potencialmente mortal pueden transformar en minutos la percepción de seguridad y control de una persona. En ese momento, el organismo requiere atención médica, pero el paciente también necesita comprender lo que está ocurriendo, regular sus emociones y utilizar recursos de afrontamiento.

La Organización Mundial de la Salud señala que las emergencias pueden exacerbar condiciones de salud mental preexistentes y favorecer nuevos problemas, incluidos sufrimiento psicológico, separación familiar y consumo perjudicial de sustancias. Sus orientaciones promueven una respuesta escalonada que incluye apoyo psicosocial, primeros auxilios psicológicos, atención clínica basada en evidencia y redes de derivación entre servicios especializados, atención sanitaria general y recursos comunitarios. ✂cite turn1search13 turn1search19☎ (World Health Organization, 2025).

En este marco, la emergencia médica puede convertirse también en una emergencia psicológica, especialmente cuando el acontecimiento supera temporalmente los recursos habituales de afrontamiento del

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

individuo o de su familia. La Psicología Clínica de la Salud puede contribuir desde el primer contacto, sin sustituir la atención médica, sino complementándola mediante evaluación breve, estabilización, intervención focalizada y continuidad asistencial.

2. OBJETIVO

Analizar, desde la perspectiva de la Psicología Clínica de la Salud, la necesidad y utilidad potencial de integrar la intervención psicológica temprana en los servicios de urgencias, con especial atención a trauma, conducta suicida, crisis familiares, violencia, intoxicaciones y continuidad de cuidados, y proponer un modelo operativo aplicable al contexto dominicano.

3. METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DEL ARTÍCULO

El presente trabajo corresponde a una revisión narrativa de literatura con orientación crítica y propositiva, cuyo propósito es analizar la importancia de la intervención psicológica temprana en los servicios de urgencias desde la perspectiva de la Psicología Clínica de la Salud. La revisión narrativa fue seleccionada debido a que permite integrar evidencia científica, documentos institucionales y aportes conceptuales procedentes de diferentes áreas relacionadas con la atención de crisis y la salud mental en contextos de emergencia.

El artículo no pretende constituir una revisión sistemática ni un metaanálisis. En consecuencia, sus conclusiones deben interpretarse como una síntesis crítica de la literatura disponible y como fundamento para la formulación de una propuesta conceptual susceptible de evaluación empírica.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda bibliográfica se orientó hacia publicaciones relacionadas con la intervención psicológica en servicios de urgencias y los principales problemas de salud mental que pueden presentarse en estos contextos. Se consideraron como ejes de búsqueda los siguientes conceptos: intervención psicológica en urgencias, salud mental en servicios de emergencia, intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos, trauma, conducta suicida, autolesiones, violencia, consumo de sustancias, atención a familiares y continuidad de cuidados.

Se priorizaron artículos científicos publicados entre 2021 y 2026, sin excluir documentos anteriores cuando aportaban fundamentos conceptuales o institucionales relevantes. También se incorporaron documentos oficiales de organismos nacionales e internacionales relacionados con salud mental y atención en situaciones de emergencia.

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Se utilizaron fuentes científicas y documentales procedentes de bases de datos y repositorios académicos, así como documentos institucionales de organismos nacionales e internacionales. Entre las fuentes consultadas se consideraron PubMed, Google Scholar y sitios oficiales de organismos de salud.

Para el contexto dominicano se revisaron documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y publicaciones de la Oficina Nacional de Estadística. Para el contexto internacional se consideraron documentos de la Organización Mundial de la Salud y revisiones científicas relacionadas con la atención de salud mental en los servicios de urgencias.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se priorizaron publicaciones que cumplieran al menos uno de los siguientes criterios:

a) analizaran intervenciones de salud mental desarrolladas en servicios de urgencias;

b) estudiaran intervención en crisis, primeros auxilios psicológicos o atención psicológica temprana;

c) abordaran conducta suicida, autolesiones, trauma, violencia o consumo de sustancias en contextos de emergencia;

d) analizaran modelos interdisciplinarios o integrados de atención de salud mental;

e) aportaran información relevante para la continuidad de cuidados después del alta;

f) correspondieran a documentos oficiales relacionados con políticas, estrategias o recomendaciones de salud mental en situaciones de emergencia.

Se excluyeron fuentes sin identificación institucional o científica suficiente, publicaciones que no guardaran relación directa con el objetivo del artículo y documentos cuya información no pudiera ser contrastada.

3.5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

La información seleccionada fue organizada de acuerdo con cinco ejes temáticos: experiencia biopsicosocial de la emergencia, intervención psicológica temprana, trauma y

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

crisis, conducta suicida y otras situaciones de riesgo, y continuidad asistencial.

Posteriormente, se realizó una síntesis narrativa orientada a identificar coincidencias, diferencias, limitaciones de la evidencia y oportunidades de aplicación en el contexto dominicano. A partir de esta integración se elaboró una propuesta conceptual de intervención psicológica temprana organizada en seis momentos: detección, evaluación breve, estabilización, intervención clínica, derivación y seguimiento.

3.6 CONSIDERACIONES SOBRE EL NIVEL DE EVIDENCIA

La evidencia utilizada presenta diferentes niveles de rigor metodológico, incluyendo revisiones sistemáticas, estudios de intervención, revisiones cualitativas y documentos institucionales. Por esta razón, las recomendaciones planteadas en el presente artículo no deben interpretarse como protocolos clínicos validados.

El modelo propuesto constituye una propuesta conceptual derivada de la literatura revisada, cuya eficacia, factibilidad y aceptabilidad deberán determinarse mediante investigaciones posteriores desarrolladas específicamente en servicios de urgencias de la República Dominicana.

3.7. ACTUALIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA Y CONTROL DE CALIDAD

Para fortalecer la actualidad del manuscrito, se realizó una búsqueda complementaria de actualización el 19 de agosto de 2026. Se revisaron registros científicos recuperables en PubMed y fuentes institucionales oficiales de la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana y la Oficina Nacional de Estadística. Se utilizaron combinaciones de términos en español e inglés relacionadas con emergency department, emergency services, mental health, psychological intervention, crisis intervention, psychological first aid, trauma, suicide, self-harm, substance use y continuity of care, además de sus equivalentes en español.

La selección final se orientó por pertinencia temática, actualidad, calidad de la fuente y utilidad para responder al objetivo del artículo. Debido al carácter narrativo de la revisión, no se realizó un cribado exhaustivo ni una síntesis cuantitativa de efectos. Esta delimitación evita presentar el manuscrito como una revisión sistemática; PRISMA 2020 está destinado principalmente al reporte de revisiones sistemáticas.

Como control de calidad de la revisión narrativa se tomaron como referencia los seis dominios de SANRA: importancia del tema, objetivos, búsqueda bibliográfica, referencias, nivel de evidencia y datos relevantes de los desenlaces. SANRA fue desarrollada específicamente para valorar revisiones narrativas no sistemáticas.

4. LA EMERGENCIA COMO EXPERIENCIA BIOPSICOSOCIAL

La emergencia médica reúne tres condiciones con un importante impacto psicológico: imprevisibilidad, incertidumbre y pérdida temporal del control.

La imprevisibilidad aparece porque el acontecimiento interrumpe de forma repentina la vida cotidiana. La incertidumbre surge ante preguntas que el paciente y su familia no pueden responder inmediatamente: ¿qué tengo?, ¿qué va a suceder?, ¿necesitaré una cirugía?, ¿podré volver a mi vida habitual?, ¿sobrevivirá mi familiar?

La pérdida de control, por su parte, aparece cuando la persona debe someterse a procedimientos, depender de profesionales y aceptar decisiones que en ese momento no puede controlar.

Estas condiciones pueden generar respuestas emocionales intensas. Sin embargo, es fundamental establecer una distinción clínica: una reacción emocional intensa no equivale necesariamente a un trastorno mental.

El llanto, el miedo, la preocupación, la dificultad temporal para concentrarse o la hipervigilancia pueden formar parte de una respuesta adaptativa frente a una situación extraordinaria. El papel del psicólogo no consiste en patologizar automáticamente estas respuestas, sino en determinar cuándo constituyen un malestar esperable, cuándo requieren apoyo psicológico y cuándo existen indicadores de riesgo que justifican una intervención especializada.

Esta distinción es especialmente importante en urgencias, donde el tiempo es limitado y la persona puede encontrarse física y emocionalmente vulnerable.

5. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA:

más que contención emocional

La intervención psicológica temprana no debe confundirse con una psicoterapia

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

convencional realizada en un consultorio.

En urgencias, el objetivo inicial es reducir el impacto psicológico inmediato y favorecer la recuperación de los recursos de afrontamiento.

5.1 LA INTERVENCIÓN PUEDE ORGANIZARSE EN CUATRO ACCIONES FUNDAMENTALES:

DETECTAR:

La evaluación psicológica breve permite identificar el estado emocional del paciente, sus recursos de afrontamiento, antecedentes relevantes, red de apoyo y factores de riesgo.

Dependiendo del caso, también puede ser necesario valorar:

Riesgo suicida.
Autolesiones.
Violencia.
Consumo de sustancias.
Desorganización conductual.
Síntomas de estrés agudo.
Dificultades graves de afrontamiento.

5.2. ESTABILIZAR:

La primera ayuda psicológica debe proporcionar apoyo humano, práctico y respetuoso. La OMS señala que esta intervención debe atender necesidades inmediatas, escuchar sin presionar a la persona para que relate sus experiencias y favorecer la seguridad y la calma. (World Health Organization, 2024).

Esto resulta particularmente importante después de acontecimientos traumáticos. El objetivo inicial no es obligar al paciente a narrar detalladamente lo ocurrido, sino ayudarlo a recuperar estabilidad y conexión con sus recursos.

5.3. Intervenir:

Cuando la crisis supera los recursos habituales del paciente, el psicólogo puede aplicar estrategias breves dirigidas a regulación emocional, afrontamiento, resolución inmediata de problemas y activación de redes de apoyo.

5.4. Conectar:

Una intervención de calidad no termina necesariamente con el alta médica. El profesional debe identificar quién necesita seguimiento y establecer una ruta de derivación hacia psicología, psiquiatría, atención primaria, trabajo social u otros recursos disponibles.

La OMS recomienda precisamente establecer redes de derivación entre los servicios de salud mental, la atención sanitaria general y los recursos comunitarios. (World Health Organization, 2025).

6. TRAUMA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO: CUANDO LA LESIÓN NO ES SOLAMENTE FÍSICA

Los accidentes de tránsito constituyen uno de los escenarios donde resulta más evidente la necesidad de integrar la dimensión psicológica. (Brown et al., 2022).

En la República Dominicana, la Oficina Nacional de Estadística registró 1,961 accidentes de tránsito terrestres que causaron muertes en el lugar del hecho durante 2024. La cifra incluye colisiones, atropellamientos, deslizamientos y otros tipos de siniestros. (Oficina Nacional de Estadística, 2025).

Detrás de cada accidente existen personas lesionadas, familiares afectados y, en muchos casos, sobrevivientes que deben adaptarse posteriormente a discapacidad, dolor, pérdida de movilidad, cambios en la imagen corporal o temor a volver a conducir.

Después de un acontecimiento traumático pueden aparecer recuerdos intrusivos, alteraciones del sueño, evitación, irritabilidad, miedo o hipervigilancia. Sin embargo, estas respuestas iniciales no deben interpretarse automáticamente como trastorno de estrés postraumático.

El reto consiste en reconocer tempranamente los factores de riesgo sin convertir la reacción normal al trauma en psicopatología.

Por ello, el psicólogo clínico puede desempeñar un papel estratégico mediante evaluación, psicoeducación, estabilización y seguimiento.

7. CONDUCTA SUICIDA: LA URGENCIA COMO OPORTUNIDAD DE INTERVENCIÓN

Las crisis suicidas representan otro escenario donde la presencia de profesionales de salud mental resulta especialmente relevante. (Nugent et al., 2024).

La República Dominicana registró 651 suicidios en 2024, según cifras preliminares de la Oficina Nacional de Estadística; el grupo de 15 a 19 años registró 26 casos y el de 10 a 14 años, 10 casos.

Estas cifras no permiten explicar por sí solas las causas del fenómeno, pero evidencian la necesidad de fortalecer las capacidades de detección y respuesta.

En una sala de urgencias, la evaluación psicológica debe considerar, entre otros

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

aspectos:

Presencia de ideación suicida.
Intención.
Planificación Antecedentes de intentos.
Acceso a medios.
Consumo de sustancias.
Factores precipitantes.
Apoyo familiar.
Factores protectores.

La intervención no debe reducirse a determinar si existe o no riesgo. Es necesario construir, cuando corresponda, un plan de seguridad, involucrar a la red de apoyo y garantizar continuidad asistencial. (Bossé Chartier et al., 2023; Nugent et al., 2024).

La urgencia puede convertirse así en un punto de entrada al sistema de salud mental para personas que probablemente no habían buscado ayuda anteriormente.

8.VIOLENCIA, INTOXICACIONES Y OTRAS CRISIS

Las salas de urgencias reciben también personas afectadas por violencia interpersonal, violencia de pareja, violencia sexual, consumo problemático de sustancias e intoxicaciones.

En estos casos, la intervención psicológica debe incorporar una perspectiva de seguridad, dignidad y no revictimización.

El profesional debe evitar interrogatorios innecesarios, respetar el ritmo de la persona y coordinarse con los demás miembros del equipo.

La situación resulta especialmente compleja cuando existe consumo de sustancias. Una persona intoxicada puede presentar alteraciones emocionales, impulsividad, desorganización o dificultades para proporcionar información confiable. La evaluación psicológica debe adaptarse al estado clínico y coordinarse con la valoración médica.

La OMS señala que las emergencias pueden agravar problemas preexistentes y favorecer también nuevas dificultades relacionadas con el consumo perjudicial de sustancias

La familia como unidad de cuidado

El paciente no es el único que necesita intervención:

Uno de los aspectos menos visibles de la atención de urgencias es el impacto psicológico sobre la familia.

Mientras el equipo médico atiende al paciente, los familiares pueden permanecer durante horas enfrentando incertidumbre, miedo y falta de información.

Cuando existe riesgo vital, la familia puede experimentar:

Ansiedad intensa.
Sensación de impotencia.
Culpa.
Desesperanza.
Ira.
Miedo a la pérdida.
Desorganización emocional.

La intervención psicológica puede ayudar a organizar la experiencia, facilitar la comprensión de la información médica, identificar recursos familiares y detectar personas que necesitan seguimiento.

En situaciones de muerte, enfermedad avanzada o pronóstico reservado, el psicólogo puede contribuir al acompañamiento inicial del proceso de duelo y facilitar la continuidad de la atención.

9. LA EMERGENCIA COMO PUNTO DE ENTRADA A LA SALUD MENTAL

Uno de los argumentos más importantes para incorporar psicología en urgencias es que este servicio puede funcionar como un punto de contacto con personas que normalmente no utilizan los servicios de salud mental.

Una persona puede acudir por un accidente y revelar síntomas de ansiedad; otra puede llegar por una intoxicación y presentar un problema de consumo; otra puede ingresar después de una autolesión sin haber recibido previamente atención psicológica.

La revisión sistemática de Austin et al. (2024) encontró que diferentes estrategias para mejorar la atención de personas con problemas de salud mental en departamentos de emergencia pueden influir en resultados clínicos, experiencia del paciente y desempeño del servicio, aunque la evidencia varía según el tipo de intervención y contexto.

Asimismo, una revisión de modelos integrados de respuesta a crisis de salud mental en urgencias encontró resultados favorables asociados a modelos colaborativos, equipos de consulta y enlace y telepsiquiatría, incluyendo mejoras en acceso y algunos indicadores asistenciales. (Katiki et al., 2024).

Esto sugiere que la discusión no debería centrarse únicamente en colocar un psicólogo dentro de una sala, sino en diseñar un modelo organizado de atención psicológica integrado al flujo asistencial.

10. CONTEXTO DOMINICANO

La República Dominicana cuenta con

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

antecedentes institucionales que reconocen la importancia del componente psicológico en las emergencias. El Ministerio de Salud Pública desarrolló documentos técnicos sobre primera ayuda psicológica y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia y desastres, destinados a orientar la respuesta de los equipos ante las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de estos acontecimientos. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2025).

Además, el país cuenta actualmente con un **Plan Estratégico de Salud Mental 2026-2030, que plantea la necesidad de fortalecer el sistema de salud mental y reducir las brechas de atención. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2025).

Este marco ofrece una oportunidad para avanzar desde la disponibilidad de orientaciones generales hacia modelos más sistemáticos de atención psicológica en servicios de urgencias.

EL DESAFÍO CONSISTE EN DESARROLLAR PROTOCOLOS QUE ESTABLEZCAN:

cuándo evaluar, a quién evaluar, cómo intervenir, cuándo derivar y cómo garantizar seguimiento.

No todos los pacientes necesitan una intervención psicológica extensa. Pero todos deberían tener la posibilidad de que sus necesidades psicológicas sean reconocidas cuando aparezcan.

12. PROPUESTA DE MODELO DOMINICANO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA TEMPRANA

Desde una perspectiva de Psicología Clínica de la Salud, puede proponerse un modelo operativo de seis momentos:

1. DETECCIÓN:

Identificación de pacientes y familiares con indicadores de necesidad psicológica.

2. EVALUACIÓN BREVE:

Valoración del estado emocional, factores de riesgo y recursos disponibles.

3. ESTABILIZACIÓN:

Aplicación de primeros auxilios psicológicos y estrategias de regulación emocional cuando sean necesarias.

4. INTERVENCIÓN CLÍNICA:

Intervenciones breves y focalizadas de acuerdo con la naturaleza de la crisis.

5. DERIVACIÓN:

Referencia a psicología, psiquiatría, atención primaria, trabajo social u otros servicios.

6. SEGUIMIENTO:

Confirmación de que las personas con necesidades identificadas tengan acceso efectivo a continuidad asistencial.

Este modelo coincide con la orientación internacional hacia una respuesta escalonada que va desde el apoyo básico y la primera ayuda psicológica hasta la atención clínica especializada.

12. Una nueva concepción de la emergencia:

La incorporación del psicólogo clínico no debería plantearse como una sustitución del modelo médico. Su finalidad es ampliarlo.

El médico atiende la lesión y la enfermedad; enfermería sostiene gran parte del cuidado directo; trabajo social aborda dimensiones sociales y familiares; psiquiatría interviene ante determinadas condiciones clínicas; y psicología aporta conocimiento especializado sobre conducta, emociones, afrontamiento, crisis y adaptación.

La integración de estas disciplinas permite comprender que la recuperación no comienza cuando desaparece el síntoma físico. Comienza también cuando la persona puede comprender lo sucedido, recuperar recursos psicológicos y construir una respuesta adaptativa frente a la nueva realidad.

12.1 APORTE CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA

El aporte central de la revisión consiste en integrar la evidencia disponible sobre detección, evaluación breve, estabilización, intervención, derivación y seguimiento dentro de una secuencia operativa aplicable conceptualmente a los servicios de urgencias. La propuesta no pretende sustituir protocolos institucionales ni constituye un instrumento clínico validado.

Su originalidad potencial se encuentra en la articulación de estos componentes desde la Psicología Clínica de la Salud y en su contextualización para la República Dominicana. Esta contribución debe considerarse una hipótesis operativa que requiere estudios de factibilidad, aceptabilidad, validez y efectividad antes de recomendarse como modelo institucional.

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

Fase	Objetivo	Indicadores prioritarios	Resultado esperado
1. Detección	Identificar necesidad psicológica	Riesgo suicida, trauma, violencia, desorganización	Necesidad identificada
2.Evaluación breve	Estimar gravedad y recursos	Síntomas, antecedentes, apoyo y factores protectores	Nivel de intervención definido
3. Estabilización	Favorecer seguridad y regulación	Ansiedad intensa, desorganización, angustia aguda	Mayor estabilidad
4. Intervención clínica	Abordar la crisis inmediata	Necesidades emocionales y conductuales	Afrontamiento fortalecido
5. Derivación	Asegurar continuidad	Necesidad especializada	Ruta asistencial establecida
6. Seguimiento	Reducir pérdida de continuidad	Persistencia del riesgo o malestar	Continuidad asistencial

En este sentido, el modelo puede constituir una base para futuras investigaciones destinadas a determinar qué componentes de la intervención psicológica temprana producen mejores resultados clínicos, organizacionales y de continuidad asistencial en los servicios de urgencias dominicanos.

La propuesta adquiere especial relevancia en el contexto dominicano debido a la necesidad de fortalecer mecanismos de integración entre los servicios de emergencia y la red de atención de salud mental. No obstante, debe enfatizarse que el modelo representa una propuesta conceptual derivada de la literatura revisada y no un protocolo clínico validado. Su implementación requiere estudios posteriores de factibilidad, validez, aceptabilidad y efectividad.

A diferencia de una aproximación centrada exclusivamente en la contención emocional, el modelo plantea que la intervención psicológica debe integrarse al flujo asistencial y mantener continuidad más allá del momento inicial de la emergencia. De esta manera, el psicólogo clínico participa no solamente en la reducción del malestar inmediato, sino también en la identificación de factores de riesgo, la activación de recursos de afrontamiento, la coordinación interdisciplinaria y la vinculación con servicios posteriores.

El principal aporte de esta revisión consiste en la integración de diferentes componentes de la atención psicológica temprana en un modelo operativo aplicable conceptualmente a los servicios de urgencias. La propuesta organiza el proceso en seis momentos articulados: detección, evaluación breve, estabilización, intervención clínica, derivación y seguimiento.

13. DISCUSIÓN

La literatura revisada permite sostener que la integración de salud mental en urgencias es clínicamente pertinente, pero también muestra que no existe una intervención única aplicable a todos los pacientes. La evidencia es heterogénea y depende del tipo de crisis, población, organización del servicio, capacitación del personal y capacidad de seguimiento. Austin et al. (2024), por ejemplo, encontraron variabilidad en los efectos de las estrategias dirigidas a mejorar la atención de adultos con enfermedad mental en departamentos de emergencia.

En consecuencia, la propuesta de integrar psicología en urgencias debe evitar dos extremos: reducir la función del psicólogo a la mera contención emocional o trasladar al servicio de urgencias una psicoterapia convencional. El valor específico de la Psicología Clínica de la Salud reside en articular evaluación, intervención breve, educación, manejo de crisis, coordinación interdisciplinaria y continuidad.

La principal limitación de esta revisión es su carácter narrativo. No se realizó una síntesis cuantitativa ni una evaluación sistemática del riesgo de sesgo de cada estudio. Por ello, las conclusiones deben entenderse como una síntesis crítica orientada a la práctica y a la generación de hipótesis de investigación, no como una estimación definitiva de eficacia.

La propuesta para República Dominicana debe ser sometida a evaluación empírica. Futuras investigaciones deberían estudiar factibilidad, aceptabilidad, tiempos de intervención, resultados clínicos, satisfacción de pacientes y familiares, derivaciones efectivas y utilización posterior de los servicios.

14. CONCLUSIONES

La emergencia también es una experiencia psicológica. Reconocer esta dimensión no disminuye la prioridad de la estabilización médica; amplía la comprensión de lo que significa proporcionar atención integral. Un accidente puede producir lesión física y temor persistente; una intoxicación puede revelar una problemática de consumo; una autolesión puede constituir un primer contacto con el sistema de salud mental; un diagnóstico inesperado puede desencadenar una crisis familiar; y una muerte puede iniciar un proceso de duelo.

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

La evidencia disponible respalda la pertinencia de incorporar componentes de salud mental y apoyo psicosocial en los servicios de urgencias, aunque la magnitud y consistencia de los beneficios dependen del modelo aplicado.

En este contexto, el modelo de seis momentos propuesto detección, evaluación breve, estabilización, intervención clínica, derivación y seguimiento que constituye una hipótesis operativa que puede orientar futuras investigaciones en la República Dominicana.

15. REFERENCIAS

Austin, E. E., Cheek, C., Richardson, L., Testa, L., Dominello, A., Long, J. C., Carrigan, A., Ellis, L. A., Norman, A., Murphy, M., Smith, K., Gillies, D., & Clay-Williams, R. (2024). Improving emergency department care for adults presenting with mental illness: A systematic review of strategies and their impact on outcomes, experience, and performance. Frontiers in Psychiatry, 15, 1368129. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1368129

Bossé Chartier, G., Lam, F., Bergmans, Y., Lofchy, J., Bolton, J. M., Klonsky, E. D., Zaheer, J., & Kealy, D. (2023). "Psychotherapy in the pressure cooker": A systematic review of single session psychosocial interventions in emergency departments for suicide-related thoughts or behaviors. Journal of Psychiatric Practice, 29(4), 291–307. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000725

Boudreaux, E. D., Larkin, C., Vallejo Sefair, A., Ma, Y., Li, Y. F., Ibrahim, A. F., Zeger, W., Brown, G. K., Pelletier, L., Miller, I., & ED-SAFE 2 Investigators. (2023). Effect of an emergency department process improvement package on suicide prevention: The ED-SAFE 2 cluster randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1304

Brown, T., Ashworth, H., Bass, M., Rittenberg, E., Levy-Carrick, N., Grossman, S., Lewis-O'Connor, A., & Stoklosa, H. (2022). Trauma-informed care interventions in emergency medicine: A systematic review. Western Journal of Emergency Medicine, 23(3),344. https://doi.org/10.5811/westjem.2022.1.53674

Gabet, M., Armoon, B., Meng, X., & Fleury, M.-J. (2023). Effectiveness of emergency department based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review. American Journal of Emergency Medicine, 74, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008

Huber, J. P., Milton, A., Brewer, M. C., Norrie, L. M., Hartog, S. M., & Glozier, N. (2024). The effectiveness of brief non-pharmacological interventions in emergency departments and psychiatric inpatient units for people in crisis: A systematic review and narrative synthesis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 58(3), 207–226. https://doi.org/10.1177/00048674231216348

Katiki, C., Ponnapalli, V. J. S., Desai, K. J., Mansoor, S., Jindal, A., & Afriyie Badu, N. Y. (2024). Enhancing emergency room mental health crisis response: A systematic review of integrated models. Cureus, 16(11), e74042. https://doi.org/10.7759/cureus.74042

Li, H., Glecia, A., Arisman, K., Peternelj-Taylor, C., Holtslander, L., & Leidl, D. (2022). Mental health and addiction related emergency department visits: A systematic review of qualitative studies. International Journal of Mental Health Systems, 16, 21. https://doi.org/10.1007/s10597-021-00854-1

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2025). Plan estratégico de salud mental, 2026–2030. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/2397

Nugent, S. M., Anderson, J., & Young, S. K. (2024). Behavioural mental health interventions delivered in the emergency department for suicide, overdose and psychosis: A scoping review. BMJ Open, 14(3), e080023. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080023

Oficina Nacional de Estadística. (2025). Anuario de estadísticas de muertes accidentales y violentas 2024. Oficina Nacional de Estadística. https://www.one.gob.do/publicaciones/2025/anuario-de-estadisticas-de-muertes-accidentales-y-violentas-2024/

Sacre, M., Albert, R., & Hoe, J. (2022). What are the experiences and the perceptions of service users attending Emergency Department for a mental health crisis? A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing, 31(2), 400–423. https://doi.org/10.1111/inm.12968

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

Walker, N., Medlow, S., Georges, A., Steinbeck, K., Ivers, R., Perry, L., Skinner, S. R., Kang, M., & Cullen, P. (2022). Emergency department initiated mental health interventions for young people: A systematic review. Pediatric Emergency Care, 38(7), 342–350. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002551

World Health Organization. (2024). Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks (2nd ed.). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240101234

World Health Organization. (2025). Mental health in emergencies. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies

Austin, E. E., Cheek, C., Richardson, L., Testa, L., Dominello, A., Long, J. C., Carrigan, A., Ellis, L. A., Norman, A., Murphy, M., Smith, K., Gillies, D., & Clay-Williams, R. (2024). Improving emergency department care for adults presenting with mental illness: A systematic review of strategies and their impact on outcomes, experience, and performance. Frontiers in Psychiatry, 15, 1368129. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1368129
Boudreaux, E. D., Larkin, C., Vallejo Sefair, A., Ma, Y., Li, Y. F., Ibrahim, A. F., Zeger, W., Brown, G. K., Pelletier, L., Miller, I., & ED-SAFE 2 Investigators. (2023). Effect of an emergency department process improvement package on suicide prevention: The ED-SAFE 2 cluster randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 80(7), 665–674. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1304

Brown, T., Ashworth, H., Bass, M., Rittenberg, E., Levy-Carrick, N., Grossman, S., Lewis-O'Connor, A., & Stoklosa, H. (2022). Trauma-informed care interventions in emergency medicine: A systematic review. Western Journal of Emergency Medicine, 23(3), 334–344. https://doi.org/10.5811/westjem.2022.1.53674

Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Miller, C., Marín, H., Gillibrand, R., Hoeboer, C. M., & Olff, M. (2024). The effect of a single session of psychological first aid in the emergency department on PTSD and depressive symptoms three months post-intervention: Results of a randomised controlled trial. European Journal of Psychotraumatology, 15(1), 2364443. https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2364443

Gabet, M., Armoon, B., Meng, X., & Fleury, M.-J. (2023). Effectiveness of emergency department-based interventions for frequent users with mental health issues: A systematic review. American Journal of Emergency Medicine, 74, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.09.008

Larkin, C., Tulu, B., Djamasbi, S., Garner, R., Varzgani, F., Siddique, M., Pietro, J., & Boudreaux, E. D. (2023). Comparing the acceptability and quality of intervention modalities for suicidality in the emergency department: Randomized feasibility trial. JMIR Mental Health, 10, e49783. https://doi.org/10.2196/49783

Li, H., Glecia, A., Arisman, K., Peternelj-Taylor, C., Holtslander, L., & Leidl, D. (2022). Mental health and addiction related emergency department visits: A systematic review of qualitative studies. International Journal of Mental Health Systems, 16, 21. https://doi.org/10.1007/s10597-021-00854-1

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2025). Plan estratégico de salud mental, 2026–2030. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Oficina Nacional de Estadística. (2025). Anuario de estadísticas de muertes accidentales y violentas 2024. Oficina Nacional de Estadística.

Sacre, M., Albert, R., & Hoe, J. (2022). What are the experiences and the perceptions of service users attending Emergency Department for a mental health crisis? A systematic review. International Journal of Mental Health Nursing, 31(2), 400–423. https://doi.org/10.1111/inm.12968

Walker, N., Medlow, S., Georges, A., Steinbeck, K., Ivers, R., Perry, L., Skinner, S. R., Kang, M., & Cullen, P. (2022). Emergency department initiated mental health interventions for young people: A systematic review. Pediatric Emergency Care, 38(7), 342–350. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002551

World Health Organization. (2024). Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks (2nd ed.). World Health

ISSN: 3086-5182
contato@athena-latino-americana.com
www.athena-latino-americana.com
Periódico científico multidisciplinar

Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240101234

World Health Organization. (2025). Mental health in emergencies. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies.