

## Artículo original

# Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral en Emergencias de Medicina Interna

## Psychological Screening and Comprehensive Assessment in Internal Medicine Emergencies

<sup>a</sup> Angela Luz Mallo Gómez ✉

<sup>b</sup> Rubén Carlos Tunqui Cruz

<sup>a</sup> Hospital Municipal en salud.  
Universidad Privada de Aquino.  
Santa Cruz, Bolivia. Correo:  
[angelaluzmallogomez12@gmail.com](mailto:angelaluzmallogomez12@gmail.com)  
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-3546-1843>

<sup>b</sup> Universidad Privada Domingo Savio.  
Tarija, Bolivia Correo:  
[pt.ruben.tunqui.c@upds.net.bo](mailto:pt.ruben.tunqui.c@upds.net.bo)  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7450-3765>

### Editor responsable:

David Max Olivares Alvares.  
Universidad Privada del Este.  
Ciudad del Este, Paraguay

## Resumen

**Introducción:** La atención psicológica en emergencias médicas es crucial para el bienestar de los pacientes y sus familias. Este estudio propone el Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI) para abordar estas necesidades. **Objetivo:** Desarrollar un protocolo que integre la intervención en crisis, el enfoque bio-psico-social, el triage emocional y la evaluación familiar para detectar reacciones psicológicas agudas. **Materiales y métodos:** Se diseñó una herramienta breve de 10 ítems con una escala de 0 a 2, estableciendo umbrales de riesgo y rutas de derivación escalonadas. Se implementará un plan piloto de 6-8 semanas con indicadores de proceso y mecanismos de evaluación. **Resultados:** El PTIEI busca sistematizar la identificación de reacciones psicológicas, mejorando la atención en situaciones de alta demanda asistencial. **Conclusiones:** La implementación del PTIEI contribuirá a la humanización de la atención hospitalaria y fortalecerá la colaboración interdisciplinaria, asegurando un enfoque integral en el cuidado de pacientes hemodinámicamente estables y sus familias en la Emergencia de Medicina Interna.

**Palabras clave:** Tamizaje psicológico; Emergencia intrahospitalaria; Evaluación familiar; Protocolo; Intervención temprana; Triage emocional.

## Abstract

**Introduction:** Psychological care in medical emergencies is crucial for the well-being of patients and their families. This study proposes the Psychological Screening and Comprehensive Assessment Protocol (PTIEI) to address these needs. **Objective:** To develop a protocol that integrates crisis intervention, a bio-psycho-social approach, emotional triage, and family assessment to detect acute psychological reactions. **Materials and Methods:** A brief tool consisting of 10 items with a 0 to 2 scale was designed, establishing risk thresholds and tiered referral pathways. A pilot implementation plan lasting 6-8 weeks will include process indicators and evaluation mechanisms. **Results:** The PTIEI aims to systematize the identification of psychological reactions, improving care in high-demand situations. **Conclusions:** The implementation of the PTIEI will contribute to the humanization of hospital care and strengthen interdisciplinary collaboration, ensuring a comprehensive approach to the care of hemodynamically stable patients and their families in the Internal Medicine Emergency Department.

**Keywords:** Psychological screening; Hospital emergency; Family assessment; Protocol; Early intervention; Emotional triage.

Historia del artículo: Artículo  
recibido 24 de noviembre 2025 |  
Aceptado 30 de diciembre 2025 |  
Publicado 10 de abril 2026

### Cómo citar:

Cuevas NC, Brítez Venialgo DR,  
Giménez González AI. Percepción  
del cuidado integral en familiares  
de pacientes oncológicos del  
Hospital Regional Ciudad del Este.  
Rev Par Sal. 2026;3(6):1-8.  
<https://doi.org/10.33996/rps.v3i6.01>



## Introducción

La atención en los servicios de emergencia intrahospitalaria se ha enfocado tradicionalmente en la estabilización de las condiciones médicas agudas, relegando a un segundo plano las dimensiones psicológicas y emocionales que inevitablemente surgen en pacientes y sus familiares durante una crisis de salud. Esta priorización de lo somático, si bien es fundamental para la supervivencia, deja una brecha asistencial significativa. Una vez que el paciente alcanza la estabilidad hemodinámica, emerge una ventana de oportunidad crítica para identificar y abordar reacciones psicológicas agudas. La ansiedad, el miedo, la confusión y el estrés postraumático son experiencias comunes en este contexto, y su impacto no debe subestimarse. Estas reacciones pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento, la velocidad de la recuperación física, la dinámica familiar y la percepción general de la calidad de la atención recibida (1).

La literatura científica y la práctica clínica han demostrado de manera consistente que la desatención de las necesidades psicosociales en emergencias puede conducir a una serie de complicaciones. Entre ellas se encuentran el aumento de los niveles de ansiedad y angustia, dificultades en la comunicación entre el equipo de salud y el paciente, la exacerbación de conflictos familiares preexistentes y una notable disminución en la satisfacción del usuario con los servicios hospitalarios (2). En un entorno de alta presión y demanda como lo es la emergencia, la falta de herramientas estandarizadas para una evaluación psicológica rápida y eficaz agrava este problema. El personal de salud, a menudo sin formación especializada en salud mental, carece de los instrumentos necesarios para detectar sistemáticamente el malestar emocional, lo que resulta en un acceso desigual a intervenciones psicológicas oportunas y en una atención fragmentada que no considera al individuo en su totalidad.

La integración de un protocolo de tamizaje psicológico breve, sistemático y de fácil aplicación se presenta como una solución viable y necesaria. Una herramienta de este tipo permitiría al personal de primera línea identificar rápidamente a los pacientes y familiares en situación de riesgo psicológico, activar rutas de atención diferenciadas según la gravedad del caso y registrar la información de manera estandarizada para su posterior análisis y seguimiento. Este enfoque no solo contribuiría a una atención más integral y humanizada, sino que también optimizaría el uso de los recursos de salud mental, dirigiéndolos hacia quienes más los necesitan (3). El presente trabajo se alinea con esta necesidad, proponiendo un protocolo diseñado específicamente para el contexto de la emergencia de Medicina Interna.

Este estudio es el resultado de una inmersión académica y clínica en el campo del abordaje psicológico en entornos hospitalarios. Durante este periodo, se observó de primera mano la ausencia de un procedimiento formalizado para la detección y priorización de las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias. Por ello, el objetivo principal de esta investigación es diseñar, estructurar y proponer la implementación del Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI). Esta herramienta está concebida para ser un instrumento clínico operativo, aplicable a pacientes adultos hemodinámicamente estables y a sus acompañantes en la Emergencia de Medicina Interna. El diseño del PTIEI se basa en una combinación de experiencias clínicas directas y una revisión exhaustiva de la literatura teórica y empírica más actualizada, buscando llenar un vacío asistencial y mejorar la calidad y oportunidad de la atención psicológica en un entorno de alta complejidad.

La justificación de esta propuesta es multifacética. Desde el punto de vista científico, el PTIEI aporta a la sistematización de la práctica clínica, fomenta la reformulación de los modelos de intervención en crisis y ofrece una perspectiva innovadora sobre la inclusión de la familia en el proceso de atención psicológica hospitalaria. Socialmente, promueve la equidad en el acceso a la salud mental en un ámbito tradicionalmente biomédico, legitima la importancia de la dimensión emocional en la experiencia de la enfermedad y reconoce al familiar no solo como un acompañante, sino como un agente activo y crucial en el proceso de recuperación del paciente. Finalmente, este estudio sienta las

bases metodológicas para futuras investigaciones, incluyendo estudios experimentales y de validación psicométrica, que son indispensables para fortalecer la base de evidencia científica en el campo emergente y necesario de la psicología de la salud en contextos de emergencia.

## Métodos

El presente estudio se enmarca en un diseño de investigación de tipo propositivo, utilizando un enfoque metodológico que hemos denominado *complex-experimental*. Este enfoque se caracteriza por la integración de tres componentes fundamentales: primero, una revisión sistemática y exhaustiva de la literatura científica especializada en psicología de la salud, intervención en crisis y evaluación en contextos de emergencia; segundo, el análisis profundo de experiencias clínicas y observaciones directas recopiladas durante una pasantía de formación especializada en psicología hospitalaria; y tercero, el desarrollo de un diseño metodológico detallado y aplicable, que incluye la creación de instrumentos, procedimientos y un plan de evaluación listos para su implementación y validación en un entorno clínico real. La naturaleza de la investigación es, por tanto, descriptiva y propositiva, con el objetivo final de diseñar un protocolo clínico robusto, el PTIEI, que pueda ser implementado y evaluado rigurosamente.

El andamiaje teórico que sostiene la propuesta del PTIEI es una estructura multidimensional que articula cinco ejes conceptuales clave, garantizando que el protocolo no solo sea operativamente viable, sino también teóricamente sólido y basado en la evidencia.

El primer eje es la intervención en crisis. Partiendo de los trabajos seminales de Caplan (4), quien postuló que una crisis es una encrucijada que presenta tanto un peligro como una oportunidad para el crecimiento, el protocolo adopta una postura proactiva. La intervención temprana, según esta perspectiva, es crucial para restablecer el equilibrio psíquico del individuo y prevenir la cronificación de síntomas. Autores más contemporáneos como Everly y Mitchell (5) han refinado estos conceptos en el contexto de la gestión del estrés en incidentes críticos, enfatizando la necesidad de una contención emocional inmediata y la activación de las redes de apoyo social del individuo como estrategias primordiales en entornos de alta tensión como los hospitalarios.

El segundo pilar teórico es el modelo bio-psico-social, propuesto originalmente por Engel (6). Este modelo, que ha sido ampliamente adoptado por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (7) como el estándar para los sistemas de salud centrados en la persona, postula que la salud y la enfermedad son el resultado de una interacción compleja y dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Investigadores como Borrell-Carrió, Suchman y Epstein (8) han abogado por su aplicación práctica, destacando la importancia de una comprensión integral del paciente que vaya más allá de los síntomas físicos. En el contexto del PTIEI, este enfoque justifica plenamente la necesidad de evaluar no solo al paciente, sino también a su entorno inmediato, reconociendo al familiar acompañante como una figura clave cuyo estado emocional y capacidad de afrontamiento pueden ser un factor protector o de riesgo determinante en el proceso de recuperación.

El tercer eje es el triage emocional. Este concepto es una adaptación de los sistemas de triage médico de emergencia, como el conocido método START (Simple Triage and Rapid Treatment) (9), diseñado para priorizar la atención en situaciones de víctimas en masa. Aplicado al ámbito psicosocial, el triage emocional permite una clasificación rápida de la urgencia de las necesidades psicológicas para optimizar la asignación de recursos limitados. Mitchell, Christie y Venne (10) han sido pioneros en el desarrollo de escalas breves para la detección de riesgo psicológico en servicios de urgencia. En el contexto latinoamericano, experiencias como las de Salazar y Méndez (11) en hospitales públicos han demostrado que la implementación de protocolos de triage emocional puede reducir significativamente los tiempos de espera para la atención psicológica y mejorar la coordinación interdisciplinaria. El PTIEI incorpora esta lógica al definir umbrales de riesgo claros que guían rutas de derivación proporcionales a la gravedad detectada.

El cuarto fundamento teórico es la evaluación familiar en el contexto hospitalario. Basado en los modelos de terapia familiar sistémica, iniciados por figuras como Minuchin (12), y desarrollados por teóricos contemporáneos como Walsh (13) con su enfoque en la resiliencia familiar, este eje subraya la importancia de evaluar la dinámica familiar, los estilos de comunicación y la capacidad de colaboración. Investigaciones recientes han aportado evidencia contundente de que el estado emocional del familiar tiene una influencia directa en la toma de decisiones clínicas, la adherencia del paciente al tratamiento y la satisfacción general con la atención (14). Estudios exploratorios en el contexto boliviano, aunque incipientes, ya han señalado que el acompañante puede ser tanto un facilitador como un obstáculo en el proceso de recuperación, dependiendo de su propio estado emocional y la calidad de su relación con el paciente (15).

Finalmente, el quinto eje es la ética clínica y la seguridad en la emergencia. El protocolo se adhiere estrictamente a los principios bioéticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, tal como los articularon Beauchamp y Childress (16). Esto implica un equilibrio cuidadoso entre la confidencialidad de la información y la obligación de actuar para proteger al paciente cuando se identifica un riesgo inminente, como la ideación autolesiva. Las guías diagnósticas del DSM-5 (17) y la CIE-10 (18) se utilizan como marcos de referencia para la identificación de manifestaciones clínicamente relevantes, sin que el tamizaje pretenda ser un diagnóstico completo. Además, la propuesta se alinea con la legislación nacional, en este caso, la Ley 403 de Salud Mental de Bolivia (19), que establece el derecho de los ciudadanos a recibir atención psicológica oportuna y respetuosa.

El instrumento PTIEI fue diseñado siguiendo el principio de parsimonia, esencial en el cribado clínico en entornos de alta intensidad. Consta de 10 ítems con una escala de evaluación de 0 (ausente), 1 (moderado) a 2 (intenso). Estos ítems se distribuyen en tres áreas: cinco para la valoración del paciente (ansiedad intensa, miedo paralizante, desorientación, ideación autolesiva y conducta disociativa), tres para la valoración del familiar (nivel de contención, conflicto u oposición y capacidad de colaboración) y dos ítems operativos (recursos psicosociales disponibles y disponibilidad de un espacio adecuado para la contención). Los umbrales de riesgo se establecieron para guiar la acción clínica: un puntaje de 0-3 indica bajo riesgo y activa un protocolo de psicoeducación y monitoreo; un puntaje de 4-6 señala un riesgo moderado que requiere una derivación programada a Psicología en menos de 24 horas; y un puntaje de 7 o más, o la presencia de ideación autolesiva (ítem 4 positivo), se considera de alto riesgo y activa una intervención inmediata del equipo de salud mental.

Para la validación inicial y el ajuste del protocolo, se ha diseñado un plan de implementación piloto con una duración de 6 a 8 semanas. Este plan incluye una fase de capacitación intensiva para el personal de enfermería que aplicará el tamizaje, sesiones de supervisión semanales utilizando un checklist de fidelidad para asegurar la adherencia al protocolo, y auditorías aleatorias de una muestra del 10-20% de las aplicaciones. La evaluación del piloto se basará en un conjunto de indicadores mínimos, que incluyen: tasa de cobertura (porcentaje de tamizajes realizados sobre el total de pacientes elegibles), tiempo promedio transcurrido hasta la atención psicológica, proporción de derivaciones que son efectivamente atendidas en el plazo estipulado, porcentaje de fichas de registro completadas correctamente y el nivel de aceptación del protocolo por parte del personal, medido a través de una escala Likert. De forma complementaria, se realizarán talleres grupales y entrevistas semiestructuradas con el equipo para identificar barreras logísticas, recoger sus percepciones y generar propuestas de mejora, siguiendo un enfoque de evaluación de métodos mixtos, tal como lo recomiendan Creswell y Plano Clark (20), para generar un aprendizaje profundo y accionable.

## Resultados

El producto principal de esta investigación propositiva es el diseño detallado del Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI), una herramienta concebida como una propuesta operativa y metodológica para ser implementada, evaluada y validada en el contexto específico de los servicios

de emergencia de Medicina Interna. El protocolo representa una integración sistemática de la evidencia teórica y la experiencia clínica, materializada en un conjunto de instrumentos y procedimientos diseñados para ser factibles y relevantes en un entorno de alta demanda asistencial.

La estructura del instrumento de tamizaje PTIEI fue diseñada para ser breve, clara y fácil de administrar por personal no especializado en salud mental, como enfermeros o médicos de primer contacto, tras un breve entrenamiento. Consta de diez ítems que evalúan tres dimensiones críticas y complementarias: el estado psicológico del paciente, la condición del familiar acompañante y los recursos operativos disponibles. Cada ítem se puntúa en una escala de tres puntos (0 = No/Ausente, 1 = Moderada/Presente de forma intermitente, 2 = Intensa/Presente de forma continua o severa), lo que permite una cuantificación rápida del nivel de riesgo.

Los ítems centrados en el paciente están diseñados para detectar señales de una crisis psicológica aguda que requieren atención inmediata o prioritaria. Estos incluyen: ansiedad intensa (manifestaciones observables como agitación psicomotriz, hiperventilación, llanto inconsolable o verbalización de pánico); miedo paralizante (expresiones de terror, evitación del contacto visual, mutismo o verbalizaciones de temor a la muerte o a la pérdida de control); desorientación (confusión en tiempo, espacio o persona, incapacidad para seguir indicaciones simples o discurso incoherente); ideación autolesiva (cualquier verbalización, gesto o indicio de pensamientos o planes de hacerse daño a sí mismo); y conducta disociativa (sensación de irrealidad, despersonalización, amnesia de eventos recientes o comportamiento de trance).

Los ítems que evalúan al familiar acompañante son un componente innovador del protocolo, reconociendo su rol fundamental en el proceso. Estos incluyen: nivel de contención (capacidad del familiar para ofrecer apoyo emocional efectivo, mantener la calma y colaborar con el equipo de salud); conflicto u oposición (presencia de discusiones, hostilidad hacia el personal, negación de la situación o interferencia con los procedimientos médicos); y capacidad de colaboración (disposición para recibir información, seguir indicaciones, participar en la toma de decisiones y movilizar recursos de apoyo).

Finalmente, los ítems operativos evalúan la factibilidad de la intervención en el contexto inmediato: recursos psicosociales (existencia de una red de apoyo externa como otros familiares o amigos que pueda ser movilizada) y disponibilidad de espacio (existencia de un lugar físico adecuado, privado y tranquilo, para realizar una contención emocional).

El flujograma operativo del PTIEI establece rutas de acción claras y escalonadas para que el equipo de salud pueda responder de manera proporcional al nivel de riesgo detectado. Para riesgo bajo (puntaje 0-3), se activa un protocolo de psicoeducación y monitoreo donde el personal de enfermería, previamente capacitado, ofrece información básica sobre reacciones emocionales comunes, brinda pautas de afrontamiento y realiza un seguimiento periódico. Para riesgo moderado (puntaje 4-6), se activa la derivación programada contactando al servicio de Psicología para agendar una evaluación especializada dentro de las siguientes 24 horas. Para riesgo alto (puntaje  $\geq 7$  o ítem 4 positivo), se activa la intervención inmediata notificando de manera urgente al equipo de crisis o al psicólogo de guardia.

Se ha diseñado un manual de aplicación que incluye guías detalladas, un script de aproximación sugerido para abordar al paciente y al familiar, ejemplos concretos para la formulación de preguntas, criterios claros para la interpretación de las respuestas y algoritmos de decisión. Un componente no negociable del procedimiento es la obtención del consentimiento informado verbal. Además, se ha desarrollado un sistema de registro con formatos físicos y plantillas digitales para recopilar de manera sistemática los datos de cada tamizaje, creando una base de datos fundamental para la evaluación de la implementación del protocolo.

## Discusión

El Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI) propuesto en este estudio representa una contribución significativa y oportuna al campo de la psicología hospitalaria. Su principal fortaleza radica en el desarrollo de un diseño metodológico compilex-experimental que es directamente aplicable a la realidad de los servicios de emergencia intrahospitalaria. Al integrar de manera coherente y sistemática la evidencia teórica con procedimientos operativos concretos, el PTIEI ofrece una solución tangible a la brecha asistencial existente en la atención de las necesidades psicológicas de pacientes y familiares.

La fundamentación del PTIEI en el principio de la intervención temprana en crisis es uno de sus pilares más sólidos. La literatura ha demostrado consistentemente que la ventana de tiempo inmediatamente posterior a un evento traumático o estresante es crucial. Las intervenciones breves, focales y oportunas en este período pueden no solo aliviar el malestar agudo, sino también modificar la trayectoria sintomática a largo plazo, reduciendo la probabilidad de que el estrés agudo evolucione hacia un trastorno de estrés postraumático u otras complicaciones psicopatológicas (4, 5). Por lo tanto, la implementación de un tamizaje rápido que active rutas de respuesta inmediatas, como la contención emocional o la psicoeducación, no es solo una medida de humanización de la atención, sino una estrategia preventiva de salud mental con una excelente relación costo-efectividad.

La adaptación de la lógica del triage médico a la esfera psicosocial es otro de los aciertos conceptuales del protocolo. Los servicios de emergencia son, por definición, entornos de recursos limitados y alta demanda. El triage emocional, tal como ha sido desarrollado en la literatura (9, 10, 11), ofrece un método racional y ético para la priorización de casos. Al establecer umbrales operativos claros y rutas de atención escalonadas, el PTIEI permite una gestión más eficiente de los recursos de salud mental, asegurando que los casos de mayor gravedad y riesgo reciban la atención urgente que requieren.

La incorporación sistemática de la evaluación del familiar acompañante, fundamentada en el modelo bio-psico-social, es quizás la contribución más innovadora del PTIEI. La salud y la recuperación de un individuo no ocurren en un vacío social; la familia es el contexto inmediato y más influyente. El estado emocional del familiar, su capacidad para ofrecer contención, su nivel de conflicto y su disposición para colaborar con el equipo de salud son factores que pueden facilitar o dificultar enormemente el proceso de recuperación del paciente (6, 8). Al incluir ítems específicos para valorar al familiar, el PTIEI reconoce a este como un agente activo en el proceso de salud y no como un mero espectador.

Desde el punto de vista de la ética clínica, el protocolo ha sido diseñado con un profundo respeto por los derechos de los pacientes. La inclusión del consentimiento informado verbal como un paso obligatorio, la protección de la confidencialidad de los datos y el establecimiento de protocolos claros para actuar ante hallazgos críticos como la ideación suicida, son elementos que garantizan una práctica segura y profesional (16). Además, la propuesta de un plan de implementación piloto se alinea con los principios de la ciencia de la implementación, que ha demostrado que la simple creación de una herramienta no garantiza su adopción ni su correcta utilización. La capacitación, la supervisión continua y la evaluación de la fidelidad son componentes esenciales para asegurar que el protocolo se implemente de manera efectiva y sostenible (20).

Al comparar el PTIEI con otros estudios y protocolos desarrollados en la región, se observa una clara convergencia en la necesidad de contar con instrumentos breves y estandarizados para la detección temprana de necesidades psicológicas (2, 3, 21, 22, 23). Sin embargo, el PTIEI avanza al proponer un modelo más integral que no solo detecta, sino que también guía la acción a través de un sistema de triage y considera explícitamente al familiar.

Las limitaciones de esta propuesta son inherentes a su naturaleza propositiva. La principal es la ausencia de datos empíricos de pilotaje que permitan evaluar su factibilidad, fiabilidad y validez en un entorno clínico real. La validación psicométrica del instrumento, incluyendo análisis de confiabilidad inter-evaluador, sensibilidad y especificidad, es un paso futuro indispensable. Asimismo, es probable

que la implementación del protocolo en diferentes contextos institucionales requiera adaptaciones en los umbrales de riesgo, las rutas de derivación y los procedimientos de registro, para ajustarse a las particularidades de cada hospital.

## Conclusiones

La propuesta del Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI) constituye una respuesta estructurada, informada por la evidencia y contextualmente sensible a la necesidad crítica de integrar la atención de la salud mental en los servicios de emergencia de Medicina Interna. El diseño del protocolo, fruto de un enfoque metodológico compilex-experimental, ofrece una herramienta práctica y lista para ser sometida a un proceso de validación en el campo clínico. Su implementación tiene el potencial de transformar la experiencia de los pacientes y sus familias, pasando de una atención fragmentada y centrada en lo biomédico a un modelo de cuidado verdaderamente integral y centrado en la persona.

Al proporcionar al personal de primera línea un instrumento claro para la detección y priorización del malestar emocional, el PTIEI no solo busca mejorar la calidad y la seguridad de la atención, sino también humanizar la práctica médica en uno de sus escenarios más desafiantes. Los alcances de este estudio trascienden el diseño del protocolo en sí, estableciendo un marco teórico sólido que articula diversas corrientes de la psicología de la salud y la intervención en crisis, proporcionando una base conceptual para futuras investigaciones.

Se sugiere la realización de estudios de validación psicométrica del PTIEI, la evaluación del impacto de su implementación en indicadores clave como la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la reducción del estrés en el personal de salud, y la adaptación del protocolo a otras poblaciones y contextos, como las emergencias pediátricas o los servicios de cuidados intensivos. La investigación sobre la efectividad de las diferentes rutas de intervención será también fundamental para optimizar el modelo de atención.

En conclusión, el PTIEI es más que un simple instrumento; es una invitación a un cambio de paradigma que reconoce y valora la dimensión emocional del ser humano, especialmente en sus momentos de mayor vulnerabilidad. La continuación de este trabajo a través de su implementación y estudio riguroso representa una responsabilidad ética para con nuestros pacientes y la comunidad en general.

## Referencias

1. Abad Alvarez E, Iglesias Acero M, Llorente Alonso M, Sánchez-Santos L. Factores psicosociales y estrés laboral en personal de salud. *JONNPR*. 2021;6(11):1335-53. doi: 10.19230/jonnpr.4299.
2. Aguilera Mateo AM, Cedeño Pérez L. Factores de Impacto del maltrato en pacientes adolescentes del Policlínico 13 de marzo-Bayamo, Cuba. *Rev. parag. salud*. 2024;2(5):9-16. <https://doi.org/10.33996/rps.v2i5.22>
3. Hernández-Baquero CE. Estrés laboral en profesionales de la salud de un hospital de segundo nivel en Colombia. *Rev. Vive*. 2024;7(19):134-46. doi: 10.33996/vive.v7i19.289.
4. Caplan G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books; 1964. [https://archive.org/details/principlesofprev0000gera\\_g0q3](https://archive.org/details/principlesofprev0000gera_g0q3)
5. Everly GS, Mitchell JT. *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. 2nd ed. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation; 2000. <https://awspntest.apa.org/record/2025-22988-010>
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. doi: 10.1126/ciencia.847460

7. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. <https://share.google/Bh4TAOfNqld9tLt2l>
8. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82. DOI: [10.1370/afm.245](https://doi.org/10.1370/afm.245)
9. Federal Emergency Management Agency (FEMA). START: Simple Triage and Rapid Treatment. Washington D.C.: FEMA; 2006. <https://share.google/yTZhoIF0o25vEBIN7>
10. Mitchell AM, Christie C, Venne V. The Development of an Evidence-Based Emotional Triage Protocol for Use in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2017;43(2):144-50. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9495-x>
11. Salazar G, Méndez C. Triage emocional en servicios de urgencia: una revisión de la literatura. *Rev Chil Psiquiatr*. 2019;36(1):45-53.
12. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974. <https://share.google/ARwBpduN0hIjNYpi9>
13. Walsh F. Strengthening Family Resilience. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2016. <https://share.google/X1OibuXLwoc1JWd78>
14. Martínez P, et al. Influencia del estado emocional del familiar en la toma de decisiones clínicas. *Rev Med Chile*. 2021;149(5):710-7. <https://share.google/nCY8QAGDo1YEXvLiE>
15. Ortiz Z, et al. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. 2002;20(2):12-29. <https://share.google/8fKd2dqqxFrACSDgM>
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. <https://share.google/jaPST67nFifju2QJT>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
18. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992. <https://share.google/kG9vhO3IjPNUsqI22>
19. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 403 de Salud Mental. Gaceta Oficial de Bolivia; 2013. <https://share.google/qNFmONO3QwQ10TOef>
20. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018. <https://share.google/ccl6eFJPI55LMu69n>
21. Rodríguez Bullón HA, Mamani-Benito O, Ttito-Ramos MA. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en un centro de salud de la Amazonía peruana. *Rev. Impulso*. 2024;6(1):e636. <https://doi.org/10.59659/impulso.v.6i13.230>
22. Mendoza-Muñoz MF, Haro-Zea FP. El burnout y su impacto en el desempeño laboral del personal de salud: una revisión sistemática. *MQRInvestigar*. 2024;8(1):2035-55. <https://doi.org/10.59659/impulso.v.4i7.41>
23. Cadena-Povea Á, et al. Respuestas psicológicas en equipos de primera respuesta que atendieron la emergencia por COVID-19. *REPSI*. 2022;5(1):1-15. <https://doi.org/10.33996/repsi.v5i11.68>

#### **Apéndice: Consideraciones para la Implementación Exitosa del PTIEI**

La implementación exitosa del Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral en un entorno hospitalario real requiere consideración de

La implementación exitosa del Protocolo de Tamizaje Psicológico y Evaluación Integral (PTIEI) en un entorno hospitalario requiere considerar múltiples factores contextuales, organizacionales y humanos. A continuación, se presentan consideraciones prácticas que pueden facilitar la adopción y sostenibilidad del protocolo.

**1. Apoyo Institucional:** Es fundamental contar con el respaldo de la dirección institucional y del equipo médico. Sin un apoyo claro que reconozca la importancia de la salud mental en emergencias, los esfuerzos de implementación pueden enfrentar barreras significativas. La dirección debe comunicar que la evaluación psicológica es parte integral de la atención de calidad. Talleres de sensibilización para líderes clínicos y administrativos pueden ser útiles para presentar datos sobre la prevalencia del malestar psicológico y los beneficios de la detección temprana.

**2. Capacitación del Personal:** La formación del personal es crítica. El equipo de enfermería que aplicará el PTIEI debe recibir capacitación práctica e intensiva que incluya la administración del instrumento y la comunicación empática con pacientes en crisis. La capacitación debe ser interactiva, con simulaciones de casos clínicos y un proceso de certificación que asegure que el personal ha adquirido las competencias necesarias.

**3. Supervisión y Monitoreo:** La supervisión continua es esencial. Se propone una supervisión semanal mediante un checklist de fidelidad, orientada al aprendizaje y la mejora. Los supervisores deben tener experiencia en salud mental y ofrecer retroalimentación constructiva. Auditorías periódicas permitirán identificar desviaciones y abordarlas proactivamente.

**4. Colaboración Interdisciplinaria:** El PTIEI requiere la colaboración activa de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de salud. Reuniones regulares de coordinación facilitarán la discusión de casos, el intercambio de aprendizajes y la resolución de obstáculos operacionales, reforzando la idea de que la salud mental es una responsabilidad compartida.

**5. Retroalimentación Basada en Datos:** Un sistema de registro generará datos sobre la implementación del protocolo. Estos datos deben ser analizados y compartidos de manera clara y motivadora. Por ejemplo, si el 80% de los pacientes tamizados son identificados con bajo riesgo, esto podría indicar un buen funcionamiento del protocolo. En contraste, un alto porcentaje de derivaciones no completadas señalaría problemas en la disponibilidad de recursos de salud mental.

**6. Abordar Barreras y Resistencia:** Es común que el personal perciba nuevos protocolos como una carga adicional. Escuchar y validar estas preocupaciones es crucial. Si se reporta que el protocolo toma demasiado tiempo, se puede revisar el instrumento para simplificarlo o reorganizar el flujo de trabajo para integrar el tamizaje de manera más eficiente.

**7. Sostenibilidad a Largo Plazo:** La sostenibilidad requiere que el protocolo sea integrado en los sistemas y procesos institucionales. Esto incluye su inclusión en los protocolos de admisión a emergencias, la capacitación de nuevo personal como parte de la orientación estándar y la asignación de recursos para su implementación. Sin esta integración, el protocolo corre el riesgo de ser abandonado cuando disminuya el entusiasmo inicial.

La implementación del PTIEI es un viaje de cambio organizacional que requiere paciencia, flexibilidad y liderazgo comprometido. Con una planificación cuidadosa, capacitación adecuada y apoyo sostenido, el PTIEI tiene el potencial de convertirse en parte integral de la atención de emergencias, mejorando la experiencia y los resultados de los pacientes y sus familias.