

# Problemática psicosocial en la atención sanitaria urgente



## Psychosocial problems in emergency health care

Sr. Editor:

Durante una situación de urgencia médica se producen reacciones psicológicas de estrés y otros problemas «no físicos» en los afectados directos, sus familiares y en los intervinientes. Estas situaciones alteran la rutina diaria de las personas, su estabilidad emocional y sus redes de apoyo, desbordando recursos y capacidades personales<sup>1-3</sup>. La mayoría de los estudios sobre el tema se circunscriben a eventos de gran impacto, catástrofes o similares. Hay poca información sobre las necesidades sociales que surgen a los afectados tras verse involucrados en urgencias sanitarias<sup>3-6</sup>.

Con el objetivo de conocer los problemas psicosociales asociados a las situaciones de urgencia médica, e identificar factores relacionados con la persona atendida, su red social y pertenencia a grupos de vulnerabilidad psicosocial, se diseñó un estudio descriptivo en el sector sanitario de Huesca durante 2015. Se incluyeron pacientes afectos de enfermedades médicas, accidente grave o situaciones de violencia, y se excluyeron eventos con más de 4 afectados.

Se obtuvieron los casos de urgencias hospitalarias (39 casos) y de atención primaria (31), atención continuada de centros de salud urbano (28) y rural (43), UVI móviles (42) y unidad helitransportada de rescate en montaña (40).

El cálculo de la muestra (200) se obtuvo estimando una prevalencia de problemática psicosocial asociada a las urgencias del 25%, con una precisión de ± 6. Se recogió por muestreo de casos consecutivos. Se recogió información sobre factores psicosociales relacionados: convivencia, grupos de vulnerabilidad psicosocial y detección de reacciones psicológicas.

La estimación de la prevalencia de situaciones de compromiso psicosocial en urgencias médicas y su posible asociación con factores relacionados se calculó mediante las pruebas de Chi-cuadrado, *t* de Student y ANOVA. Paquete estadístico SPSS®.

Se incluyeron 223 pacientes, de 62,8 años de edad media (IC 95%: 59,3-65,1). El 53% eran varones (IC 95%: 46,5-60,1%). La causa más frecuente de atención fue la enfermedad orgánica (60,4%), los accidentes deportivos (16,2%), no deportivos (9,9%), psicopatologías (8,6%) y agresiones (3,2%). Un 56,5% (49,7-63,1%) además de la atención física requirieron algún otro tipo de intervención: apoyo emocional el 48,9% (42,1-55,6%), soporte social el 26% (20,3-32,2%) o ambos el 18,4%. Los acompañantes necesitaron algún tipo de atención en el 50% de los casos.

Los aspectos o necesidades psicosociales detectados fueron: senilidad: 12,6%, extranjería: 11,7%, vivir en soledad: 9,9%, cuidadores inadecuados: 7,6%, desprotección física: 5,8%, necesidad de aseo-higiene: 6,7% y falta de información sanitaria adecuada: 6,7%. Las reacciones de inadaptación emocional ante la crisis sanitaria se vieron en el 31,4%.

La necesidad de atención psicosocial fue significativamente más frecuente ( $p < 0,05$ ) en menores de 65 años (68,8%), extranjeros (65,4%) y residentes de áreas rurales (68,3%) (fig. 1). No se encontró asociación con el sexo, el lugar en que se prestó la atención ni la convivencia. También se detectó asociación preferentemente con enfermedades crónicas, causas psiquiátricas, gestación, agresiones y accidentes no deportivos.

El 73,4% de los profesionales intervinientes admitieron carencias formativas en aspectos psicosociales y/o de salud mental, destacando entre ellos la comunicación de malas noticias, la relación con los familiares y la necesidad de conocer recursos de atención social.

Se aprecia una evidente incongruencia entre la elevada necesidad de apoyo psicosocial detectada, y la presencia y colaboración del trabajador social, que solo actuó en un caso de las 223 urgencias. Parece conveniente la habilitación de recursos humanos de trabajo social en jornada no ordinaria

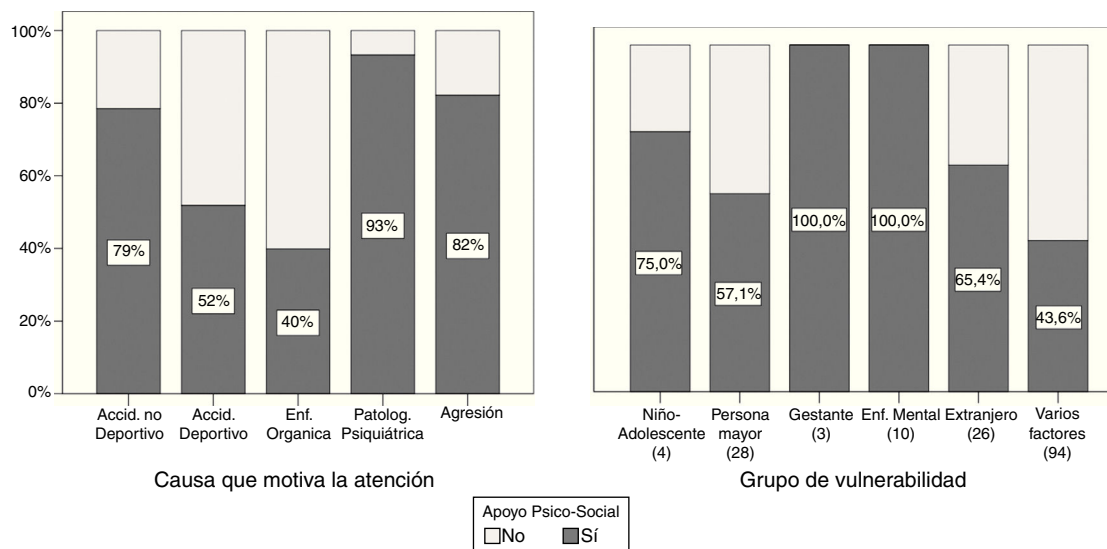


Figura 1 Asociación entre atención psicosocial, la causa que motiva la atención y los grupos de vulnerabilidad psicosocial (N = 223).

con un ámbito de actuación acorde a la demanda objetivada. Por otro lado, es patente el sentimiento mayoritario de los profesionales sanitarios que atienden urgencias de una necesidad de formación en aspectos de atención psicosocial.

## Anexo. Grupo de investigación PSISOSUR

Arricivita-Amo AL, Bernabé-Carlos M, Bernués-Sanz G, Cabañuz-Latorre M, Campos-Reig R, Charte-Alegre ME, Clemente-Jimenez ML, DÁsprer-Hernandez de Lorenzo G, de Inza-Muñoz G, Franch-Ferrer M, García-Bello MJ, García-Sanjuan MG, Lorente-Aznar T, Malo-Burillo MJ, Mejía-Escolano D, Muñoz-Bielsa M, Oliveros-Usé E, Perez-Del Castillo D, Perez-Fanlo MM, Picontó-Navales M, Quintana-Velasco C, Rodríguez-Torrente M, Sanz-Aldana MT y Usieto-Gracia MT.

## Bibliografía

1. Bluemel MK, Traweer C, Kinzl JF, Baubin MA, Lederer W. Expectations of patients, nurses and physicians in geriatric nursing home emergencies. *Emerg Med J.* 2011;28:283–6.
2. Claudius I, Mahner N, Nager AL, Gold JL. Occult psychosocial impairment in a pediatric emergency department population. *Pediatr Emerg Care.* 2012;28:1334–7.
3. De la Revilla L, Fleitas L. El apoyo social y la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 1991;9:18–20.
4. Arricivita AL, Saz P, Lobo A. Malestar psíquico y problemática social en pacientes de Atención Primaria. Detección e interacciones. *Trabajo Social y Salud.* 1993;15:157–79.

5. Pilososph-Gelb S, Mower WR, Ajaelo I, Yang SC. Psychosocial difficulties and emergency department use. *Acad Emerg Med.* 1997;4:589–92.
6. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: A study of primary health care use, medical profile and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med.* 2003;41:309–18.

Angel L. Arricivita-Amo<sup>a</sup>, Teófilo Lorente-Aznar<sup>b,c,\*</sup>, Mariano Rodríguez-Torrente<sup>b</sup>, David Mejía-Escolano<sup>d</sup> y resto de investigadores colaboradores del grupo PSISOSUR<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Santo Grial, Huesca, España

<sup>b</sup> Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Huesca, España

<sup>c</sup> Centro de Salud de Sabiñánigo, Sabiñánigo, Huesca, España

<sup>d</sup> Urgencias, Hospital San Jorge, Huesca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tlorrente@salud.aragon.es](mailto:tlorrente@salud.aragon.es)

(T. Lorente-Aznar).

◇ Los nombres de los componentes del grupo PSISOSUR están relacionados al final del trabajo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.008>  
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Evaluation of primary health care by users and non-users of drugs hospitalized for primary care-sensitive conditions



## Evaluación de la atención primaria por los usuarios y no usuarios de medicamentos hospitalizados por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio

Dear Editor,

Brazil is currently expanding Primary Health Care (PHC)<sup>1</sup> with the coexistence of two different models – the traditional model comprising Basic Health Units (BHU) and the Family Health Program (FHP). Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) have been used as an indicator to evaluate the quality of PHC,<sup>2</sup> as they represent health problems that must be addressed and treated opportunely at this level of care. We have hypothesized that drug users would rate PHC more highly, since drugs can strengthen the relationship between users and the healthcare services. In a cross-section study conducted within two public inpatient services in Divinópolis city, Brazil, we compared the assessment of the PHC, as

rated by patients hospitalized for ACSC, comprising users and non-users of drugs, referred to FHP or BHU. Participants were interviewed ( $n=314$ ; 69.1% drug users) and asked to answer questions related to socio-demographic, clinical/therapeutic characteristics (Table 1) and to the PHC performance,<sup>3</sup> comprising the key attributes *accessibility*, *gatekeeping*, *longitudinality*, *comprehensiveness*, *coordination*, *family focus*, *community orientation* and *professional training*. Responses follow a Likert-type scale ranging from zero to five, allowing the calculation of a general and partial indexes based on the arithmetic mean of the response scores. Groups were compared through Student's *t*-test ( $\alpha=0.05$ ).<sup>2</sup>

The attributes *family focus* and *coordination* were rated worst by drug users. However, a significant difference was observed only for *coordination* ( $p=0.003$ ). This attribute assesses whether the provision of a mix of services and information caters to users' needs and involves a link among the services promoting care continuity.<sup>4</sup>

By taking the model of PHC into account the attribute *gatekeeping* proved the exception on the comparison between drug users and non-users, being rated higher by drug users treated at BHU ( $p=0.01$ ). This attribute assesses the actual use of the PHC unit as the first contact with the public health system upon each need for health care assistance.<sup>4</sup> Considering the principles of FHP, this type of service was expected to gain a higher rating than BHU, but revealed only a modest expansion with no indication of improvement