

Abordaje inicial del paciente con urgencia psiquiátrica en la sala de emergencias

Initial approach to the patient with a psychiatric emergency in the emergency room

Marilyn G. Obregón-Mendoza^{1*}, Armando Larios-García¹ y Jorge Loría-Castellanos²

¹Departamento de Urgencias, Hospital General de Zona No. 36, Instituto Mexicano del Seguro Social, Pachuca, Hidalgo; ²Red Nacional de Educadores en Simulación Clínica, Ciudad de México. México

Resumen

Antecedentes: Las urgencias psiquiátricas son alteraciones agudas del comportamiento, del estado de ánimo y de la estructura del pensamiento, que requieren atención inmediata para salvaguardar la integridad del paciente o de terceras personas. Por este motivo, es de suma importancia que sean tratadas de forma oportuna, no solo por médicos psiquiatras, también por médicos de otras especialidades involucrados en la atención de áreas críticas. **Objetivo:** Ofrecer a médicos de urgencias y médicos generales un algoritmo de atención simplificado, sistemático y humanizado para el abordaje inicial del paciente con una urgencia psiquiátrica, considerando las limitaciones de recursos y tiempo inherentes al entorno de un servicio de emergencias. **Método:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, incluyendo guías clínicas internacionales, manuales de procedimientos del gobierno de México (como el protocolo Código 100 para la conducta suicida) y revisiones sistemáticas publicadas en bases de datos como PubMed, Medline y Cochrane Library. **Resultados:** Los hallazgos clave enfatizan la priorización de la seguridad del entorno, del paciente y del personal. La observación continua es primordial en todos los casos. Se destaca la necesidad de descartar causas orgánicas críticas que pueden simular algunos cuadros de enfermedad psiquiátrica. Una vez estabilizado el paciente, es fundamental una entrevista empática y dirigida. La gestión de la agitación debe ser escalonada, priorizando la contención verbal, seguida de la farmacológica y como último recurso, la contención física. La evaluación del riesgo suicida es un componente crítico que debe incluir la exploración de factores de riesgo y factores protectores. **Conclusiones:** El abordaje sistemático y humanizado mejora significativamente la seguridad y la calidad de la atención al paciente en crisis. El algoritmo propuesto permite al médico no especialista en psiquiatría estabilizar la urgencia, estratificar el riesgo y formular un plan terapéutico inicial, facilitando así la continuidad de la atención y una derivación segura.

Palabras clave: Psiquiatría. Agitación psicomotriz. Intervención en crisis. Urgencias hospitalarias. Ideación suicida. Salud mental.

Abstract

Background: Psychiatric emergencies are acute disturbances in behavior, mood, and thought processes that require immediate attention to ensure the safety of the patient or others. For this reason, it is of the utmost importance that they be treated promptly, not only by psychiatrists but also by physicians from other specialties involved in critical care. **Objective:** To provide emergency and general practitioners with a simplified, systematic, and humanized care algorithm for the initial approach to patients with a psychiatric emergency, considering the resource and time constraints inherent to the emergency setting.

*Correspondencia:

Marilyn G. Obregón-Mendoza
E-mail: gabyobr@icloud.com

Fecha de recepción: 01-10-2025

Fecha de aceptación: 15-11-2025

DOI: 10.24875/AMH.M25000138

Available online: 01-06-2026

An Med ABC. 2026;71(2):105-113

www.analesmedicosabc.com

0185-3252 / © 2025 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Published by Permanyer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Method: A narrative review of the scientific literature was conducted, including international clinical guidelines, procedure manuals from the government of Mexico (such as the Código 100 protocol for suicidal behavior), and systematic reviews published in databases like PubMed, Medline, and the Cochrane Library. **Results:** Key findings emphasize prioritizing the safety of the environment, the patient, and the staff. Continuous observation is paramount in all cases, highlighting the need to rule out critical organic causes that can mimic some psychiatric illnesses. Once the patient is stabilized, a focused and empathetic interview is essential. Agitation management should be tiered, prioritizing verbal restraint, followed by pharmacological restraint, and, as a last resort, physical restraint. Suicide risk assessment is a critical component that should include exploration of risk and protective factors. **Conclusions:** A systematic and humanized approach significantly improves the safety and quality of care for patients in crisis. The proposed algorithm allows non-psychiatric physicians to stabilize the emergency situation, stratify risk, and formulate an initial therapeutic plan, thus facilitating continuity of care and safe referral.

Keywords: Psychiatry. Psychomotor agitation. Crisis intervention. Hospital emergencies. Suicidal ideation. Mental health.

Introducción

El desafío de la urgencia psiquiátrica en el hospital general

Los servicios de urgencias de los hospitales generales son la principal puerta de entrada al sistema de salud para pacientes que experimentan una crisis de salud mental. Estos pacientes, a menudo, requieren más tiempo y recursos que el resto de las consultas. Bajo una alta presión asistencial, esta realidad contrasta con la falta de habilidades y experiencia del personal sanitario que con frecuencia se manifiesta con la generación de una considerable inseguridad al abordar estos casos. Dicha inseguridad se basa en la impericia y el tabú, aunado a la imperante necesidad de diferenciar entre una enfermedad psiquiátrica primaria y una condición médica subyacente que se manifiesta con síntomas psiquiátricos, puede generar un verdadero reto para el médico en la sala de emergencias¹.

En el contexto particular del sistema de salud mexicano de segundo nivel, estos desafíos se ven magnificados. La estancia promedio de un paciente en los servicios de urgencias puede superar las 69 horas, una cifra que excede drásticamente las recomendaciones nacionales de un máximo de 12 horas. A esto se suma una barrera cultural, puesto que es común que los pacientes minimicen sus síntomas de salud mental para evitar el estigma y el rechazo, lo que puede retrasar la identificación y el tratamiento oportunos².

El propósito de este artículo es proporcionar un marco de actuación clínico, práctico y humanizado para el médico no especialista. Se pretende ofrecer herramientas para una identificación y atención eficaces, que permitan estratificar el riesgo, identificar banderas rojas y formular un plan de gestión inicial que garantice la seguridad y la continuidad de los cuidados, incluso en entornos con recursos limitados.

Antes de sumergirnos en la evaluación clínica, es imperativo establecer los pilares sobre los cuales se debe construir toda intervención: la seguridad del entorno y un trato humanizado libre de prejuicios.

Principios fundamentales del abordaje: seguridad y humanización

Establecer un entorno seguro y una relación de confianza son los pilares de cualquier intervención en una urgencia psiquiátrica. Estas acciones no son solo acciones preliminares, sino la base de un abordaje terapéutico efectivo y una prioridad absoluta para la seguridad tanto del paciente como del personal clínico.

SEGURIDAD PRIMERO

La prioridad inicial e innegociable en el manejo de una urgencia psiquiátrica es garantizar la seguridad de todos los involucrados. Antes de cualquier evaluación o intervención clínica, el personal debe controlar la seguridad del entorno y la propia. Esto implica asegurar que no haya objetos que puedan ser utilizados como armas, mantener una distancia prudente (alrededor de dos brazos de distancia), tener una vía de salida clara y, de ser posible, trasladar al paciente a un espacio de aislamiento adecuado, tranquilo y privado. Este principio busca aliviar la presión asistencial, los estresores externos y crear un espacio controlado donde la intervención pueda proceder de manera segura¹.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA CRISIS

Una vez asegurado el entorno, el primer paso terapéutico y fundamental es construir una alianza con el paciente, conocida como *rapport*³. Este concepto, fundamental en la entrevista psiquiátrica, es la base de la

contención verbal. Un abordaje que se muestre atento, cooperativo y calmado puede disminuir la tensión y fomentar la colaboración del paciente. Esta alianza es especialmente crítica al evaluar temas sensibles como la ideación suicida, donde la confianza es indispensable para obtener información veraz y poder intervenir eficazmente, alcanzarla es el principio de una entrevista exitosa en donde podremos encontrar elementos necesarios para el plan terapéutico ideal para el paciente^{3,4}.

Atención libre de estigma

El estigma y los prejuicios hacia los padecimientos mentales constituyen una de las barreras más significativas para el acceso a la atención y dificultan la inclusión social de las personas^{5,6}. La ignorancia, el prejuicio y la discriminación limitan las oportunidades educativas y laborales, arrastrando a menudo a los individuos a situaciones de pobreza, falta de atención, exclusión y sufrimiento⁶. El contacto inicial con el servicio de urgencias es, por lo tanto, determinante. Una actitud empática, respetuosa y libre de juicios por parte del personal de salud puede cambiar la percepción que el paciente tiene sobre su problemática y aumentar la probabilidad de que continúe con el tratamiento⁵.

La aplicación sistemática de estos principios fundamentales de seguridad y humanización crea las condiciones necesarias para proceder a una evaluación clínica metódica y efectiva.

Evaluación clínica inicial: un proceso sistemático para el médico de urgencias

La evaluación inicial debe ser un proceso de diagnóstico metódico y estructurado. Su primer objetivo es descartar enfermedades orgánicas que pueden simular una urgencia psiquiátrica, conocidas como «urgencias pseudopsiquiátricas», las cuales pueden representar más de un 10% de todos los cuadros con manifestaciones psiquiátricas y suponer un riesgo vital inminente para el paciente⁴.

Descarte de organicidad: las banderas rojas

En el hospital general, un paciente con síntomas psiquiátricos puede presentar uno de tres escenarios clínicos: a) síntomas psiquiátricos como manifestación de una enfermedad orgánica; b) síntomas físicos como resultado de un trastorno psiquiátrico (p. ej., una crisis de pánico), y c) la coexistencia de las dos anteriores⁴.

Es crucial que el médico no atribuya *a priori* los síntomas a la enfermedad psiquiátrica, sino que realice un diagnóstico diferencial exhaustivo. La **tabla 1** resume algunas de las causas orgánicas más importantes que considerar.

Para orientar el diagnóstico se deben utilizar métodos complementarios. Según la literatura revisada por Gallego-Gómez et al.¹, las herramientas más utilizadas en la evaluación inicial de estos pacientes incluyen:

- Exploración física completa (97%)
- Toma de tensión arterial y pulso (97%)
- Glucemia capilar (93%)
- Pruebas de laboratorio básicas: hemograma completo (88%), electrolitos (87%), función renal (84%) y función hepática (73%)
- Electrocardiograma (77%)
- Oximetría de pulso (62%)
- Detección de tóxicos en orina (32%)

Las emergencias médicas difieren de las emergencias psiquiátricas, ya que el proceso de clasificación de estas últimas no solo suponen una afección psiquiátrica propia del paciente, sino que también involucran el peligro latente hacia los demás. Por ello, las escalas de triage médico no son adecuadas para clasificar emergencias psiquiátricas, incluso éstas pueden clasificarlas como no reales, lo que se traduce en altas prematuras o evaluaciones superficiales que pueden poner en peligro la vida del paciente. Requiriendo clasificar por un sistema de colores para priorizar la atención de la emergencia psiquiátrica⁷.

La entrevista psiquiátrica dirigida

Una vez que se ha descartado una causa orgánica que requiera atención inmediata, la entrevista clínica se convierte en la principal herramienta diagnóstica. En el contexto de urgencias, la entrevista debe ser breve, estructurada y enfocada. Siguiendo las técnicas de Carlat³, se pueden aplicar los siguientes principios:

- Establecer la alianza: iniciar con una presentación clara y un lenguaje corporal abierto. Ofrecer un espacio seguro y confidencial para generar confianza rápidamente. Frases como «Estoy aquí para ayudarte a entender qué le está pasando» pueden ser muy efectivas.
- Hacer preguntas abiertas y cerradas: comenzar con preguntas abiertas para permitir que el paciente narre su historia («¿Qué le trae por aquí hoy?»), y luego utilizar preguntas cerradas para obtener detalles específicos y darle eficiencia al tiempo («¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño?»).

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales orgánicos en la urgencia psiquiátrica

Categoría de enfermedad	Ejemplos y manifestaciones clínicas
Enfermedades neurológicas	Traumatismo craneoencefálico: amnesia, somnolencia, cambios de conducta Tumores cerebrales: disfunción cognitiva, síntomas psiquiátricos según la localización Epilepsia: puede manifestarse con ansiedad, depresión o psicosis Encefalopatía por NMDAR: alteración de consciencia, alucinaciones, paranoia Enfermedad cerebrovascular, demencias, enfermedad de Parkinson
Enfermedades endocrinas/metabólicas	Trastornos tiroideos, hipoglucemia, desequilibrios electrolíticos, insuficiencia hepática o renal
Enfermedades infecciosas	Infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis), infecciones sistémicas (sepsis), VIH
Intoxicaciones y abstinencia	Alcohol, drogas ilícitas (cocaína, anfetaminas), medicamentos (corticosteroides, anticolinérgicos), abstinencia de sedantes

NMDAR: receptor de *N*-metil-D-aspartato.

- Abordar temas amenazantes: preguntar de forma directa, pero empática, sobre ideación suicida, alucinaciones o consumo de sustancias. Normalizar la pregunta puede facilitar la respuesta: «Algunas personas con un malestar como el suyo a veces piensan que la vida no vale la pena. ¿Le ha pasado a usted?».
- Gestión de pacientes difíciles:
 - Pacientes reticentes (no hablan): mostrar paciencia y validar su silencio. Usar preguntas de opción múltiple o que se puedan responder con «sí» o «no» puede ser un buen comienzo.
 - Pacientes que hablan demasiado: ser respetuoso pero firme. Interrumpir amablemente para reenfocar la conversación: «Lo que me cuenta es importante, pero para poder ayudarle mejor, necesito saber específicamente sobre...».
- Identificación de la simulación: aunque poco frecuente, se debe considerar la posibilidad de simulación (búsqueda de una ganancia externa concreta) o un trastorno ficticio (búsqueda del rol de enfermo)⁴. Las pistas que pueden sugerir simulación incluyen una historia demasiado vaga o, por el contrario, que se ajusta perfectamente a un libro de texto, síntomas no realistas (p. ej., alucinaciones auditivas continuas o que hacen preguntas de información) y una falta de cooperación en la evaluación objetiva^{3,4}.
Tras completar la evaluación inicial, el clínico estará en mejor posición para identificar el síndrome predominante y proceder con un tratamiento específico.

Gestión de los grandes síndromes psiquiátricos en urgencias

Si bien las presentaciones clínicas son diversas, existen síndromes prevalentes en la urgencia

psiquiátrica cuyo tratamiento sigue pautas claras y escalonadas. El principio rector es priorizar siempre la intervención menos restrictiva posible, garantizando la seguridad y la dignidad del paciente.

El paciente con agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz es una de las emergencias psiquiátricas más comunes y desafiantes. Se define como un estado de excitación motora y tensión interna que puede llevar a conductas disruptivas o violentas. Para medir el nivel de agitación psicomotriz en estos pacientes puede aplicarse la escala de BARS (*Behavioural Activity Rating Scale* o escala de calificación de la actividad conductual), clasificando el comportamiento en 7 niveles, desde sedación profunda (1) hasta agitación extrema (7), siendo una escala que solo requiere la observación del médico sin requerir respuestas directas del paciente, lo que la hace rápida y eficiente para los servicios de emergencias, también esta escala puede ser útil como un referente de abordaje terapéutico requerido por el paciente en crisis⁸.

El tratamiento debe ser secuencial y escalonado¹:
– Gestión ambiental y contención verbal (desescalada): es siempre la primera línea de acción. Como se mencionó, asegurar un espacio tranquilo y seguro es fundamental. Basándose en la alianza terapéutica, el clínico debe mantener la calma, hablar con un tono de voz baja y pausado, escuchar activamente al paciente y validar sus emociones sin juzgar. El objetivo es calmar al paciente para que pueda colaborar en su tratamiento¹. Resulta sumamente útil el manejo sistematizado en los pasos descritos dentro del proyecto beta en la búsqueda de mejores prácticas en la evaluación y el tratamiento de la agitación⁹.

Tabla 2. Opciones de contención farmacológica en agitación aguda

Fármaco	Dosis y vía de administración	Indicaciones/efectos adversos clave
Haloperidol	5 mg IM. Repetir cada 30-45 min	Antipsicótico típico. Efectivo en psicosis. Riesgo elevado de síntomas extrapiramidales (disonía, acatisia)
Olanzapina	5-10 mg VO (comprimido bucodispersable) o 10 mg IM. Repetir cada 2-4 h.	Antipsicótico atípico. Buena eficacia sedante. Menor riesgo extrapiramidal que el haloperidol. Produce sedación y puede causar aumento de peso a largo plazo
Risperidona	1-4 mg VO (gotas o comprimido)	Antipsicótico atípico. Opción oral útil. Menor sedación que la olanzapina. Riesgo de síntomas extrapiramidales en menor medida que el haloperidol
Benzodiazepinas Diazepam	5-10 mg VO o IM	Efecto sedante y ansiolítico rápido. Vida media larga. Absorción IM errática. Riesgo de depresión respiratoria Vida media más corta. Útil en ancianos y pacientes con enfermedad hepática. Menor riesgo de acumulación
Lorazepam	2-5 mg VO o sublingual	

IM: intramuscular; VO: vía oral.

- Contención farmacológica: si la contención verbal fracasa y el paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceros, se procede a la medicación. Siempre que sea posible, se debe priorizar la vía oral (VO) sobre la intramuscular (IM), ya que es menos invasiva y fomenta la colaboración. La elección del fármaco dependerá del cuadro clínico, las comorbilidades y la experiencia del médico¹⁰ (Tabla 2).
- Contención mecánica: es el último recurso, reservado para casos de agitación grave en los que la contención verbal y farmacológica han fallado o no son viables, y existe un riesgo inminente de daño grave. Debe ser aplicada por personal entrenado, por el menor tiempo posible y con monitoreo constantes. Esta medida conlleva riesgos físicos (úlceras por presión, deterioro cognitivo, complicaciones cardiovasculares) y psicológicos (trauma, sensación de castigo), por lo que su uso debe ser excepcional y debidamente justificado⁵.

El paciente con ideación y/o conducta suicida (protocolo Código 100)

La evaluación del riesgo suicida es una de las responsabilidades más críticas en la sala de urgencias. Se estima que más del 90% de los individuos que completan un suicidio han consultado a un médico en las semanas o meses previos⁴. Mientras que datos específicos para México sugieren que el 10% de quienes fallecieron por suicidio visitaron un departamento de emergencias en los dos meses anteriores¹⁰. Estas cifras subrayan la oportunidad de intervención que representa el contacto con el sistema de salud. Es

fundamental evaluar tanto la ideación suicida activa (deseo y plan de morir) como la pasiva (deseo de morir sin un plan concreto), ya que ambas se asocian con un mayor riesgo¹⁰.

El protocolo Código 100 del sistema de salud mexicano ofrece un marco para la evaluación y gestión del riesgo suicida¹⁰. El proceso se centra en explorar de manera sistemática los factores de riesgo y protectores.

– Factores de riesgo que explorar:

- Intentos suicidas previos: es el predictivo más potente de conducta suicida futura.
- Desesperanza: la sensación de que nada va a mejorar es un factor de riesgo crítico.
- Plan suicida específico: evaluar la letalidad del método, la preparación y la intención.
- Aislamiento social: falta de una red de apoyo sólida.
- Enfermedad física crónica o debilitante.
- Presencia de un trastorno mental: especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o consumo de sustancias.
- Eventos vitales estresantes: duelos, pérdidas, traumas recientes.

– Factores protectores: la evaluación no está completa sin una exploración activa de las razones para vivir del paciente. Se debe preguntar directamente por sus redes de apoyo (familia, amigos), responsabilidades (hijos, mascotas), creencias religiosas o espirituales y sus metas a futuro. Reforzar estos factores es una parte clave de la intervención.

Una vez evaluado el riesgo, el Código 100 recomienda las siguientes acciones para el manejo intrahospitalario:

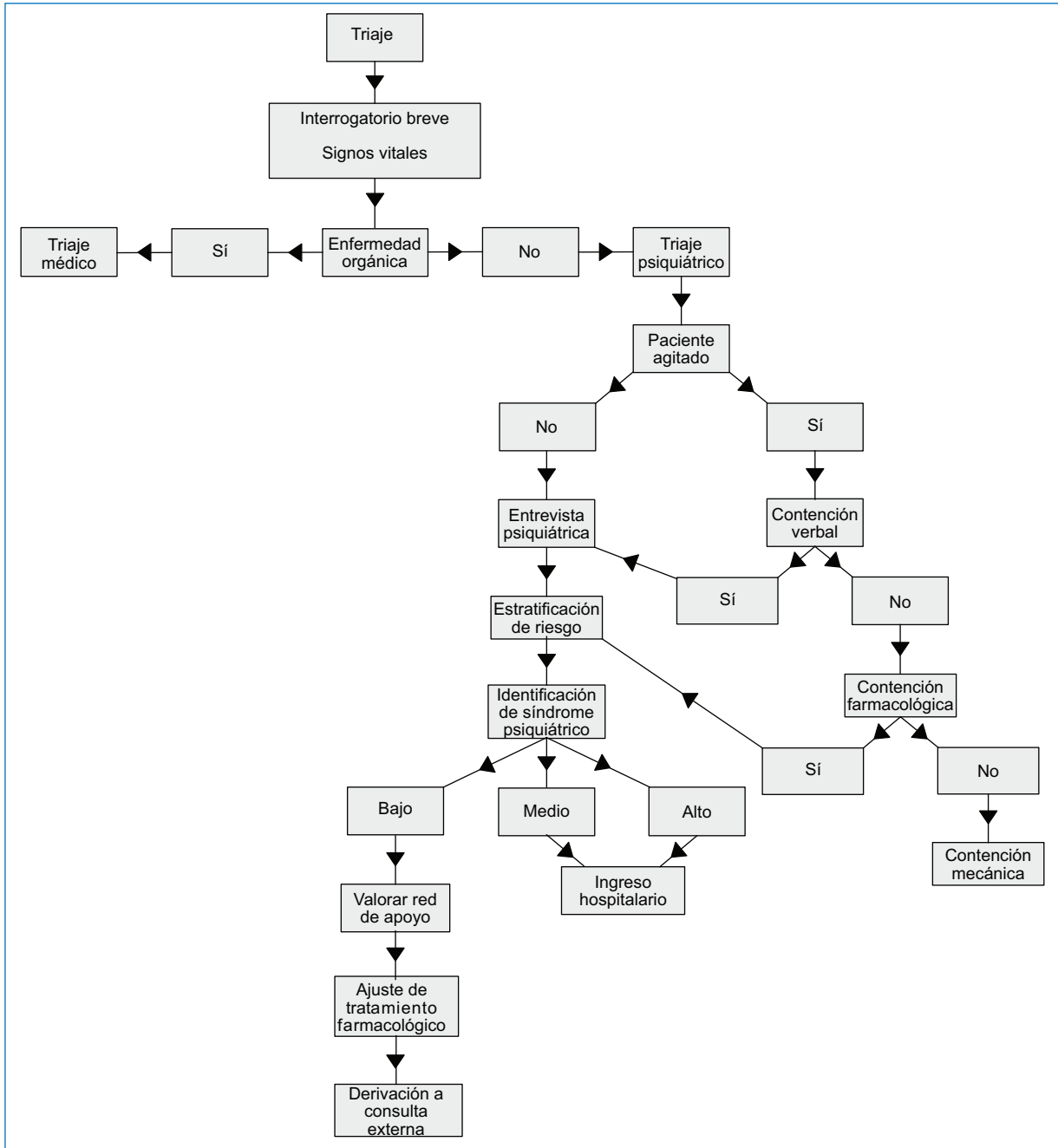


Figura 1. Algoritmo de atención del paciente agitado.

- Generar un entorno seguro: retirar cualquier objeto potencialmente peligroso del alcance del paciente y asegurar una supervisión constante.
- Activar la red de apoyo: contactar a familiares o amigos cercanos para que actúen como responsables legales y parte del equipo de contención.
- Establecer un plan de seguridad: de manera colaborativa con el paciente, se elabora un plan escrito que incluye señales de advertencia de una nueva crisis,

estrategias de afrontamiento que el paciente puede usar por sí mismo y personas o servicios a los que puede contactar en caso de emergencia.

En casos específicos, existen tratamientos farmacológicos avanzados como la esketamina (para trastorno depresivo mayor con ideación suicida aguda) y la clozapina (único fármaco aprobado para la prevención del suicidio en esquizofrenia), cuyo uso es de resorte del especialista¹⁰.

El siguiente algoritmo integra todos los pasos descritos para ofrecer una guía de actuación clara y secuencial.

Algoritmo simplificado de atención para la urgencia psiquiátrica

Este algoritmo es la herramienta central de este artículo (Fig. 1). Está diseñado para guiar al médico de urgencias de forma lógica y secuencial, desde la llegada del paciente hasta la decisión sobre su destino, integrando los principios de seguridad, evaluación clínica y manejo sindrómico.

- Paso 1. Seguridad de la escena y triaje
 - Al primer contacto, evaluar el riesgo inminente para el personal, el paciente y otras personas.
 - Asegurar un espacio físico seguro, privado y sin objetos peligrosos. Activar al personal de seguridad si es necesario.
- Paso 2. Evaluación médica inicial (descartar organicidad).
 - Realizar un examen físico dirigido, tomar signos vitales (tensión arterial, pulso, oximetría) y solicitar estudios básicos de laboratorio (glucemia, electrolitos) y un electrocardiograma.
 - Considerar un panel de tóxicos en orina si la historia lo sugiere.
 - El objetivo es descartar causas médicas urgentes. Consultar la tabla 1 para el diagnóstico diferencial.
- Paso 3. Contención inicial, si hay agitación.
 - Si el paciente presenta agitación psicomotriz, iniciar la secuencia de desescalada.
 - Primero: contención verbal, con un abordaje calmado y empático.
 - Segundo: si falla, ofrecer contención farmacológica, priorizando la VO para fomentar la colaboración. Consultar la tabla 2 para las opciones.
 - Último recurso: reservar la contención mecánica para agitación intensa con riesgo inminente de violencia.
- Paso 4. Entrevista clínica dirigida.
 - Una vez que el paciente está calmado y estabilizado, realizar una entrevista breve y enfocada.
 - Obtener la historia del padecimiento actual, antecedentes psiquiátricos y médicos relevantes, y evaluar el estado mental (apariencia, conducta, afecto, pensamiento, sensopercepción, juicio, ideas, memoria, abstracción, etc.).
- Paso 5. Identificación del síndrome y estratificación de riesgo.

- Con base en la evaluación, determinar el síndrome principal: psicótico, depresivo, ansioso, demencial, confusional agudo, etc.
- Utilizar escalas y herramientas de evaluación rápida para medir la severidad de los síntomas (agitación, riesgo suicida, psicosis) y tomar decisiones inmediatas y correspondiente al síndrome identificado.
- Escala de agitación de Richmond (RASS), BARS, escala de suicidio de Columbia (C_SSRS), etc.
- Paso 6. Formulación del plan terapéutico intrahospitalario asequible.
 - Según el síndrome y el nivel de riesgo, decidir el tratamiento inmediato.
 - Esto puede incluir iniciar medicación específica, mantener al paciente en observación en urgencias, o solicitar una interconsulta a psiquiatría (si el servicio está disponible).
- Paso 7. Plan de disposición y continuidad de cuidados.
 - Decidir el destino más seguro para el paciente:
 - Alta a domicilio: si el riesgo es bajo, el paciente está estable y cuenta con una red de apoyo sólida. Se debe entregar un plan de seguridad y una referencia clara para el seguimiento ambulatorio.
 - Referencia/traslado: si el riesgo es moderado o alto, o si el paciente requiere hospitalización, coordinar el traslado a una unidad con capacidad de internamiento psiquiátrico.
 - Activar a la red de apoyo (familiares/amigos), proporcionarles psicoeducación básica y documentar claramente el plan de seguimiento en el expediente.

Una disposición correcta y bien comunicada es el eslabón fundamental para asegurar que la estabilización lograda en urgencias se traduzca en una mejoría sostenida.

Disposición y continuidad de la atención: el eslabón crítico

El manejo en la sala de urgencias es solo el primer paso en la atención de una crisis de salud mental. Una disposición adecuada y un plan de seguimiento claro son cruciales para prevenir recaídas, reducir reingresos y asegurar la continuidad del tratamiento, un desafío particularmente importante en hospitales de segundo nivel que no cuentan con unidades de hospitalización psiquiátrica⁵.

Opciones de disposición

- Alta a domicilio. Un paciente puede ser dado de alta de forma segura solo si se cumplen ciertas condiciones: el riesgo suicida u homicida es bajo, los síntomas agudos han remitido, el paciente tiene capacidad de juicio para seguir indicaciones y, fundamentalmente, existe una red de apoyo sólida y comprometida. Es indispensable elaborar un plan de seguridad, el cual no es un simple documento, sino una intervención terapéutica en sí misma. Este plan debe crearse de manera colaborativa con el paciente y su familia, detallando por escrito los siguientes puntos:
 - Señales de advertencia: identificar los pensamientos, imágenes, estados de ánimo o comportamientos que indican que una crisis podría estar comenzando.
 - Estrategias de afrontamiento internas: listar actividades que el paciente puede hacer por sí mismo para distraerse y calmarse sin contactar a otra persona.
 - Contactos y lugares para distracción: nombrar personas y lugares seguros que pueden ayudar a desviar la atención de la crisis.
 - Personas de contacto para pedir ayuda: escribir los nombres y números de familiares o amigos a quienes puede llamar en un momento de necesidad.
 - Profesionales o agencias para contactar: incluir los números de teléfono de su médico, terapeuta, líneas de crisis o servicios de emergencia locales. Finalmente, se debe asegurar una cita de seguimiento concreto en un servicio de salud mental ambulatorio¹⁰.
- Referencia a servicios especializados: si el paciente requiere hospitalización por riesgo alto o por la gravedad de sus síntomas, se debe gestionar su traslado a una unidad de internamiento psiquiátrico. Este proceso debe garantizar la continuidad de la atención, con una comunicación clara entre el equipo de urgencias y el equipo receptor sobre el estado clínico del paciente, el tratamiento administrado y el plan.
- El rol de la red de apoyo: la familia o los amigos cercanos son aliados indispensables en la gestión de la urgencia psiquiátrica. Es crucial activarlos tempranamente, involucrarlos en el plan de cuidados y proporcionarles información clara sobre el diagnóstico, el tratamiento y las señales de alarma. Actúan no solo como cuidadores, sino también como

responsables legales y una fuente de contención emocional para el paciente¹⁰.

Una transición de cuidados bien gestionada es la culminación de un abordaje exitoso en urgencias.

Conclusiones

Las urgencias psiquiátricas representan un desafío diario en los hospitales generales, donde el personal a menudo se enfrenta a situaciones complejas con recursos y tiempo restringidos, aunado a la falta de formación especializada. A pesar de estas limitaciones, un enfoque sistemático, fundamentado en la seguridad, la evaluación rigurosa de causas orgánicas y una comunicación empáticas, puede mejorar drásticamente el pronóstico del paciente y la seguridad del entorno clínico.

El objetivo de este marco de actuación no es convertir al médico de urgencias en un psiquiatra, sino dotarlo de herramientas efectivas y humanizadas para la primera línea de atención. La aplicación de un algoritmo claro permite estabilizar la crisis, estratificar el riesgo de manera objetiva y, lo más importante, realizar una derivación segura y oportuna. Al hacerlo, no solo se cumple con un abordaje clínico correcto, sino que se ofrece una atención digna y respetuosa a una de las poblaciones más vulnerables que acuden a la sala de emergencias.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

J. Loría-Castellanos es miembro del comité editorial de la revista *Anales Médicos*. Los demás autores declaran no conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.

Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Gallego-Gómez JI, Fernández-García N, Simonelli-Muñoz AJ, Rivera-Cavaca JM. Initial management of the patients with psychiatric involvement in hospital emergency departments: a systematic review. *Rev Clin Esp.* 2021;221(6):347-55.
2. Hernández-Martínez A, González-Vázquez A, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Mental health and hospital stay: the case of a second-level hospital in Mexico City. *Salud Ment.* 2024;47(4):171-9.
3. Carlat DJ. *La entrevista psiquiátrica.* 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2017.
4. Corbo G, Söchtig C, García-Huidobro J. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Rev Med Clin Condes.* 2017;28(2):222-31.
5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf>
6. Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G, editores. *Salud mental en Europa: políticas y práctica* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
7. Molina-López A, Cruz-Islas JB, Palma-Cortés M, Guizar-Sanchez DP, Garfías-Rau CY, Ontiveros-Urbe MP, et al. Validity and reliability of a novel Color Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC Psychiatry.* 2016;16:30.
8. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, et al. Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):3-10.
9. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):20-3.
10. Secretaría de Salud de México, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Manual de procedimientos específico de operación del Protocolo Código 100 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud de México, Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/756888/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_C_digo_100.pdf