

**Diseñar un sistema de triage para un hospital especializado en salud mental en el  
departamento de Antioquia**

**John Fernando Arias**

**Andrés Felipe Isaza**

**Asesora**

**Jormaris Martínez Gómez, PhD.**

**Especialización en Gerencia en Servicios de Salud**

**Facultad de Ciencias administrativas, económicas y contables**

**Escuela de posgrados**

**Universidad Católica Luis Amigó**

**Medellín, Colombia**

**2023**

## **Introducción**

En la actualidad la salud mental emerge como un aspecto fundamental en el desarrollo del ser humano; sus costumbres, conductas y los cambios sociales hacen que cada día se presenten alteraciones comportamentales en las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud durante los últimos años ha demostrado con cifras un crecimiento acelerado en el padecimiento de trastornos mentales de los individuos y cómo esto impacta en la vida del ser humano. Como consecuencia del padecimiento de trastornos mentales hay un crecimiento en la tasa de discapacidad laboral, aumento en los costos en los servicios de salud y por ende disminución en la oportunidad de acceso a servicios en salud mental.

En nuestro país en la actualidad los trastornos mentales se han convertido en una problemática de salud pública; un aumento en la tasa de suicidios, aumento en la incidencia de pacientes con diagnósticos psiquiátricos hace que se busquen estrategias de prevención e intervención temprana que evite hospitalización y cambios en los hábitos de vida de las personas.

Es a partir de allí que nace la necesidad de realizar este trabajo que busca diseñar un sistema de triage para un hospital especializado en salud mental en el Departamento de Antioquia, esto con el fin de mejorar el acceso en la atención en salud mental contribuyendo a criterios de acceso, oportunidad y calidad en la prestación de servicios, convirtiéndose en referente en la atención del paciente en salud mental además de evidenciar una necesidad creciente de este tipo de pacientes en hospitales no

psiquiátricos a raíz de la alta demanda de servicios de salud mental que afronta el mundo en la actualidad.

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

En la actualidad la alta demanda de servicios de salud mental ha puesto en evidencia la poca relevancia de este tema en las agendas públicas y políticas a nivel mundial. La pandemia y las diferentes situaciones propias del ser humano, su entorno y sus vivencias han hecho que los servicios de salud tengan una alta ocupación de pacientes que requieren atención en alguna problemática relacionada con su salud mental. En este mismo sentido se evidencia la poca preparación de los sistemas de salud para responder a estas demandas sociales y en salud, esto en temas de inversión económica a modelos preventivos, inversión en infraestructura y vacíos educativos en la formación académica de los profesionales del área de la salud, quienes no cuentan con la preparación académica suficiente para mitigar el impacto de problemáticas mundiales, como la pandemia por Covid-19 y sus consecuencias en la salud mental de los pacientes.

Por consiguiente, las clínicas y hospitales se encuentran desorientados y con desconocimiento sobre cómo atender este aumento de la demanda de servicios de salud mental, debido a que los servicios de salud en general se estructuraron sobre procesos e infraestructura en los que no se tenían en cuenta las características de este tipo de población que ahora requiere, de forma prioritaria, mayor atención.

En ese mismo sentido, los servicios de urgencias, donde se encuentra la puerta de entrada de clínicas y hospitales, cuentan con profesionales idóneos, pero con carencias en capacitación y formación en el abordaje de pacientes con sintomatología psiquiátrica, así como tampoco se dispone de la infraestructura adecuada que mitigue los diferentes riesgos que conlleva su atención.

En cuanto a triage en salud mental, Colombia no cuenta con una normatividad que direcciona y oriente adecuadamente el proceso de atención a esta población. Si bien lo hace con respecto a temas de habilitación y dotación de servicios, en la atención de urgencias es inexistente, a nivel nacional, una denominación clara de la clasificación de la atención por tiempos en el servicio (triage) en psiquiatría, la cual, en caso de crearse, permitiría mejorar los tiempos de atención y priorizaría la misma de acuerdo a si es o no urgente, disminuyendo los tiempos de espera y mejorando la prestación de servicios en las diferentes urgencias de hospitales psiquiátricos y no psiquiátricos.

Como lo plantea Arango-Dávila et al. (2008), “Colombia cuenta con una problemática de salud mental y psiquiátrica que supera la situación de los países bolivarianos y centroamericanos, además de ocupar entre cinco grupos de patologías los cinco primeros lugares a nivel mundial” (Arango-Dávila et al., 2008, p. 556).

De acuerdo a lo anterior, “es deducible por qué en el mundo la demanda de atención a la urgencia psiquiátrica resulta cada vez más frecuente” (Rivera Romero & Gómez Ocampo, 2018, p. 205). Tendencia que se ve reflejada también en Colombia y aún más

teniendo en cuenta los efectos de la reciente pandemia COVID 19 en la salud mental de los colombianos. Según datos del ministerio de salud y protección social aumentó el número de personas atendidas en salud mental en un 34,6% en los últimos 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Posada-Villa (2009, p.217) menciona que en el país es evidente que los servicios de urgencias han asumido, de manera progresiva, responsabilidades asistenciales de importancia en salud mental (...) en los últimos años, la atención de los casos psiquiátricos urgentes ha estado a cargo de los médicos generales y de otras especialidades de los servicios de urgencias y esto sigue siendo la regla (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Esto da a entender que, en dichas condiciones, el personal asistencial de los servicios de urgencias debe tener la preparación para hacerle frente a las demandas de atención de esta naturaleza (Arango-Dávila et al., 2008).

Rivera (2018), en su artículo, menciona y diferencia conceptos como urgencia médica y urgencia psiquiátrica como primer paso diferenciador para determinar las intervenciones a realizar con la urgencia psiquiátrica, como segundo resultado importante definió lo que era una urgencia objetiva y una urgencia subjetiva frente al relato que da el paciente al momento de la valoración inicial de urgencias y resalta que la literatura establece que la escucha cumple un pilar fundamental para la toma de decisiones en las urgencias psiquiátricas (Rivera Romero & Gómez Ocampo, 2018).

En ese mismo sentido, Garmendía (2006) plantea que los manuales diagnósticos y la psicofarmacología, son herramientas de las que disponen los equipos asistenciales en las instituciones hospitalarias y que lo que resulta fundamental es que en el abordaje de la urgencia psiquiátrica se realice un análisis clínico que trascienda la presentación superficial de los síntomas y tenga en cuenta al sujeto del inconsciente, reconociendo que la superación de la crisis por medio de una intervención del cuerpo biológico no es suficiente (Garmendia, 2006).

Es por esto que frente a las diferentes situaciones que se presentan en la actualidad en las clínicas y hospitales del país, este trabajo pretende establecer un sistema de clasificación de triage en las urgencias psiquiátricas buscando mejorar el proceso de atención y los tiempos de respuesta en los servicios de urgencias, contribuyendo a la mejor toma de decisiones, disminuir el tiempo de espera de los pacientes, derivar a otro tipo de atención si es necesario (otra especialidad o atención no urgente – prioritaria), preservar la seguridad y calidad de la atención de los pacientes y mitigar los diferentes riesgos que se presentan durante la atención del paciente con trastornos mentales.

En un estudio realizado en un centro de trauma de primer nivel en Chicago, en el cual compararon la Escala de Agudeza de Triage Canadiense con la Escala de Triage de Salud Mental Australiana con el fin de establecer diferencias en los tiempos asignados para la atención según la clasificación, participaron 105 pacientes que asistieron al servicio de urgencias manifestando quejas psiquiátricas, todos seleccionados a conveniencia y fueron excluidos los pacientes incapaces de comunicarse o que no

aquejaron sintomatología psiquiátrica. Los pacientes participantes fueron reclasificados con la Escala de Triage de Salud Mental Australiana por los investigadores luego de la clasificación inicial de la enfermera de triage (Larumbe Iriarte, 2017). Encontraron que los pacientes al aplicarles la escala australiana fueron clasificados como menos urgentes y por lo tanto el cumplimiento del tiempo de atención fue mejor y más oportuno que con su anterior clasificación y dieron mejores indicaciones específicas y menos ambiguas que permitieron mejoras en los resultados de los pacientes.

Así mismo, en Reino Unido en el año 2016, en un estudio aprobado para proceder como estudio de evaluación de servicios, pretendían desarrollar y medir la confiabilidad de una escala de triage de salud mental para uso en los servicios de urgencias del país, el Modelo de Triage de Salud Mental del Reino Unido, dicho modelo se adaptó a partir de la escala de triage de salud mental australiana teniendo en cuenta características relevantes de su población (Charlín Menéndez Titora & M<sup>a</sup> Sánchez Álvarez, 2018). La muestra estuvo conformada por 66 médicos de triage y crisis de salud mental de dos servicios especializados en salud mental en Gales e Inglaterra, todos seleccionados a conveniencia y su participación fue voluntaria. Como instrumento se utilizó una encuesta que contenía 34 ítems y se presentaron 21 escenarios urgentes hipotéticos que los participantes debían clasificar usando el modelo del Reino Unido a través de una nota de triage. Para el análisis se realizó un análisis de confiabilidad de expertos utilizando el coeficiente de concordancia de Kendall ( $w$ ) y el coeficiente de correlación intraclase (ICC). Se encontró que el modelo británico tiene niveles sustanciales de fiabilidad, que es necesario que el personal que aplique la escala debe tener un mínimo

de experiencia y capacitación, el estudio concluye que los servicios de urgencias que incorporan escalas de triage confiables son prometedores en cuanto a tiempo de acceso y uso eficiente de los recursos como lo son los especialistas en salud mental.

Por su parte, en un centro de emergencias de una ciudad estadounidense realizaron un estudio para determinar el impacto de la implementación de la escala BARS, que mide y puntúa de 1 a 7 la actividad conductual de los pacientes, dentro de la atención inicial del triage de pacientes con emergencia psiquiátrica (Schumacher et al., 2010). Para su análisis se utilizaron 274 historias clínicas de pacientes que asistieron a ese centro de salud con síntomas psiquiátricos, sólo se incluyeron las historias de pacientes que tenían de 18 a 64 años y a los pacientes que asistieron más de una vez solo se les tuvo en cuenta la primera visita. Los datos analizados se relacionaron con características biológicas de los pacientes, turno de enfermería, forma de llegada del paciente al servicio y necesidad de administración o no de medicamentos sedantes y contención física. A través análisis como regresiones logísticas o pruebas de modelo contra modelo se encontró que los pacientes que tenían registrado en su historia clínica un BARS de 5 o superior, se asociaron con la implementación de manejo conductual y estrategias para el manejo del comportamiento del paciente y la administración de medicamentos sedantes o contención física. Si bien en este estudio no se analizó la aplicación de una escala de triage para salud mental como tal, sus resultados sugieren que la aplicación de escalas objetivas y validadas por la comunidad científica, demuestran mejores resultados en la clasificación inicial de los pacientes con

emergencias mentales y la comunicación y toma de decisiones de los miembros del equipo terapéutico.

Por otro lado, en una investigación realizada en un hospital universitario con una unidad psiquiátrica en Estados Unidos, validaron el uso de la herramienta -TAPS- que es un cuestionario para descartar concomitancia de patología orgánica aguda, en los pacientes que acudían al servicio de urgencias aquejando sintomatología psiquiátrica (Schieferle Uhlenbrock et al., 2018). Los investigadores hicieron una revisión retrospectiva no experimental de los registros de triage de dichos pacientes y aplicaron la herramienta para determinar la sensibilidad y especificidad de la escala para descartar enfermedades médicas agudas. Inicialmente seleccionaron 154 historias clínicas, de las cuales sólo 101 pasaron los criterios de inclusión y exclusión, entre los cuales estaban: diagnóstico orgánico previo, errores y duplicidad de registros, atenciones en otros hospitales y embarazo. El análisis lo realizaron mediante gráficos, pruebas de chi cuadrado y de correlación Rho de Spearman. Concluyeron que la herramienta TAPS se puede usar de manera confiable para descartar enfermedades médicas agudas en pacientes con quejas psiquiátricas, que su uso correcto identifica adecuadamente a pacientes de baja agudeza sin enfermedades médicas significativas y contribuye a reducir las pruebas de laboratorio innecesarias y los costos de la atención.

Podemos observar que en países desarrollados la implementación de un sistema de clasificación de urgencias en salud mental y el uso de herramientas predictivas

objetivas conlleva a mejores resultados tanto para el paciente como para las instituciones, sin embargo, en Colombia, específicamente en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Mental de Antioquia, encontramos que la clasificación de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, en ocasiones no es la adecuada, dado que no se tiene implementado un sistema de clasificación de triage validado ni específico para urgencias psiquiátricas, lo que repercute en alta ocupación de sala de espera, mayores tiempos de atención de pacientes verdaderamente emergentes o urgentes, pacientes agudos que requieren de otras especialidades o mayores niveles de atención, colapso de la sala de observación, mayores demandas de consulta por especialista y uso ineficiente de los recursos.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el diseño de un sistema de triage para un hospital especializado en salud mental en el departamento de Antioquia?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General**

Diseñar un sistema de triage para un hospital especializado en salud mental en el departamento de Antioquia.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar las escalas de valoración de triage en salud mental aplicables al contexto institucional.

Determinar la gravedad de los síntomas acorde a la aplicación de la escala de valoración de triage en salud mental y agruparlos por categorías.

Definir el tiempo de espera para valoración por psiquiatría según resultado de la aplicación de la escala de valoración de triage en salud mental.

Definir las características del talento humano idóneo para la aplicación de la escala de valoración de triage en el Hospital.

### 3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la demanda de los servicios de salud mental se ha incrementado, el Hospital Mental de Antioquia, como referente en este campo en el Departamento no es ajeno a esta situación, en donde se ha podido observar que el servicio de urgencias ha tenido una alta asistencia. La puerta de entrada del servicio de urgencias está mediada por el triage que prioriza la atención de los pacientes de acuerdo a su nivel de criticidad o descompensación.

En Colombia está la Resolución 5596 de 2015 que regula el mecanismo de triage en los servicios de urgencias, sin embargo, en esta no se menciona los criterios de clasificación de triage para los hospitales especializados en salud mental, como si se ha hecho en otros países desarrollados. Partiendo de esta normatividad el Hospital Mental adaptó superficialmente dicho modelo con algunas modificaciones para la atención del paciente mentalmente descompensado, sin embargo, al no definirse los criterios exactos para una correcta clasificación de triage, queda el panorama abierto netamente al profesional que realiza la actividad.

En la práctica, se ha evidenciado que dicho sistema de triage en el hospital no permite la correcta clasificación de los pacientes, encontrando datos como que en los primeros seis del año 2022 asistieron 2.993 pacientes al servicio de urgencias de los cuales 2.415 fueron clasificados como triage 2 lo que puede interpretarse desde dos puntos de

vista, el primero que la mayoría de los pacientes que asisten al servicio de urgencias están verdadera y agudamente descompensados o el otro que el sistema de triage no esté funcionando correctamente.

Al intervenir el proceso mencionado con la implementación de un triage especializado en salud mental se obtendrían resultados beneficiosos para el servicio y el hospital, el primero de ellos sería la reducción en los tiempos de espera de los pacientes que cumplen criterios para ser valorados por especialista en psiquiatría de manera urgente, lo que repercutirá en la descongestión de las salas de espera y de observación en el servicio de urgencias. También se impactaría directamente en la gestión y mitigación del riesgo de conductas heteroagresivas o destructivas de algunos pacientes, los cuales se atenderán en un menor tiempo. Con estas medidas la institución lograría una reducción de gastos en honorarios de especialistas ya que se podría disminuir la cantidad de los mismos en el servicio de urgencias.

En este mismo sentido, el intervenir el proceso de triage como se menciona anteriormente mejora los tiempos de espera, dando mejor resolutiveidad y toma de decisiones a los profesionales de triage basados en herramientas validadas, esto impacta directamente en la disminución del número de pacientes que deban ser atendidos con una urgencia real, logrando generar citas prioritarias o formulación ambulatoria a quienes no presentan una urgencia psiquiátrica para atención emergente.

Hoy en día el servicio de urgencias cuenta con tres médicos psiquiatras en turno de ocho horas diurnas, el resto de las cuatro horas de un turno diurno se desarrolla con dos médicos especialistas, al lograr mejorar el sistema de clasificación de triage el recurso de médico especialista se reduciría en el servicio de urgencias esto debido a que actualmente y según cifras de la ESE (Empresa Social Estado) más del 80% de los pacientes que consultan son clasificados como triage 2 lo cual ha generado que el recurso del talento humano haya tenido un aumento significativo, se espera que con la implementación de una escala de triage se disminuye este porcentaje de pacientes clasificados como triage 2.

Es importante resaltar que esta modificación de la atención en el servicio de urgencias beneficia al paciente debido a la mejora en la oportunidad en el acceso a los servicios de salud mental, esto debido a que según cifras de la ESE hay días en que la atención urgente por parte de un especialista puede durar más de doce horas para lograr una resolutivez, lo que genera que en algunos casos no se tenga acceso a estos servicios.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Trastornos de salud mental**

Cuando se habla de temas de salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el referente mundial para visibilizar la problemática que se ha generado en este aspecto.

Según la OMS, los trastornos mentales están en aumento en todo el mundo, por ejemplo entre 1990 y 2013 el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones; es decir, cerca de un 10% de la población mundial está afectada, lo cual representa un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal, además se estima que, durante las emergencias, 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En este mismo sentido, otras fuentes de información importantes como la Organización Panamericana de la Salud reafirman lo mencionado por la OMS:

En la Región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad y hasta el 3,6% de la población masculina y que las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos etarios, aunque se puede observar una tendencia a una menor

prevalencia en los grupos de mayor edad (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Se sabe entonces que existen factores que han contribuido al aumento de los trastornos depresivos como son la longevidad, los cambios rápidos a nivel psicosocial, el aumento de enfermedades crónicas y el desmedido consumo de medicamentos como tranquilizantes, antihipertensivos y los anticonceptivos, que con frecuencia producen depresión de origen secundario.

En cuanto a la depresión, es importante destacar que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reporta cifras que alarman frente a la problemática de salud mental. Similar a lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio reportó:

Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, una prevalencia de trastornos depresivos en población adulta (18 a 44 años) de 9,6%, siendo mayor en mujeres (10,8%) que en hombres (7,4%), con un riesgo de 5,8% de padecer algún tipo de depresión (depresión mayor) durante la vida (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).

Además, durante la realización de un estudio por parte del Observatorio Nacional de Salud Mental en el año 2017, se evidenciaron cifras relacionadas con padecimientos mentales entre los cuales se destaca:

En adultos de 18 a 44 años, el 9,6% presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos; en personas de 45 años y más, 11,2% tiene predisposición para padecer trastornos mentales, 54,8% tiene uno o más síntomas de ansiedad y 71,9% presenta de uno a tres síntomas de depresión.

Luego de observar el panorama epidemiológico en cifras sobre el aumento significativo de los trastornos en salud mental y por ende de la demanda de servicios de salud mental, se definen algunos constructos importantes para entender un poco mejor la terminología psiquiátrica y de salud mental.

#### **4.2. Enfermedad mental**

Townsend (2011, p.3) define la enfermedad mental como “respuestas mal adaptativas a estresores del medio ambiente interno o externo, evidenciado por pensamientos, sentimientos y comportamientos incongruentes con las normas locales y culturales, que interfieren en el funcionamiento social, ocupacional y/o físico del individuo”.

De igual forma la Organización Mundial de la Salud (2022) define la enfermedad mental como “una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo; por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes; “hay muchos tipos diferentes de

trastornos mentales, denominados también problemas de salud mental, que abarcan los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y otros estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta auto lesiva”.

Por otra parte, según información dada por la Organización Mundial de la Salud

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de habitantes) padecían un trastorno mental, siendo los más comunes la ansiedad y los trastornos depresivos, en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento entre el 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves y si bien existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva, además que sufren estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

#### **4.3. Urgencia psiquiátrica**

En la actualidad la demanda de servicios de salud mental, específicamente en los servicios de urgencias, ha tomado una relevancia importante que hace necesario la organización de estos servicios para lograr una oportuna y eficiente atención que contribuya a la mejoría de los síntomas de los pacientes que acuden a las urgencias.

Ontiveros (2014, p.1) define la urgencia psiquiátrica como “una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia, ataques de pánico, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático”.

En este sentido, para lograr una correcta clasificación de la urgencia psiquiátrica o en salud mental, es necesario implementar un adecuado sistema de clasificación para lograr generar oportunidad en términos de tiempo y atención a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias. La resolución 5596 del 2015 del Ministerio de Salud de Colombia regula el sistema de triage a nivel hospitalario y lo define como “un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Dicha resolución (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), estipula cinco categorías de triage, las cuales para el caso del presente trabajo de investigación, no se consideran criterios aplicables de forma estricta, debido a que ante una urgencia psiquiátrica se deben tener en cuenta otras características sintomáticas (que no se encuentran descritas en dicha resolución) para definir los tiempos de atención, sin decir de forma categórica que no se evalúan algunos criterios descritos en esta resolución para tomar decisiones clínicas importantes. Es por estas características del sistema de clasificación del triage en Colombia que se hace necesario la implementación de un

sistema de triage específico en salud mental, que permita mejorar el acceso y oportunidad en la atención.

El triage en salud mental, puede definirse entonces como el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, que padecen “una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia, ataques de pánico, trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático entre otros, que ameritan una atención oportuna” (Ontiveros, 2014). Es por esto que para lograr la clasificación es necesario validar e implementar escalas de valoración, las cuales son herramientas clínicas que se utilizan para proporcionar una forma sistemática de categorizar la urgencia de las presentaciones clínicas y determinar una respuesta de servicio adecuada y un marco de tiempo óptimo.

De igual forma, para la intervención y logro de la sistematización e implementación del triage en psiquiatría, es necesario talento humano idóneo, con la preparación y experiencia necesaria y suficiente que logre clasificar los pacientes en el servicio de urgencias según las características clínicas de cada uno o una, logrando impactar en el acceso y oportunidad de la atención en los servicios de salud.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo de investigación**

Investigación cualitativa, aplicada, enfocada en la solución de problemas prácticos en situaciones concretas y en la aplicación de los resultados de la investigación en la práctica. En este caso, el objetivo de la investigación es diseñar un sistema de triage que pueda ser aplicado en la práctica clínica en el contexto específico de un hospital especializado en salud mental en el departamento de Antioquia. Según Lewin (2010), la investigación aplicada debe enfocarse en problemas sociales concretos y debe utilizar un enfoque participativo que involucre a los sujetos de estudio en la solución del problema. Campbell (2012) fue un psicólogo social que también contribuyó al desarrollo de la investigación aplicada, manifestando que se enfoca en la solución de problemas prácticos y debe ser relevante y útil para la práctica.

### **5.2. Diseño de investigación**

El diseño de este estudio fue fenomenológico, diseño que se caracteriza por enfatizar en la subjetividad, individualidad y significados con un enfoque en el mundo o la vida de lo cotidiano (Calderón y Calle, 2018), en este caso particular, de aquellos quienes ha realizado el diligenciamiento de las historias clínicas en la atención por urgencias. Así mismo, es de diseño hermenéutico porque se enfoca en la interpretación de los textos,

comprendiendo el significado de lo que allí se relaciona, que como ya se mencionó, hace referencia a la interpretación de las historias clínicas.

### **5.3. Población y muestra**

Dado que la investigación se centra en el diseño del sistema de triage en sí mismo y no en la evaluación de su eficacia en pacientes específicos, la población estuvo conformada por los registros en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital y por especialistas en psiquiatría y personal de salud que trabajan en el hospital y que estarían involucrados en la implementación del sistema de triage.

La muestra de las historias clínicas se tomó de manera intencional con respecto a los pacientes que asistieron al servicio de urgencias en el hospital durante el mes de abril de 2023. En ese sentido, se analizaron 20 registros del total de las personas que recibieron la atención inicial de triage de urgencias. Se tuvo en cuenta el criterio de que fueran de diferentes días las atenciones analizadas y que dieran cuenta de que el paciente recibió la atención en el triage, pues los registros en los que se evidenció que el paciente no esperó la atención, se excluyeron.

Así mismo, se trabajó con 3 especialistas en psiquiatría, que revisaron y evaluaron el diseño de triage construido en este proyecto.

#### **5.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

Las técnicas para la recolección de la información que fueron usadas para esta investigación fueron:

*Entrevistas:* se realizaron entrevistas a especialistas en psiquiatría y personal de salud del hospital para obtener información sobre los criterios para la clasificación inicial de los pacientes con trastornos mentales y para la validación del sistema de triage modificado.

*Revisión documental:* se revisaron documentos del hospital, como registros en historias clínicas y protocolos de atención, para obtener información sobre la atención actual de pacientes con trastornos mentales.

##### ***Instrumento para la recolección de la información***

Para la recolección de la información se diseñó el siguiente instrumento, en el cual se pretendió adaptar la escala o instrumento más aplicable al contexto institucional y se aplicó a los registros clínicos incluidos.

Con dicho instrumento, se analizaron los signos y síntomas registrados en la historia clínica y se clasificaron de acuerdo a los criterios de la escala seleccionada.



1 0								
1 1								
1 2								
1 3								
1 4								
1 5								
1 6								
1 7								
1 8								

1 9								
2 0								

## 5.5. Fuentes de información

### *Información primaria*

Como fuentes primarias se utilizaron las entrevistas a especialistas en psiquiatría y salud mental del Hospital Mental de Antioquia y los registros en la historia clínica de la atención inicial de triage en urgencias. Estas fuentes de información primaria proporcionaron datos y conocimientos de primera mano sobre la práctica clínica y la atención en salud mental en el contexto específico del hospital.

### *Información secundaria*

En cuanto a las fuentes de información secundaria se utilizaron artículos científicos publicados en revistas médicas y psiquiátricas que abordaban temas relacionados con la evaluación y el triage en salud mental, guías y protocolos de atención en salud mental emitidos por organizaciones nacionales e internacionales de salud y libros y manuales de psiquiatría y salud mental que abordaban temas relevantes para el diseño de un sistema de triage eficiente y eficaz.

Estas fuentes de información secundaria proporcionaron un contexto más amplio y una visión general de los problemas y desafíos que enfrenta la atención en salud mental en el departamento de Antioquia, así como también proporcionaron información valiosa para el diseño de un sistema de triage aplicable al contexto del Hospital Mental de Antioquia sobre los enfoques y métodos exitosos utilizados en otros contextos similares.

## 6. RESULTADOS

La información obtenida de las entrevistas realizadas a los especialistas en psiquiatría se agrupó en la siguiente tabla:

**Tabla 1**

*Resultados de las entrevistas realizadas a los especialistas en psiquiatría*

Preguntas	Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3
Mencione alguna escala de valoración de triage en salud mental aplicable al contexto institucional.	Escala australiana	Ninguna	Escala de valoración australiana
Mencione los síntomas característicos de la clasificación de triage de 1 al 4 y proponga un tiempo de espera	Triage 1: agitación e inquietud severa, paciente agitado bajo efecto de sustancias psicoactivas, psicosis exotóxica.	Triage 1: paciente traído por la policía, agresividad, violento. Inmediata atención	Triage 1: paciente agitado con violencia extrema. Atención inmediata

para cada nivel de triage	Atención inmediata.		
	<p>Triage 2: intento suicida orgánicamente estable, ansiedad, inquietud motora. Hasta 30 minutos</p>	<p>Triage 2: ideación suicida, agitación psicomotora leve, síntomas depresivos de moderados a severos, pacientes negativos</p> <p>1 hora de espera.</p>	<p>Triage 2: código fucsia, agitación psicomotora grave, paciente conocido con antecedente de agitación psicomotora. 30 minutos de espera.</p>
	<p>Triage 3: insomnio, trastorno alimentario, trastorno de la conducta. Hasta 2 horas</p>	<p>Triage 3: ansiedad, dificultad para conciliar el sueño, ideación suicida. 2 horas de espera.</p>	<p>Triage 3: problemas para dormir, trastorno del comportamiento, psicosis. 2 horas de espera.</p>
	<p>Triage 4: trastorno de ansiedad leve sin peligro de daño, trastorno del sueño leve. 4 horas</p>	<p>Triage 4: trastorno de personalidad, alteración del sueño leve. 3 horas de espera.</p>	<p>Triage 4: trastorno de la alimentación no grave, trastorno de personalidad, paciente sin</p>

---

			medicamentos.
			3 horas de espera
¿Cuál es el perfil profesional idóneo para realizar el triage de urgencias?	Médico general con experiencia en urgencias en salud mental.	Médico general con experiencia en urgencias.	Médico general o enfermería profesional.

---

De acuerdo a la información analizada y a los instrumentos revisados, la escala que más se acerca al contexto institucional y la que más aplicabilidad puede tener es la Escala Australiana de Valoración de Triage en Salud Mental, debido a que los signos y síntomas contenidos en ella, asemejan los motivos de consulta más comunes del servicio de urgencias del hospital y los que con mayor frecuencia se registran en las historias clínicas. En cuanto a los tiempos de espera, si bien se evidencian diferencias significativas en los tiempos estimados para cada nivel de clasificación, se podría decir que dicha diferencia radica en que el contexto australiano, donde se desarrolló la escala, es completamente diferente al colombiano, pues Australia es un país desarrollado o de primer mundo a diferencia de Colombia que en la actualidad se considera en vías de desarrollo o tercermundista.

A pesar de la diferencia de los tiempos de espera establecidos para cada nivel del triage, la forma como está planteada, los signos y síntomas descritos y las recomendaciones para la supervisión, actividades y consideraciones que plantea para

la implementación y atención del paciente, la hace más aplicable al contexto de este proyecto, siempre y cuando se adapten los tiempos de espera teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos locales.

Teniendo en cuenta lo anterior, dicha escala se adaptó al instrumento creado para la recolección de la información para el presente proyecto. En dicha adaptación se consignaron los datos obtenidos del análisis de las historias clínicas seleccionadas, dando como resultado la siguiente tabla:

**Tabla 2**

*Signos, síntomas y tiempo de espera registrados en la historia clínica*

Historia clínica	Clasificación inicial del triage/tiempo máximo de espera	Signos y síntomas triage 1 Escala Australiana	Signos y síntomas triage 2 Escala Australiana	Signos y síntomas triage 3 Escala Australiana	Signos y síntomas triage 4 Escala Australiana	Signos y síntomas triage 5 Escala Australiana	Clasificación según Escala Australiana /Tiempo de espera
1 HC1	Triage 2 - 30 minutos	No se registraron síntomas aplicables a esta categoría	No se registraron síntomas aplicables a esta categoría	No se registraron síntomas aplicables a esta categoría	No se registraron síntomas aplicables a esta categoría	No se registraron síntomas aplicables a esta categoría	No es posible aplicar la escala por falta de información
2 HC2	Triage 3 - 2 horas	Ninguno de los síntomas registrados corresponde a esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde a esta categoría	No se precisa si al momento de la atención el paciente estuvo inquieto o agitado, la inquietud motora descrita corresponde al cuadro clínico presentado en la semana previa.	Irritabilidad sin agresividad; trastorno de salud mental preexistente	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos	4 - Semiurgente - 60 minutos
3 HC3	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Agitación/inquietud; alucinaciones	Trastorno de salud mental preexistente	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos; paciente conocido con síntomas somáticos crónicos.	3 Urgente - 30 minutos

4	HC4	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Inquietud; alucinaciones; pensamiento desordenado; comportamiento extraño; confusión.	Trastorno de salud mental preexistente	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	3 Urgente - 30 minutos
5	HC5	Triage 3 - 2 horas	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Solicitud de medicamento	5 No urgente - 120 minutos
6	HC6	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Se incluye en esta categoría la agresividad relacionada en el motivo de consulta, sin embargo no se puede evidenciar en el registro clínico el estado del paciente al momento de la atención.	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Trastorno de salud mental preexistente	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos	2 Emergencia - 10 minutos
7	HC7	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Intento de autolesión/amenaza de autolesión.	Síntomas severos de depresión; autolesión deliberada; muy angustiado; riesgo de autolesión; ideas suicidas.	Trastorno de salud mental preexistente	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos	2 Emergencia - 10 minutos
8	HC8	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Estado de ánimo elevado o irritable; inquietud; no es probable que espere para el tratamiento;	Trastorno de salud mental preexistente.	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos	3 Urgente - 30 minutos
9	HC9	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ideación suicida; crisis situacional.	Ninguno de los síntomas registrados	Ninguno de los síntomas registrados	3 Urgente - 30 minutos

			corresponde esta categoría			corresponde esta categoría	corresponde esta categoría	
10	HC10	Triage 2 - 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Alucinaciones/delirios/paranoia; requiere contención; amenaza de daño a otros	Ideas paranoicas; pensamiento desordenado; comportamiento extraño	Trastorno de salud mental preexistente.	Paciente conocido con síntomas psicóticos crónicos	2 Emergencia - 10 minutos
11	HC11	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Consumo de SPA, no describen síntomas concretos del paciente	5 No urgente 120 minutos
12	HC12	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Remitida de otra IPS por intento suicida, al momento estable, niega ideas suicidas	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	4 semi urgente 60 minutos
13	HC13	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Conocido en el hospital, insomnio, no habla, pasivo, retraído	5 No urgente 120 minutos
14	CH14	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Paciente angustiada, ideas suicidas, desorden del pensamiento "alucinaciones auditivas"	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	3 Urgente - 30 minutos
15	CH15	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Riesgo de daño a sí misma, desorden del pensamiento, intentos suicidas.	Ninguno de los síntomas registrados	Ninguno de los síntomas registrados	3 Urgente - 30 minutos

			corresponde esta categoría			corresponde esta categoría	corresponde esta categoría	
16	CH16	Triage 4 - 4 horas	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Riesgo de daño a sí misma, desorden del pensamiento, intentos suicidas.	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Paciente reconsultante, trastorno de personalidad, ansiosa por la comida, sin ideas suicidas, clínicamente asintomática	5 - No urgente 2 horas
17	HC17	Triage 2- 30 minutos	Desorden severo del comportamiento, riesgo de violencia extrema, paciente que es traído por la policía, destruye elementos de su casa	Describen violento, agresivo, riesgo de daño a sí mismo o a otros	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	1- inmediato
18	HC18	Triage 2- 30 minutos	Desorden severo del comportamiento, riesgo de violencia extrema, paciente que es traído por la policía, destruye elementos de la casa de familiar y agrede algunos familiares	Describen violento, agresivo, riesgo de daño a sí mismo o a otros	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	1- inmediato

19	HC19	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Paciente con ningún riesgo de auto-heteroagresión inmediata, intento suicida con autocrítica del evento, síntomas impulsivos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	4 semi urgente 60 minutos
20	HC20	Triage 2- 30 minutos	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Paciente potencialmente agresivo debido a síntomas agresivos en su casa, niega ideas de daño o suicidio	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	Ninguno de los síntomas registrados corresponde esta categoría	3 Urgente - 30 minutos

De acuerdo con la información reportada en la Tabla 2 y a la estipulada en la Escala Australiana de Valoración de Triage en Salud Mental, se definieron los siguientes síntomas de acuerdo a su gravedad o nivel de riesgo. Adicionalmente, los síntomas presentados fueron agrupados en una categoría o nivel de triage. Lo anteriormente descrito se puede ver en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Síntomas y gravedad de los síntomas*

Gravedad o nivel de riesgo	Síntoma	Presentación clínica	Categoría o nivel
Extremo o peligro definitivo para la vida (propia o de otros).	Agitación psicomotora extrema	Paciente agitado; con inminente riesgo de auto o hetero agresión; de daño a terceros o del entorno; puntuación BAARS > A 6: según protocolo institucional.	Triage 1
Alto o probablemente riesgo de peligro para sí mismo o para los demás	Intento de autolesión; Agitación psicomotora, activación de código fucsia	Paciente con estado de agitación moderada, riesgo de agresión a terceros, antecedentes	Triage 2

		de contención mecánica, paciente con presunto abuso sexual	
Moderado o posible peligro para sí mismo o los demás	Desorden del pensamiento, agitado, inquieto	Paciente angustiado, psicosis, desorden del pensamiento, crisis de ansiedad, potencialmente agresivo	Triage 3
Bajo o angustia moderada	Ansiedad, trastorno del sueño, angustia	Paciente con alteración del patrón del sueño, crisis de ansiedad, sin riesgo para su vida o de daño hacia otros.	Triage 4
Sin riesgo a corto plazo	Solicitud de medicamento	Paciente estable, asiste por la necesidad de renovación de fórmula o transcripción de medicamentos	Triage 5

Así, al tener claro la gravedad de los síntomas y su respectiva categoría o nivel de triage, se determinaron los tiempos de espera para la valoración por el especialista en psiquiatría, teniendo en cuenta la disponibilidad de este recurso en el servicio de

urgencias y los tiempos definidos en la Resolución 5596 de 2015, tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla 4**

*Tiempos de espera por categoría o nivel*

Categoría o nivel	Tiempo de espera
Triage 1	Inmediato
Triage 2	30 minutos a 1 hora
Triage 3	2 a 3 horas
Triage 4	4 a 5 horas
Triage 5	No aplica

A partir de los resultados encontrados tanto en el análisis de las historias clínicas como de las entrevistas realizadas a los especialistas en psiquiatría, se establece que el personal idóneo para la aplicación de la escala de valoración de triage debe tener las siguientes características: profesional del área de la salud (medicina, enfermería) con experiencia mínima de 2 años en el servicio de urgencias y de estos al menos 6 meses en servicio de urgencias en salud mental. Esto debido a que se debe tener conocimientos sobre problemáticas en salud mental con el objetivo de identificar síntomas a la consulta que permita determinar una correcta clasificación del triage.

De acuerdo a lo presentado hasta aquí, se realiza la siguiente propuesta de clasificación de triage:

**Tabla 5**

*Propuesta de clasificación de triage para urgencias psiquiátricas*

Gravedad o nivel de riesgo	Síntoma	Presentación clínica	Categoría o nivel	Tiempo de espera
Extremo o peligro definitivo para la vida (propia o de otros).	Agitación psicomotora extrema	Paciente agitado; con inminente riesgo de auto o hetero agresión; de daño a terceros o del entorno; puntuación BAARS > A 6: según protocolo institucional.	Triage 1	Inmediato
Alto o probablemente riesgo de peligro para sí mismo o para los demás	Intento de autolesión; Agitación psicomotora	Paciente con estado de agitación moderada, riesgo de agresión a terceros, antecedentes de contención mecánica	Triage 2	30 minutos a 1 hora
Moderado o posible peligro para sí mismo o los demás	Desorden del pensamiento; agitado; inquietud.	Paciente angustiado, psicosis, desorden del pensamiento, crisis de ansiedad, potencialmente agresivo	Triage 3	2 a 3 horas

Bajo o angustia moderada	Ansiedad; trastorno del sueño; angustia	Paciente con alteración del patrón del sueño, crisis de ansiedad, sin riesgo para su vida o de daño hacia otros.	Triage 4	4 a 5 horas
Bajo o sin riesgo	No aplica	Paciente estable, asiste por la necesidad de renovación de fórmula o transcripción de medicamentos	Triage 5	La necesidad del paciente se puede resolver en la atención inicial de triage.

***Propuesta de un sistema de triage para un hospital especializado en salud mental***

**Referencias**

Arango-Dávila, C. A., Fernández, J. C. R., & Moreno, M. (2008). Analysis of Aspects Related to Mental Illness in Colombia and Training in Psychiatry. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 538–563.

<http://redalyc.org/articulo.oa?id=80637406>

Charlín Menéndez Titora, J., & M<sup>a</sup> Sánchez Álvarez, C. (2018). *Revisión bibliográfica sobre sistemas de triaje hospitalarios. ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA UNIVERSIDADE DA CORUÑA.*

Cruz Marín, C., Leiva L., J., Escobar M., E., Eugenin C., D., Errázuriz L., M. D. R., Prieto D., B., & Rinaldi C., S. (2007). Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Revista Chilena*

de *Neuro-Psiquiatría*, 45(2), 108–113.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000200003>

Garmendia, J. (2006). *URGENCIA PSIQUIÁTRICA. UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.*

[https://nucep.com/wp-content/uploads/2013/01/Javier-Garmendia-\\_URGENCIA-PSIQUIATRICA.-UNA-PERSPECTIVA-PSICOANALITICA.pdf](https://nucep.com/wp-content/uploads/2013/01/Javier-Garmendia-_URGENCIA-PSIQUIATRICA.-UNA-PERSPECTIVA-PSICOANALITICA.pdf)

Larumbe Iriarte, J. C. (2017). *Página nueva MODELOS DE TRIAJE EN SALUD MENTAL.*

[http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2007/noviembre/triaje.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/triaje.htm)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Las cifras de la salud mental en pandemia.* Ministerio de Salud y Protección Social- Boletín de Prensa No 761 de 2021.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres.* Ministerio de Protección Social.

[https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud Pública/Ola invernal/guía salud mental15 julio -.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud_Pública/Ola_invernal/guía_salud_mental15_julio_-_pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5596 de 2015*. [5596 \(minsalud.gov.co\)](#)

Observatorio Nacional de Salud Mental. Guía metodológica. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*. [Trastornos mentales \(who.int\)](#)

Rivera Romero, N., & Gómez Ocampo, Á. P. (2018). Abordaje de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales: una propuesta desde el marco de las urgencias subjetivas. *Psicogente*, 21(39), 203–215.  
<https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2831>

Schieferle Uhlenbrock, J., Hudson, J., Prewitt, J., Thompson, J. A., & Pereira, K. (2018). Retrospective Chart Review of the Triage Algorithm for Psychiatric Screening (TAPS) for Patients Who Present to Emergency Departments With Psychiatric Chief Complaints. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 459–465.  
<https://doi.org/10.1016/J.JEN.2017.12.008>

Schumacher, J. A., Gleason, S. H., Holloman, G. H., & McLeod, W. T. (2010). Using a Single-item Rating Scale as a Psychiatric Behavioral Management Triage Tool in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 434–438.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013>

Townsend M. (2011). Salud mental y enfermedad mental. En: León Fraga J. *Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría*. 4 ed. México: Mc Graw Hill.