

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Perfil clínico y sociodemográfico del paciente atendido por emergencias
psiquiátricas de un hospital de referencia de Lambayeque, 2025**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Retzy Esparza Castillo

ASESOR

Henry Ricardo Villarreal Trujillo

<https://orcid.org/0000-0003-1962-7367>

Chiclayo, 2026

**Perfil clínico y sociodemográfico del paciente atendido por
emergencias psiquiátricas de un hospital de referencia de
Lambayeque, 2025**

PRESENTADA POR
Retzy Esparza Castillo

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Melissa del Pilar Palacios Benzaquen
PRESIDENTE

Victor Daniel Linares Baca
SECRETARIO

Henry Ricardo Villarreal Trujillo
VOCAL

Dedicatoria

Dedico esta tesis primordialmente a Dios, por brindarme la perseverancia y la fortaleza necesarias para alcanzar este anhelo tan esperado.

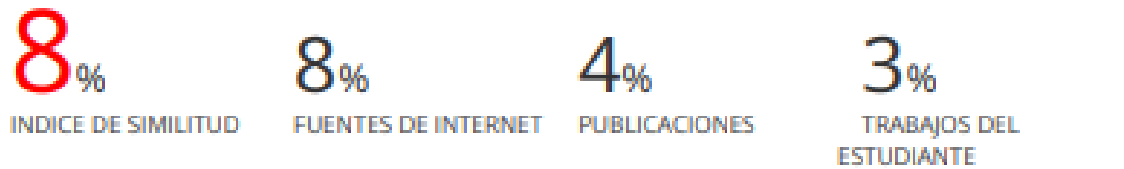
De manera especial a mi hermana Olenka, quien fue mi apoyo incondicional ante cada adversidad; su guía, aliento y consejos fueron el motor fundamental para lograr esta meta. Finalmente, extendiendo mi gratitud a mi familia y seres queridos, cuyo interés constante por mi bienestar y progreso fue un pilar esencial en este camino.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por guiar mi camino y ser mi fortaleza inagotable. A mis padres y hermanas, por creer en mí y ser el soporte fundamental para alcanzar mis sueños. Mi profundo reconocimiento a mis docentes, por compartir su sabiduría durante mi formación profesional; en especial al Dr. Juan Salazar, mentor excepcional cuyo apoyo académico y emocional fue invaluable; a los residentes de psiquiatría, por su apoyo durante la ejecución de esta tesis. Finalmente, agradezco al personal administrativo, quienes facilitaron los medios necesarios para la culminación de este objetivo.

Perfil clínico y sociodemográfico del paciente atendido por emergencias psiquiátricas de un hospital de referencia de Lambayeque, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTE QUE CONTIENE COINCIDENCIAS



3%

★ tesis.usat.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Revisión de literatura	9
Materiales y métodos	14
Resultados	16
Discusión	19
Conclusiones	23
Limitaciones	23
Recomendaciones	24
Referencias	24
Anexo	30

Resumen

Objetivos: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con interconsultas psiquiátricas atendidas en el Servicio de Emergencia del HNAAA durante el 2025. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y censal; la población fue de 397 historias clínicas. La información fue obtenida mediante una ficha de recolección de datos. Se utilizó Microsoft Excel 2019 para organizar, limpiar y almacenar la información y la plataforma integral SPSS ver31 para el análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** La frecuencia de interconsultas psiquiátricas fue de 35.8%. La edad promedio fue 42 años, el rango más frecuente de edad fue de 36-64 años (35%) y el 23.9% fueron menores de edad. Predominó el sexo femenino (58.4%). El 39.7% eran solteros. El grado de instrucción más frecuente fue el nivel superior (39.7%). El 57.0% era desempleado y el 83.6% vivía acompañado. El tópico de atención de emergencia con más interconsultas psiquiátricas fue Medicina (89.4%) y el mes con más frecuencia de atención fue septiembre (15.6%). Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno del humor (F30-F39) con 18.6%, Trastorno mental orgánico (F00-F09) con 18.1% y Trastorno esquizotípico (F20-F29) con 16.1%; el destino de derivación más frecuente fue el alta (42,3%), seguido de internamiento psiquiátrico (41,6%). **Conclusión:** El perfil del paciente típico: Mujer alrededor de los 42 años, soltera, desempleada, con estudio superior, que vive acompañada; que suele ingresar por la especialidad de Medicina y que es dada de alta u hospitalizada en psiquiatría.

Palabras clave: Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría en Hospital, Servicios de Emergencia Psiquiátrica. (DeCS)

Abstract

Objectives: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of patients with psychiatric consultations seen in the Emergency Department of the HNAAA during 2025.

Materials and Methods: A descriptive, observational, cross-sectional, and census study was conducted; the population consisted of 397 medical records. Information was obtained using a data collection form. Excel version 2019 was used to store the information, which was then processed and analyzed descriptively using the SPSS statistical package version 30. **Results:**

The frequency of psychiatric consultations was 35.8%. The average age was 42 years, the most frequent age range was 36-64 years (35%), and 23.9% were minors. Females predominated (58.4%). 39.7% were single. The most frequent level of education was higher education (39.7%). 57.0% were unemployed, and 83.6% lived with someone. The emergency care topic with the most psychiatric consultations was Internal Medicine (89.4%), and the month with the highest frequency of consultations was September (15.6%). The most frequent diagnoses were Mood Disorder (F30-F39) at 18.6%, Organic Mental Disorder (F00-F09) at 18.1%, and Schizotypal Disorder (F20-F29) at 16.1%. The most frequent referral outcome was discharge (42.3%), followed by psychiatric hospitalization (41.6%). **Conclusion:** The typical patient profile: A woman around 42 years old, single, unemployed, with higher education, living with someone; who is usually admitted through the Internal Medicine department and is discharged or hospitalized in psychiatry.

Keywords: Psychiatry, Psychiatric Department Hospital, Emergency Services Psychiatric. (DeCS - MeSH)

Introducción

La psiquiatría de emergencia ha progresado en protocolos de intervención, capacitación del personal y accesibilidad. (1) No obstante, este crecimiento es insuficiente, ya que más del 50% de los hospitales no cuentan con servicios psiquiátricos de emergencia (2) y la demanda de atención en emergencias psiquiátricas oscila entre el 1% al 6% a nivel mundial (3) e incluso en EE. UU el 12.5% de las emergencias presentan diagnóstico psiquiátrico. (4)

Asimismo, para un paciente que acude a un hospital general por una adecuada atención de emergencia, es esencial que el personal de dicho nosocomio tenga conocimiento sobre el perfil sociodemográfico y clínico de su localidad, tanto para un correcto juicio clínico y la planificación terapéutica, así como la optimización del uso de los recursos sanitarios; (5) ya que estas características pueden variables en cada población.

En el contexto intencional se sabe que en Túnez, el perfil del paciente con emergencia psiquiátrica es un varón de 35 años, desempleado, soltero y con antecedentes psiquiátricos personales. (6) Asimismo, en Inglaterra son pacientes varones menores de 50 años, de tez blanca que residían en zonas de pobreza. (7) En el contexto latinoamericano, en Paraguay, es una paciente mujer de aproximadamente 34 años con trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad.(8) A nivel nacional, en Lima, el perfil sociodemográfico en un hospital psiquiátrico es de una paciente mujer al inicio de los 40 años que padece de trastorno del estado de ánimo.(9)

El Ministerio de Salud (MINSA) ha reportado un incremento sostenido en la demanda de emergencias psiquiátricas, siendo un 10% a 15% los pacientes que requieren hospitalización. (10) En efecto, existe una problemática relevante dentro de los sistemas de salud como son las emergencias psiquiátricas, puesto que implican alteraciones graves del pensamiento, la conducta o el estado de ánimo, con riesgo inminente para su vida o la de terceros, lo que exige una intervención inmediata y especializada. (11)

Sin embargo, esta información en la gran mayoría de servicios de Emergencia es limitada o simplemente se desconoce, lo que representa una limitación para la identificación de patrones clínicos y sociales de importancia, aún más si son de carácter psiquiátrico es decir que está ligado a la salud mental de la población. Este al ser un ámbito poco descrito, sobre todo en la investigación nacional y regional representa un tema con necesidad de ser explorado, considerando como fortaleza el gran interés en el contexto actual por la salud mental.

Por otro lado, la OMS y la Reforma de Salud Mental, están recomendando con énfasis que se integre el manejo de la salud mental en emergencias, priorizando el acceso, coordinación y su atención en los hospitales generales; asimismo, se enfocan en una buena organización

mediante equipos interdisciplinarios, realizando trabajo conjunto los médicos de otras especialidades y el psiquiatra (12,13,14), cuya importancia radica en el manejo de la salud física y mental de manera conjunta, para garantizar que tanto la enfermedad médica como la emergencia psiquiátrica son tratadas de manera segura e integrada. (15)

Bajo este contexto, es necesario tener conocimiento sobre cuál es el perfil del paciente que padece de una emergencia psiquiátrica evaluando su edad, sexo, estado civil, entre otros; ya que el MINSA considera estas variables como parte del perfil epidemiológico, permitiendo caracterizar a la población y comprender así el comportamiento de las enfermedades (1) y además las características clínicas, las cuales pueden facilitar su diagnóstico y manejo terapéutico. (5)

En nuestra localidad esto es un limitante, ya que no cuenta con esta información dificultando así la implementación de protocolos de manejo oportunos y adaptados a la realidad local. En consecuencia, es pertinente generar conocimiento local sobre esta problemática para el personal de salud que brinda este tipo de atención en emergencias en un hospital general de alta complejidad.

Por tanto, el presente estudio busca describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos por emergencias psiquiátricas mediante interconsulta en el HNAAA durante el año 2025; para lo cual se identificó la cantidad de emergencias psiquiátricas según el tópico de atención diferenciada, el mes de atención, los diagnósticos psiquiátricos y el destino de derivación de estos pacientes.

Revisión de literatura

Antecedentes

Baracaia et al. en un estudio observacional transversal realizado en Inglaterra en 2014, obtuvieron que de 6 262 602 visitas a emergencias durante un año en hospitales del NHS, el 4,2% se atribuyó a problemas de salud mental. De estos pacientes el 76.3% eran menores de 50 años, de tez blanca un 73.2% y el 59.9% residían en zonas de pobreza. El 68% de las emergencias se dieron fuera del horario laboral y en el fin de semana; finalmente se supo que la mitad de ellos recibió el alta hospitalaria y un tercio requirió hospitalización. (7)

Hajji et al. en un estudio transversal realizado en Túnez en 2022, estudiaron la recurrencia de pacientes psiquiátricos en emergencia de un hospital general durante un año, siendo esta de 30.2% y también describió el perfil de estos pacientes; siendo este un paciente varón de aproximadamente 35 años, desempleado, soltero y con antecedentes psiquiátricos personales.

Además, el 69% de ellos habían sido hospitalizados previamente y el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue esquizofrenia con 54.2%, seguido de trastorno bipolar con 25%; siendo el 47.1% hospitalizados. (6)

Kham et al. realizaron un estudio transversal retrospectivo en el Hospital Universitario Khyber de Pakistán en 2025, describieron los datos sociodemográficos y la presentación clínica de 384 pacientes derivados del servicio de emergencias a psiquiatría; donde se obtuvo que el 62.8% de ellos eran hombres, el 38,5% tenía entre 25 a 35 años y el 71.4% procedía de zonas urbanas. Además, el diagnóstico más frecuente fue depresión con 31,2%, seguido de ansiedad con 24.7% y los trastornos psicóticos con 18.8%. Finalmente se halló asociación entre el género y el diagnóstico, la edad y gravedad de la presentación, el nivel socioeconómico y los resultados del tratamiento. (17)

Mantoan et al. en un estudio descriptivo y cuantitativo realizado en un Hospital Estatal de Campinas en 2013, encontraron que el personal psiquiátrico atendió a 1465 pacientes de los cuales el 53.7% fueron mujeres, el 79.6% eran blancos, la edad promedio fue de 37 años y el 41.3% vivía con sus padres. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos relacionados con sustancias psicoactivas con 23% y trastornos depresivos con 18.5%; además el 31.6% de los pacientes fueron derivados a centros de salud y el 29.2% a consultas externas, mientras que el 8.2% fueron hospitalizados. (18)

Santos et al, en un estudio prospectivo en un hospital de Brasil en 2013, estudiaron a 487 pacientes con emergencias psiquiátricas; los cuales se caracterizaban por ser hombres, solteros, con bajo nivel educativo, inactivos profesionalmente y vivían con familiares. Los diagnósticos que padecían fueron trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con 26.3%, esquizofrenia con 15.5%, episodio maniaco con 11.8%, depresión mayor con 10.9% y trastorno no psicótico con 10.9%. Además, dos tercios recibieron medicación, la mitad permaneció en observación; por otra parte, el 20% fue hospitalizado y el 60% en atención ambulatoria. (19)

Torales et al, en un estudio observacional retrospectivo en Paraguay, incluyó a 5241 pacientes adultos con emergencia psiquiátrica durante el año 2021 al 2023 atendidos en el servicio de emergencias. Obtuvieron como resultados que el 70.8% eran mujeres, la edad media fue de 34 años y los diagnósticos más comunes fueron trastornos depresivos (25.5%), de ansiedad (20.4%) y de personalidad (17.5%). Además, se prescribió antidepresivos al 66.4 % de los pacientes y antipsicóticos al 57.1 %.(8)

Osorio et al, realizaron un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y analítico en Perú en 2017, recopilaron 285 historias clínicas de pacientes menores de 18 años que

ingresaron por emergencias psiquiátricas al Hospital Hermilio Valdizán (HEV); los cuales representaron el 13%. El sexo femenino representó el 60% y la edad media fue 14 años. El motivo de consulta con mayor frecuencia fue la heteroagresividad con 28,4%, seguido de alucinaciones con 13.7%, irritabilidad con 11,9% y autoagresividad con 10.9%; además el ser mujer tuvo mayor riesgo de ideación suicida con un OR 3,05. Finalmente, los diagnósticos más frecuentes fueron F20-F29 con 31.6%, F30-F39 con 25.6% y F60-F69 con 18.6%; siendo las dos últimas asociadas al sexo femenino. (20)

Podestá et al, realizaron un estudio descriptivo transversal en Perú en 2023, estudiaron 1037 interconsultas recibidas por la Unidad de Psiquiatría de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). Se obtuvo el perfil del paciente típico: Mujer al inicio de los 40 años. Además, el trastorno del estado de ánimo fue el más común con 27.8% y los síntomas con mayor frecuencia fueron ansiedad con 47.3%, insomnio con 38,8% y ánimo depresivo con 32.6%. Finalmente, los antipsicóticos con 50.4% fue el tratamiento más usado y el 1.18% fueron derivados. (9)

Base Teórica Científica

1. Emergencia Psiquiátrica:

La emergencia psiquiátrica es una condición aguda de un trastorno mental, es decir una alteración aguda del pensamiento, comportamiento o del ánimo de una persona que requiere manejo inmediato, ya que corre un riesgo inminente su vida, integridad física o psíquica del individuo o de las personas de su entorno. (21) Los pacientes que la padecen suelen encontrarse en un estado de crisis, donde sus mecanismos de afrontamiento basales han quedado abrumados por circunstancias reales o percibidas. (22)

Las emergencias psiquiátricas son visitas puntuales en un momento determinado, por consiguiente, no es posible dar un diagnóstico exacto en primera instancia; por tanto, se toma en cuenta la búsqueda de los trastornos más frecuentes, lo cual facilitará la valoración del paciente; estos son estado de ánimo, psicótico, ansiedad y consumo de drogas; no obstante, también se toma en cuenta los cambios en el estado mental de etiología médica u orgánica como el delirium. (23) Algunos de los trastornos de salud mental que podemos encontrar en los pacientes con emergencias psiquiátricas son:

- **Trastornos mentales orgánicos (F00-F09):** Son aquellos trastornos mentales que tienen en común su etiología en consecuencia de una lesión en el cerebro o de una

lesión por disfunción cerebral; por ejemplo, la demencia o delirium que se presenta en el Alzheimer, la enfermedad cerebrovascular, entre otras. (24)

- **Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas (F10-F19):** Incluyen varios trastornos que difieren en gravedad que son causados por el uso de sustancias psicoactivas, las cuales pueden haber sido o no con indicación médica. (24)
- **Esquizofrenia, trastorno esquizotípico (F20-F29):** Presentan principalmente distorsiones del pensamiento y de la percepción; la capacidad intelectual y la claridad de la conciencia, pocas veces presentan déficits cognoscitivos. La inserción, robo, el ser controlado, delirios, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias son los fenómenos psicopatológicos más frecuentes. (24)
- **Trastornos del humor (F30-F39):** Su alteración principal es el cambio en el humor/afectividad que conlleva a la depresión (sin/con ansiedad asociada) o la euforia. El detonante de un episodio suele relacionarse con acontecimientos o situaciones estresantes. (24)
- **Trastornos neuróticos (F40-F49):** Es frecuente que en estos trastornos haya mezclas de síntomas (coexistencia de ansiedad y depresión), pero se tiene que reconocer el síntoma predominante. (24)
- **Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y somáticas (F50-F59):** Aquí se da la somatización, es decir que los factores psicológicos se manifiestan como síntomas físicos (dolor, debilidad, fatiga, náuseas), siendo esto la preocupación principal del paciente. (24)
- **Trastornos de la persona y del comportamiento del adulto (F60-F69):** Son alteraciones y modos de comportamiento que suelen ser persistentes y presentan desviaciones extremas del modo en que un individuo normal de una cultura específica percibe, piensa, siente; normalmente puede relacionarse con los demás. (24)
- **Retraso mental (F70-F79):** Presentan un desarrollo mental detenido o incompleto, presentan deterioro de funciones específicas de cada época del desarrollo que contribuyen al nivel de inteligencia (funciones del lenguaje, motoras, cognoscitivas y socialización). (24)
- **Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89):** Se caracterizan por iniciar en la infancia, presentan deterioro del desarrollo de las funciones relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central; tienen un curso constante sin

presentar recaídas. Suelen estar afectados el lenguaje, las funciones visuoespaciales o de coordinación motriz. (24)

- **Trastornos del comportamiento y de las emociones en la infancia y adolescencia (F90-F99):** Se caracterizan por tener un inicio temprano, por carencia de continuidad en las tareas que necesitan esfuerzo intelectual, tienen suelen cambiar de actividades sin culminar ninguna o sus actividades las realizan muy desorganizadas, irregulares y excesivas. (24)

El estabilizar las crisis agudas de los pacientes es el objetivo principal del Servicio de Emergencia, sin embargo, la intervención dependerá de cómo se encuentra el paciente, la gravedad, el tiempo y los recursos disponibles; y estas pueden ser desde hablar con un profesional de salud capaz de establecer confianza, empatía y un acuerdo con el paciente; hasta brindar medicación intramuscular o sujeción física. (23)

Los menores de edad no están exentos de padecer alguna emergencia psiquiátrica y la mayoría son atendidas por pediatras, médicos de emergencia o psiquiatras, los cuales con frecuencia no tienen la formación adecuada en este campo. (25) El principal objetivo, al igual que en los pacientes adultos, es la seguridad del menor afectado, incluso se debe llegar a considerar la posibilidad de maltrato o abandono como detonante. (23)

La valoración psiquiátrica de emergencia en infantes y adolescentes es compleja y extensa; en primera instancia se debe identificar su custodio legal (padres o cuidador) ya que el médico a cargo para poder entrevistar y explorar el estado mental del menor dependerá de la edad, por consiguiente si es un paciente en edad preescolar y aún no saben relatar de manera coherente los hechos, es necesario la intervención del cuidador para obtener los detalles de la situación; sin embargo se debe tener en cuenta la interacción que tiene con el menor y la higiene del menor. (23,26)

Finalmente, es importante saber de la existencia de episodios o tratamientos recibidos con anterioridad por el niño o adolescente, puesto que un menor con un trastorno psiquiátrico grave que no ha respondido adecuadamente al tratamiento anteriormente se manejara distinto a un paciente que llega por primera vez por una emergencia psiquiátrica. (25,26)

2. Hospital de tercer nivel de atención (Categoría III-I):

También llamado Hospital general de alta complejidad ya que cuenta con la máxima capacidad resolutoria del sistema de sanitario acaparando las necesidades en salud de la población mediante la atención ambulatoria, de emergencia, de hospitalización y de cuidados

intensivos. Asimismo, las funciones generales, actividades o intervenciones que realizan consisten en: Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Gestión. (27)

Estos establecimientos de salud deben contar con todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS); dentro de las cuales cabe resaltar con más detalle para el presente estudio:

UPSS Emergencia: La Unidad de Emergencia es básica del hospital general que se encarga de la atención inmediata de pacientes en condición de emergencia o urgencia, y para que funcione de manera adecuada debe contar con:

- Recursos humanos: Se refiere a todo médico especialista en Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, así mismo de otros profesionales de la salud como enfermeras y técnicos de enfermería. (27)
- Triage: Tópicos de atención diferenciados por especialidad de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General. (27)
- Salas de observación: Esta deberá ser diferenciada ya sea por edad y condiciones especiales según la demanda; normalmente se diferencia por sexo, sala de yeso y la Unidad de Shock Trauma y Reanimación. (27)
- Equipamiento: Hace referencia al mobiliario, equipos biomédicos e instrumental necesarios de acuerdo con la especialidad que se brinda para la atención de los pacientes con urgencias o emergencias. (27)

La atención del Servicio de Emergencia debe estar organizada por las prioridades establecidas en la Norma Técnica de Salud vigente garantizando así la disponibilidad de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento necesarios. Finalmente, la coordinación de referencias se realizará en caso se exceda la capacidad resolutive del Servicio, la cual es el manejo integral de daños prioridad I, II, III. (27)

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un único momento, sin intervención ni manipulación de las variables por parte de los investigadores, con el fin de describir las características de la población estudiada. La población fue las historias clínicas de los pacientes atendidos por emergencia psiquiátrica en el Servicio de Emergencia del HNAAA durante el año 2025, que cumplieron con los siguientes criterios: **Criterios de Inclusión:** Toda historia clínica de los pacientes que haya ingresado al Servicio de Emergencia y haya requerido interconsulta con el Servicio de Psiquiatría en el HNAAA durante el año 2025. **Criterios de Eliminación:** Toda historia

clínica de los pacientes que ingresó al Servicio de Emergencia del HNAAA y ha requerido interconsulta con el Servicio de Psiquiatría, pero tiene datos incompletos.

El presente estudio fue de tipo censal, puesto que incluyó todas las historias clínicas de los pacientes atendidos por emergencia psiquiátrica del Servicio de Emergencia del HNAAA durante el año 2025; lo que garantizó que no exista sesgo de selección.

Este estudio se presentó y solicitó los permisos al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del HNAAA respectivamente. Además, se solicitó el permiso al jefe del Servicio de Psiquiatría del HNAAA para el acceso a la base de datos de las historias clínicas de todas las interconsultas que se recibieron en el servicio durante el año 2025; ya que esta base de datos interna es digitada día a día por el personal médico a cargo del servicio; de la cuál mediante una ficha de recolección de datos se obtuvo la información y datos necesarios para la realización de este estudio (Anexo 2). La información se almacenó y registró en una base de datos electrónica en la computadora personal del investigador en una la hoja de cálculo Microsoft Excel 2019, los datos fueron ingresados con código numérico para asegurar el anonimato de los pacientes.

En la presente investigación se optó por evaluar las variables estado civil, grado de instrucción y situación ocupacional únicamente en participantes adultos, con el fin de minimizar sesgos derivados de las diferencias propias de distintos grupos etarios y así asegurar la validez de los resultados. El análisis descriptivo de los datos se realizó en forma univariada para cada variable según el tipo al que pertenecen; para el caso de variables cualitativas se determinó frecuencias absolutas y relativas; mientras que, para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central. Para la descripción se empleó el paquete estadístico SPSS ver30.

El presente estudio de acuerdo con el principio de no maleficencia, no ocasionó ningún tipo de daño a ningún paciente, ya que se trabajó con información obtenida de historias clínicas, así mismo se recalca que los datos recolectados fueron de carácter confidencial y codificados. Respecto al principio de beneficencia, se utilizaron estos datos con el fin de generar conocimiento útil para mejorar la atención y comprensión de los pacientes con emergencias psiquiátricas. Respecto al principio de justicia, se incluyó todas las historias clínicas que cumplieron con el criterio de inclusión sin ninguna distinción de edad, sexo, diagnóstico o condición social. Todo se realizó tomando en cuenta los principios del Informe de Belmont y la ley general de salud.

Puesto que no se contó con el consentimiento informado de los pacientes, esta investigación estuvo de acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación

relacionada con la salud con seres humanos” (21); ya que esta investigación no hubiera sido viable de realizar sin dicha información, además el estudio presenta una importancia social al permitir conocer el perfil clínico y sociodemográfico de este tipo de pacientes, contribuyendo a una mejor planificación de los servicios de salud mental y a la implementación de estrategias de atención más direccionadas a las necesidades de esta población. Finalmente el riesgo es mínimo para los participantes porque solo se basa en el manejo de información con confidencialidad y protección de datos.

Resultados

Durante el año 2025 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) se registró un total de 1108 interconsultas psiquiátricas, de las cuales 397 fueron realizadas por el servicio de Emergencia (35.8%). La edad promedio fue de 42 años, siendo el rango de edad con mayor frecuencia de pacientes con emergencias psiquiátricas el de 36 a 64 años representando el 35%. Además, la población se caracterizó por ser de predominio femenino con un 58.4%. También se estudió la condición de convivencia, observando que el 83.6% de los pacientes vivía con algún acompañante. (Tabla 1)

Tabla 1: Características sociodemográficas del paciente con emergencia psiquiátrica atendido por Psiquiatría mediante interconsulta por el servicio de Emergencia del HNAAA, 2025.

VARIABLES	N	%
Edad		
< 18	95	23.9
1-8 - 35	83	20.9
36 - 64	139	35.0
65 +	80	20.2
Sexo		
Femenino	232	58.4
Masculino	165	41.6
Vivir Solo		
Si	65	16.4
No	332	83.6

Respecto a las características sociodemográficas, que han sido evaluadas solo en la población adulta (76.1%), se estudió el estado civil, el grado de instrucción y la situación ocupacional. En lo que concierne al estado civil, se halló que el 42.2% eran pacientes casados o convivientes, seguido de un 39.7% de pacientes solteros. En cuanto al grado de instrucción, el 39.7% fueron pacientes con estudios superiores y respecto a la situación ocupacional, el desempleo representó el 57%. (Tabla 2)

Tabla 2: Características sociodemográficas del paciente adulto con emergencia psiquiátrica atendido por Psiquiatría mediante interconsulta por el servicio de Emergencia del HNAAA, 2025.

VARIABLES	N	%
Estado Civil		
Soltero	120	39.7
Casado/conviviente	128	42.4
Divorciado/separado/viudo	42	13.9
No registrado	12	4.0
Grado de Instrucción		
Superior	120	39.7
Secundaria	84	27.8
No se conoce	62	20.5
Primaria	30	10
Ninguno	6	2.0
Situación Ocupacional		
Desempleado	172	57.0
Trabajando	113	37.4
No registrado	17	5.6

Dentro de las características clínicas estudiadas, se tuvo en cuenta el departamento o tópico de atención de emergencia de donde se solicitó la interconsulta psiquiátrica, siendo el de mayor frecuencia el perteneciente a la especialidad de Medicina con 89.4%.

El trimestre del año con mayor atención de interconsultas psiquiátricas por parte del servicio de Emergencia en el HNAAA, fue el tercer trimestre del año con 38%, donde el mes con mayor frecuencia de atención fue en septiembre (15.6%).

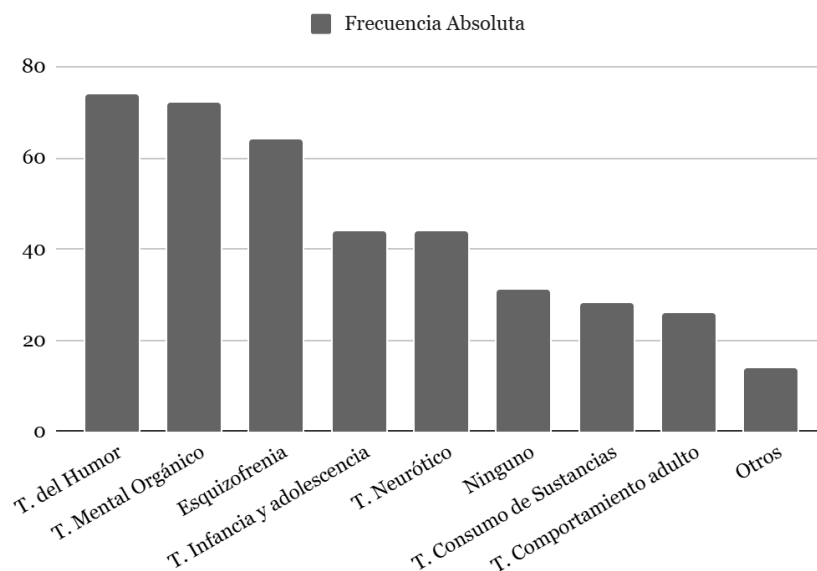
Por otro lado, respecto al destino de derivación de los pacientes atendidos por emergencia psiquiátrica, se observó que el 42,3% fue dado de alta, seguido de un 41,6% que requirió internamiento psiquiátrico, mientras que el 16,1% fue derivado a consulta externa. (Tabla 3)

Tabla 3: Características clínicas del paciente con emergencia psiquiátrica atendido por Psiquiatría mediante interconsulta por el servicio de Emergencia del HNAAA, 2025.

VARIABLES	N	%
Tópico de atención diferenciada		
Emergencia de Medicina	355	89.4
Emergencia de Pediatría	40	10.0
Otros	2	0.6
Mes de atención		
I Trimestre	128	32.4
II Trimestre	118	29.8
III trimestre	151	38.0
Diagnóstico Psiquiátrico		
Trast. del Humor	74	18.6
Trast. Mental Orgánico	72	18.1
Esquizofrenia	64	16.1
Trast. Neurótico	44	11.1
Trast. Infancia y adolescencia	44	11.1
Ninguno	31	7.8
Trast. Consumo de Sustancias	28	7.1
Trast. Comportamiento adulto	26	6.5
Otros	14	3.6
Destino de derivación		
Alta	168	42.3
Internamiento Psiquiátrico	165	41.6
Consulta Externa	64	16.1

En relación con el diagnóstico psiquiátrico de la población en estudio, se observó que el diagnóstico más frecuente fue Trastorno del humor (F30-F39) con un 18.6%, seguido de Trastorno mental orgánico (F00-F09) con un 18.1% y Esquizofrenia, trastorno esquizotípico (F20-F29) con un 16.1%. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Frecuencia de los diagnósticos psiquiátricos del paciente con emergencia psiquiátrica atendido por Psiquiatría mediante interconsulta por el servicio de Emergencia del HNAAA, 2025.



Además, los diagnósticos psiquiátricos teniendo en cuenta el sexo y la edad tuvieron una distribución significativa ($p < 0.001$); el sexo femenino tuvo como diagnóstico más frecuente el Trastorno del humor (F30-F39) con 12.1% y para los varones fue el Trastorno mental orgánico (F00-F09) con 9.3%. De acuerdo con la edad el diagnóstico con mayor frecuencia entre los menores de 18 años fue el Trastorno del comportamiento y de las emociones de la infancia y adolescencia (F90-F91) con 10.1%, entre los 18-64 años predominó la Esquizofrenia con 13.6% y en los mayores de 65 años la mayor frecuencia fue de los Trastornos mentales orgánicos. (Anexo 3)

Discusión

En el presente estudio realizado en el HNAAA, se encontró que la frecuencia de interconsultas psiquiátricas realizadas por el servicio de Emergencia fue de 35.8%, hallazgo comparable con lo reportado en durante el año 2022 en Túnez donde esto representó el 30.2%, (6) lo cual sugiere que un porcentaje considerable de la atención psiquiátrica hospitalaria está concentrada en los servicios de emergencia; probablemente por agudización de los cuadros clínicos y limitaciones en el seguimiento ambulatorio. (28)

Respecto a las características sociodemográficas, la edad promedio encontrada fue de 42 años, dato consistente con los obtenidos en estudios donde ésta oscila entre los 35 y 50 años. (6,8,9) Asimismo, los pacientes menores de dieciocho años que padecieron emergencias

psiquiátricas fue una proporción considerable (23.9%), siendo un dato esperado ya que en una investigación previa realizada en Perú reportó una mayor frecuencia en menores de edad con emergencias psiquiátricas comparado con años previos. (19) Esto refleja la necesidad de mayor atención en la salud mental de menores de edad y una mejor atención para ellos, ya que nuestro país no cuenta con servicios especializados en emergencias psiquiátricas para ellos a pesar de que es una población considerada vulnerable según La Ley de Salud Mental. (29)

En este estudio predominó el sexo femenino, resultado comparable con otros estudios donde se observó mayor frecuencia de pacientes femeninas; (30,31) por ejemplo el realizado en el HNGAI, donde el sexo femenino representó el 65.2% y en el HEV el 60%. (9,20) Esto podría explicarse debido a que la población femenina presenta una mayor prevalencia de trastornos afectivos y ansiedad, así como una mayor tendencia a la búsqueda de atención en salud mental.(32) No obstante, este resultado difiere de estudios realizados en Túnez y Pakistán, donde el sexo masculino fue más frecuente, siendo 64.5% y 62.8% respectivamente; (6,16) lo cual puede ser por diferencias socioculturales, en el acceso al servicio o en el nivel de complejidad de los hospitales incluidos, etc.

De acuerdo con las características sociodemográficas que fueron evaluadas en la población adulta (76.1%) como es el grado de instrucción, el estado civil y situación ocupacional; a razón de que estas variables en los menores de edad son determinadas casi en su totalidad por su ciclo vital y no por convicción, decisión propia o condiciones sociales como en la población adulta; lo cual si se integrara a los menores de edad se hubiera generado un sesgo de clasificación, además de interpretaciones no comparables.

Se observó mayor frecuencia de educación superior, seguido de los estudios secundarios; lo que coincide con lo reportado en un estudio de un hospital en Lima.(9) Además, según la literatura, se sabe que en este tipo de pacientes puede existir un mayor conocimiento sobre salud mental y una menor estigmatización con respecto a la búsqueda de ayuda especializada.(33) Sin embargo, existen investigaciones que refieren un predominio de pacientes con bajo nivel de instrucción,(19) lo que sugiere que las características sociodemográficas pueden variar según el contexto geográfico y social.

Respecto al estado civil, la población casada junto con la población soltera ha tenido una frecuencia similar y alta a diferencia de otros estudios donde predomina el estar soltero. Este hallazgo está acorde con reportes que refieren que el estado civil, por sí solo, no siempre muestra diferencias consistentes en la presentación de problemas de salud mental. La OMS ha descrito que los trastornos mentales en su mayoría están influenciados por distintos factores sociales y contextuales, no necesariamente de variables individuales como el estado civil. (32)

Además, según la literatura el soporte social tiene un rol más relevante que el estado civil en la salud mental, lo que puede explicar que tanto solteros y casados pueden presentar este tipo de condición dependiendo de su entorno. (34)

Según la situación ocupacional, la alta proporción de pacientes desempleados en este estudio concuerda con los resultados de otras investigaciones. En consecuencia, se percibe que la falta de trabajo e inestabilidad laboral tienen algún tipo de participación importante con los problemas de salud mental y su agudización. (30,35)

Lo descrito en un estudio realizado en un hospital de Lima, refiere que la proporción de pacientes que viven acompañados por algún familiar o cuidador es mayor a 49%, (20) lo que concuerda con el presente resultado. Además, en otras investigaciones se resalta la influencia que tiene la presencia de un acompañante en el proceso de decisión de buscar atención, mostrando que podría facilitar la llegada de los pacientes a emergencias en casos de alguna problema psiquiátrico. (36,37)

Referente a las características clínicas, el tópico de Emergencia de la especialidad de Medicina tuvo la mayor proporción de interconsultas por emergencias psiquiátricas, lo cual coincide con estudios realizados en EE.UU, Canadá y Perú. (38,39,40) Y además según la literatura, debido a la alta comorbilidad entre enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos se puede explicar la elevada demanda de interconsultas desde los servicios de medicina. (41).

El tercer trimestre del año 2025 tuvo mayor frecuencia de estas interconsultas, siendo el pico más alto en septiembre; respecto a los demás meses del año se observó una frecuencia menor y relativamente constante. Según la literatura las variaciones en frecuencia de las emergencias psiquiátricas durante el año pueden verse afectadas por factores como la estación, el clima, festividades de fin de año e incluso algunos trastornos psiquiátricos siguen ritmos anuales cíclicos con patrones diferenciados según el diagnóstico. (42,43)

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos en comparación con otros estudios existen ciertas similitudes; en Túnez el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue esquizofrenia, seguido de trastorno bipolar; (6) en Pakistán fue depresión, seguido de ansiedad y los trastornos psicóticos.(17) Teniendo en cuenta que los diagnósticos mencionados en los estudios anteriores se encuentran dentro del grupo de trastorno esquizofrénico y de los trastornos del humor. En Brasil los más frecuentes fueron los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas, seguido de los trastornos depresivos y esquizofrenia. (18,19) Por otro lado en un hospital general de Lima predominaron el trastorno esquizofrénico y el trastorno del humor; (20) concordando con los hallazgos en el presente estudio.

Los diagnósticos psiquiátricos teniendo en cuenta el sexo y la edad, tuvieron una distribución significativa ($p < 0.005$). Los trastornos del ánimo y de personalidad son los reportados con mayor frecuencia en las mujeres, los cuales se encuentran dentro de los trastornos del humor y los trastornos neuróticos; (44,45,46) siendo datos que concuerdan con lo hallado en el presente estudio. Respecto a los varones, es más frecuente el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, seguido de esquizofrenia y trastorno del ánimo. (44,46) A pesar de que el trastorno por consumo de sustancias en el presente estudio fue el tercero en frecuencia para varones, en comparación con mujeres fue más frecuente en ellos.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) menciona que el 10,6% de las personas de 15 y más años de edad, presentaron algún episodio depresivo en el 2024 y el grupo de edad que presentó mayor porcentaje con algún episodio depresivo fue el grupo de 15 a 19 años con 17.2%, lo que evidenció una alta demanda de atención psiquiátrica en este grupo etario a nivel nacional.(47) En el presente estudio el diagnóstico más frecuente para ellos fue el trastorno del comportamiento y de las emociones de la infancia y adolescencia.

Por otra parte, los trastornos mentales orgánicos es el diagnóstico más frecuente en los pacientes mayores de 65 años, lo cual concuerda con investigaciones previas que refieren que el delirium entre otros trastornos orgánicos, son los más frecuentes en la población adulta mayor. (48) En el presente estudio este diagnóstico fue el segundo en frecuencia; lo que puede sugerir que en nuestra localidad hay una mayor demanda de atención de emergencia psiquiátricas en la población adulta mayor.

Cabe señalar que el 7.8% de pacientes que recibió interconsulta psiquiátrica no presentó diagnóstico psiquiátrico. Por consiguiente, se debe tener en cuenta que la interconsulta no solo se solicita con fin diagnóstico, sino también para descartar una patología psiquiátrica en presencia de síntomas conductuales, alteraciones del estado mental, entre otros. (49,50) Este resultado sugiere la importancia de la psiquiatría de enlace como componente esencial para la atención integral del paciente contribuyendo a identificar causas orgánicas y situacionales de alteraciones conductuales en emergencia. (50)

A pesar que la mayoría de interconsultas son consideradas adecuadas, se estima que un 19,9% de interconsultas a salud mental son dudosas y el 7,8%, inadecuadas; incluso el 40,3% tiene contenido pobre lo cual dificulta la comunicación entre ambos servicios.(51) Desde este punto, se puede entender el predominio de interconsultas solicitadas por la especialidad de Medicina, la alta proporción de trastornos mentales orgánicos y el porcentaje de pacientes que no tuvo un diagnóstico psiquiátrico.

Se evidenció que los pacientes requirieron un manejo hospitalario o resolución del cuadro dentro del servicio de emergencia; sin embargo el elevado número de pacientes que requirió hospitalización, puede sugerir sintomatología aguda y la necesidad de manejo farmacológico supervisado. Sin embargo, también se puede explicar por la saturación del servicio de emergencia, (52) sumado a, la ausencia de un servicio específico de emergencia psiquiátrica en la mayoría de hospitales generales peruanos obliga que los pacientes con crisis psiquiátricas sean derivados directamente a hospitalización, al no contar con un espacio diferenciado para su evaluación y estabilización (53).

A su vez, el alto porcentaje de altas desde emergencia podría ser en el mejor de los casos por la resolución favorable de las emergencias; sin embargo, otros estudios respecto a la derivación a consulta externa presentan un porcentaje mayor llegando hasta un 60%. (6,17,18) Esto puede ser consecuencia de que el sistema de salud mental peruano presenta escasez de especialistas (294 psiquiatras en sector público), y la mayoría centralizados; lo que conlleva a tiempos de espera prolongados y discontinuidad del tratamiento. (54)

Conclusiones

El perfil sociodemográfico predominante en las emergencias psiquiátricas del HNAAA durante el periodo 2025 corresponde a una paciente de sexo femenino, adulta, soltera, con estudios superiores, desempleada y que vive acompañada. En cuanto a las características clínicas, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes se encuentran en los trastornos del humor, el trastorno mental orgánico y el trastorno esquizofrénico. Por otro lado, la especialidad de Medicina fue el tópico de emergencia del HNAAA que generó la mayor demanda de interconsultas psiquiátricas, registrándose en el mes de septiembre el pico más alto de atenciones. Finalmente respecto al destino final de los pacientes, si bien la mayoría recibió el alta médica, se observó una proporción alta de hospitalizaciones psiquiátricas, con una frecuencia cercana a la de los pacientes derivados a su domicilio.

Limitaciones

El presente estudio utilizó como fuente de información una base de datos obtenida de las historias clínicas del servicio de psiquiatría del HNAAA, al utilizar fuentes secundarias constituye una limitación ya que no permite controlar la calidad del llenado de las historias clínicas. Además, se limitó a describir las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes, no se realizó seguimiento posterior sobre la evolución clínica, resultados a largo

plazo, o factores asociados, etc. Lo cual no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas o el impacto de las interconsultas en los pacientes. Finalmente, los resultados obtenidos al corresponder solo a los pacientes atendidos en el HNAAA, no pueden generalizarse a otros hospitales ya que cada institución presenta características propias respecto a su población, infraestructura y servicios de salud mental.

Recomendaciones

Se recomienda implementar programas de capacitación continua para el personal de salud, sobre todo del servicio de Medicina, orientados al reconocimiento temprano de síntomas psiquiátricos, el manejo inicial de crisis y el uso adecuado de los criterios de interconsulta, cuyo objetivo sea optimizar la calidad y pertinencia de las interconsultas.

Se recomienda evaluar la implementación de un área específica de emergencia psiquiátrica dentro del HNAAA; el cual permita la evaluación, estabilización y seguimiento oportuno de los pacientes con emergencias psiquiátricas, reduciendo así la frecuencia de hospitalización.

Se recomienda establecer mecanismos que garanticen la continuidad del tratamiento ambulatorio, ya sea mediante una mayor y mejor coordinación con centros de salud mental comunitarios y seguimiento activo de los pacientes derivados, sobre todo entre los pacientes de 36 y 64 años que fue el grupo etario más frecuente.

Se recomienda al HNAAA fortalecer la capacidad de atención psiquiátrica infanto-juvenil, mediante la designación de personal especializado en psiquiatría de niños y adolescentes, el desarrollo de protocolos de atención diferenciados para este grupo etario y la coordinación con los servicios de pediatría para una detección y derivación oportuna.

Se recomienda elaborar protocolos institucionales para la solicitud de interconsultas psiquiátricas, que incluyan criterios claros de derivación, registro obligatorio del motivo de consulta y del diagnóstico resultante, garantizando así la calidad de la información clínica.

Referencias

1. Wheat S, Dschida D, Talen M. Psychiatric Emergencies. Prim Care. 2016;43(2):341-54. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>
2. Ellison A, Jansen L, Nguyen F, Martina A, Spencer J, Wierdsma A, et al. Specialty Psychiatric Services in US Emergency Departments and General Hospitals: Results From

- a Nationwide Survey. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(5):862-70. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.10.025>
3. Zeller S, Calma N, Stone A. Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. *West J Emerg Med.* 2014;15(1):1-6. <https://doi.org/10.5811/westjem.2013.6.17848>
 4. Owens P, Mutter R, Stocks C. Mental Health and Substance Abuse-Related Emergency Department Visits among Adults, 2007. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52659>
 5. D'Alessio F, Arroyo J, Lavado P, Calle M, Cutipé Y. Norma Técnica de Salud. Centros de Salud Mental Comunitarios. 1° ed. Perú: SINCO; 2017. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279706-norma-tecnica-de-salud-centros-de-salud-mental-comunitarios?utm_source=chatgpt.com
 6. Hajji K, Chebbi W, Marrag I, Soussia R, Younes S, Zarrouk L, et al. Sociodemographic and clinical profile of frequent visitors to psychiatric emergency. *European Psychiatry.* 2022, 65(S1), S486–S487. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30520-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30520-4)
 7. Baracaia S, McNulty D, Baldwin S, Mytton J, Evison F, Raine R, et al. Mental health in-hospital emergency departments: cross-sectional analysis of attendances in England 2013/2014. *Emerg Med J.* 2020;37(12):744-51. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-209105>
 8. Torales J, et al. Perfil epidemiológico de los pacientes en emergencias psiquiátricas en un hospital universitario: un estudio de tres años. *Rev Psiquiatr Urug.* 2025;89(1):9–20. <https://doi.org/10.46706/PSI/89.1>
 9. Podestá A, Huarcaya J. Características clínicas en pacientes atendidos en una unidad de psiquiatría de emergencia en un hospital general de Perú *An Fac med.* 2023;84(4):399-409. <https://doi.org/10.15381/anales.v84i4.26196>
 10. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Se incrementan las emergencias psiquiátricas en el Instituto Nacional de Salud Mental. Lima: MINSA; 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/494117>
 11. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 11a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
 12. Organización Panamericana de la Salud. Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio [informe]. Lima: OPS; 2023 Oct 12. (OPS/PER/23-0004). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312>
 13. World Health Organization. Guidance on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: WHO; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/iasc-guidelines-for-mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings>

14. Huarcaya J. Psiquiatría de enlace en situaciones de crisis: el caso de la pandemia COVID-19. Diagnóstico. 2024;63(4):191-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9956715>
15. Castellana G, Fernandes F, Aratangy E, Sall P. Psicopatología clínica y entrevista psiquiátrica. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2022. 832 p. ISBN: 978-6555769944.
16. Ministerio de Salud del Perú. Metodología para el análisis de la situación de salud local. Lima: MINSA; 2015. p. 18–19. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_local_2015.pdf.
17. Kham M, Nabeel M, Fazlullah S, Usman W. Clinical and sociodemographic characteristics of patients referred from emergency department to psychiatry: A retrospective cross-sectional study. FMHR [Internet]. 2025; 3(5):961-4. <https://fmhr.org/index.php/fmhr/article/view/608>
18. Mantoan V, Silva C, Santos A, Cruz R. Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric patients attended in a general hospital emergency department. Revista Brasileira de Psiquiatria, 35(3), 243–250. <https://www.scielo.br/j/spmj/a/8mC6F6sSSKkWK5Gx4g3Dtnr/?lang=en>
19. Santos M, Amor J, Del-Been C, Zuardi A. Psychiatric emergencies at a general hospital: A prospective study. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35(2):155-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11105110/>
20. Osorio M, Peralta F, Chambergo O. Emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes: Relación entre características clínicas y demográficas. An Fac med. 2017;78(2): 132-138. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13185>.
21. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4.ª ed. Ginebra: CIOMS; 2016. p.119-126. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_I_NTERIOR-FINAL.pdf
22. Sudarsanan C, et al. Psychiatric emergencies. Med J Armed Forces India. 2004;60(1):59-62. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4923517/pdf/main.pdf>
23. Stern TA, Wilens TE, Fava M. Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica. Elsevier Health Sciences; 2025.
24. APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado DSM-5-TR (5.ª ed.). México / Buenos Aires / Washington, DC: Editorial Médica Panamericana; 2023. ISBN: 978-84-1106-072-1. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
25. Rodríguez P, Sánchez A, Lago B. Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. Pediatría Integral. 2019;23(2):91-97. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/04/n2-091-097_PedroR_guez.pdf

26. Díez J, Huguet M. Urgencias psiquiátricas en la infancia y la adolescencia. En: I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. Módulo 9, tema 18. Madrid: Springer; 2013. p. 401-416. https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/05/401-416_TEMA-18_MOD-9.pdf
27. MINSA. Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías de establecimientos del sector salud”. Lima: Ministerio de Salud; 13 de julio de 2011. https://cdn.gacetajuridica.com.pe/laley/NORMA%20T%C3%89CNICA%20DE%20SALUD%20N%C2%BA021-MINSA-DGSP-V.03_LALEY.pdf
28. Niedzwiecki M. et al. Factors Associated With Emergency Department Use by Patients With and Without Mental Health Diagnoses. *JAMA Network Open*. 2018;1(6):e183528. <https://10.1001/jamanetworkopen.2018.3528>
29. Diario Oficial El Peruano. REGLAMENTO DE LA LEY N° 30947, LEY DE SALUD MENTAL Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020 [cited 2023 05 Dec]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1861796-1>
30. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(2):146-53. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0708-x>
31. Curran G, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins, Keys J, et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Ann Emerg Med*. 2003;41(5):659-67. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.154>
32. World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/254610>
33. Rodríguez A, Casañas R, Mas L, Lalucat LI, Roldan J, Fernández M. Alfabetización en salud mental en adolescentes españoles y su relación con las características sociodemográficas. *Rev Esp Salud Pública*. 2024; 98. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11587914/>
34. Vaingankar J, Subramaniam M, Chong S, Abdin E, Edelen M, Picco L, et al. The association of mental disorders with perceived social support and marital status. *Arch Public Health*. 2020;78:17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7592592/>
35. Chen C, Wang T, Wang W. Demographic and clinical characteristics of users of psychiatric emergency services on an off-shore island in Taiwan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2010;14(3):168-73. <https://doi.org/10.3109/13651501003660492>
36. Claassen C. et al. The Nature of Help-Seeking During Psychiatric Emergency Service Visits by a Patient and an Accompanying Adult. *Psychiatric Services*. Vol 5. 7a ed. EE.UU: Philadelphia; 2000. p.843-950. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.92>

37. Chronister J, Fitzgerald S, Chou C. The Meaning of Social Support for Persons with Serious Mental Illness: Family Member Perspective. *Rehabil Psychol.* 2021; 66(1): 87–101. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Frep0000369>
38. Pablo R, Lamarre C. Psychiatric consultation in a general hospital. *Can J Psychiatry.* 1988 Apr;33(3):224-30. <https://doi.org/10.1177/070674378803300312>
39. Nagi T, Somvanshi S, Balasubramania P, Mohan S, Altonen B. An Audit of Inpatient Consultation-Liaison Psychiatry Services at an Inner New York City Safety Net Hospital. *Cureus.* 2023 Feb 9;15(2):e34801. <https://10.7759/cureus.34801>
40. Huarcaya J, Segura V, Cárdenas D, Sardón K, Caqui M, Podestà A. Caracterización de las atenciones de la unidad de psiquiatría de enlace durante seis meses en un hospital general de Lima, Perú. 2022; 51(2): 105-112. <https://10.1016/j.rcp.2020.10.008>
41. Hernández J, Caballero F. Actualización clínica de la psiquiatría de interconsulta y enlace. *Medicine.* 2023;13(86):5038–5047.
42. Fraccalini T, et al. Effects of seasonality in emergency admissions for mental disorders: two years of clinical experience. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice.* 2024, 28(1), 45–52. <https://doi.org/10.1080/13651501.2024.2331481>
43. Schneider E, Liwinski T, Imfeld L, Lang U, Brühl A. Who is afraid of Christmas? The effect of Christmas and Easter holidays on psychiatric hospitalizations and emergencies-Systematic review and single center experience from 2012 to 2021. *Front Psychiatry.* 2023 Jan 11;13:1049935. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9874097/>
44. Okafor N, et al. National Case Volumes and Gender Disparities in Emergency Department Utilization for Psychiatric Emergencies: A Population-Based Claims Data Analysis. *Cureus.* 2024;16(8):e66502. <https://10.7759/cureus.66502>
45. Degirmenci S, Mercan N. Psychiatric emergencies: epidemiological analysis and healthcare professionals experiences. *BMC Emerg Med.* 2025;25. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01268-y>
46. Sáenz M, et al. Gender differences in the management of acute psychiatric episodes in the emergency department: a cross-sectional analysis of the 2017-2019 triennium. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(6):777-783. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37620657/>
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2024. [Internet]. Perú. 2025 [citado 23 abr 2026] Disponible: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2024.pdf
48. Reddy M, et al. Clinical profile of older adults presenting to psychiatric emergency services: A retrospective study from South India. *Journal of Geriatric Mental Health.* 2020; 7(1):51-57. https://journals.lww.com/jgmh/fulltext/2020/07010/clinical_profile_of_older_adults_presenting_to.9.aspx?utm_source=chatgpt.com
49. Marchi M. et al. Diagnostic Agreement between Physicians and a Consultation–Liaison Psychiatry Team at a General Hospital: An Exploratory Study across 20 Years of

- Referrals. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18(2), 749; <https://doi.org/10.3390/ijerph1802074>
50. Kirchner H, et al. Factors predicting admission of psychiatric emergency contacts after presenting to the emergency department: results of a regression analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2022;21(42). <https://doi.org/10.1186/s12991-022-0042>
 51. Ramírez J, Ollero A, Gómez M, Roa A, Constantino A, Hernández F. Evolución temporal de las interconsultas hospitalarias dirigidas a Neurología en un hospital terciario. Una actividad asistencial en crecimiento. 2013;28(1):9–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.01.003>
 52. Convoca.pe. Demoras, altos costos y falta de presupuesto precarizan la atención de la salud mental en el Perú [Internet]. Lima: Convoca; 2023 [citado 2025]. <https://convoca.pe/convive/demoras-altos-costos-y-falta-de-presupuesto-precarizan-la-atencion-de-la-salud-mental-en-el>
 53. Chávez E, Vilca R, Vargas M. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(2):216–222. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000200216

ANEXO 1 - OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Escala	Naturaleza
Características Socio - demográficas	Conjunto de variables que describen las condiciones sociales y demográficas de una persona.	Sexo	Sexo del paciente con emergencia psiquiátrica.	(I) Masculino (II) Femenino	Nominal	Cualitativa
		Edad	Años de vida registrados según declaración del paciente.	# Años	Razón	Cuantitativa
		Grado de Instrucción	Nivel de educación registrado según declaración del paciente.	(1)Ninguno (2)Primaria (3)Secundaria (4)Superior (5)No se conoce	Ordinal	Cualitativa
		Estado civil	Estado civil registrado según la declaración del paciente.	(1)Soltero (2)Casado/conviviente (3)Divorciado/separado/viudo (4)No registrado	Nominal	Cualitativa
		Situación Ocupacional	Situación laboral registrada según declaración del paciente.	(1)Desempleado (2)Trabajando (3)No registrado	Nominal	Cualitativa
		Vivir solo	Condición del paciente si reside o no con otras personas.	(1)Si (2)No	Nominal	Cualitativa
		Diagnóstico Psiquiátrico	Trastorno mental confirmado	(1) F00-F09 (2) F10-F19 (3) F20-F29 (4) F30-F39	Nominal	Cualitativa

Características Clínicas	Conjunto de signos, síntomas, manifestaciones y hallazgos médicos del paciente ante un evento patológico.		por un psiquiatra, según los criterios del DSM-5 y CIE-10, registrada en la historia clínica.	(5) F40-F49 (6) F50-F59 (7) F60-F69 (8) F70-F79 (9) F80-F89 (10) F90-F99		
		Mes del año	Mes en que el paciente acudió al servicio de Emergencia por una patología psiquiátrica.	I. Enero II. Febrero III. Marzo IV. Abril V. Mayo VI. Junio VII. Julio VIII. Agosto IX. Septiembre X. Octubre XI. Noviembre XII. Diciembre	Nominal	Cualitativa
		Tópico de Atención Diferenciada	Tópico de emergencia del cual se solicitó la interconsulta psiquiátrica.	(1) Medicina (2) Cirugía (3) Gineco-obstetricia (4) Pediatría	Nominal	Cualitativa
		Destino de Derivación	Destino donde es derivado el paciente después de la atención por el servicio de psiquiatría.	I. Alta II. Consulta externa III. Internamiento psiquiátrico	Nominal	Cualitativa

ANEXO 2 - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (DEFINITIVA)

Características sociodemográficas:

I. Sexo: (F) (M)

II. Edad: _____

IV. Grado de instrucción:

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- No se conoce

V. Estado civil:

- Soltero
- Casado/conviviente
- Divorciado/separado/viudo
- No registrado

VI. Situación Ocupacional:

- Desempleado
- Formal
- Jubilado
- Informal
- No registrado

VII. Vive solo:

- Si
- No

Características clínicas:

VIII. Diagnóstico Psiquiátrico:

- F0
- F1
- F2
- F3
- F4
- F5
- F6
- F7
- F8
- F9

IX. Mes del año: _____

X. Tópico de Atención Diferenciada:

- Medicina
- Cirugía
- Gineco-obstetricia
- Pediatría

XI. Destino de derivación:

- Alta
- Consulta Externa
- Internamiento psiquiátrico

ANEXO 3 - TABLAS ADICIONALES

Tabla 4: Frecuencia del diagnóstico psiquiátrico según sexo - HNAAA, 2025.

Diagnóstico Psiquiátrico	Sexo	
	Masculino	Femeino
T. Mental orgánico	37	35
T. del Humor	26	48
T. Consumo de sustancias	24	4
Esquizofrenia	22	42
T. Neurótico	19	25
T. de la Infancia y adolescencia	11	33
T. Comportamiento del adulto	8	18
Otros	6	8
Ninguno	12	19

Valor $p < 0.001$ ($p = 3.5 \times 10^{-5}$)

Tabla 5: Frecuencia del diagnóstico psiquiátrico según sexo edad - HNAAA, 2025.

Diagnóstico Psiquiátrico	Edad			
	< 18	18 - 35	36 - 64	65 +
T. Mental orgánico	2	7	1	47
T. Consumo de sustancias	2	6	17	3
Esquizofrenia	1	16	38	9
T. del Humor	19	19	31	5
T. Neurótico	11	9	15	9
T. de la Infancia y adolescencia	40	3	1	0
Otros	13	16	8	3

Valor $p < 0.001$ ($p = 3.24 \times 10^{-52}$)