GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención

Edición digital

D.R. ©

Secretaría de Salud

Av. Marina Nacional 60, Piso 1 Col. Tacuba,
D. T. Miguel Hidalgo, C.P. 11410, Ciudad de México

Primera Edición: octubre 2023

Número de ISBN. 978-607-460-625-6

México 2023

Reservados los derechos. No se permite reproducir total o parcialmente la obra por cualquier medio, sin autorización por escrito del titular de los derechos.

El contenido de esta obra busca promover la igualdad entre mujeres y hombres, con la incorporación de un lenguaje incluyente y no sexista, libre de estigmas, prejuicios y discriminación; no busca marcar ninguna distinción que tenga por objetivo anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Secretario de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán

ELABORACIÓN

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Directora de Gestión en la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dra. Lorena López Pérez

Coordinadora de Planeación Estratégica y Calidad

Dra. Karen Michelle Arteaga Contreras

Responsable de Enseñanza e Investigación

Dra. Ericka Gabriela Orozco Saul

Coordinador de Vinculación Interinstitucional

Dr. Luis Alberto Salinas Torres

Jefatura de Servicios

Dra. Georgina Herrera Martínez

COORDINACIÓN

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dr. José Enrique Pérez Olguín

Mtro. Luis Martínez Liévano

Ing. Arq. Eduardo Noé Ibáñez Sánchez

COLABORACIÓN

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Mtra. Gabriela Laguna Pérez

Dr. Juan Luis Rivera Hernández

Lic. Ma. G. Lucina Rosales Rodríguez

Dra. Adriana Galvez Aparicio

Lic. Ángel Martínez Hernández

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Ing. Elsa Elena Arellanes Jarquin

Ing. Rodolfo Solache Morán

ÍNDICE

Contenido
Introducción 9
Resumen Ejecutivo 14
Base legal 19
Leyes 19
Códigos 20
Reglamentos 20
Decretos 20
Normas Oficiales Mexicanas 20
Estrategias y Planes Nacionales 21
Manuales 21
Identidad Estratégica 22
Misión 22
Visión 22
Objetivos del documento 22
General 22
Específicos 22
Método de Elaboración del Documento 24
Cartera de servicios 26
Actividades comunitarias 26
Vinculación Comunitaria con promotores de Salud Mental y Adicciones (SMyA) que fomenten 26
Actividades de enseñanza, capacitación y promoción de la investigación 27
Supervisión y acompañamiento 27
Funciones Genéricas 29
Perfil del Paciente 30
Referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada 31
1. Capítulo 1. Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención 38
Básica 40
Intermedia 40
Avanzada 41
Vinculación con la Unidad de Cuidados Especiales en Psiquiatría (UCEP) 42
Servicios de Urgencias psiquiátricas en Hospital de Segundo Nivel 43

Triage en Salud Mental 44
Capacitación 46
Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas 46
Determinantes Biopsicosociales de la Salud Mental 47
Objetivo general del Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas 49
Objetivos principales del Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas 51
Salud Mental Comunitaria 52
Promoción y protección de la Salud Mental 52
Atención y tratamiento de los trastornos mentales 54
Capacitación específica para Segundo Nivel 55
Capítulo 2. Infraestructura Física 61
Requerimientos de Espacios Físicos 61
Evaluación de Riesgos 63
Diseño de Instalaciones 66
Consideraciones generales para el Modelo Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención 69
Recomendaciones Arquitectónicas para la Hospitalización psiquiátrica: 69
Ilustración Arquitectónica para Hospitalización Psiquiátrica 70
Recomendaciones para el desarrollo de la Unidad 71
Proyecto ejecutivo 71
Diseño 71
Espacios 71
Acabados 72
Funcionalidad 73
Ambientación 73
Entorno 74
Ahorro de energía, Arquitectura Bioclimática 74
Capítulo 3. Recursos Humanos 75
Plantilla de personal por turno[14] 78
Capítulo 4. Equipamiento 82
Consulta externa 83
Cuadro A. Consultorio de medicina general 83
Cuadro B. Consultorio de psicología 85
Cuadro C. Consultorio de psiquiatría 85
Servicio de urgencias 86
Cuadro D. Consultorio o cubículo para valoración 86

Cuadro E. Área de observación con cubículos de atención 88
Hospitalización 89
Cuadro F. Hospitalización adultos 89
Anexos 90
Anexo 1. Listado de Medicamentos para la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones 90
Anexo 2. Indicadores Segundo Nivel de Atención 93
Anexo 3. Carta Descriptiva Curso de Urgencias / Triage psiquiátrico 95
Anexo 4. Formato Triage de Urgencias Psiquiátricas 102
Anexo 5. Clasificación de los Niveles de Atención en Salud Mental 104
Niveles de atención 105
Anexo 6. Infografías que promueven la igualdad entre Mujeres y Hombres 108
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva
Glosario de términos 110
Referencias 118

Introducción

El Sistema Nacional de Salud atraviesa por múltiples desigualdades y necesidades, que se han tratado de solventar para dar cumplimiento cabal al artículo 4° constitucional en donde se estipula que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios integrales de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción, prevención, detección, tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

En específico durante esta administración, el objetivo prioritario 5 del Programa Sectorial de Salud, ***Salud Para el Bienestar***, en su punto 5.3 marca como estrategia prioritaria *"Garantizar el acceso a los servicios de Salud Mental y apoyo psicológico bajo un enfoque integral y diferenciado para atender los trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones especialmente a grupos históricamente discriminados o en condición de vulnerabilidad."*

Alineado a esto, el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2020-2024 tiene como objetivo general, *"Mejorar el bienestar mental de la población, a través de servicios de Salud Mental oportunos, continuos y de calidad basados en la Atención Primaria a la Salud, con efectividad, eficiencia y equidad, para reducir la morbilidad, mortalidad y la discapacidad atribuida a los trastornos mentales y las adicciones."*

Con tres objetivos prioritarios:

- Objetivo prioritario 1

Consolidar la rectoría en Salud Mental y Adicciones en el modelo de salud basado en la Atención Primaria a la Salud, con un enfoque comunitario, intercultural, derechos humanos, perspectiva de género y sensible al ciclo de vida, centrado en las personas y enfocado en el trabajo en red.

- Objetivo prioritario 2

Ampliar los servicios de Salud Mental y Adicciones en el Sistema Nacional de Salud.

- Objetivo prioritario 3

Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en Salud Mental y Adicciones.

En el Objetivo prioritario 2, el Modelo de Atención Primaria de Salud busca la reestructura de los servicios de Primer Nivel y Segundo Nivel de Atención para poder integrar la atención de la Salud Mental y las Adicciones, con el fin de ampliar la oferta de estos y cubrir en la medida de lo posible, la brecha de atención en Salud Mental y Adicciones.

Consecuentemente y enfocados en el papel preponderante que juega la promoción del autocuidado como un eje transversal, se esquematizan las Acciones puntuales por nivel de atención, con objeto de Reestructurar los servicios de Salud Mental y Adicciones, favoreciendo la atención integral a la población.

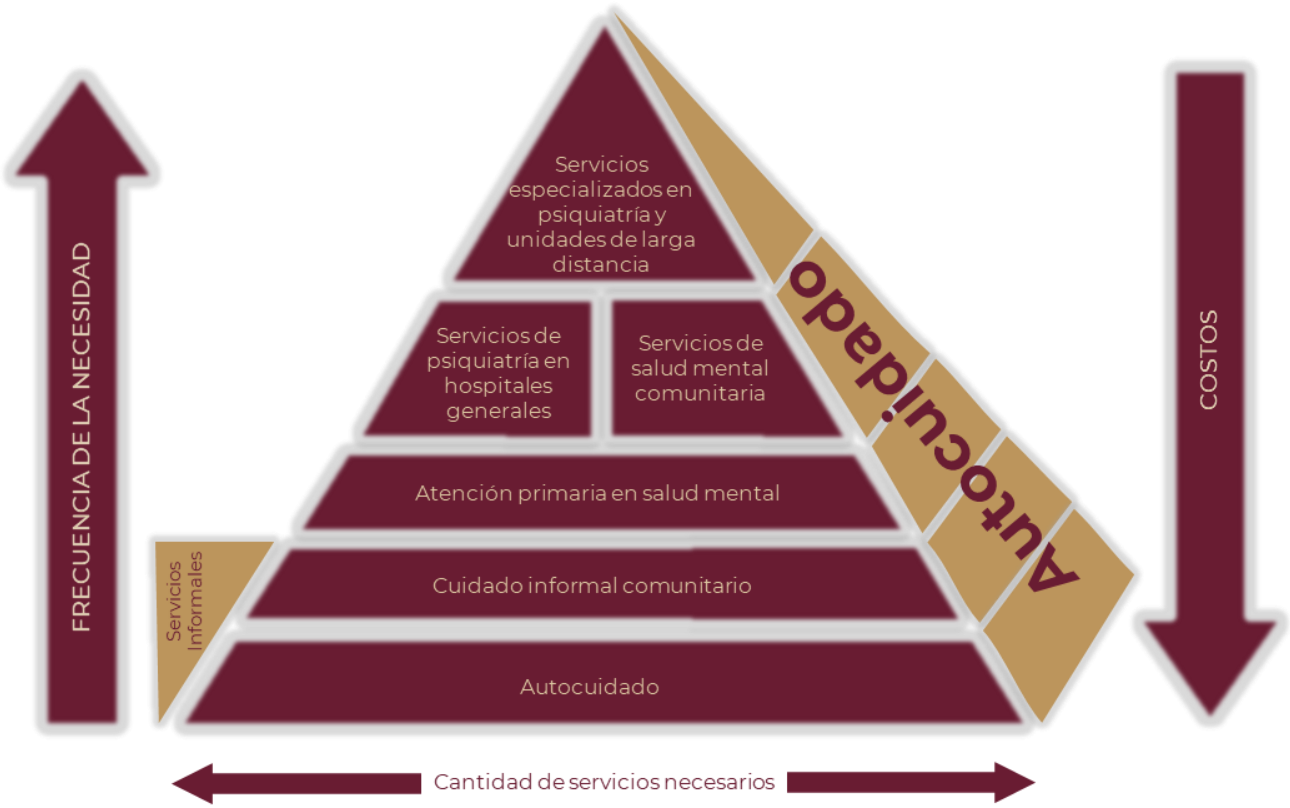
Cuadro 1. Distribución óptima por niveles y relevancia de la promoción del autocuidado como un eje transversal

Estrategia 2.1 Reestructurar los servicios de Salud Mental y Adicciones para una atención integral a la población.
2.1.1 Coordinar la reorganización de los servicios en la atención primaria incluyendo, UNEME-CAPA, CISAME y CECOSAMA para asegurar la ampliación de los servicios en un componente integral de Salud Mental y Adicciones , compuesto por elementos clínicos, sociales y comunitarios.
2.1.2 Promover, asesorar y apoyar la construcción de la Red Integral de Servicios de Salud Mental y Adicciones .
2.1.3 Promover la integración de equipos multidisciplinarios para la atención en Salud Mental y Adicciones constituidos por promoción de la salud, nutrición, trabajo social, activación física, enfermería, psicología y medicina.
2.1.4 Fortalecer los servicios de atención y tratamiento para las condiciones de Salud Mental y Adicciones en los Hospitales Generales.
2.1.5 Promover la integración de la Salud Mental en los programas de salud pública (Enfermedades No Transmisibles, Enfermedades Infecciosas y por transmisión sexual y en los programas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y el programa de vacunación universal).

Fuente: Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones (2020-2024), Secretaría de Salud.

Por ende, con el propósito de dar soporte al tratamiento y canalización de personas con condiciones de Salud Mental y problemas de consumo de sustancias psicoactivas, resulta imperativo realizar un cambio del paradigma hospitalario a un Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental para dar alcance a los objetivos previamente descritos. Específicamente la OMS a través de la propuesta de la Pirámide de Combinación Óptima de Servicios de Salud (OMS & WONCA, 2008), ha desarrollado un marco operativo para la optimización de la atención proporcionando una guía a los países en materia de organización de los servicios de Salud Mental.

Figura 1. Pirámide de configuración óptima de servicios de salud



Fuente: Pirámide de configuración óptima de servicios de salud, OMS & WONCA, 2008.

En este mismo sentido, nuestro país se ha comprometido en acuerdos internacionales en materia de Salud Mental y Adicciones, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), el Consenso Panamá (OPS/OMS, 2005), el Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ONU 2006, y la Conferencia Regional de Salud Mental (OPS/OMS, 2010), que contemplan la Salud Mental como prioridad en la política pública, el acceso universal y equitativo en redes de servicios, la integración de la Salud Mental a la Atención Primaria en Salud, la eliminación del modelo asilar, admisión de crisis en Hospitales de Segundo Nivel, la protección de los Derechos Humanos, la eliminación de estigmas, prejuicios y discriminación, y el fortalecimiento de recursos humanos, entre otros.

Es por ello que, desde un Modelo de Atención Primaria a la Salud, se busca fortalecer la atención mediante la coordinación de las unidades prestadoras de Servicios de Salud Mental y Adicciones, con el objetivo de brindar una atención integral y con un enfoque comunitario.

El proceso de trabajo comunitario plantea que la organización de los Servicios de Salud Mental tenga como prioridad invertir en una ampliación y fortalecimiento de la oferta de servicios clínicos dirigidos a la atención ambulatoria, a través de la identificación y eliminación de las barreras al acceso, logrando una atención oportuna y con los mayores estándares de calidad, mediante la promoción de estrategias que articulen el flujo de la persona a lo largo del Sistema Nacional de Salud.

Por ello este documento está orientado a todos los grupos sociales, sin discriminación de ninguna clase, respetando los derechos humanos, la equidad de género, la dignidad, la religión, el idioma, la cultura, el lugar de origen, ideología, identidad de género, la orientación y preferencia sexual, detallando la forma e importancia de integrar la Salud Mental como un servicio básico en todos los niveles de atención en salud; haciendo énfasis en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención ya existentes o de nueva creación. Este documento se conforma por diversos elementos orientados a disminuir las barreras de acceso a los servicios de Salud Mental, reduciendo el estigma y prejuicios ejercidos hacia las personas que buscan ser atendidas por problemas de Salud Mental o Adicciones (con o sin asociación a otras patologías) y deberá ser contextualizado de acuerdo a la operación de cada unidad de atención.

Abreviaturas

CECOSAMA	Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CISAME	Centro Integral de Salud Mental
CNS	Consejo Nacional de Salud
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONASAMA	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
LGS	Ley General de Salud
mhGAP	Estrategia para la Reducción de la Brecha en Atención a la Salud Mental y Adicciones por sus siglas en inglés Mental Health Gap Action Programme
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SMyA	Salud Mental y Adicciones
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TMNS	Trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias
UNEME-CAPA	Unidad Médica Especializada Centro de Atención Primaria en Adicciones

Resumen Ejecutivo

Debido a que en la actualidad la Salud Mental, el consumo de sustancias y los problemas relacionados con estas siguen en aumento y generan grandes repercusiones a la salud, además de consecuencias sociales, económicas y para los Derechos Humanos, la Secretaría de Salud en un esfuerzo por reconfigurar el Sistema Nacional de Salud desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud con enfoque comunitario, presenta este documento con la intención de proporcionar una guía práctica para los tomadores de decisiones en los procesos de planeación y la formulación de proyectos ejecutivos en infraestructura, aplicando las nuevas tecnologías y el cuidado al medio ambiente.

Generalmente, los problemas de Salud Mental y Adicciones están determinados por múltiples factores que interactúan íntimamente en los ámbitos social, psicológico y biológico. La mayor evidencia se refiere a los riesgos de padecer algún trastorno relacionado con la Salud Mental y Adicciones, los cuales están asociados con indicadores de desarrollo humano bajo. Considerando en estos aspectos fundamentales un decremento de los bienes con que se cuenta y que pueden cubrir las necesidades básicas y complementarias incluyendo entre otros, una vida larga y saludable, niveles de educación adecuados y un nivel de vida digno.

La asociación entre pobreza y trastornos mentales parece ser universal, toda vez, que estos son fenómenos interrelacionados, ya que la primera aumenta las posibilidades de que la salud de las personas se vea perjudicada. Dicha afectación sucede a través de una serie de mecanismos sociales y biológicos que impactan al individuo, familia y comunidad. La Salud Mental, está determinada por características -incluidas las desigualdades- de los entornos sociales, económicos y físicos en los que vive la gente. Se sabe que la interacción es bidireccional, ya que las enfermedades mentales empeoran la situación económica de las personas, reducen el empleo y por tanto los ingresos de las familias, además pueden dificultar la educación y la adquisición de habilidades entre los jóvenes y exacerbar las desigualdades y el rezago social. La pobreza y una salud deficiente son fenómenos vinculados por lo que es tanto una causa como una consecuencia.

Además, factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y problemas de salud física, pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, para desarrollar enfermedades mentales. Los problemas de Salud Mental, sociales y de conducta pueden interactuar intensificando los efectos que cada uno ejerce sobre la conducta y el bienestar. El consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y el maltrato intrafamiliar, por una parte, y los problemas de salud, tales como enfermedad cardiaca, depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor dominancia por lo que se transforman en problemas complejos de afrontar, agravados por las condiciones de altas tasas de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones de estrés laboral, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones a los derechos humanos.

Para el cumplimiento de los propósitos enfocados a mejorar la Salud Mental y combatir las Adicciones, con el fin de disminuir los costos personales y sociales que las provocan; la guía es lograrlo a través de un enfoque comunitario y de salud pública. Dentro del marco de salud pública, las actividades que pueden mejorar la salud incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas contando con el apoyo responsable y comprometido de la familia y la comunidad.

Por otro lado, debido a que los trastornos mentales siguen aumentando, hay grandes repercusiones a la salud en general, además de consecuencias sociales, económicas y para los derechos humanos en todo el mundo, y siguiendo las recomendaciones de la OMS vertidas en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2020-2024, mismas que conllevan a la expansión de los servicios de Salud Mental, para ello es indispensable la creación de sinergias entre diferentes sectores.

En nuestro país se han realizado esfuerzos para implementación de la hospitalización psiquiátrica en Hospitales de Segundo Nivel *no exclusivamente psiquiátricos* o Altamente Especializados en SMyA, dicho esfuerzo ha sido desarrollado por diferentes profesionales en materia de Salud Mental (Comisión Coordinadora de Institutos Nacional de Salud y Hospitales de Alta Especialidad) con la creación de la Guía de Operación del Servicio de Psiquiatría en Hospital General, la cual retomamos en este trabajo para poder implementar y disminuir la brecha de atención en Salud Mental y Adicciones en el Segundo Nivel de Atención.

Estos esfuerzos iniciales no han sido suficientes. La Salud Mental y Adicciones han sido y continúan siendo un estigma en México. Esta visión frecuentemente desvirtuada de la Salud Mental y Adicciones por el profesional de la salud general, frecuentemente es resultado de la escasa capacitación y sensibilización entre la importancia de temas de Salud Mental y Adicciones desde los inicios de las carreras de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social, en las que sigue predominando el modelo biomédico de Bright (que promueve una división anatómico-patológica de la medicina, limitando la enfermedad como una alteración de lo físico, dejando de lado aspectos psicológicos y socio-ambientales) y la sobre-especialización de los padecimientos físicos, generando la idea de que los trastornos mentales son infrecuentes, graves y su proceso completo de atención debe ser a cargo exclusivamente del profesional de la Salud Mental, siendo ésta visión una de las actitudes que pueden empeorar la brecha de atención en Salud Mental y el tratamiento de Adicciones, y lo que puede ser más grave, la presencia de incomprensión, prejuicio, estigma, discriminación y maltrato aún en las condiciones de Salud Mental y Adicciones más graves, como es el caso de la agitación y la conducta suicida.

La tendencia a abandonar el modelo asilar de un hospital exclusivamente psiquiátrico ha avanzado en México, mediante la capacitación en Primer Nivel de Atención, contando con la Guía de Intervención para reducir la brecha en Salud Mental proporcionada por la Estrategia para la Reducción de la Brecha en Atención a la Salud Mental y Adicciones (mhGAP) que se ha enfocado en capacitar al Primer Nivel de atención; sin embargo, es necesario reforzar este esfuerzo con un Modelo conceptualizado para el Segundo Nivel de Atención, ya que los Hospitales que no son Altamente Especializados en psiquiatría (psiquiátricos) también deben ser un lugares que deben contar con capacitación, procedimientos e infraestructura para una atención integral y digna en Salud Mental y Adicciones.

En el Sistema Nacional de Salud es grande la brecha de atención, por ejemplo:

- El 81% de las personas que enferman no reciben atención médica (Borges G., Medina-Mora ME, Wang PS, et a1. 2006).
- Los que la obtienen tardan entre 7 y 14 años en recibir tratamiento (Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Et al. 2007).
- El 54% de las personas reciben atención en el tercer nivel, y solo el 33% en el primer nivel (Wang PS, Aguilar A, Alonso, et al. 2007).
- El 67% de los enfermos ingresan bajo la modalidad de internamiento no voluntario por la gravedad con la que llegan al servicio.
- Solo el 2% de las camas psiquiátricas están en hospitales generales y la atención se centra en hospitales psiquiátricos (Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, et al. 2013).

Mientras la enfermedad mental es responsable del 7.5% de la carga general de enfermedad (Murray C. 2012), solo el 2% del presupuesto de salud se dedica a la enfermedad mental (Berenzon S, et al. 2013). El padecer un trastorno mental es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles (Patel V, Koschorke M, Prince M, Et a1. 2011), tales como:

- **Cardiovasculares:** La depresión se asocia con la enfermedad cardiovascular (angina, infarto), esta es independiente de los factores de riesgo de sufrir trombosis cerebral venosa (hipertensión, tabaquismo, obesidad). La comorbilidad impacta en la búsqueda de atención, en el diagnóstico oportuno y la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, la presencia de un trastorno depresivo después de sufrir un infarto, aumenta las probabilidades de que se presente un segundo infarto y existe un mayor riesgo de mortalidad.

- **Diabetes Tipo II**: El 15% de las personas con esquizofrenia tienen diabetes tipo II como consecuencia de estilos de vida, de los efectos metabólicos de la medicación antipsicótica y probablemente de otros factores asociados con la enfermedad.
- **Gineco-obstétricos:** Las mujeres con depresión tienen mayor riesgo de presentar dismenorrea y dolor pélvico; con esquizofrenia están en mayor riesgo de tener partos prematuros, abortos, bebés con bajo peso al nacer y mortalidad infantil.
- **Síndrome Metabólico:** Se ha observado que las mujeres con esquizofrenia tienen 3.5 veces más riesgo que los hombres de desarrollar síndrome metabólico, los pacientes con esquizofrenia y dislipidemia tienen 23.5 más riesgo de presentar síndrome metabólico respecto a la población en general (Díaz D., Romans L., Sotelo G. 2014).

De acuerdo a Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica hay una fuerte asociación entre trastornos mentales y otras condiciones crónicas (Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Et a1. 2003; WHO, 2001, 2011). Algunos resultados señalan la importancia de considerar la comorbilidad en el tratamiento de estas dos condiciones para reducir su carga conjunta:

- En 17 países miembros del Consorcio (Colombia, México, Estados Unidos, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España, Ucrania, Israel, Libano, China y Nueva Zelanda), la presencia de trastornos de ansiedad o del humor (afectivos) fue 2.2 veces más frecuente cuando había también una condición de dolor que cuando ésta no exista, prevalencia de 7.1% sin dolor vs. 15.4% con dolor (Gureje O, Von Korff M, Kola L, Et al 2008).
- En diabetes hay 2.2 veces más riesgo de depresión y 2.7 veces más riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.
- En el asma hay tres veces más riesgo de padecer depresión o ansiedad (Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Et al. 2008).
- Hay 2.8 veces más riesgo de presentar trastornos de ansiedad cuando se trata de obesidad (Scott KM, Von Korff M, Alonso I, et. al. 2008).
- Las personas con enfermedad mental tienen mayor probabilidad de tener discapacidad grave que las personas que tienen otras condiciones físicas (diabetes, enfermedad respiratoria, dolor de cabeza, enfermedad del corazón, artritis, dolor bajo de espalda.)

Actualmente, el modelo de atención a la salud que está basado en las enfermedades más que en las personas, ha dificultado una atención integral ya que deben acudir a diferentes servicios para tratar un problema de salud. No obstante, el tratamiento en hospitales de Segundo Nivel de Atención, se hace posible la atención integral.

En el contexto de la mejora del acceso a la atención y la calidad de los servicios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el desarrollo de servicios integrales de Salud Mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de Salud Mental en Hospitales de Segundo Nivel de Atención con personal capacitado y especializado, así como en Unidades de Primer Nivel; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud. La colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la auto asistencia, por ejemplo, mediante el uso de tecnologías sanitarias electrónicas y móviles (OMS, 2013).

La restructuración de los servicios de Salud Mental que propone la OMS, da mayor énfasis a la atención en aquellos niveles en donde puede atenderse una mayor proporción de la población y en donde la atención es más oportuna, esto permite prevenir el escalamiento a condiciones más graves y a tratamientos más costosos que deben de proporcionarse en niveles de mayor especialización.

Como parte de una reestructura y el cambio de paradigma en los Servicios de Salud Mental y Adicciones, el presente Modelo resulta de un amplio proceso de recopilación y revisión de información que proviene del consenso de las instancias involucradas y si bien constituye un referente general para orientar la formulación de planes de trabajo en los Servicios de Salud, también *es un documento dinámico que está sujeto a constante revisión y actualización de acuerdo al contexto en el que se aplica*, abierto a las aportaciones de las Entidades Federativas y de las áreas centrales participantes, así como la actualización de las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio digno y humano del Gobierno Federal.

Base legal

El sustento legal a este modelo se encuentra en el Artículo 2° Apartado "B" Fracción III y en el Artículo 4° párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en el Artículo 6° Fracción I y IV; 7° Fracción XIV y XV; Art. 12°, Art. 13° inciso "C"; Art. 23°, 24°, 25°, 26°, 27° Fracción VI, Art. 32°, 33°, 34° Fracción I, Art. 35°, 45°, 46°, 72°, 73°, 74°, 74° Bis, 75°, 76°, 77°, de la Ley General de Salud; Artículo 8°, 10° fracción I, 13°, 14°, 15°, 18°, 26°, 38°, 56°, 57°, 58°, 59°, 60°, 66°, 121°, 122°, 123° al 134° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como Artículos 7°, 8°, 14°, 25°, 29°, 35°, 41°, 48° del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2016, en el que se describen las atribuciones de las unidades administrativas participantes en la elaboración de los modelos de la valuación de los mismos.

Leyes

- Ley General de Salud
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Art. 39, fracción XVI
- Ley General para el Control del Tabaco. Art. 4°
- Ley del Seguro Social
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios: Art. 2°, fracción I, incisos a, b y c; Art. 3°, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
- Ley Federal del Trabajo
- Ley General de Educación
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ley General de Víctimas
- Ley General para la Igualdad de Género
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (DOF: 30-05-2011, Reforma 12-07-2018)
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (D.O.F. 25-06-2002, Reforma D.O.F. 12-07-2018)
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos (D.O.F. 31-12-1982, Reforma D.O.F. 18-07-2016)
- Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos (DOF: 26-12-1997, Reforma D.O.F. 18-07-2017)
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (D.O.F. 11-06-2003, Reforma D.O.F. 21-06-2018)
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (D.O.F. 01-02-2007, Reforma 13-04-2018)
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (D.O.F. 16-04-2008, Reforma 25-06-2018)

Códigos

- Código Nacional de Procedimientos Penales (D.O.F. 05 de marzo 2014)
- Código Penal Federal. Art. 195 bis, Art. 199.Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica (D.O.F. 15-09-2004)

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (D.O.F. 05-04-2004, Reforma 17-12-2014)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional (D.O.F. 18-02-1985)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (D.O.F. 20-02-1985, Reforma 26-03-2014)
- Reglamento de Insumos para la Salud (D.O.F. 4-02-1998, Reforma 14-03-2014)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (D.O.F. 4-05-2000, Reforma 14-02-2014)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (D.O.F. 06-01-1987, Reforma 02-04-2014)
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (D.O.F. 12-12- 2006, Reforma 14-07-2017)

Decretos

- Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética (D.O.F. 07-09-2005, Reforma 16-02-2017)
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (D.O.F. 03-06-1996)
- Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (D.O.F. 06 de enero 2011)
- Capítulo VI TER del Comisionado Nacional contra las Adicciones, Artículo 11 Ter

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-001-SSA3-2012. Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas (D.O.F. 04-01-2013)
- NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico (D.O.F. 15-10-2012)
- NOM-005-SSA3-2018. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Publicada en el D.O.F. el 16 agosto del 2010
- NOM- 006-SSA3-2012. Práctica de la anestesiología (D.O.F. 23-03-2012).
- NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos (D.O.F. 27-03-2012)
- NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (D.O.F. 04-01-2013)

- NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (D.O.F. 08-01-2013)
- NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica
- NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NOM-028-SSA2-2009. Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (D.O.F. 21 de agosto de 2009)
- NOM-028-SSA2-2009. Que establece las Características Arquitectónicas para Facilitar el Acceso, Tránsito, Uso y Permanencia de las Personas con Discapacidad en Establecimientos para la Atención Médica Ambulatoria y Hospitalaria (D.O.F. 12 de septiembre de 2013)
- NOM-030-STPS-2009. Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades (D.O.F. 18 de septiembre de 2009)
- NOM-040-SSA2-2004. En materia de información en salud (D.O.F. 28-09-2005)
- NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo (D.O.F. 17-02-2003)
- NOM-220-SSA1-2016 Instalación y operación de la farmacovigilancia (D.O.F. 19-07-2017)
- NOM-222-SSA1-2012. Instalación y operación de fármaco-vigilancia (D.O.F. 07-01-2013)

Estrategias y Planes Nacionales

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Secretaría de Salud.
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Secretaría de Salud
- Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones. 2020-2024. Secretaria de Salud

Manuales

- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud (D.O.F. 17 de agosto de 2012)

Identidad Estratégica

Misión

Brindar atención médica psiquiátrica ambulatoria y hospitalaria de excelencia, y con respeto de los derechos humanos de los pacientes de los hospitales generales, así como contribuir en la formación de especialistas y en el desarrollo de proyectos de investigación clínica en la materia.

Visión

Convertirse en un servicio clínico que favorezca la atención integral y continua de las personas con trastorno mental y comorbilidades en Hospitales de Segundo Nivel y que fortalezca la sede clínica de formación e investigación.

Objetivos del documento

General

Presentar el **Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en el segundo nivel de atención,** para poder brindar atención de forma oportuna, continua e interdisciplinaria a pacientes con trastornos mentales o problemas por consumo de sustancias psicoactivas, con o sin asociación a otras comorbilidades, a través de la utilización de los diferentes servicios con los que dispone un Segundo Nivel de Atención (consulta externa, hospitalización y urgencias), logrando su estabilización en un periodo no mayor a diez días.

Específicos

1. En Urgencias: presentar el modelo de atención en el servicio de urgencias para establecer los diferentes esquemas que pueden llevarse a cabo según corresponda; interconsulta y/o valoración directa y determinar de acuerdo al caso, la necesidad de internamiento breve en el área de observación, durante un lapso no mayor a 48 horas o necesidad de hospitalización continua de estancia breve (no mayor a 7 días en modelo “intermedio” y a 10 días en modelo “avanzado”), canalización para su atención en área ambulatoria (consulta externa), manejo médico como interconsultante o bien, referencia a un nivel altamente especializado, o primer nivel de atención.

2. En Hospitalización: conocer los modelos de atención y plazos aplicables para atender al paciente con exacerbación de sintomatología psiquiátrica hasta su estabilización a corto plazo (no mayor a 7 días en la modalidad “intermedia” y a 10 días en la modalidad “avanzada”). Se internará exclusivamente a pacientes con trastornos mentales que requieran una intervención cerrada breve.

3. Como servicio de Interconsulta: proporcionar las bases para valorar y dar seguimientos a pacientes hospitalizados en las diversas especialidades para tratamiento multidisciplinario.

4. Como servicio de consulta externa: conocer las diferentes opciones que pueden presentarse para dar seguimiento planificado a los pacientes con trastornos psiquiátricos, enviados al Servicio de Salud Mental y Adicciones por consulta externa, interconsulta hospitalaria u hospitalización psiquiátrica o en urgencias. Así como coordinar la referencia y contrarreferencia al primer nivel cuando se cumplan los objetivos terapéuticos de intervención en segundo nivel de atención.

Método de Elaboración del Documento

La valoración o implementación del Servicio de Salud Mental y Adicciones en Hospitales de Segundo Nivel de Atención, dependerá de las necesidades específicas y estará sustentado en la planeación estratégica del mismo, para ello se puede utilizar el modelo de las 8 dimensiones de calidad propuesto por David Garvin (1984), profesor de la Escuela de Negocios de Harvard y su realización dependerá exclusivamente del personal adscrito designado como líder del equipo para el desarrollo de todas las actividades derivadas de la implementación del Servicio de Salud Mental y Adicciones:

A. Análisis del Entorno. En esta etapa se elaborará un diagnóstico de la institución. Se debe identificar lo más objetivamente posible: análisis externo como las oportunidades y las amenazas; y análisis interno como las fortalezas y las debilidades de la institución (FODA).

- Lo que arrojará un documento denominado "Diagnóstico situacional", debiendo contar con las siguientes características:

1. Necesidades de Salud Mental y Adicciones en la población
   - 1.1 La población del estado
   - 1.2 La carga de enfermedad mental y sus factores de riesgo
   - 1.3 Tendencias en la Salud Mental y Adicciones en la población
   - 1.4 Demanda de los servicios de Salud Mental y Adicciones (servicios otorgados)
2. Los recursos para la atención de la Salud Mental y Adicciones
   - 2.1 Organización y rectoría en Salud Mental y Adicciones
   - 2.2 Organización de los servicios de Salud Mental y Adicciones a nivel estatal
   - 2.3 Infraestructura médica general para la atención de Salud Mental y Adicciones en el estado
   - 2.4 Recursos humanos para la Salud Mental y Adicciones
   - 2.5 Productividad de los servicios de Salud Mental y Adicciones
   - 2.5.1 Estimación del déficit de infraestructura y recursos humanos en Salud Mental y Adicciones
3. Desempeño actual de los servicios de Salud Mental y Adicciones
   - 3.1 Acceso efectivo a los servicios de Salud Mental y Adicciones
   - 3.2 Eficiencia en el uso de los recursos de Salud Mental y Adicciones
   - 3.3. Integralidad de la atención a los problemas prioritarios de Salud Mental y Adicciones

B. Formulación. Dentro del marco de referencia de la institución se definirá la misión (la razón de ser), la visión (como se ve en el futuro) y la filosofía y valores. A partir de esto, se formulará la estrategia con sus tres componentes: los objetivos, el plan de acción y las capacidades y recursos.

C. Programación. Es la etapa de puente entre la formulación y la ejecución en donde se especificarán claramente las metas a alcanzar y se definirán, con cierta precisión, las actividades para alcanzar dichos objetivos.

- En esta etapa se deberá elaborar un documento denominado "Plan de trabajo" contando con los siguientes rubros:

    1. Objetivos, estrategias y líneas de acción.
    2. Implementación operativa del modelo de Salud Mental y Adicciones basado en la Atención Primaria a la Salud.
        I. Acciones en segundo nivel de atención
        II. Modelo de implementación de Servicios de Salud Mental y Adicciones en Hospitales de Segundo Nivel.
        III. Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia al primer de atención, o un nivel altamente especializado en Salud Mental y Adicciones.
    3. Capacitación
        I. Universo a capacitar
            A. Cronograma de capacitación por etapas
    4. Indicadores
    5. Investigación

D. Implementación/Ejecución. Se llevarán a cabo los programas, implementando las tareas, coordinando las iniciativas, comunicando claramente las prioridades y dando un buen seguimiento.

Para este ejercicio es imprescindible la coordinación transversal con el personal directivo, gerencial y operativo.

Cartera de servicios

En la unidad se proporcionan al usuario acciones diversas con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud física y mental. Comprende las actividades preventivas, de tratamiento y de rehabilitación integral.

Las cuales incluyen:

- Diagnóstico
- Presencia de comorbilidad
- Diagnóstico dual
- Tratamiento
- Atención psicológica
- Atención médica
- Atención especializada en Salud Mental y Adicciones
- Intervención en crisis
- Intervención breve
- Vinculación con Gestor de Salud Mental y Adicciones

Actividades comunitarias

Las actividades en la comunidad, incluyen aquellas orientadas a la promoción, prevención, tamizaje, a través de pláticas, talleres, infografías y difusión de material con temas relacionados con:

- Promoción de la salud
- Promoción de la Salud Mental y contra las Adicciones
- Prevención
- Aplicación de Instrumentos de tamizaje

Vinculación Comunitaria con promotores de Salud Mental y Adicciones (SMyA) que fomenten

- Participación social
- Vinculación con promotores externos
- Clubes por la paz
- Coaliciones por la paz
- Actividades con organizaciones de usuarios y familiares
- Colaboración y formación con grupos de autoayuda

Actividades de enseñanza, capacitación y promoción de la investigación

- Capacitación continua en programas y diagnóstico de necesidades de capacitación en el sitio en donde esté instalado el nodo de atención
- Red nacional de Facilitadores
- Seguimiento a programas prioritarios en Salud Mental y Adicciones
- Promoción de la Investigación

Supervisión y acompañamiento

Se realizará por medio de la implementación de Telemedicina, específicamente con el servicio de mentoría a distancia, término que una vez aplicado al panorama expuesto, puede definirse como el proceso de acompañamiento y asesoría a distancia para la determinación de diagnósticos y tratamientos para pacientes con algún padecimiento relacionado a salud mental o consumo de sustancias psicoactivas a través de un especialista en psiquiatría a las unidades que no cuenten con personal especialista, el cual se basa en la presentación de casos clínicos, así como en la integración con el grupo o institución de referencia al usar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

A través de la implementación de Telemedicina, se busca generar un espacio virtual de interacción entre profesionales de la salud para brindar orientación y capacitación sobre temas específicos, buscando un mayor impacto en cuanto a la calidad de la atención.

Los servicios de la unidad médica pueden otorgarse de manera presencial o a distancia desde el **Teleconsultorio** como, por ejemplo:

- Los servicios de atención en Salud Mental y Adicciones
- Las actividades comunitarias
- Actividades de enseñanza, capacitación e investigación
- Integrantes de la Red Integral articulada de Servicios de SMyA (coordinación de servicios, asesoría médica, interconsulta, seguimiento, promoción y prevención de la Salud Mental etc.)

Para llevar a cabo la mentoría a distancia se recomienda:

- Tener un responsable de las atenciones médicas a distancia que se otorguen en la unidad médica.

- Contar con un consultorio en la unidad (el cual puede ser usado para atenciones presenciales y a distancia) apegado a los requisitos de infraestructura indicados en las normas NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios y NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

- Además del mobiliario y equipo descrito en la normativa aplicable vigente, el consultorio deberá contar con:
    - Equipo de cómputo con acceso a internet (preferentemente con conexión por cable)
    - Cámara con imagen de alta definición
    - Altavoces o auriculares
    - Micrófono integrado

Lo anterior se llevará a cabo bajo las siguientes líneas directrices:

1. El Servicio de Salud Mental y Adicciones tiene como cometido interactuar con las demás áreas hospitalarias, donde promoverá la capacitación de los trastornos, estados o patologías asociadas para trabajar conjuntamente en beneficio para los pacientes, mediante la inclusión de programas de formación de especialistas y capacitación del personal profesional y técnico en materia de psicología y psiquiatría.

2. Crear programas continuos psicoeducativos, para fomentar la adherencia terapéutica, atención familiar, cuidadores primarios, disminución del estigma y discriminación por parte del personal del hospital.

3. Otorgar una atención de calidad y calidez a los pacientes, contando con servicio de consulta externa integral, servicio de hospitalización y de urgencias, como en las demás especialidades que el hospital posee. Mediante acciones de farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducación e intervenciones grupales, etc.

4. Generar acciones para la eliminación de barreras administrativas al interior del hospital que impiden la atención integral de los pacientes, así como el abasto de medicamentos, y los requisitos de atención que favorezcan el acceso a la atención oportuna, integral y multidisciplinaria.

5. Brindar atención en Salud Mental y Adicciones a los médicos internos, residentes y trabajadores del hospital que lo soliciten.

Funciones Genéricas

El servicio de Salud Mental y Adicciones (SMyA) en cualquiera de las modalidades de atención, deberá realizar las siguientes funciones:

A. Fortalecer los servicios hospitalarios con atención integral en Salud Mental y Adicciones como tratamiento coadyuvante de otras comorbilidades médicas.

B. Abordar los problemas de Salud Mental y Adicciones, en el medio hospitalario, que no pueden ser resueltos en el Primer Nivel de Atención.

C. Constituir una alternativa, sustitutiva, a los hospitales psiquiátricos con la finalidad de fortalecer el proceso de desinstitucionalización y la inclusión de las personas con problemas de Salud Mental y Adicciones, en la comunidad.

D. Brindar continuidad a la atención iniciada en el Primer Nivel, de los casos no resueltos, que requieran atención especializada por problemas de mayor complejidad.

E. Los servicios de Salud Mental y Adicciones implementados en los Hospitales de Segundo Nivel de Atención con personal capacitado, Especializados y Altamente Especializados, deben estar dotados de profesionales facultados o especialistas en Salud Mental y Adicciones en las ramas de la psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social.

F. El profesional de psiquiatría debe realizar itinerancia en las zonas donde hay escasez de personal especializado, los equipos móviles de Salud Mental y Adicciones son una estrategia valiosa para atender las necesidades de las personas y sus familias. Su finalidad es brindar asistencia con seguimiento a los pacientes con trastornos mentales, que requieran atención especializada y capacitación a los profesionales de primer nivel.

    a. Deberá monitorear el abastecimiento de psicofármacos para Salud Mental y Adicciones en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, según el cuadro básico de medicamentos aprobado.

    b. Mantener espacios de comunicación interdisciplinaria con la finalidad de analizar los casos de Salud Mental y Adicciones hospitalizados donde se analizarán estrategias de tratamientos individuales y una reunión semanal, para apoyo e interconsultas a las demás especialidades mediante previa coordinación de manera interna, exceptuando los casos emergentes que requieran de criterio especializado, al momento que se solicite.

G. Promover y brindar atención en Salud Mental y Adicciones a los trabajadores del hospital. Promover programas psicoeducativos para la adherencia terapéutica, atención a familiares, cuidadores primarios, así como para la disminución de estigma y discriminación por parte del personal del hospital.

H. Participar en los programas de formación y promoción de competencias de las y los médicos internos de pregrado y personal medico inserto en el hospital e implementar actividades de capacitación continua al personal profesional y técnico en materia de psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, y Derechos Humanos, asimismo deberá participar de forma activa en las actividades académicas del hospital.

I. Gestionar acciones a fin de eliminar barreras administrativas al interior del hospital que imposibiliten la atención integral de los pacientes.

J. Supervisar el apego de los criterios de atención hospitalaria bajo los principios éticos, sociales y de respeto de Derechos Humanos cuya indicación aporte el mayor beneficio terapéutico posible y por ningún motivo con la finalidad de resolver problemas familiares, sociales, laborales, de vivienda o de cuidado del paciente.

K. Operar el sistema de referencia al Primer Nivel de Atención, a los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o equivalentes y a Hospitales Altamente Especializados en Salud Mental y Adicciones, con medidas que garanticen la continuidad del tratamiento, que eviten las recaídas o el reingreso de pacientes al hospital.

    a. Distinguir los pacientes con trastornos agudos y crisis que requieran de breve y mediana estancia que deben ser atendidos en el hospital, de aquellos que requieran estancia intrahospitalaria breve por trastornos psiquiátricos, para su canalización a Unidades Altamente Especializadas en SMyA.

L. Participar en los programas especiales de acuerdo a la vocación y misión del hospital, tales como trasplantes de órganos, cirugía bariátrica, cuidados paliativos, entre otros.

M. Promover y participar en actividades comunitarias de acuerdo al Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones.

Perfil del Paciente

El perfil se integra conforme a los 10 trastornos mentales y patologías citados en el 50% o más de los servicios consultados, relativas a aquellas que actualmente se atienden o que son factibles de atender en los hospitales e institutos participantes.

Estos trastornos se presentan en el **Cuadro 2**, según el grupo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OPS-OMS. 1995) destacando en cada una las causas básicas y la frecuencia citada por las mesas, y relacionándolas con criterios clínicos, así como la modalidad de atención probable.

Los criterios clínicos se determinaron con el objeto de facilitar la vinculación entre la enfermedad y el tipo de modalidad de atención psiquiátrica según su capacidad operativa. Estos criterios consideran la asociación o comorbilidad entre una enfermedad física y un trastorno mental, y de éste si es o no grave. Los criterios se organizan en 4 grupos:

Grupo 1: Enfermedad física primaria más trastorno mental no grave. Por ejemplo, una Diabetes Mellitus tipo 2 asociada a un trastorno mental no grave como puede ser un episodio depresivo leve. En este caso, puede ser tratada en las tres modalidades de atención básica, intermedia y avanzada.

Grupo 2: Enfermedad física primaria más trastorno mental grave. Siguiendo el ejemplo anterior, podría tratarse de una asociación con un episodio depresivo grave con ideación suicida y plan estructurado, que preferentemente tendría que ser manejado en las modalidades de atención intermedia o avanzada.

Grupo 3: Trastorno mental primario no grave más enfermedad física. Según el ejemplo citado, podría tratarse de un episodio depresivo leve, que podría ser cuidado en cualquier modalidad de atención.

Grupo 4: Trastorno mental primario grave más enfermedad física. En este caso, según ejemplo, se trataría de manía con ideación suicida estructurada, y que debería ser atendida de preferencia en una modalidad avanzada.

Referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada

Para la referencia y contrarreferencia de pacientes se utilizarán los formatos correspondientes de cada unidad médica, previa comunicación telefónica para comentar el caso y motivo de envío. Las personas atendidas en Servicio de Salud Mental y Adicciones en Hospitales de Segundo Nivel, que hayan sido dados de alta, pero requieran de seguimiento o monitoreo periódicos (encontrándose en control), deberán ser referidos de centros de salud o Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o sus equivalentes. Asimismo, de acuerdo a la gravedad de cada caso, el servicio de Salud Mental y Adicciones inserto en Unidades de Segundo Nivel, podrán referir a los pacientes que ameriten de atención en sus diferentes modalidades impartidas en Hospitales con Personal Capacitado, Hospitales Especializados o Altamente Especializados. El sistema de referencia/contrarreferencia consta de un grupo de acciones destinadas a establecer, en primer lugar, la condición clínica del usuario al momento de solicitar el servicio, ya sea por una urgencia o de manera electiva (Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones, 2010).

Acto seguido, se realizará la referencia o canalización en aquellos casos que no puedan ser cabalmente atendidos en el establecimiento al que llegaron originalmente, para ello se consideran los siguientes términos generales:

- La situación del caso y su gravedad.
- La instancia terapéutica necesaria y disponible para su manejo.

Una vez definida la ubicación de la persona en el mejor entorno de tratamiento, se puede referir a ésta a la instancia más conveniente (siempre con el objetivo de cumplir con una derivación oportuna y adecuada). El análisis eficiente de todo ello facilitará la elección de la instancia terapéutica necesaria más adecuada, de acuerdo con la Red Integrada de Servicios de Salud correspondiente geográficamente. La participación del Segundo Nivel en este proceso es indispensable. Este programa está directamente vinculado al trabajo de los equipos de Salud Mental y Adicciones de los Hospitales de Segundo Nivel, que deberán igualmente contar con los medios necesarios para el tratamiento de las principales condiciones de Salud Mental del Segundo Nivel (tamizaje de Salud Mental, comportamiento suicida, agitación psicomotora e intoxicaciones).

Un punto clave conforme a la referencia y contrarreferencia de los pacientes, recae en el tiempo promedio de estancia requerido, dentro de las instalaciones de Hospitales de Segundo Nivel con Personal Capacitado y Especializados en SMyA, secundario a ello es importante señalar que la duración será determinada acorde a la condición clínica del paciente, una vez que esta sea evaluada por el psiquiatra o paidopsiquiatra, contemplando para ello las metas terapéuticas esperadas, la ruta de atención y la capacidad de respuesta; procurando en medida de lo posible un tiempo de estancia breve (no mayor a 10 días). En casos particulares donde sea necesario otro tipo de intervención, o bien prolongar el periodo de estadía, el personal a cargo podrá considerar, con base en lo mencionado anteriormente, remitir al paciente a alguno de los Hospitales de Segundo Nivel Altamente Especializados en SMyA.

Cuadro 2. Trastornos Mentales según modalidad de Atención

CIE-10	Criterios clínicos	Modalidad		
		Básica	Intermedia	Avanzada
F00-09 Ts. mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (Ej.: Demencias, delirium no inducido por alcohol ni otra sustancia, delirium tremens, Ts de ideas delirantes/Ts. esquizofreniforme - Psicosis secundarias-) Frecuencia: *50* %	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Alteraciones en la memoria persistentes, ideas o alucinaciones fuera de la realidad que no pongan en riesgo su vida ni la de los demás)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Trastorno mental grave que si ponga en peligro su vida, con alteraciones de la consciencia o fluctuaciones en el estado de alerta, autolesiones, idea/intento suicida y/o idea/intento homicida especifico)		X	X
	Trastorno mental primario no grave +Enfermedad física (Ej.: Alteraciones en la memoria persistentes, ideas o alucinaciones fuera de la realidad que no pongan en riesgo su vida ni la de los demás)	X	X	X
	Trastorno mental primario grave + Enfermedad física (Ej.: Idea/intento homicida indiscriminado, agresión indiscriminada, agitación psicomotriz grave, conducta errática grave y/o que ponga en riesgo a terceros)			X
FI0-19 Ts mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Parece estar bajo la influencia del alcohol u otra(s) drogas(s) con síntomas afectivos o ansiosos)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Autolesiones, idea/intento suicida y/o idea/intento homicida especifico)		X	X
Ts. Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (Ej.: Ts de ansiedad fóbica, Ts pánico, TAG, Ts mixto ansioso— depresivo, TEPT, etc.) Frecuencia: 100%	Revivir el trauma una y otra vez y/o dolores físicos no claros			
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Autolesiones y/o idea/intento suicida y/o idea/intento homicida especifico)		X	X
	Trastorno mental primario no grave +Enfermedad física (Ej.: Preocupación constante de cosas cotidianas, episodios de miedo intenso sin motivo, sensación de revivir el trauma una y otra vez y/o dolores físicos no claros)	X	X	X

CIE-10	Criterios clínicos	Modalidad		
		Básica	Intermedia	Avanzada
	Trastorno mental primario grave + Enfermedad física (Ej.: Idea/intento homicida indiscriminada, agresión indiscriminada, agitación psicomotriz grave, conductas erráticas graves y/o que pongan en riesgo a terceros)			X
F60-69 Ts de la personalidad y del comportamiento del adulto (Ej.: Ts específicos de la personalidad) Frecuencia: 50 %	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Forma de ser inflexible y conductas fuera de lo esperado en su cultura y/o que causan malestar o dificultad para sus actividades diarias)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental [11] grave (Ej.: Autolesiones, idea/intento suicida, idea/intento homicida especifico y/o ideas o conductas que pongan en riesgo su vida)		X	X
	Trastorno mental primario no grave +Enfermedad física (Ej.: Forma de ser inflexible y conductas fuera de lo esperado en su cultura y/o que causan malestar o dificultad para sus actividades diarias)	X	X	X
	Trastorno mental primario + Enfermedad física grave (Ej.: Ideas homicidas indiscriminadas, agresión indiscriminada, agitación psicomotriz grave y/o conductas que pongan en riesgo a terceros)			X
F80-89 Ts del desarrollo psicológico (Autismo, Síndrome de Asperger) Frecuencia: 50 %	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Deficiencia persistente en la comunicación e interacción social con actividades repetitivas, que inicia en la infancia)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Autolesiones, conductas erráticas o impulsivas, idea/intento suicida, idea/intento homicida especifico)		X	X
	Trastorno mental primario no grave +Enfermedad física (Ej.: Deficiencia persistente en la comunicación e interacción social con actividades repetitivas, que inicia en la infancia)	X	X	X

CIE-10	Criterios clínicos	Modalidad		
		Básica	Intermedia	Avanzada
F90-98 Ts. comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y adolescencia (Ej.: Ts hipercinéticos como TDAH, Ts hipercinético disocial, etc.) Frecuencia: 100%	Trastorno mental primario grave + Enfermedad física (Ej.: Idea/intento homicida indiscriminado, agitación psicomotriz, agresión indiscriminada, conducta errática o impulsiva grave y/o que ponga en riesgo a terceros)			X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Inatención, hiperactividad y/o conductas impulsivas que causen dificultad para llevar a cabo actividades diarias y/o accidentes constantes)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Autolesiones, idea/intento de suicidio, idea/intento de homicidio especifico y/o conductas impulsivas)		X	X
	Trastorno mental primario no grave + Enfermedad física (Ej.: Inatención, hiperactividad y/o conductas impulsivas que causen dificultad para llevar a cabo actividades diarias y/o accidentes constantes)	X	X	X
	Trastorno mental primario grave + Enfermedad física (Ej.: Idea/intento homicida indiscriminado, agresión indiscriminada, agitación psicomotriz grave, conducta errática o impulsivo grave y/o que ponga en riesgo a terceros)			X
Z55-Z65 Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Ej.: Denuncia de violación, Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro o ajena al grupo de apoyo primario, otros problemas relacionados con el ambiente social —Violencia-) Frecuencia: 50 %	Enfermedad Física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Ha sufrido violencia física o psicofísica, abuso sexual o violación que causan malestar emocional o alteraciones de la conducta y del ánimo)	X	X	X
	Enfermedad Física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Autolesiones + idea/intento suicida u homicida)		X	X
	Trastorno mental primario no grave + Enfermedad física (Ej.: Ha sufrido violencia física o psicofísica, abuso sexual o violación, que causan malestar significativo, alteraciones de la conducta o alteración en sus actividades cotidianas)	X	X	X

CIE-10	Criterios clínicos	Modalidad		
		Básica	Intermedia	Avanzada
	Trastorno mental primario + Enfermedad física grave (Ej.: Intento homicida indiscriminado, agresividad indiscriminada, agitación psicomotriz grave, conducta errática grave y/o que ponga en riesgo a terceros)			X
X60-84 Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Ej.: Intento suicida con objeto punzocortante, medicamentos, ahorcamiento) Frecuencia: 50 %	Enfermedad física primaria + Trastorno mental no grave (Ej.: Intento suicida con objeto punzocortante, medicamentos, ahorcamiento, etc.)	X	X	X
	Enfermedad física primaria + Trastorno mental grave (Ej.: Idea suicida persistente o acompañada de idea homicida especifica y/o conducta errática)		X	X
	Trastorno mental primario no grave + Enfermedad física (Ej.: Intento suicida con objeto punzocortante, medicamentos, ahorcamiento, etc.)	X	X	X
	Trastorno mental primario grave + Enfermedad física (Ej.: Idea homicida indiscriminado, agresión indiscriminada, agitación psicomotriz grave, conducta errática o impulsivo grave y/o que ponga en riesgo a terceros)			X

Fuente: Guía para la operación del servicio de psiquiatría en hospital general (2016), Servicios de Atención Psiquiátrica

Retos sobre la Implementación

Fundamentalmente por el estigma, prejuicios y discriminación vinculados a la enfermedad mental y la historia del manejo asilar tradicional de las personas con trastornos mentales puede ser muy difícil la implementación de un servicio de Salud Mental y Adicciones (SMyA) en Hospitales de Segundo Nivel *no exclusivamente psiquiátricos* o Altamente Especializados en SMyA. El estigma, prejuicios y discriminación representan la violación de los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales. Por eso resulta conveniente enumerar los retos que este proceso enfrentaría en la unidad hospitalaria y algunas alternativas para el manejo de los mismos:

- La falta de información que sustente la necesidad de insertar el servicio de Salud Mental y Adicciones (SMyA). Para ello, se requiere recopilar y analizar información sobre las necesidades de Salud Mental y Adicciones, y apoyarse en los estándares internacionales y nacionales en Salud Mental y Derechos Humanos.

- El rechazo por el resto del hospital a la inserción del servicio de Salud Mental y Adicciones (SMyA). Es recomendable su implementación en general progresivamente, como la modalidad básica a través de la interconsulta y enlace con otros servicios. Así como la capacitación a personal sobre el tema.

- El rechazo de la comunidad a la inserción del servicio de Salud Mental y Adicciones. Es indispensable la abogacía de los grupos de familiares y pacientes con trastornos mentales, y grupos defensores de derechos humanos que permitan informar a la comunidad y catalizar este proceso.

- La falta de recursos para la implementación de camas psiquiátricas para el servicio de Salud Mental y Adicciones. Es importante contar con un diagnóstico objetivo que permita sustentar la necesidad del servicio y gestionar paulatinamente los recursos requeridos.

- La infraestructura no es apropiada para el manejo de los pacientes con trastornos mentales severos. Un adecuado manejo farmacológico permitiría un buen control de los casos agudos o en crisis, el acompañamiento de los familiares, serían elementos para subsanar esta situación.

- Dificultades y dilemas éticos asociados a la obtención del consentimiento informado en pacientes con padecimientos relacionados a enfermedades mentales. El consentimiento informado además de formar parte de los derechos de los pacientes, es de gran importancia para la realización de los tratamientos e intervenciones de los pacientes permitiendo así una adecuada comunicación médico-paciente. Parte fundamental para la obtención del consentimiento informado es comprender primeramente que los consentimientos con los que cuentan las unidades de atención a Salud Mental y Adicciones deben de apegarse a la Ley de SMyA; además, deberán ser acompañados de al menos de un instrumento que permita evaluar la competencia del paciente para dar dicho consentimiento, dejando constancia y registro en el expediente de su aplicación. Ejemplos de instrumentos son:

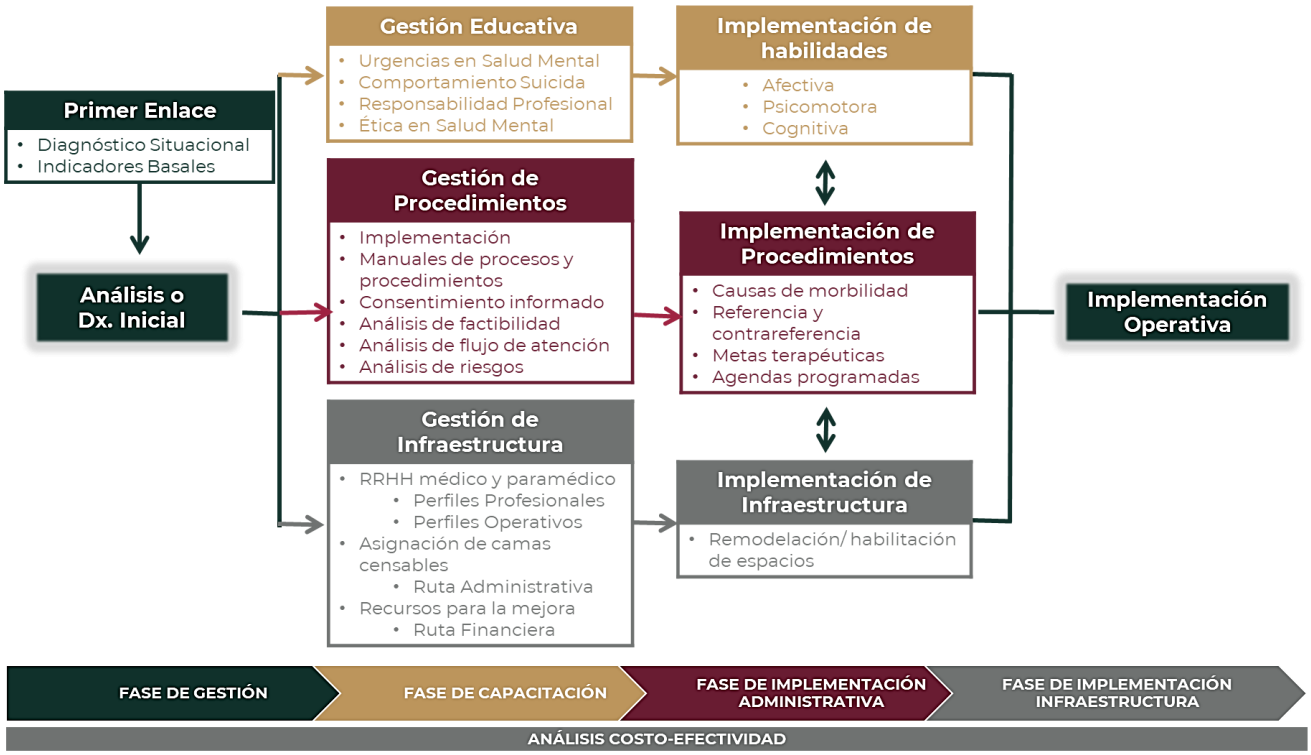
  - Herramienta de evaluación de competencias de MacArthur (MacCAT-T)
  - Prueba de Evaluación de Competencias de Hopkins (HCAT)
  - Instrumento de Competencia para el Consentimiento al Tratamiento (CCTI)

1. Capítulo 1. Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención

Planeación de unidades

Es necesario la individualización de cada modelo según los recursos que tenga cada servicio de segundo nivel de atención. Por lo que, se han desarrollado tres modelos de atención en Hospitales de Segundo Nivel.

Figura 2. Diagrama de flujo de las fases del Modelo de implementación



Fuente: Adaptado de Guía para la operación del servicio de psiquiatría en hospital general, Servicios de Atención Psiquiátrica, CONASAMA 2023.

Cuadro 3. Características generales del Servicio de Salud Mental y Adicciones

Modalidad	Unidades Médicas de Segundo Nivel donde serán implementadas:	Recursos Humanos y Materiales
Básica	**-Hospitales de Segundo Nivel con Personal Capacitado:** contando con las especialidades básicas establecidas por nivel de atención (pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía general y urgencias), y sin prestar un enfoque exclusivo en SMyA, este servicio será complementario, brindando atención por parte de un médico(a) general capacitado (a) en SMyA y psicología.	• Trabajo social • Médico general capacitado en Salud Mental y Adicciones* • Psicólogo • Enfermería • Apoyo administrativo • Seguridad
Intermedia	**-Hospitales de Segundo Nivel Especializados**: contando con las especialidades básicas establecidas por nivel de atención (pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía general y urgencias), y sin prestar un enfoque exclusivo en SMyA este servicio será integrado como parte de las especialidades, prestando atención en SMyA por el especialista en psiquiatría, apoyado por médicos (as) generales capacitados (as) y psicólogos (as).	• Trabajo social • Apoyo administrativo • Lic. informática • Psiquiatra* • Médicos Generales capacitados en Salud Mental • Psicólogos • Enfermería • Seguridad
Avanzada	**-Hospitales de Segundo Nivel Especializados** **-Hospitales de Segundo Nivel Altamente Especializados:** destinados a ofrecer una atención médica total o exclusivamente orientada en trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones en los pacientes, donde se contará con médicos (as) especialistas en psiquiatría o paidopsiquiatría y psicólogos (as); lo anterior sin contar con el resto de las especialidades básicas que integran un Segundo Nivel de Atención.	• Trabajo social • Apoyo administrativo • Lic. informática • Seguridad • Psiquiatras* • Paidopsiquiatras* • Psicólogos • Enfermeras • Seguridad

Fuente: Elaboración propia CONASAMA- DGPLADES (2023).

Nota: Individualizar de acuerdo a cada unidad, considerando que el número de camas y consultorios que se asignen se definirá derivado del análisis del diagnóstico situacional de la unidad, así como de la capacidad instalada de la unidad operativa donde sea factible implementar el modelo.

* En cuanto a la incorporación de Telemedicina (principalmente implementando los servicios de Teleconsulta y Mentoría a distancia), se deberá tomar en consideración el número de recursos humanos con los que cuente cada unidad, para así determinar una designación “exclusiva", o bien asignarla como un extra dentro de las de las actividades del personal con el que se cuenta.

Modalidades de Atención Psiquiátrica

De acuerdo a la población objetivo de los Hospitales de Segundo Nivel, los servicios de Salud Mental y Adicciones se implementarán ya sea para adultos o para niños y adolescentes. El personal de psiquiatría podrá participar en equipos multidisciplinarios en clínicas especiales como las de VIH-SIDA, cuidados paliativos, cirugía bariátrica, trastornos de la conducta alimentaria, delirium en terapia intensiva, unidad de cuidados intensivos coronarios, trasplantes, oncología, diálisis, entre otros.

En consideración, a que es heterogéneo el actual estatus en la implementación de la atención psiquiátrica en los hospitales e institutos, o incluso ante falta de un servicio, es necesario determinar opciones que permitan la implementación gradual de los servicios, de acuerdo a las necesidades de Salud Mental y Adicciones, conforme a la disposición de recursos humanos, materiales y planta física, así como de la revisión de experiencias en la materia (OPS- OMS. 2008; 2009). Con base en esto se distinguen tres posibles modalidades:

Básica

Parte de un servicio clínico en funcionamiento dentro de la Unidad de Segundo Nivel de Atención. Se enfoca en realizar acciones de enlace a través de interconsultas y valoraciones en el servicio de urgencias, las cuales podrán ser realizadas por un **Médico general capacitado en Salud Mental y Adicciones**. Realiza valoraciones en el servicio de urgencias a fin de determinar hospitalización de estancia breve en dicho servicio (no mayor a 48 horas). Efectúa actividades de capacitación al personal multidisciplinario tanto del equipo de Salud Mental y Adicciones como del resto de los equipos insertos en el servicio de urgencias. Coordina a su equipo de trabajo a fin de realizar actividades de Teleconsulta y mentoría a distancia a las unidades vinculares dentro de su cobertura de atención (principalmente Hospitales integrales comunitarios). Deberá contar con servicio de consulta externa.

Intermedia

Se constituye como servicio clínico para atención de Salud Mental y Adicciones dentro de la subdirección médica en las Unidades de Segundo Nivel de Atención. Se enfoca en realizar acciones de **psiquiatría y psicología** de enlace a través de interconsultas, valoraciones en el servicio de urgencias y hospitalización.

Realiza valoraciones en el servicio de urgencias a fin de determinar *el tiempo de estancia hospitalaria, estipulándolo como breve (no mayor a 48 horas) dentro del mismo servicio u hospitalización continua (no mayor a 7 días) en caso de ameritarlo*. Así mismo se encarga de realizar actividades de capacitación al personal multidisciplinario tanto del equipo de Salud Mental y Adicciones como del resto de los equipos insertos en el servicio de urgencias. El jefe de esta unidad coordina a su equipo de trabajo a fin de realizar actividades de Teleconsulta y mentoría a distancia a las unidades vinculares dentro de su cobertura de atención (Hospitales integrales comunitarios y hospitales generales que no cuenten con servicio de Salud Mental y Adicciones), así como las actividades relacionadas con la planeación estratégica. Además, proporcionará seguimiento planificado en consulta

externa de los casos atendidos en el servicio de urgencias u hospitalizados en estancias breves (no mayores a 7 días) a fin de determinar y coordinar las características de referencia y contrarreferencia, ya sea a Unidades de Primer Nivel de Atención o a Unidades de Segundo Nivel donde se implementen las modalidades básica o avanzada. Deberá disponer de un servicio de consulta externa, así como asignación de camas para estos pacientes en el servicio de urgencias y en el servicio de hospitalización.

Avanzada

Se constituye como servicio clínico de nueva creación para atención de Salud Mental y Adicciones con servicio de **consulta externa** y **hospitalización independientes**. Se enfoca en realizar **acciones de psiquiatría** y **psicología** de enlace a través de interconsultas y valoraciones en el servicio de urgencias, hospitalización continua y servicios de especialidad y subespecialidad insertos en la Unidad Médica de Segundo Nivel de Atención Especializada o bien Altamente Especializada en Psiquiatría. También realiza valoraciones en el servicio de urgencias a fin de determinar el tiempo de estancia hospitalaria, estipulándolo como breve (no mayor a 48 horas) dentro del mismo servicio u hospitalización continua (no mayor a 10 días) en caso de ameritarlo. Efectúa actividades de capacitación al personal multidisciplinario tanto del equipo de Salud Mental y Adicciones como del resto de los equipos insertos en las Unidades de Segundo Nivel de Atención con personal capacitado (modalidad básica), de Atención Especializada (modalidad básica) o Altamente Especializada (modalidad avanzada). Coordina a su equipo de trabajo a fin de implementar los servicios de Teleconsulta y mentoría a distancia a las unidades vinculares (Hospitales integrales comunitarios y Hospitales Generales que no cuenten con servicio de Salud Mental y Adicciones) a su nodo de atención.

Proporciona seguimiento planificado en consulta externa de los casos atendidos en el servicio de urgencias u hospitalizados en estancias breves (no mayores a 10 días) a fin de determinar y coordinar las características de referencia y contrarreferencia ya sea a Unidades de Primer Nivel de Atención, a Unidades de Segundo Nivel que ofrezcan Atención Psiquiátrica (de SMyA) en su modalidad básica o intermedia. Deberá disponer de un servicio de consulta externa; así como contar asignación de camas en el servicio de urgencias y en el servicio de hospitalización para la atención de estos pacientes.

En la modalidad intermedia y avanzada el servicio de psiquiatría deberá interactuar con los otros servicios hospitalarios, tales como laboratorio clínico, estudios de gabinete, patología, farmacia, urgencias, medicina física y rehabilitación, enseñanza e investigación, archivo clínico, estadística, CEYE, cocina, servicios generales, lavandería y disposición de residuos sólidos.

La asignación de camas y consultorios se deberá Individualizar de acuerdo a cada unidad, considerando que se definirán derivado del análisis del diagnóstico situacional de la unidad, así como de la capacidad instalada de la unidad operativa donde en donde sea factible implementar el modelo.

Vinculación con la Unidad de Cuidados Especiales en Psiquiatría (UCEP)

Son áreas diseñadas para pacientes que no pueden ser manejados en alas abiertas debido al riesgo para sí mismos y para otros. El riesgo puede estar asociado a ideación suicida persistente o conducta disruptiva.

La característica que distingue al área es la limitación en los accesos, ya que se encuentra diseñada con cerraduras externas y se requiere un mayor número de personal a cargo (uno a uno en casos graves). Es importante mencionar que no se debe tomar como unidades de castigo o segregación que vulnere los derechos humanos, ya que el paciente aislado se considera doblemente vulnerable. Además, es importante mencionar que esto no se trata de un mecanismo terapéutico en sí mismo, y solo debe ser visto como una medida temporal hasta que la condición clínica del paciente lo amerite.

Durante el uso del aislamiento se recomienda: la observación continua del paciente, la reevaluación simple y documentación del estado físico y mental del paciente cada 15 minutos; un examen neurovascular de sus extremidades; determinar si está restringido cada hora; ponderar la necesidad de nutrición; y revisar los signos vitales por lo menos cada 4 horas.

Servicios de Urgencias psiquiátricas en Hospital de Segundo Nivel

Los Servicios de Urgencias Psiquiátricas, son unidades especializadas en la atención de condiciones de Salud Mental en estado crítico (Molina y Caraveo, 2016).

Existen pocos estudios que aborden estrategias para mejorar la calidad de los Servicios de Urgencias Psiquiátricas. En el caso de Estados Unidos, se publicaron en 2009 los resultados preliminares del Psychiatric Emergency Research Collaboration-01 (PERC) (Bodreaux et al 2009) que implicó la creación de una estandarización para mejorar algunas de las actividades e intervenciones en los servicios de urgencias, como monitoreo toxicológico, porcentaje de usuarios con agitación, medidas tomadas en caso de agitación e ideación de auto-daño. Los autores llegaron a la conclusión que realizar una documentación y reporte estandarizado de las actividades de un servicio de urgencias psiquiátricas es posible, incluso cuando se abordan múltiples instituciones (Brodeaux, 2009).

En México existe un estudio que describe los indicadores de actividad de un servicio de urgencias psiquiátricas durante cinco años (2004 a 2008). Se observa que la media quinquenal de consultas de urgencias son 8,211 consultas, representando aproximadamente la tercera parte de lo reportado por algunos servicios de urgencias médicas. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente vistos son el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad generalizada, seguidos del Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Delirium y el Trastorno Mental secundario a causa médica (Molina-López, 2014).

Aunque se cuenta con estudios de prevalencia y frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y de condiciones en urgencias psiquiátricas, en algunos servicios de urgencias de hospitales psiquiátricos mexicanos, no se cuenta con estudios que aborden la prevalencia de agitación en diferentes servicios de urgencias y la etiología de ésta, en Servicios de Urgencias de Hospitales Generales.

Los servicios de urgencias representan un punto crucial en la atención institucional e interinstitucional, exigen filtrar o seleccionar a sus usuarios en una forma mucho más específica para poder asignar así una cita en varios días, semanas o incluso meses después.

La Psiquiatría de Urgencias ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. En Estados Unidos, tras la desinstitucionalización y búsqueda de la reincorporación del enfermo mental a la comunidad, miles de enfermos mentales agudos son actualmente enviados a hospitales generales, siendo los servicios de Urgencias el primer punto de entrada para dichos pacientes.

Entre los factores que podrían explicar el incremento en la demanda de los SUP en los últimos años están, el aumento en los comportamientos suicidas en el mundo y en México, el incremento de conductas violentas asociadas a uso de sustancias y el aumento en la prevalencia del consumo de alcohol.

Se ha observado que algunos servicios de urgencias psiquiátricas han incrementado su productividad en más de 150% en los últimos 13 años, debido a la limitación de los servicios ambulatorios a cubrir la demanda creciente debida al aumento en el consumo de sustancias y a la desinstitucionalización.

Triage en Salud Mental

El Triage en servicios de urgencias médicas es una herramienta fundamental en la atención de los pacientes que acuden a dichos servicios, ya que en ellos se suelen aglomerar numerosos usuarios que ameritan atención, pero que individualmente tienen condiciones con diferente grado de gravedad, y se necesita una valoración inicial enfocada a priorizar la atención a aquellas condiciones que implican mayor riesgo.

Triage de Manchester: Consiste en un código de cinco posibles condiciones representadas por un color (rojo, naranja, amarillo, verde y azul) que pueden arribar a un servicio de urgencias. De acuerdo a la urgencia de la condición se establece el tiempo de espera de las condiciones, que varía desde atención inmediata hasta espera de 240 minutos.

Las urgencias psiquiátricas son diferentes de las urgencias médicas, por lo cual los servicios de urgencias deben utilizar instrumentos o herramientas específicas que detecten una u otra, considerando siempre una zona de intersección para ambas, que consiste en las urgencias médicas que pueden manifestarse con síntomas neuropsiquiátricos. Desafortunadamente, en materia de urgencias psiquiátricas, emergencias conductuales y sus respectivas herramientas de detección, existe en todos los países un importante rezago respecto de las emergencias médicas, no siendo una excepción el caso de México.

El Triage utilizado en Medicina de Urgencias y Emergencias no siempre puede detectar una condición psiquiátrica de riesgo, ya que los instrumentos de Triage de urgencias médicas generalmente están realizados en función del riesgo vital, siendo que en las urgencias psiquiátricas el paciente puede tener integridad en sus funciones vitales, pero manifestar algún tipo de riesgo hacia sí mismo o los demás.

Por tal necesidad y tomando en cuenta la necesidad de una nueva clasificación de urgencias psiquiátricas, se desarrolló el Triage Psiquiátrico realizado por el Dr. Alejandro Molina López, médico psiquiatra mexicano que laboró por más de quince años en el del servicio de Atención Médica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (©Molina-López A, 2008), creó el Instrumento que categoriza las Urgencias Psiquiátricas en una de cinco categorías posibles de riesgo representadas por un color, además de 32 posibles condiciones que pueden presentarse en un servicio de urgencias, ya sea médicas u hospitalarias, que permiten identificar rápidamente el nivel de riesgo de cada una de ellas.

El Triage Psiquiátrico ofrece las ventajas de que a mayor gravedad la evaluación es más rápida, ya que concluye al encontrar cualquier condición de inestabilidad médica, peligrosidad, o vulnerabilidad, y se asigna a la condición un código en color que está coordinado a un algoritmo de acción predeterminado.

Cuadro 4. Grado de prioridad, riesgo y acciones en los servicios de urgencias

Grado de Prioridad	Código de color	Nivel de Riesgo	Tipo de condición	Acción a realizar
1	Rojo Plus (Marrón)	Alto	Emergencia Médica	Referencia
2	Rojo	Alto	Psiquiátrica Critica	Referencia
3	Amarillo	Medio	Psiquiátrica Vulnerable	Estabilización
4	Verde	Bajo	Psiquiátrica Estable	Contención
5	Blanco	Nulo	Urgencia Sentida	Derivación

Fuente: Adaptado de la Guía para la operación del servicio de psiquiatría en hospital general, CONASAMA, 2023.

Actualmente, el formato (Triage) aplicado en el servicio de urgencias psiquiátricas para la clasificación de las mismas en aquellas Unidades de Segundo Nivel Altamente Especializadas, se muestra a continuación:

Cuadro 5. Triage de Urgencias psiquiátricas (actual)

URGENCIA	NIVEL DE PRIORIDAD	
	I Resucitación	ROJO
	II Emergencia	NARANJA
	III Urgencia	AMARILLO
	IV Urgencia menor	VERDE
	V No urgencia	AZUL

Fuente: Elaboración propia CONASAMA, 2023.

En este mismo formato es posible apreciar el significado que representa cada uno de los colores asignados de acuerdo a la condición de los pacientes, así como algunos ejemplos de escenarios vinculados.

Rojo: asignado a condiciones que ponen en peligro inmediato la vida o la función, en este campo se encasillan casos como un paro cardiorrespiratorio, alteración grave de signos vitales, delirium, enfermedades medicas graves (neurológica, cardiaca, neumológica, hepática, renal, obstétrica), una conducta violenta o agitación, e intentos suicidas que compromete la vida del paciente en este momento.

Naranja: este color corresponde a condiciones que ponen en peligro inmediato la vida o la función del paciente, como en el caso de conductas que ponen en riesgo la propia integridad o la de terceros, la presencia de ideas suicidas/ homicidas, o bien la automutilación en todas sus expresiones.

Amarillo: aquí son tomadas en cuenta todas aquellas condiciones que al no ser atendidas en un periodo de 60 minutos pueden poner en riesgo la integridad del paciente o de terceros, considerándose una urgencia cuando determinada sintomatología psiquiátrica se exacerba en frecuencia y/o intensidad en las últimas 72 horas.

Verde: a diferencia de la anterior, el color verde corresponde a urgencias menores, donde la sintomatología psiquiátrica presentada tiene un periodo de exacerbación de más de 72 horas, y no compromete la integridad física del paciente o terceros.

Azul: este color es asignado a condiciones no consideradas urgencias, ya que no ponen en peligro inmediato la vida o la función de los pacientes, así como lo es en casos de consultas de primera vez o subsecuentes (no incluidos en propiedades I, II, III, IV), reposición de recetas, solicitud de medicamentos, alimentos, ropa o alojamiento y la falta de apoyo social/ familiar. Con base en la situación presentada, se podrá determinar la permanencia, transferencia o referencia a otras instituciones ya sean primer nivel, especializadas (que ofrezcan atención psiquiátrica en su modalidad básica o intermedia) o altamente especializadas, siempre especificando el sitio.

Capacitación

Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas

Según el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»; con lo que vemos que la Salud Mental es un componente integral y esencial de la salud. La Salud Mental es un estado de bienestar en el que la persona desarrolla sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la Salud Mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

Además de la promoción y de la búsqueda de la Salud Mental, es primordial la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (TMNS), ya que estos son prevalentes en todas las regiones del mundo y fungen como factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad y mortalidad prematuras. Se puede atribuir a estos trastornos el 14% de la carga mundial de morbilidad; aunado a esto, el estigma y las violaciones a los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos, agravan el problema ya que los recursos proporcionados para afrontar la enorme carga de los TMNS se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad superior al 75% en materia de tratamiento en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos.

Por lo anterior, es importante ofrecer a los planificadores de las políticas y estrategias en Salud Mental y Adicciones de cada entidad y a las instancias normativas, un conjunto claro y coherente de actividades de capacitación y de formación continua, así como programas para ampliar y mejorar la atención de los TMNS dentro de los diferentes niveles de atención de la Salud Mental y Adicciones, que sean coherentes con el ejercicio de su práctica, identificando estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones clave en afecciones prioritarias, particularmente en entornos con recursos limitados.

La Salud Mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad de pensamiento, tanto colectivo como individual, así como para manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida; y, sobre esta base, considerar que la promoción, la protección, la atención y la recuperación, de la Salud Mental; son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

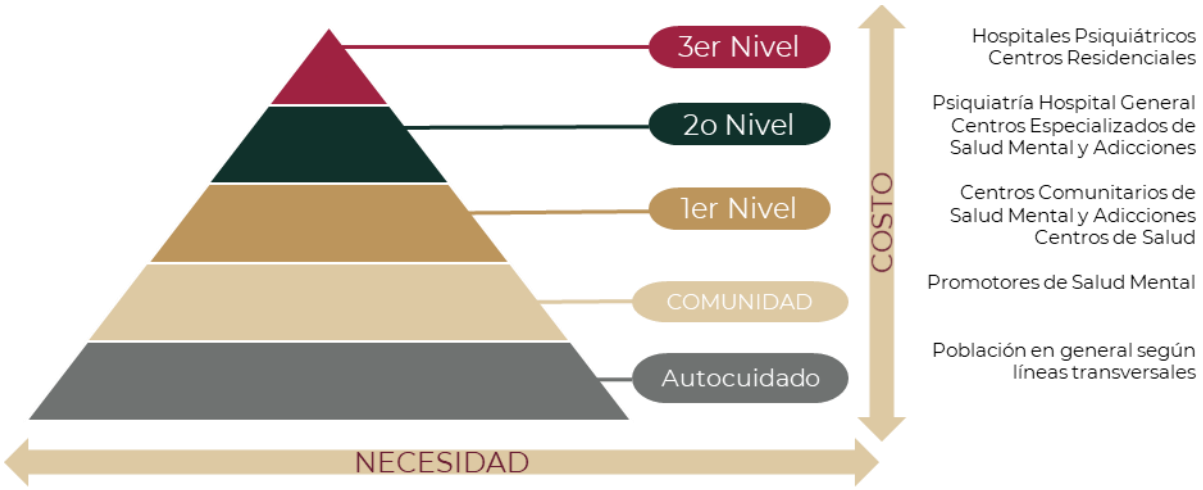
Determinantes Biopsicosociales de la Salud Mental

La Salud Mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos, biológicos, climáticos, geográficos y económicos, entre otros; las condicionantes socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la Salud Mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes de esto se relacionan con los indicadores de pobreza y, en particular, con el bajo nivel educativo. Así mismo, los desórdenes de Salud Mental y Adicciones se han visto asociados a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, a la mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales; los TMNS también dependen de causas de carácter biológico, como los factores genéticos y los desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Por tanto, para afrontar las necesidades y problemáticas relacionadas con los TMNS en la población, es fundamental la universalización de la Salud Mental y Adicciones y la vinculación entre el quehacer cotidiano de los diferentes niveles de atención (Figura 3).

Figura 3. Servicios de Salud Mental y Adicciones

Muestra a manera de pirámide los niveles de cuidados y atención de acuerdo con la necesidad del paciente y el costo que tiene.



Adaptado del Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. CONASAMA, 2023.

Un punto importante para considerar es la composición del sistema de servicios de Salud Mental y Adicciones en México dentro de un modelo, que se integra por los siguientes elementos:

A. Atención Informal

- Ciudadanía en general
- Cuidado de cuidadores
- Organizaciones de la sociedad civil
- Comunitaria con actores no sanitarios

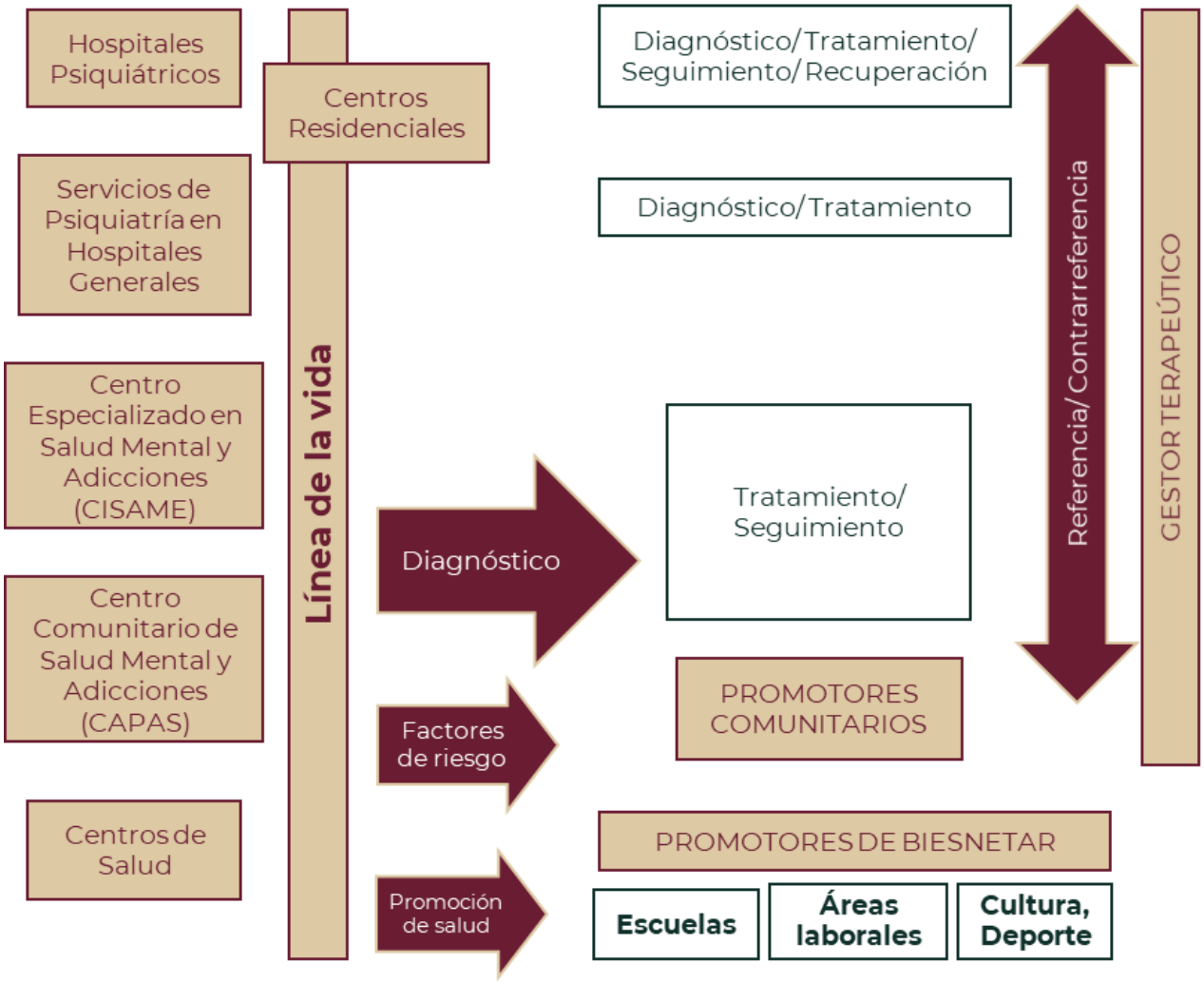
B. Atención Formal

Otros elementos.

1. Líneas y Sitios de Contacto
2. Redes Sociales

Dado que la problemática en materia de Salud Mental y Adicciones es multifactorial y en diferente grado afecta a toda la sociedad, este modelo debe considerar los programas transversales de otros sectores como educación, trabajo, cultura, deporte, bienestar, economía, desarrollo agrario, territorial y urbano, seguridad, medio ambiente, energía, economía, agricultura, comunicaciones y transportes, turismo, entre otros que potencialmente puedan coordinar y congregar los esfuerzos implementados por el sector salud (Figura 4).

Figura 4. Modelo de Salud Mental y Adicciones



Fuente: Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. CONASAMA, 2023.

Objetivo general del Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas

El asignar al personal no especializado las funciones que antes estaban reservadas a personal especializado en Salud Mental, implica capacitar utilizando una orientación clara y pertinente que el personal pueda aplicar directamente en una situación tanto clínica, como comunitaria. Esto implica además una reconceptualización de la función del personal especializado como psiquiatras o psicólogos, los cuales deben trabajar directamente con los servicios secundarios y terciarios en materia de salud pública y actuar como multiplicadores, potenciando la capacidad del personal de atención primaria para detectar y tratar a las personas con enfermedades mentales (Thornicroft et al., 2016).

Por otro lado, para el personal especializado en Salud Mental, esta capacitación debe incluir el trabajo comunitario, y extenderse para la inclusión de equipos de Salud Mental y Adicciones en Hospitales de Segundo Nivel y en Centros de Primer Nivel de Atención.

Todo este personal debe tener las competencias necesarias para incorporar la evidencia científica en su práctica diaria, así como la utilización de guías de práctica clínica de los principales trastornos mentales. El plan está pensado en líneas transversales de cultura de paz, derechos humanos, género, prevención, promoción y enfoque social (Segura et al., 2018). A nivel comunitario, esta capacitación puede darse a través de campañas de información y sensibilización para la promoción y la prevención primaria, que amplíen el conocimiento sobre los trastornos mentales para ayudar a su prevención, reconocimiento, gestión, así como para reducir el estigma y la discriminación (Petersen et al., 2016), pues estas actúan como una influencia omnipresente que afecta a todos los niveles de planificación y aplicación de los tratamientos y servicios relacionados con la Salud Mental (Thornicroft et al., 2016).

La unificación de todas estas acciones de capacitación a diferentes niveles, es lo que se define como Plan Maestro de Capacitación, el cual tiene como objetivo general, realizar un análisis situacional, diseñar los planes y programas de capacitación, dirigir y coordinar el desarrollo de dichos planes y programas, evaluar y dar seguimiento a la capacitación; para una mejora continua en materia de Salud Mental y Adicciones; además, de promover la oferta, tanto a nivel nacional como internacional de dicha capacitación con la intención de fomentar la recuperación de la Salud Mental y reducir la mortalidad, morbilidad y la discapacidad de personas con trastornos mentales, siempre con un enfoque de Derechos Humanos, de género y de interculturalidad; a lo largo del ciclo de la vida (Figura 5).

Figura 5. Objetivo del Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas

Adaptado del Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas CONASAMA, 2023.

Objetivos principales del Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas

El Plan se centra en conocer las necesidades de capacitación en los diferentes entornos y niveles de atención con base en:

1. Diseñar o reforzar los modelos orientados a la atención integral de los trastornos mentales, así como planear y programar la implementación de los programas en poblaciones específicas.
2. Ejecutar la capacitación según el ámbito o el sector, favoreciendo el ámbito comunitario y las intervenciones psicosociales concurrentes a las necesidades de la población.
3. Evaluar las estrategias y planes de capacitación para, posteriormente, implementarlos de manera masiva.
4. Realizar la supervisión constante de las capacidades adquiridas para fortalecer los sistemas de capacitación continua.
5. Hacer particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos, la reducción del estigma, el fortalecimiento y el fomento de la participación de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria.

Para el correcto funcionamiento del plan, es necesaria una participación interdisciplinaria activa que incluya expertos en Salud Mental (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, rehabilitación, etc.) así como expertos en pedagogía para la generación de los contenidos, expertos pedagogos que diseñen las estrategias que favorezcan el aprendizaje; personal que realice la programación de las capacitaciones en las diferentes plataformas y personal que gestione el avance de los cursos en las plataformas y responda a las necesidades de las mismas, así como personal que realice la vinculación con otros sectores (Figura 6).

Figura 6. Personal Requerido para el Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Fuente: Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. CONASAMA, 2023.

Además de la participación interdisciplinaria activa se requiere de una estructura general que permita guiar el trabajo de la capacitación y, considerar que en cada uno de los niveles existan estrategias congruentes dirigidas a acciones específicas de promoción, prevención, atención, recuperación, investigación, etc. (Figura 7).

Figura 7. Estructura del Plan de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Fuente: Adaptado del Plan maestro de capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. CONASAMA, 2023.

Salud Mental Comunitaria

El Plan Maestro de Capacitación en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, parte del enfoque comunitario que pretende fomentar la participación de comunidades para la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria (Foz, Gofin, Montaner, 2008); para salvaguardar los derechos de niñas, niños, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTTTI+, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afromexicanas; y se enfoca en la generación de estrategias que permitan la promoción, la prevención, la protección de la Salud Mental y la atención de los TMNS así como, la capacitación formal en materia de Salud Mental y Adicciones.

Promoción y protección de la Salud Mental

La promoción de la Salud Mental consiste en acciones que establezcan entornos y condiciones de vida que propicien la Salud Mental y permitan a más personas adoptar y mantener modos de vida saludables de forma individual y comunitaria (Pasarín et. al., 2010).

En este sentido, un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la Salud Mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de Salud Mental.

Por este motivo es importante generar estrategias de capacitación dirigidas de manera particular a las necesidades de cada sector que se genere a partir del mismo; a través de políticas nacionales de Salud Mental que se ocupen no únicamente de los trastornos mentales, sino del reconocimiento y abordaje de cuestiones más amplias que fomenten la Salud Mental, como la incorporación de la promoción de la Salud Mental a las políticas y programas de los sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo temas de Salud Mental y Adicciones, autocuidado, estigma, promoción, entre otros.

En particular, la promoción de la Salud Mental y la prevención de las Adicciones depende en gran medida de estrategias intersectoriales de educación, cultura, seguridad, trabajo, gobernación, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y asistencia social; siempre con la coordinación del sector salud como directriz de las estrategias y acciones.

En el Plan Maestro de Capacitación se incluyen estrategias de capacitación no formal dirigidas a la comunidad, así mismo, describe estrategias de capacitación formal a los diferentes servicios de atención no formal a través de la promoción de la Salud Mental y Adicciones.

Entre otras formas concretas de fomentar la Salud Mental se pueden mencionar:

1. Las intervenciones en la infancia.
2. El apoyo a niñas, niños y adolescentes.
3. El apoyo a la mujer.
4. El apoyo social a adultos mayores.
5. Los programas dirigidos a grupos vulnerables, minorías, pueblos indígenas, población en situación de migración y personas afectadas por conflictos y desastres.
6. La Salud Mental en adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia.
7. La Salud Mental en personas adultas privadas de la libertad.
8. La Salud Mental en la escuela.
9. La Salud Mental en el trabajo.
10. La prevención de la violencia.
11. Los programas de desarrollo comunitario.
12. Los programas y las campañas contra la discriminación.
13. La promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.
14. La inclusión de minorías sexuales.

Atención y tratamiento de los trastornos mentales

Aunque han sido parte de las necesidades nacionales esenciales y en los planes de acción, se incluyen la atención y el tratamiento algunas veces, la generación de estrategias y acciones de capacitación para satisfacer las necesidades de las personas con trastornos mentales ha tenido poca relevancia. Por lo que es necesario priorizar y dirigirse a escenarios que garanticen que la inversión será redituable, sobre todo en escenarios donde existe poco apoyo y recursos destinados a la Salud Mental y Adicciones.

Se han desarrollado metodologías para establecer prioridades en Salud Mental, teniendo en cuenta que las intervenciones deben ser eficaces, sostenibles y asequibles para reducir la carga de la enfermedad. Por ejemplo, el Grupo de Salud Mental Mundial de Lancet (Vikram Patel, Dan Chisholm, Tarun Dua, Ramanan Laxminarayan, 2015), se centran en cuatro trastornos:

1) Depresivos
2) De ansiedad y otros trastornos mentales comunes
3) Relacionados al abuso de alcohol y otras sustancias
4) Mentales de niños y adolescentes

Además, recomiendan que las intervenciones sean realizadas por profesionales no especializados en entornos de atención existentes, y que los especialistas desempeñen un papel en la capacitación y la supervisión. La OMS, publicó en 2010, como parte de su Estrategia para la Reducción de la Brecha en Atención a la Salud Mental y Adicciones (mhGAP), la Guía de Implementación de mhGAP (GI-mhGAP) (World Health Organization, 2017), la cual se centra en trastornos mentales y neurológicos que son comunes en los entornos de países de bajos ingresos y que tienen un impacto mayor en la salud pública: depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente, demencia, trastornos por consumo de sustancias, y autolesiones/suicidios.

La Guía de Implementación de mhGAP se basa en revisiones exhaustivas (Keynejad, Dua, Barbui, & Thornicroft, 2018), y cuenta con manuales de implementación (World Health Organization, 2018), así como de formación de formadores (WHO, 2017), lo que facilita su adaptación y réplica. A nivel de la comunidad, se han identificado como intervenciones efectivas: promoción de Salud Mental en políticas de salud y del trabajo, programas escolares de Salud Mental y aprendizaje socioemocional; métodos para identificación y detección de casos en escuelas; programas de crianza; y capacitación de guardianes en la identificación de jóvenes con desórdenes mentales, incluyendo daños autoinfligidos (Thornicroft et al., 2016). Sin embargo, un elemento importante a considerar es la necesidad de un cambio de responsabilidades y de la función que desempeñan los especialistas de Salud Mental, pues implicaría asumir la responsabilidad de la capacitación y supervisión, para garantizar intervenciones de calidad en los equipos de salud (World Federation for Mental Health, 2009) (Golfin, 2010).

Capacitación específica para Segundo Nivel

Dada la carencia de materia de servicios de Salud Mental y Adicciones en Hospitales de Segundo Nivel *no exclusivamente psiquiátricos*, la implementación de un "Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención", permitirá una mayor cobertura de los padecimientos que afectan la Salud Mental y, acercará al equipo de salud de diferentes áreas intrahospitalarias estratégicas a los pacientes para que estos reciban una atención de calidad y con calidez; además de descentralizar los servicios de atención psiquiátrica (o bien de SMyA). Esta modalidad de atención, a través del Servicios de Salud Mental y Adicciones, se dedicará a:

Interactuar con las demás áreas hospitalarias, donde promoverá la capacitación en materia de trastornos mentales, para el beneficio de los pacientes, mediante la inclusión de programas de formación de especialistas y capacitación del personal profesional y técnico en materia de psicología y psiquiatría.

I. Diseñar programas continuos psicoeducativos sobre la adherencia terapéutica, la atención familiar, los cuidadores primarios, la disminución del estigma y la discriminación de pacientes por parte del personal de los hospitales.

II. Atender con calidad y calidez a los pacientes, brindando servicios de consulta externa integral, de hospitalización y de urgencias; igual que en los otros servicios de especialidad que el hospital posee; mediante acciones de farmacoterapia, psicoterapia, psicoeducación, intervención grupal, entre otros.

III. Generar acciones para la eliminación de barreras administrativas al interior del hospital que impidan la atención integral de los pacientes, el abasto de medicamentos, la solicitud de requisitos de atención que favorezcan el acceso a la atención oportuna, integral y multidisciplinaria.

IV. Brindar atención en Salud Mental y Adicciones a los pasantes en servicio social, internado médico, residencias y trabajadores (as) del hospital; que así lo soliciten.

V. Operar el sistema de referencia al Primer Nivel de Atención y/o a los Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o equivalentes, con medidas que garanticen la continuidad del tratamiento y que eviten recaídas y el reingreso de pacientes al hospital.

VI. Incluir un programa especial para el manejo del intento suicida.

VII. Participar en programas especiales de acuerdo a la vocación y misión del hospital, tales como trasplantes de órganos, cirugía bariátrica, cuidados paliativos, programas especiales que el hospital y otros que la Secretaría de Salud demande.

VIII. Promover y participar en programas de difusión y educación en Salud Mental y Adicciones, y otras especialidades médicas; para la población general.

IX. Incluir en los programas académicos de la residencia médica en psiquiatría y paidopsiquiatría; temas de medicina interna, neurología y pediatría.

X. Buscar que los programas operativos amplíen la rotación de residencias médicas de medicina interna, neurología, psiquiatría y paidopsiquiatría; en los hospitales e instituciones no psiquiátricas.

XI. Distinguir a los pacientes con trastornos agudos y crisis que requieran de breve y mediana estancias de aquellos que requieran de larga estancia para su adecuada canalización a Hospitales Psiquiátricos (Altamente Especializados).

En todo momento el servicio debe ser sensible a las necesidades para incluir temas relacionados con las patologías más comunes, tanto para el personal como para la población general.

Esta capacitación en los Hospitales de Segundo Nivel de Atención, se enfoca en la población conformada por médicos generales, médicos especialistas, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y otros perfiles que laboran en esas unidades. Será importante tener en cuenta dos modalidades cuando se implemente el servicio de urgencias en el modelo de atención psiquiátrica del hospital.

Modalidad básica e intermedia: la atención de Urgencias psiquiátricas dentro del servicio de urgencias de Hospitales Generales o Comunitarios, en donde será vital la capacitación del personal (médicos internos de pregrado, médicos residentes, médicos especialistas, personal de enfermería, trabajo social, personal administrativo de intendencia y seguridad), en donde se tendrá un espacio (consultorio) destinado en la atención de dichos pacientes el cual podrá ser atendido por médicos (as) especialistas no psiquiatras (urgenciólogos, médicos internistas) y/o médicos psiquiatras, esta modalidad podrá aplicarse en el nivel básico e intermedio de los modelos de atención hospitalaria de Salud Mental y Adicciones.

Modalidad avanzada: dentro del servicios de hospitalización psiquiátrica en la modalidad avanzada, destinar un área específica para la atención de las urgencias psiquiátricas, en donde se tendría un área de observación y/o transición, consultorios para la atención de las urgencias psiquiátricas, médicos residentes en psiquiatría (de preferencia de 4to año), médicos psiquiatras y/o paidopsiquiatras, personal de enfermería, trabajo social, personal administrativo y seguridad.

La capacitación dirigida al personal que atiende en los hospitales generales, se propone el siguiente temario:

Cuadro 6. Carta descriptiva, curso de urgencias psiquiátricas.

Temas	Subtemas	Población Objetivo
Triage y manejo de urgencias en psiquiatría.	**1. Triage en psiquiatría.** • Diferencias entre el proceso de triage del servicio de urgencias médicas y el triage de urgencias psiquiátricas • Formato de triage psiquiátrico en Hospital general. • Niveles de prioridad en triage psiquiátrico (Azul, verde, amarillo, naranja, rojo). • Criterios de urgencias psiquiátrica • Criterios de riesgo que ameritan tratamiento intrahospitalario en hospital psiquiátrico. **2. Síndromes psiquiátricos.** • Principales síntomas en la entrevista psiquiátrica. • Síndromes psiquiátricos (ansioso, depresivo, psicótico). **3. Trastornos psicóticos.** • Características clínicas de los trastornos psicóticos. • Nivel de prioridad en atención de urgencias (triage psiquiátrico). • Criterios de urgencia y de hospitalización. • Manejo inicial. • Diagnóstico diferencial. **4. Trastornos depresivos.** • Características clínicas de los trastornos depresivos. • Nivel de prioridad en atención de urgencias (triage psiquiátrico). • Criterios de urgencia y de hospitalización. • Manejo inicial. • Diagnóstico diferencial. **5. Trastornos ansiosos y reacción a estrés.** • Características clínicas de los trastornos ansiosos. • Características clínicas de trastornos asociados al estrés. • Nivel de prioridad en atención de urgencias (triage psiquiátrico). • Manejo inicial. • Criterios de urgencia y de hospitalización. • Diagnóstico diferencial. **6. Trastornos psiquiátricos como manifestación de enfermedades médicas no psiquiátricas.** • Manifestaciones psiquiátricas de enfermedades metabólicas, endocrinas, oncológicas, inmunológicas. • Manifestaciones clínicas que orientan el diagnóstico. • Estudios de laboratorio y gabinete que orientan el diagnóstico. **7. Trastornos neurológicos y manifestaciones psiquiátricas.** • Manifestaciones psiquiátricas de enfermedades neurológicas. • Manifestaciones clínicas que orientan el diagnóstico. • Estudios de laboratorio y gabinete que orientan el diagnóstico. • Diagnóstico diferencial. **8. Delirium.** • Definición. • Fisiopatología del delirium. • Factores de riesgo, precipitantes, protectores. • Tratamiento. **9. Trastornos mentales debido al consumo de sustancias.** • Grupo de sustancias. • Trastornos inducidos por consumo de sustancias. • Nivel de prioridad en atención de urgencias (triage psiquiátrico). • Criterios de urgencia y de hospitalización psiquiátrica. **10. Agitación psicomotriz.** • Definición. • Causas frecuentes en la agitación. • Tratamiento de la agitación psicomotriz. • Protocolo de sujeción terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.	1. Médicos generales. 2. Médicos especialistas. 3. Psiquiatras. 4. Psicólogos. 5. Enfermeras. 6. Trabajadores sociales. 7. Otros perfiles.

	11. Suicidio. • Definición. • Epidemiología. • Identificación de riesgo suicida. • Nivel de prioridad en atención de urgencias (triage psiquiátrico). • Manejo inicial. • Criterios de urgencia y de hospitalización psiquiátrica.	
Autocuidado y habilidades para la vida.	o Conductas autolesivas no suicidas, conceptualización y diagnóstico. o Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. o Determinantes biopsicosociales. o Hablemos de Salud Mental y autocuidado. o Panorama epidemiológico, Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA). o Diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas en México. o Salud Mental durante pandemia COVID-19. o Panorama epidemiológico de la Salud Mental y Adicciones en México. o Conceptos básicos sobre adicciones. o Comunicación empática de malas noticias en el contexto de COVID-19. o Curso emergente para la brigada de atención psicoemocional y psicosocial a distancia durante la pandemia de COVID-19 en México. o Importancia de la Salud Mental desde la infancia.	1. Médicos generales. 2. Médicos especialistas. 3. Psiquiatras. 4. Psicólogos. 5. Enfermeras. 6. Trabajadores sociales. 7. Otros perfiles.
Comunidades libres de estigma.	o Perspectiva de juventudes. o Minorías sexuales. o Personas en situación de migración. o Violencia sexual y violencia de género (dirigido a personal que atiende de forma telefónica). o Estigma y consumo de sustancias.	1. Médicos generales. 2. Médicos especialistas. 3. Psiquiatras. 4. Psicólogos. 5. Enfermeras. 6. Trabajadores sociales. 7. Otros perfiles.
Manejo del estrés.	o Primer apoyo psicológico. o Consejo breve. o Brigada de atención psicoemocional y psicosocial durante la pandemia de COVID-19 en México. o Estrés laboral, Burnout y autocuidado.	1. Enfermeras. 2. Trabajadores sociales. 3. Psicólogos.
Cultura de paz.	o Resolución no violenta de conflictos. o Derechos humanos de las y los pacientes.	1. Médicos generales. 2. Psicólogos. 3. Enfermeras. 4. Trabajadores sociales. 5. Otros perfiles.
GI-mhGAP	o Presentación de la GI-mhGAP. o Atención y prácticas esenciales de salud. o Depresión. o Trastornos por el consumo de sustancias. o Trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente. o Autolesión/suicidio. o Psicosis y epilepsia. o Demencia. o Otros padecimientos de Salud Mental importantes (estrés y ansiedad). o Primer apoyo psicológico y duelo. o Seguimiento y monitoreo.	1. Médicos generales. 2. Psicólogos. 3. Enfermeras. 4. Trabajadores sociales. 5. Otros perfiles.

Integración de la Salud Mental en el modelo de Atención Primaria a la Salud	o Atención Primaria en Salud con equidad. o Esquema de atención en Salud Mental y Adicciones. o Modelo de Salud Mental y Adicciones comunitario. o Redes integradas de servicios de salud y de Salud Mental y Adicciones .	1. Personal administrativo de Salud Mental. 2. Coordinadores estatales de Salud Mental y Adicciones. 3. Apoyos administrativos y primer contacto.
Prevención del suicidio y atención al comportamiento suicida	o Conducta suicida o Factores de riesgo asociada a la conducta suicida. o Modelo de atención de la conducta suicida basada en el nivel de riesgo. o Prevención. o Cuidado del terapeuta. o Primeros auxilios psicológicos.	1. Médicos generales. 2. Médicos especialistas. 3. Psiquiatras. 4. Psicólogos. 5. Enfermeras. 6. Trabajadores sociales. 7. Otros perfiles.
Adicciones	o Bases de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones. o Fortalecimiento mhGAP módulo de adicciones. o Patología dual. o Reducción de riesgo y daño. o Descripción del consumo. o Neurobiología del comportamiento adictivo. o Determinantes biopsicosociales para el uso de sustancias. o Programa de prevención y tratamiento a las adicciones. o Abordaje inicial del paciente con uso de sustancias. o Abordaje médico para la atención de los estados de intoxicación, abstinencia y el trastorno por uso de alcohol con métodos basados en evidencia (alcohol, nicotina benzodiacepinas y barbitúricos, cannabis, cocaína y otros estimulantes, inhalables, opiáceos, alucinógenos. o Efectos sobre la conducta y mecanismos de acción de sustancias psicoactivas (alcohol, nicotina, benzodiacepinas y barbitúricos, cannabis, cocaína y otros estimulantes, inhalables, opiáceos, alucinógenos). o Adaptaciones neurobiológicas al uso prolongado de sustancias psicoactivas. o Capacitación en materia de regulación de cannabis.	1. Médicos especialistas 2. Psiquiatras 3. Psicólogo 4. Enfermeras
Minorías sexuales.	o Usos de sustancias y la diversidad sexual. o Proceso de Transición.	
Salud Mental perinatal y materno-infantil.	o Introducción a la Salud Mental perinatal y materno-infantil o COVID-19 y Salud Mental de niñas, niños y adolescentes. Estrategias de intervención en crisis para el personal de salud	1. Médicos especialistas Psiquiatras 2. Psicólogos 3. Enfermeras
Cursos de alta especialidad	o Salud Mental del adulto mayor. o Víctimas de violencia y trastorno por estrés postraumático. o Salud Mental en cuidados paliativos.	
Psicoterapia basada en evidencia.	o Modelo biopsicosocial. o Terapias de primera, segunda y tercera generación con evidencia científica. o Trabajo interdisciplinario.	Psicólogos
Enfermería y Salud Mental comunitaria.	o Conceptos básicos de salud comunitaria. o Intervenciones de enfermería en Salud Mental comunitaria.	Enfermería

Trabajo social y Salud Mental comunitaria y en hospital general.	○ Actividades del Gestor de Salud Mental y Adicciones	Trabajadores sociales.
Recuperación en personas con trastornos mentales graves	○ Modelo de recuperación en personas con trastornos mentales graves.	1. Psiquiatras. 2. Psicólogos. 3. Enfermeros. 4. Trabajadores sociales
Enfermería y psiquiatría del hospital general	○ Introducción a la Salud Mental y Adicciones. ○ Intervenciones de enfermería en pacientes con trastornos mentales. ○ Proceso de Atención de Enfermería en segundo nivel de atención en pacientes con trastornos mentales.	Enfermería.
Trabajo social y psiquiatría de hospital general.		Trabajo social.

Fuente: Elaboración propia, CONASAMA, 2022.

Capítulo 2. Infraestructura Física

Requerimientos de Espacios Físicos

De acuerdo a la modalidad del servicio de psiquiatría, en atención de la Salud Mental y Adicciones, y a los estándares que establece el Consejo de Salubridad General (Estándares para Certificar Hospitales versión 2018, Segunda Edición) y la Cédula de Establecimientos de Segundo Nivel de Atención en Salud Mental de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud se establecerán los requerimientos de espacios físicos correspondientes (Cuadro 7):

Cuadro 7. Requerimiento de espacios físicos según modalidad

Descripción por área	Modalidad		
	Básica	Intermedia	Avanzada
Área Administrativa			
Recepción	0	1	1
Cubículo Jefe de Servicio	0	1	1
Cubículo de Trabajo Social	0	Opcional	1
Cubículo de Seguridad	0	0	1
Sala de espera	0	1	1
Área de Consulta Externa			
Consultorio de Salud Mental	1	1-4	5-10
Consultorio de Psicología	1	1-4	5-10
Área Hospitalaria			
Filtro de acceso (2 puertas)	0	1	1
Salón de usos múltiples	0	0	1
Comedor	0	0	1
Sala de día	0	0	1
Medio baño (Personal)	0	0	1 por cada 2-3 camas
Central de Enfermería (con guarda de medicamentos)	0	1	1
Cuarto de curaciones	0	1	1
Dormitorio pacientes (1 por cada 3 camas con baño completo)	0	1 por cada 3 camas con baño completo	1 por cada 3 camas con baño completo
Residencia médica (1 con 2 camas y baño completo)	0	Opcional	1

Cuarto De Aseo	0	0	1
Cuarto Séptico	0	0	1
Área verde(exclusiva). Opcional**	0	1*	1

Fuente: DGS, CONASAMA, Basado en: Estándares del CGS y DGCES; y La NOM vigente es la NOM-016-SSA3-2012.

En la modalidad básica para los Médicos generales capacitados en Salud Mental y Adicciones, y psicólogos sólo requerirá acondicionar un consultorio o en su caso habilitar un área de trabajo, dentro del área ambulatoria, preferentemente de forma exclusiva o bien podría ser compartido, el resto de los espacios serían comunes porque sus actividades clínicas las realizan en los servicios en donde se encuentren los pacientes (hospitalización, urgencias, clínicas de especialidades).

En la modalidad intermedia, para el funcionamiento del servicio de Salud Mental y Adicciones se requiere acondicionar tres áreas: un área administrativa para recibir a pacientes y atender a familiares (recepción, sala de espera, oficina del jefe de servicio); un área de urgencias en la que psiquiatras y psicólogos atiendan pacientes; y un área hospitalaria que cuente con un filtro de acceso que permita el control riguroso de las personas que entran y salen del servicio, espacios de uso común (salón de usos múltiples, comedor, baño, área verde opcional), en las que se hospitalizaran a los pacientes de acuerdo a la severidad y riesgo de su padecimiento.

En la modalidad avanzada, por tratarse de un área de hospitalización específica para la atención de pacientes psiquiátricos, se llevará a cabo únicamente en Hospitales de Segundo Nivel Especializados y Altamente Especializados en Psiquiatría (SMyA), en los que se puedan implementar las tres áreas como en la modalidad intermedia, pero con un incremento considerable en el número de cubículos para consulta externa y el número de dormitorios para hospitalización. Estos espacios deberán ser exclusivos para la atención que requiera atención especializada y cuya resolución en situaciones agudas no se haya conseguido en unidades con modalidad intermedia. Respecto a las áreas de hospitalización, cabe aclarar, que no se requiere de secciones de dormitorios separados por sexo, sino que sólo deben diferenciarse por su uso u ocupación. Asimismo, la distribución y proximidad de los dormitorios con la central de enfermería, dependerá de la gravedad de los pacientes. Además, en esta opción será posible incluir una residencia médica que permita implementar un programa de residencias médicas en psiquiatría y/o paidopsiquiatría, esto acorde a la capacidad de atención para adultos y menores de edad.

Es importante mencionar que en el diseño de reubicación y acondicionamiento de las instalaciones que ya existan en el Segundo Nivel de Atención, para adecuarse a cada una de las modalidades aquí propuestas, deben tenerse en cuenta tres aspectos de relevancia:

- Dimensión de los espacios
- Ubicación
- Seguridad.

Evaluación de Riesgos

La evaluación de riesgos, sea esta inicial o periódica, consiste en la aplicación sistemática de herramientas de gestión profesional capaces de identificarlo, valorarlo, actuar sobre él y realizar seguimiento y control del mismo, para priorizar las acciones preventivas, siguiendo para ello los principios de la mejora continua. Es decir, planificar, ejecutar, controlar y ajustar.

Como todo riesgo, este puede ser tolerable o no, dependiendo de las consecuencias que pueda producir y de la probabilidad de que un evento pueda desencadenar en un accidente. El cruce de ambas variables genera cinco posibilidades de daño que pueden variar desde uno trivial a uno intolerable, pasando por tolerable, moderado e importante.

Un método que emplea esta clasificación de Valoración del Riesgo es el de William Fine; que es el utilizado por este Manual. Las variables utilizadas para Valorar el Riesgo son: Gravedad, Frecuencia y Probabilidad.

La Gravedad equivale al daño que un evento es capaz de producir.

La Frecuencia se refiere al número de l veces que una persona se expone al riesgo, y La Probabilidad es la posibilidad de que ese riesgo desencadene en un accidente.

La ventaja de este método es que incorpora no sólo el daño a personas sino también considera el daño a la propiedad, equipos e instalaciones, lo que es totalmente consecuente con la Administración y Gestión de Riesgos. Sin embargo, la magnitud del monto asociado al evento es variable y su magnitud en capital, dependerá de cómo este daño afecte al sistema.

Identificación del Riesgo: Deberá ser realizada por personas responsables de áreas, es decir aquellos que tienen bajo su mando un grupo de personas. Mientras más sean los integrantes de estos grupos de evaluación, mejor. Es importante destacar el efecto multiplicador de esta medida. Es conveniente que la o las personas que se designen para esta función conozcan muy bien los procesos, sus máquinas, sus integrantes, para así aplicar criterios uniformes en todos los Servicios, Departamentos, Unidades y/o Puestos de Trabajo.

Estas personas seleccionadas se respaldarán en los prevencionistas, integrantes del Comité Paritario o personas que muestren dedicación e interés por estas actividades.

Estimación del Riesgo: Lo podemos estimar cuantificándolo a través de cuestionarios o realizando evaluaciones ambientales a través de instrumentación o técnicas analíticas, cuyas magnitudes están respaldadas por legislaciones vigentes o basadas en estándares internacionalmente reconocidos.

Esta etapa es la consecuencia de la Identificación y Estimación del Riesgo, es lo que se denomina Análisis del Riesgo, lo que nos conduce a una valoración de éste.

Valoración: Es justamente lo que realiza el cuestionario utilizado cuyo criterio se ha explicado anteriormente.

Para la concreción de la valoración, podemos decir que mientras más personas se integren en esta cruzada de recopilación de la información de las fichas, más pronto se tendrá una visión de las situaciones de riesgo.

Cuadro 8. Magnitud del Riesgo

MAGNITUD DE RIESGO= G X E X P			
FACTOR	**VALOR**	**COMENTARIO**	
			VARIABLE
GRAVEDAD (G) (EFECTO EN LA SALUD)	100	Catástrofe	Más de 1.000.000 US$
	40	Desastre Más de 1 muerte	500.000-1.000.000 US$
	15	Daño muy serio, 1 muerte o invalidez Total ≥70%, Gran invalidez 100%	100.000- 500.000 US$
	7	Daño serio, efecto irreversible incapacidad permanente parcial ≥155 <70%	10.000- 100.000 US$
	3	Daño importante, con ausencia, Incapacidad temporal, <15%	1.000- 10.000 US$
	1	Daño menor sin ausencia laboral Primeros auxilios	1.000 US$
EXPOSICIÓN (E)	10	Continuamente, Muchas veces al día.	
	6	Frecuentemente, Aproximadamente una vez al día	
	3	Ocasionalmente, de una vez a la semana a una vez al mes.	
	2	Irregularmente, de una vez al mes a una vez al año.	
	1	Raramente, 1 vez al año.	
	0.5	Remotamente, menos de una vez al año.	
PROBABILIDAD (F)	10	Muy Probable	
	3	Poco usual (A ocurrido aquí)	
	1	Improbable	
	0.1	Virtualmente Imposible (Jamás ha ocurrido)	
MAGNITUD DEL RIESGO (MR) MR= G X E X P	>400	E: **Riesgo Muy Alto:** Hay que terminar con la actividad peligrosa.	
	200 a 400	D: **Riesgo Alto:** Requiere corrección inmediata.	
	70 a 200	C: **Riesgo Notable:** Necesita corrección. Las medidas para reducir el riego deben implementarse en un tiempo no mayor a un mes.	
	20 a 70	B: **Riesgo Moderado:** Se requiere de comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control. No es emergencia, pero debe corregirse.	
	<20	A: **Riesgo Aceptable:** No se requieren acciones específicas.	

Fuente: Funk M., Saraceno B., Drew N. y cols. (2004). Mental Health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries. International Journal of Mental Health, 33, 4-16.

Cuadro 9. Magnitud del Riesgo- Acción y Temporización

RIESGO	ACCIÓN Y TEMPORIZACIÓN
A **Aceptable**	No se requiere acción específica.
B **Moderado**	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
C **Notable**	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riego, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riego deben implantarse en un periodo determinado. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisara una acción posterior para establecer con más precisión la probabilidad del daño como base, para determinar las necesidades de mejora de las medidas de control.
D **Alto**	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riego. Cuando el riego corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riegos moderados.
E **Muy Alto**	No se debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riego. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.

Fuente: Funk M., Saraceno B., Drew N. y cols. (2004). Mental Health policy and plans: promoting an optimal mix of services in developing countries. International Journal of Mental Health, 33, 4-16.

Diseño de Instalaciones

En el diseño de las instalaciones deben tenerse en cuenta cuatro aspectos de relevancia:

1. Dimensión de los espacios
2. Ubicación del servicio de Salud Mental y Adicciones
3. Seguridad
4. Análisis del flujo de atención desde que llega al servicio de urgencias

A diferencia de los pacientes habituales de los Hospitales de Segundo Nivel que pasan la mayor parte del tiempo encamados, los pacientes psiquiátricos requieren de mayor espacio para deambular e incluso hacer uso de las áreas verdes del hospital. Por lo tanto, la ubicación deberá ser accesible (ej. planta baja, primer piso) para el movimiento y acceso a las diferentes áreas del hospital. Además, es imprescindible que el acceso sea controlado a través de una puerta única con vigilancia las 24 horas, y tomar todas las medidas de seguridad para la protección de los pacientes y evitar fugas (ventanas de material inastillable, ventilación mínima controlada, chapas de apertura por ambos lados, instalaciones que no favorezcan la autoagresión autolesión, heteroagresión, fugas y caídas, que sean resistentes al maltrato o uso inadecuado).

Existen consideraciones generales que pueden aplicarse para los modelos intermedio y avanzado en donde a diferencia del modelo básico, el proceso de hospitalización se asocia un mayor riesgo de incidentes, aunque estos pueden presentarse en cualquier área del hospital.

Se recomienda que las unidades estén situadas en primer piso y con acceso al servicio de urgencias, lo que facilitará el flujo. El nivel de seguridad dependerá del riesgo, el modelo y el tipo de internamiento. En el modelo intermedio con solo internamiento voluntario, el riesgo de incidencias será menos que en el modelo avanzado que podría incluir internamiento involuntario.

En todos los casos el riesgo es mayor en aquellos espacios donde el paciente tiene mayor oportunidad de permanecer solo. Para ambos modelos de atención hospitalaria es elemental maximizar la observación visual de los pacientes desde la estación de enfermería y minimizar cualquier punto ciego donde el paciente no pueda ser observado. A continuación, se enlistan recomendaciones generales derivadas de guías de seguridad y seguimiento de incidentes:

Número de camas por habitación: Los estudios en el área no han demostrado un beneficio clínico o de seguridad en el uso de habitaciones con una cama (Shepley et al., 2013), excepto en pacientes con riesgo alto situados en unidades de atención especial. Por otro lado, el hacinamiento se asocia con un mayor riesgo de conductas agresivas, la recomendación es procurar no más de 3 pacientes por habitación (FGI, 2014).

Espacios libres de anclajes: El ahorcamiento se reporta como el método utilizado en riesgo de conducta suicida es particularmente importante el 70% de casos de suicidio en medio hospitalario, seguido de corte, estrangulación y en el 7.8% sobredosis. La mayor parte de eventos de ahorcamiento se realizaron en alturas menores a la cintura y en 52% se asoció a la puerta como punto de anclaje. El 58% de las sábanas o ropas de cama fueron utilizadas como cuerda (Mills, King, Watts, Hemphill, 2013).

Sistema de Alumbrado y mobiliario: limitar el acceso de los pacientes a los focos y a los contactos eléctricos. Se prefiere utilizar muebles de material resistente y anclados al piso.

Baño: El baño es el lugar en donde el paciente pasa un mayor tiempo totalmente solo. Se recomienda no usar barras para toallas o el uso de colgadores que colapsen con el peso. Debe diseñarse de modo que no se necesite una cortina de baño. No se recomienda el uso de cortinas de baño, ya que proporcionan simultáneamente un punto de fijación y una ligadura en forma de cortina

Sistema de Ventanas: Diseñadas para resistir impactos, así como un tipo de vidrio que evite romperse en pedazos pequeños que pueden ser utilizados para lesiones.

Para evitar los riesgos, en algunas unidades se han implementado protocolo de recolección de objetos potencialmente peligrosos, así como la implementación de listas de chequeo o listas de evaluación del riesgo (Watts et al., 2012).

Además de los riesgos descritos, los pacientes psiquiátricos tienen un mayor riesgo de caídas, asociado en parte a la prescripción de medicamentos psicotrópicos, los cuales aumentan el riesgo de caída en un 78% (Bayram Zadeh, Portillo, & Carmel-Gilfillan, 2019), por lo que deben fortalecerse los protocolos de prevención de caídas.

Finalmente, el efecto del estrés puede tener un impacto mayor en pacientes con padecimientos psiquiátricos y adicciones comparado con el resto de la población hospitalaria. La evidencia muestra que un ambiente que favorezca la reducción de estrés en medio hospitalario implica elementos que favorezcan la sensación de control sobre el cuerpo y el ambiente, el acceso a apoyo social y el acceso a distracciones. La sensación de control es definida como la percepción de tener “control” sobre el ambiente, por ejemplo, apagadores de luz junto a la cama, o televisores que son controlados por el mismo paciente. La presencia de la familia tiene un impacto positivo en la evolución, así como el acceso a distracciones positivas. (Devlin & Andrade, 2016).

Además, para el diseño de las áreas físicas del servicio se deberán tomar en cuenta condiciones de privacidad y seguridad, y de acceso a personas con discapacidad.

El área de hospitalización dentro de los Hospitales de Segundo Nivel estará destinada exclusivamente al internamiento de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento que requieran de una intervención cerrada breve, su objetivo será la estabilización en el corto plazo de la sintomatología aguda en la vertiente descrita a continuación:

1. Servicio Clínico (área de hospitalización psiquiátrica) incorporado en el edificio de un Hospital de Segundo Nivel.

En este caso se recomienda que el área destinada cumpla con lo que a continuación se puntualiza:

- Un área en planta baja donde conserve ambientes exteriores y de expansión, sin que dificulte la interacción con las especialidades médicas, los servicios de apoyo técnico y el abastecimiento.
- Es más factible la localización en primer piso permitiendo el acceso a espacios exteriores, donde se realizan actividades terapéuticas y encuentro con familiares. Sin embargo, deben ser cuidadosamente estudiados los sistemas para la interconexión con el resto del hospital.
- Aplicar un protocolo de disminución de riesgos, independientemente del modelo implementado.
- Protocolo de disminución de riesgos

Aunque se han probado protocolos estandarizados de evaluación de riesgos no existe una acción determinante que disminuya el riesgo al 100% (Joint Commission International 2020). En algunas instituciones especializadas o altamente especializadas en Salud Mental, se lleva a cabo una evaluación inicial del riesgo suicida en los pacientes ingresados que incluye la aplicación de escalas clínicas de riesgo suicida lo cual ha mostrado disminución en el número de eventos y sensibilización del personal, sin embargo, estas actividades no se registran de manera nominal por lo que los datos obtenidos son proyecciones cualitativas.

Por otro lado, es recomendable tener un protocolo para el manejo de la conducta agresiva. De acuerdo con la literatura se reporta que del 38% hasta el 62% de los pacientes son hospitalizados involuntariamente, lo cual está relacionado con diagnóstico de esquizofrenia o de trastornos mentales orgánicos (Silva, Golay y Morandi 2018). Aunque lo anterior puede disminuir de manera significativa realizando una evaluación del riesgo de violencia mediante instrumentos estandarizados (NICE 2015) en algunos casos es necesario el uso de unidades de cuidados intensivos en Psiquiatría. Entre estos instrumentos se encuentra la lista de chequeo de la conducta violenta (The Brøset Violence Checklist) en la que se reporta diariamente la conducta del paciente y es recomendada en guías clínicas de manejo, esta se ha llegado a implementar en varios servicios de Psiquiatría Aguda (Sarver, Radziewicz, Coyne et. al., 2019).

De manera general las intervenciones propuestas para reducir la violencia incluyen cambios ambientales de la unidad, mejora del trato, evitar el hacinamiento, controlar el consumo de sustancias, formación del personal y gestión adecuada del tiempo de ocio.

Se recomienda contar con un procedimiento que describa las responsabilidades de cada participante en caso de que se presente el evento de un paciente agitado-agresivo. Todas las acciones deben ser realizadas siempre protegiendo la integridad, cuidando su bienestar, privacidad y dignidad y en el marco de los derechos humanos.

Se debe asegurar que todo el personal administrativo y hospitalario reciba al menos una capacitación al año acerca de Derechos Humanos, prevención del estigma, prejuicio y discriminación. El personal médico y paramédico debe estar capacitado para la contención y manejo de paciente agitado y/o agresivo.

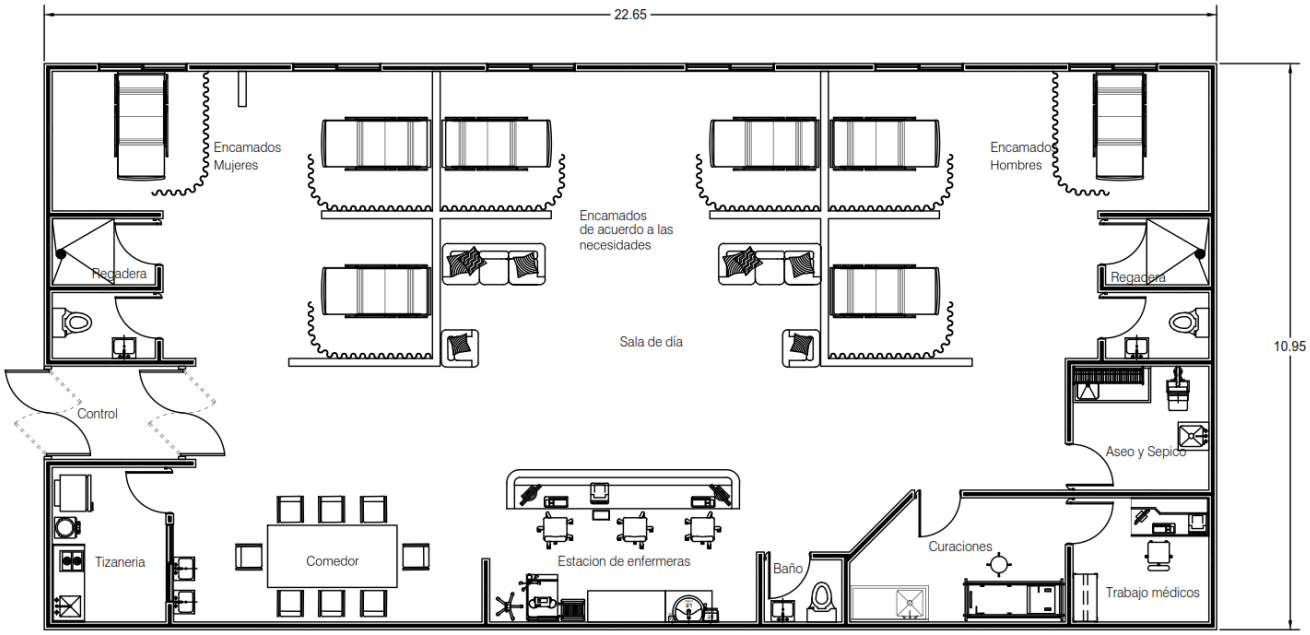
Consideraciones generales para el Modelo Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención

Recomendaciones Arquitectónicas para la Hospitalización psiquiátrica:

- Contar con un control de acceso para visitantes y familiares con puerta doble para facilitar la vigilancia de los pacientes.
- Cada espacio debe estar diseñado para facilitar la supervisión del paciente por parte del personal de enfermería dentro del área de hospitalización.
- Este servicio requiere como mínimo contar con: central de enfermeras, sala de curaciones, sanitarios para personal, oficina de trabajo médico, cuarto séptico y cuarto de aseo, estos últimos deberán cumplir con lo especificado en la NOM 016-SSA3-2012. De igual manera se sugiere se cuente con una sala de día, sanitarios completos para los pacientes, tizanería y comedor.
- Las dimensiones de las áreas de hospitalización, individual o colectiva, deben ser suficientes para la instalación del mobiliario y equipo apropiados para el tipo de pacientes a quienes va dirigido el servicio, así como para permitir la movilidad y el desarrollo de las actividades del personal del área de la salud para la atención de los pacientes hospitalizados.
- Los cubículos o módulos deben estar ubicados en torno de la central de enfermeras, a efecto de que el personal a cargo pueda prestar atención a los pacientes y desplazarse rápidamente para la atención directa del paciente que lo requiera.
- El área de encamados, debe contar con un sistema de monitoreo de circuito cerrado de televisión (CCTV), mismo que deberá ser monitorizado continuamente por personal médico y de enfermería.
- En medida de lo posible, se deberá contar con una toma fija por cama para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido por cada dos camas, así como de una toma fija de aspiración controlada; en todos los casos anteriores las llaves deben ser colocadas solo cuando sea necesario, mientras tanto estarán a resguardo de la central de enfermeras, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles. Con la finalidad de garantizar la seguridad de los pacientes y el personal, las válvulas deben ser removibles con objeto de prevenir que estas funjan como un sistema de anclaje que facilite el autoatentado del paciente.

- Los cuartos de hospitalización individuales o colectivos deben contar con lavabo, dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Las áreas de hospitalización colectiva, deberán contar con elementos divisorios fabricados con material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza, que permitan la separación de cada cama con una altura máxima de 1.20 mts. Esto para impulsar la supervisión directa de los pacientes desde la Central de Enfermeras.
- A fin de favorecer la privacidad y el respeto a la intimidad del paciente durante las actividades de atención médica diagnósticas, terapéuticas o de rehabilitación, llevadas a cabo por el personal de salud; deberá contar con cortinas antibacterianas, impermeables y de fácil limpieza.
- El área de hospitalización psiquiátrica, deberá disponer de un sanitario y una regadera dividida por sexo. El uso de los mismos deberá ser siempre supervisado por el personal de enfermería reduciendo el riesgo de auto atentado en la persona.
- Con la finalidad de maximizar la seguridad, se recomienda el uso de acrílico en vez de cristal en cancelería con un grosor mayor o igual 6mm.

Ilustración Arquitectónica para Hospitalización Psiquiátrica



Superficie aproximada 248.00 mts^2

Recomendaciones para el desarrollo de la Unidad

Proyecto ejecutivo

La recomendación de mayor trascendencia para lograr que un proyecto ejecutivo sea exitoso, que satisfaga las necesidades y expectativas para las cuales es creado, es llevar a cabo su planeación con suficiente anticipación y calidad.

La anticipación permite hacer el estudio correcto de la población, de sus necesidades y de las deficiencias de la infraestructura existente en la red, plantear alternativas de solución, analizarlas desde el punto de vista de los recursos financieros, seleccionar racionalmente el terreno y llevar a cabo un proceso de planeación y diseño en los tiempos adecuados. La calidad depende, además de la información que se obtenga de la población, sus necesidades y la capacidad de la infraestructura, de la experiencia y conocimientos del equipo de trabajo que se reúna para realizar la planeación, diseño y proyección.

Diseño

- Consensuar y acordar la cartera de servicios y el programa médico arquitectónico con los funcionarios de planeación, de servicios médicos y los titulares de los programas sustantivos de salud **(*en este caso bajo la supervisión y visto bueno de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones*).**
- Reunir personal calificado, con experiencia en arquitectura e ingeniería hospitalaria, para la elaboración del anteproyecto y el proyecto ejecutivo.
- Someter el anteproyecto, con su estimado de costo, a la revisión y aprobación de los funcionarios citados en el punto anterior y al área financiera correspondiente.
- Realizar el proyecto ejecutivo de acuerdo a las Normas y Reglamento de construcción de la localidad y de los colegios de arquitectos e ingenieros.
- Obtener las licencias de servicios urbanos (factibilidad), de construcción y de impacto ambiental.
- Al seleccionar el terreno tomar en cuenta las dimensiones y proporciones, orientación, ubicación estratégica, pendiente, causes de agua y mecánica de suelos y servicios municipales.
- En el caso de hospitalización psiquiátrica es importante que el paciente siempre mantenga conciencia del tiempo y espacios, por lo cual la iluminación natural debe privilegiarse en este caso.

Espacios

- Los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria, deben contar con rutas accesibles para que las personas con discapacidad puedan llegar, desde los accesos principales, hasta las áreas donde se brindan los servicios de atención médica.
- El equipamiento urbano y otro tipo de elementos colgantes sobresalientes de los paramentos, así como el follaje de árboles que se encuentren en las rutas accesibles, deberán mantenerse a una altura mínima de 2.20 m desde el nivel del piso terminado.

- Las rutas accesibles deben estar señalizadas con el símbolo internacional de accesibilidad.
- Las rutas accesibles en el exterior e interior del establecimiento, deberán tener como mínimo 1.20 m de ancho libre.
- Las puertas y vanos de acceso e intercomunicación, tendrán un ancho libre mínimo de 0.90 m y deberán ser de colores contrastantes, en relación con el paramento donde se ubiquen.
- Los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria, que cuenten con dos o más pisos, deben tener escaleras, además de rampas y elementos mecánicos destinados a posibilitar la circulación vertical de las personas con discapacidad.
- Se deberá colocar señalización específica para personas con discapacidad con la finalidad de identificar: accesos, estacionamientos, rutas accesibles, rutas de evacuación y servicios, así como lo referente a seguridad y prevención, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.
- Para indicar la proximidad de desniveles en el piso, al inicio y al final de las rampas y escaleras, así como en la proximidad de las puertas de los elevadores, debe existir una franja con cambio de textura y color contrastante, respecto del predominante de 0.30 m de ancho por una longitud igual a la de los elementos y dicha franja estar colocada a 0.30 m antes del cambio de nivel.
- La altura libre en circulaciones y locales no deberá ser menor a 2.7 metros; para auxiliares de diagnóstico y tratamiento la altura libre deberá ser de 3.0 metros.
- Los claros entre ejes deben ser amplios para facilitar la distribución interna de los locales; se recomienda de 6.0 metros o mayor.
- Evitar cambios de nivel, topes y escalonamientos en circulaciones.
- Las áreas de vestíbulos, salas de espera y circulaciones, deberán ser amplias, iluminadas y ventiladas, de preferencia con sistemas naturales o en su caso por medios artificiales y/o mecánicos, debiendo prever su correcto mantenimiento con la finalidad de garantizar la calidad del aire.
- Las áreas deben contar con la señalización alfabética y analógica (iconos) que asegure que todas las personas comprendan el mensaje. Todas las unidades médicas deberán contemplar las disposiciones que establece la NOM-016-SSA3-2012 Correspondiente a los Requisitos mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, la NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios; así como la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

Acabados

- Acabados de pisos con materiales antiderrapantes, lisos, lavables.
- Acabados de muros con materiales lisos que no acumulen polvo.
- Acabados para áreas húmedas con superficies repelentes al agua.
- Acabados para plafones con materiales de superficie lisa, continua, de fácil limpieza y mantenimiento.
- Favorecer los colores neutros.

Funcionalidad

- Los servicios de atención ambulatoria de alto flujo de usuarios, se recomienda: se ubiquen preferentemente en planta baja y de ser posible con accesos, módulos de atención, y salas de espera propios a fin de establecer una operación que no congestione las áreas de acceso, circulación y elevadores de traslado a las áreas de la atención.
- El diseño arquitectónico de un área de hospitalización psiquiátrica debe considerar la interrelación entre los servicios de atención aguda, a fin de limitar los desplazamientos del paciente y la duplicidad de recursos físicos y tecnológicos, así como optimizar la relación personal-servicio, ya que estos impactan significativamente en los costos de operación.
- Distribuir cuartos de aseo cada 400 m2 aproximadamente.
- Se deben contemplar instalaciones registrables en ductos horizontales y verticales para su fácil mantenimiento.
- La unidad debe contar con rampas e instalaciones especiales para personas con discapacidad.

Ambientación

La experiencia de permanecer dentro de una unidad médica puede resultar desalentadora tanto para los pacientes como para sus acompañantes y personal que ahí labora. De ahí la importancia de lograr ambientes capaces de fomentar la salud, más aún en esta unidad dedicada a la Salud Mental y Adicciones, en donde se fomenta la promoción del autocuidado emocional.

Los espacios construidos deben fomentar sensaciones de serenidad, bienestar físico, moral y social que podrían traducirse en el progreso de la salud de los pacientes, pueden lograrse gracias a niveles adecuados de temperatura del ambiente, iluminación del espacio, calidad del aire, espacios interiores agradables y exteriores ajardinados, evitando la frialdad y deshumanización que se ha visto en algunas unidades médicas.

El logro para que esta influencia sea positiva, grata y acogedora, está en manos de los arquitectos e ingenieros especialistas, quienes deben de considerar a los espacios como parte misma de la terapia del paciente.

El diseño de este Modelo, debe involucrar otras consideraciones que van más allá del eficiente funcionamiento de los espacios. Es fundamental tomar en cuenta las interrelaciones funcionales indicadas en la Matriz de Interrelaciones.

Deben considerarse desde el anteproyecto, los siguientes aspectos:

- Las dimensiones y topografía del terreno.
- Las condiciones del entorno.
- Los criterios de ahorro de energía y aplicación de la arquitectura bioclimática.

Entorno

Es importante respetar el carácter de la zona en donde se proyectará la construcción de la unidad médica. Se busca que el diseño quede fuera de las tendencias formalistas para lograr una interacción con el entorno, a la vez que se optimiza el uso de los recursos al evitar construir superficies excesivas de carácter exclusivamente formal.

Ahorro de energía, Arquitectura Bioclimática

Debe buscarse que la unidad médica se adapte completamente al sitio, con la correcta orientación dentro del predio, el tratamiento adecuado de fachadas, volado y cubierto; buscando ventilación e iluminación naturales en el mayor número de espacios posibles siempre que éstos lo permitan, prefiriendo la utilización de recursos energéticos naturales.

La arquitectura bioclimática no es necesariamente más costosa que la convencional, es decir, sólo requiere de una buena orientación y ubicación de los espacios, dimensionar adecuadamente las ventanas, colocar un alero o parte sol, además de seleccionar adecuadamente los materiales de construcción. Estas acciones no impactan el costo de la construcción, y producen ahorros considerables en el consumo de energía y disminuyen la generación de contaminantes.

Para establecer la orientación de la unidad médica y ubicación de los locales y sus acabados, es recomendable contar con información acerca de:

- Características de asoleamiento, se recomienda analizar sistemas de integración de energía solar como complemento de algunas aplicaciones como el precalentamiento de agua.
- Las variaciones climáticas, estacionales y anuales, para determinar los criterios de techumbres, materiales de acabados y adecuación para la temperatura interior de los locales.
- Las características de los vientos dominantes, para el mejor aprovechamiento de las corrientes de aire y las medidas de protección, para el exagerado incremento de dichas corrientes.
- Los requerimientos específicos de cada área o local, para establecer las necesidades de iluminación y de ventilación.
- La magnitud de la precipitación pluvial, para efecto de la construcción del desplante que permita la recolección del agua.

Capítulo 3. Recursos Humanos

La conformación del equipo multidisciplinario es un paso fundamental para el óptimo desarrollo del servicio clínico (Cuadro 10). Se toma en cuenta el personal idóneo derivado del "Diagnóstico situacional" en donde se realiza la proyección para la reducción de la brecha de atención en Salud Mental y Adicciones, no obstante, estas varían de acuerdo a las modalidades de atención. Asimismo, el criterio para su estimación se basa en recomendaciones de la OMS.

Para la modalidad básica de atención, se requiere un médico (a) general capacitado (a) en Salud Mental y Adicciones, un psicólogo (a), y una enfermera (o) capacitados en Salud Mental y Adicciones, así como un trabajador (a) social, para realizar actividades de interconsulta y enlace en los servicios de consulta externa, urgencias. Así mismo, toda unidad sin importar la modalidad, debe contar con personal de seguridad para mantener la integridad de todos los usuarios de dichas unidades, y deberá contemplarse la capacitación correspondiente para laborar en unidades médicas y de ser posible, para la contención con enfoque de Derechos Humanos y disminución de estigma y discriminación.

Para la modalidad intermedia es necesario contar con un psiquiatra como líder del servicio y personal suplente para dicha labor, un psicólogo, trabajador social y un apoyo administrativo, para que cubran los turnos matutino y vespertino, así como un médico general y una enfermera por turno (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada) a fin de llevar a cabo el trabajo clínico con los pacientes hospitalizados, seguimiento en consulta externa de casos seleccionados para el seguimiento posterior a la hospitalización y elaborar el formato de contrarreferencia del paciente a las unidades de primer contacto o Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o equivalentes, así como las interconsultas y enlace para el resto del hospital (incluyendo valoraciones en urgencias), además de las labores administrativas. También se requiere un licenciado en informática para turno matutino para realizar las actividades solicitadas por las plataformas de registro en bioestadística e implementar o facilitar actividades de los sistemas informáticos.

Para la modalidad avanzada es necesario contar con un psiquiatra como jefe de servicio, así como psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeras y trabajadores social, para que cubran los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada a fin de llevar a cabo el trabajo clínico con los pacientes hospitalizados, seguimiento en consulta externa de casos seleccionados para el seguimiento posterior a la hospitalización y elaborar el formato de contrarreferencia del paciente a las unidades de primer contacto o Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) o equivalentes, así como las interconsultas y enlace para el resto del hospital (incluyendo valoraciones en urgencias), además de las labores administrativas. Así mismo se requiere servicio de vigilancia para salvaguardar la integridad de los usuarios y el personal del servicio y un licenciado en informática para turno matutino para realizar las actividades solicitadas por las plataformas de registro en bioestadística e implementar o facilitar actividades de los sistemas informáticos.

Asimismo, en la modalidad avanzada, se sugiere la rotación de médico residente de psiquiatría o paidopsiquiatría, según sea el caso, del último año, con guardias programadas, y con asesoría de los médicos adscritos y jefe del servicio.

En los hospitales e institutos que dispongan de clínicas especiales como cirugía bariátrica, VIH-SIDA, se deberá considerar un psiquiatra o paidopsiquiatra por cada dos o tres de esas clínicas con dependencia jerárquica del servicio de psiquiatría en las modalidades intermedia y avanzada.

El modelo incorporará los criterios operativos según las necesidades de la unidad donde se implemente, a continuación, se exponen las referencias recomendadas:

Cuadro 10. Criterios de planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental.

Tipo de Plaza	* Criterio
Jefe de Servicio	1 por servicio
Psiquiatra o Paidopsiquiatra	0.16 por cama
Médico General Capacitado en Salud Menta y Adicciones	0.08 por cama
Psicólogo	0.08 por cama
Enfermería	0.5 por cama
Trabajo Social	1 por turno
Apoyo administrativo	1 por turno
Seguridad	1 por turno
Licenciado en informática	1 por servicio

*Fuente: Adaptado de WHO, Planning and budgeting to deliver services for mental health, Mental health policy and service Guidance package. World Health Organization. Singapure. 2003. 53-54 pp.

Cuadro 11. Propuesta de plantilla según modalidad.

Tipo de Plaza	Modalidad		
	Básica	Intermedia	Avanzada
Jefe de Servicio	0	1	1
Psiquiatra o Paidopsiquiatra	0	1	4
Médico General Capacitado en Salud Menta y Adicciones	1	5	6
Psicólogo	1	2	3
Enfermería	1	8	12
Trabajo Social	1	2	3
Apoyo administrativo	1	2	3
Seguridad	1	2	8
Licenciado en informática	0	1	2

Fuente: Elaboración propia Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (2023)

Nota: En el caso de la plantilla propuesta por el CONASAMA para la modalidad avanzada, se deberá considerar que esta puede ser aplicada en una **unidad** destinada a ofrecer una atención médica exclusivamente orientada en trastornos mentales y problemas relacionados con adicciones, motivo por el que la cantidad de personal destinado puede llegar a aumentar considerablemente, en comparación con el resto de las modalidades, mismas que se podrán integrar tan solo como **servicios en unidades hospitalarias** ya establecidas, en donde se cuenta con un personal fijo, el cual puede llegar a ser compartido con el servicio de SMyA.

Las Secretaría de Salud en la búsqueda de una política pública integral en salud, donde se brinde una atención de calidad y calidez, concatenada con el cuidado y protección al paciente en atención de Salud Mental y Adicciones, genera una sinergia de cambios en atención médica, infraestructura, personal, y otros recursos para hacer frente a nuevos desafíos.

Con objeto de afrontar lo anterior, se han creado grupos multidisciplinarios con profesionales motivados y comprometidos, encargados de diseñar nuevos proyectos y rediseñar los modelos ya existentes de atención; así mismo se busca que el documento creado "Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en Segundo Nivel de Atención", que incluye las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) en las tres modalidades Básica, Intermedia y Avanzada; sea una referencia para los tomadores de decisiones.

Bajo el marco de necesidades de atención que deben ser cubiertas y tomando en cuenta las recomendaciones, para tal propósito fue necesaria la recopilación de información de campo y gabinete referente a recursos humanos, información documental (para el tipo de servicio), perfiles del puesto, funciones de puesto y clave del puesto, para vincularla con las practicas, funciones y acciones que se desarrollan diariamente en esta área, permitiendo identificar las oportunidades de mejora en infraestructura, equipo, insumos y personal (logrando definir la plantilla).

Plantilla de personal por turno[14]

COMPONENTE	CANTIDAD			PERSONAL	BÁSICA				INTERMEDIA				AVANZADA				OBSERVACIONES
	BÁSICA	INTERMEDIA	AVANZADA		Mat.	Vesp.	Noc.	S/D	Mat.	Vesp.	Noc.	S/D	Mat.	Vesp.	Noc.	S/D	
1. Área Administrativa																	
Acceso Peatonal	-	-	-	Vigilancia	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	Áreas compartidas con el hospital
Sala de Espera	-	1	1	Vigilancia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Archivo	-	1	1	Apoyo administrativo	0-1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	
Recepción	-	1	1	Apoyo administrativo	0-1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	
Sanitarios Públicos	-	-	-	Intendencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cubículo de seguridad	-	-	1	Seguridad	1	-	-	-	1	1	-	-	3	3	-	2	
2. Área de Atención																	
Cubículo de jefe de Servicio	-	1	1	Jefe de Servicio	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	
Consultorio Medicina General	1	1-4	5-10	Médico General	1	-	-	-	2	2	-	1	2	2	-	2	
Consultorio de Psiquiatría	1	1-4	5-10	Psiquiatra o Paidopsiquiatra	-	-	-	-	1	-	-	-	2	1	-	1	
Consultorio de Psicología	1	1-4	5-10	Psicólogo	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	
Cubículo de Trabajo Social	-	Opcional	1	Trabajo social	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	
Central de Enfermería (con guarda de medicamentos)	-	1	1	Enfermera	1	-	-	-	3	3	-	2	4	4	-	4	
Cuarto de Aseo	-	-	1	Intendencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
3 Área de Gobierno																	
Dirección	-	-	-	Jefe de servicio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Áreas compartidas con el hospital y el personal administrativo pude ser compartido con el mismo
Cubículo de Informática	-	0-1	1	Licenciado en informática	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	
Secretarial	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sala de Juntas	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuarto de Aseo	-	-	-	Intendencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

4 Área de Servicio																	
Almacén insumos	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Áreas compartidas con el hospital y el personal administrativo pude ser compartido con el mismo
Salón de Usos Múltiples	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mantenimiento	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Almacén insumos / Farmacia	-	-	-	Apoyo administrativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Baños personal	-	-	-	Intendencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuarto de Aseo	-	-	-	Intendencia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: Elaboración propia DGPLADES, 2023.

Plantilla valorizada con descripción genérica de puestos

Tipo de servicio	Servicio	Área	Descripción genérica del puesto	Clave del Puesto	Descripción (según tabulador Institucional)	Modalidad			Cant.*	Tabulador de Sueldo y Salarios **		
						Básica	Intermedia	Avanzada		Sueldo Base Tabulador Bruto Mensual	Asignación Bruta Mensual	Ayuda para Gastos de Actualización Bruta Mensual
Servicio administrativo / médico administrativo	Dirección	Dirección	Director	CF41004	Jefe de Unidad de Atención Médica "D"	–	1	1	–	$ 24,336.00	$ 12,447.00	$ 13,637.00
			Secretaria del director	–	–	–	–	–	–	–	–	–
		Cubículo de informática	***Informática	M03018	Apoyo administrativo en salud - A8	0	1	2	1*	$ 9,092.00	$ 6,190.00	$ 2,100.00
	Servicios generales y mantenimiento		**Apoyo Administrativo**	M03020	Apoyo administrativo en salud - A6	0	1	2	1*	$ 9,092.00	$ 6,190.00	$ 2,100.00
		Cuarto de aseo	Personal de limpieza	M03005	Afanadora	–	–	–	–	–	–	–
		Cubículo de Seguridad	**Seguridad**	M03025	Apoyo administrativo en salud - A1	1	2	8	1*	$ 8,492.00	$ 3,669.00	$ 2,000.00
		Recepción	Recepcionista	M03020	Apoyo administrativo en salud - A6	0	1	1	1*	$ 9,092.00	$ 6,190.00	$ 2,100.00
		Mantenimiento	Conservación y mantenimiento			–	–	–	–	–	–	–
Servicios de atención al paciente	Consulta Externa	Jefe de Servicios	**Jefe de Servicios**	CF41013	Jefe de Servicios	–	1	1	1*	$ 24,718.00	$ 14,479.00	$ 12,008.00
		Consultorio medico	**Medicina General (Psiquiatría)**	M01004	Médico especialista "C"	0	1	4	1*	$ 24,359.00	$ 12,180.00	$ 13,925.00
		Consultorio medico	**Consultorio de Psicología**	M02062	Psicólogo especializado	1	2	3	1*	$ 18,609.00	$ 11,640.00	$ 5,370.00
		Consultorio medico	**Medicina General**	M01004	Médico especialista "A"	1	5	6	1*	$ 20,434.00	$ 9,717.00	$ 13,513.00
		Cubículo de Trabajo Social	**Trabajo Social**	M02040	Trabajadora social en área médica "A"	1	2	3	1*	$ 11,480.00	$ 6,389.00	$ 4,591.00
		Central de Enfermería	**Enfermeras**	M02081	Enfermera general titulada	1	8	12	1*	$ 13,295.00	$ 7,820.00	$ 5,943.00
										$ 172,999.00	**$ 96,911.00**	**$ 77,287.00**

* La cantidad personal de penderá de la capacidad financiera de cada unidad médica.
** Los datos aquí expuestos son tomados del Catálogo de Puestos y del Tabulador de Sueldos y Salarios para el Personal de las Ramas Médica, Paramédica y Grupos Afines Secretaría de Salud. Fuente consultada http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicios/Catalogo_de_Puestos2022.pdf
*** En este caso ya sea técnico o licenciado en informática
Fuente: Elaboración propia DGPLADES, 2023.

NOTA: Los recursos humanos antes señalados:
La plantilla es un referente que busca cubrir las necesidades básicas de la unidad médica

- Una Enfermera general por turno, dependiendo de la necesidad del servicio aumentará.
- Horas enfermera-paciente por área, el estándar es de 1 a 2 Enfermeras por turno.
- Jornada diurna: comprende un horario entre las 6 am y 8 pm. (Matutino (6 a 13 y Vespertino 14 a 21)
- Jornada nocturna: comprende un horario entre 8 pm hasta las 6 am. (Nocturno)
- La jornada acumulada es tomada de referencia de la Secretaría de Salud (sábados y domingos y días festivos de 8:00 a 20:00hrs).

Capítulo 4. Equipamiento

Históricamente el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) ha participado en la elaboración de diversos documentos y herramientas que tienen como objetivo facilitar la Gestión del Equipo Médico.

En cuanto a lo concerniente al proceso de planeación de nuevas unidades médicas, nuevos servicios o fortalecimiento de los ya existentes, este Centro Nacional ha trabajado con diferentes áreas y actores para contribuir en la realización de los documentos relativos a unidades médicas y modelos de atención.

El equipamiento es un componente inherente en la atención médica y se encuentra conformado por el equipo e instrumental médico, así como, el mobiliario médico y administrativo.

En este sentido, se elaboró la propuesta de equipamiento del **Modelo de Atención de Salud Mental y Adicciones en el Segundo Nivel de Atención**, para su elaboración se revisaron las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) aplicables a hospitales y consultorios de atención médica especializada, servicio de urgencias y consultorios de atención médica no especializada, además de las consideraciones particulares del modelo e información técnica específica del equipamiento.

La integración de la información se presenta en formato de cuadro en el siguiente orden:

Consulta externa

- Cuadro A. Consultorio de medicina general
- Cuadro B. Consultorio de psicología
- Cuadro C. Consultorio de psiquiatría

Servicio de urgencias

- Cuadro D. Consultorio o cubículo para valoración
- Cuadro E. Área de observación con cubículos de atención

Hospitalización

- Cuadro F. Hospitalización adultos

Es importante señalar que los involucrados en la planeación e implementación del servicio de Salud Mental y Adicciones en el Segundo Nivel de Atención, así como, los tomadores de decisiones, serán los responsables de determinar las cantidades, características técnicas, eliminación y/o adición de otros bienes, considerando sus necesidades particulares, cartera de servicios, disponibilidad espacios y mecanismos de incorporación de los bienes.

Consulta externa

Cuadro A. Consultorio de medicina general

Consultorio de medicina general			
Equipo médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
531.110.0175	Báscula electrónica con estadímetro	1	De requerirse se puede optar por su equivalente tecnológico, báscula mecánica con estadímetro.
060.203.0454	Cinta métrica retraíble de vinil	1	O cinta métrica de plástico (537.774.0211)
531.116.0377	Esfigmomanómetro aneroide de pared	1	O esfigmomanómetro aneroide portátil (531.116.0369). Solicitar los tamaños de brazalete de acuerdo a sus necesidades (adulto, adulto obeso y/o pediátrico).
531.375.0126	Estetoscopio de cápsula doble	1	
531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	1	
531.562.1457	Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica	1	Se recomienda que la fuente de iluminación sea de tipo LED.
513.621.2429	Mesa universal para exploración	1	
060.879.0200	Termómetro Infrarrojo que permite medir la temperatura del cuerpo humano por acercamiento a la piel en diversas partes	1	De requerirse se puede optar por su equivalente tecnológico (Termómetro digital), para ambos casos la precisión deberá ser de al menos 0.1 °C.
Instrumental Médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
535.137.0084	Bisturí quirúrgico. Mango N ° 4	1	Todo el instrumental deberá ser de acero inoxidable. En el Compendio Nacional de Insumos para la Salud[A] existen otras claves que corresponden con el nombre genérico y/o función, por lo que se puede solicitar cualquier otra con otra clave con tamaño, longitud o características diferentes.
S/C	Charola con tapa para soluciones desinfectantes	1	
535.618.0728	Martillo percusor	1	
535.701.0551	Pinza de disección estándar, estriada, con dientes 1 x 2 , longitud de 140 a 150 mm	1	
535.701.0585	Pinza de disección estándar, estriada, sin dientes, longitud de 130 a 140 mm	1	
535.701.1831	Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, recta, estriada, longitud de 180 a 200 mm	1	
535.701.0767	Pinza Halsted mosquito, recta, sin dientes, longitud de 120 a 130 mm	1	
535.701.0874	Pinza Kelly, curva, con estrías transversales, longitud 14 cm.	1	
535.716.1735	Porta agujas Hegar o Mayo-Hegar, recto, con ranura central, longitud de 140 a 150 mm	1	
513.790.0014	Riñón de acero inoxidable, 500 ml de capacidad.	1	
535.859.0494	Tijera Mayo, recta, longitud de 140 a 145 mm	1	
513.887.0059	Torundera con tapa, de acero inoxidable, 250 ml de capacidad	1	

Mobiliario médico y administrativo			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
511.814.0291	Asiento para el médico (silla giratoria secretarial)	1	
511.814.0101	Asiento para el paciente y acompañante (silla fija)	2	Pueden ser o no apilables, con o sin tapiz.
513.108.0102	Asiento para el médico en la exploración del paciente (banco giratorio)	1	Con o sin respaldo.
513.123.0244	Banqueta de altura	1	Existen de uno o dos peldaños.
S/C	Biombo plegadizo con estructura metálica o cortina antibacteriana	1	Debe asegurar la privacidad del paciente.
511.232.0170	Cesto para papeles (cesto de basura municipal)	1	
060.218.0085	Contenedor de punzo-cortantes de polipropileno de 0.94 a 1.90 litros	1	
513.254.0054	Cubeta de 12 litros	1	Se recomienda en acero inoxidable.
513.621.1603	Mesa Pasteur	1	Se recomienda en acero inoxidable.
511.339.0206	Mueble para escribir (escritorio médico)	1	
511.076.0351	Mueble para guarda de expedientes clínicos (archivero de 4 gavetas)	1	Pueden no requerir guardar expedientes físicos y utilizar el mueble para guardo de documentos y/o insumos de papelería.
511.451.0158	Mueble para guarda de medicamentos, materiales o instrumental (gabinete universal)	1	Puede también considerarse la incorporación de vitrinas sencillas o dobles.
513.731.0305	Porta cubeta rodable.	1	Se recomienda en acero inoxidable.

Nota: El campo denominado "**Clave**", corresponde a la clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud[A] y las claves que pertenecen al catálogo de especificaciones técnicas de mobiliario médico[B] y mobiliario administrativo[C] del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son las indicadas en *letra cursiva* color azul, estas últimas solo son consideradas como una referencia histórica para conocer las características del mobiliario. Asimismo, se puede encontrar S/C para todos aquellos insumos que no cuenten con una clave.

[A] Versión digital, informativa y enunciativa. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/Compendio/CNIS/cnis.html
[B] IMSS. Catálogo de especificaciones técnicas. Grupo 513 Mobiliario Médico 2009.
[C] IMSS. Catálogo de especificaciones técnicas. Grupo 511 Mobiliario Administrativo 2004.

Cuadro B. Consultorio de psicología

Consultorio de psicología			
Mobiliario administrativo			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
511.814.0291	Asiento para el psicólogo (silla giratoria secretarial)	1	
511.814.0101	Asiento para el paciente y acompañante (silla fija)	2	Pueden ser o no apilables, con o sin tapiz.
511.814.0309	Asientos para pacientes en grupo (sillas apilables)	Por determinar	La cantidad de sillas deberá ser acorde al espacio disponible en el consultorio.
511.232.0170	Cesto para papeles (cesto de basura municipal)	1	
513.219.0017	Diván (chaisse longue)	1	En caso de requerirse.
511.339.0206	Mueble para escribir (escritorio médico)	1	
511.076.0351	Mueble para guarda de expedientes clínicos (archivero de 4 gavetas)	1	Pueden no requerir guardar expedientes físicos y utilizar el mueble para guarda de material y papelería.

Nota: las claves que pertenecen al catálogo de especificaciones técnicas de mobiliario médico y mobiliario administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son las indicadas en *letra cursiva* color azul, estas últimas solo son consideradas como una referencia histórica para conocer las características del mobiliario.

Cuadro C. Consultorio de psiquiatría

Consultorio de psiquiatría			
Mobiliario Administrativo			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
511.814.0291	Asiento para el médico (silla giratoria secretarial)	1	
511.814.0101	Asiento para el paciente y acompañante (silla fija)	2	Pueden ser o no apilables, con o sin tapiz.
511.232.0170	Cesto para papeles (cesto de basura municipal)	1	
513.219.0017	Diván (chaisse longue)	1	En caso de requerirse.
511.339.0206	Mueble para escribir (escritorio médico)	1	
511.076.0351	Mueble para guarda de expedientes clínicos (archivero de 4 gavetas)	1	Pueden no requerir guardar expedientes físicos y utilizar el mueble para guarda de material y papelería o seleccionar otro tipo de mueble para guarda de equipo, material o insumos.

Nota: En caso de requerir **equipo para terapia de electroconvulsiva** y/o **equipo de estimulación transcraneal** cada unidad médica determinará la mejor ubicación en función de la operatividad y su propia infraestructura, pudiendo ser en una sala de operaciones, una sala destinada para el tratamiento o como parte de un consultorio tipo III. Ambos equipos no cuentan con clave en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.

Cuadro D. Consultorio o cubículo para valoración

Consultorio de valoración			
Equipo médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
531.110.0175	Báscula electrónica con estadímetro	1	De requerirse se puede optar por su equivalente tecnológico, báscula mecánica con estadímetro
060.203.0454	Cinta métrica retraíble de vinil	1	O cinta métrica de plástico (537.774.0211)
531.116.0377	Esfigmomanómetro aneroide de pared	1	O esfigmomanómetro aneroide portátil (531.116.0369) Solicitar los tamaños de brazalete de acuerdo a sus necesidades (adulto, adulto obeso y/o pediátrico)
531.375.0126	Estetoscopio de cápsula doble	1	
531.295.1162	Estuche de diagnóstico hospitalario	1	
531.562.1457	Lámpara de examinación con fuente de luz de fibra óptica	1	Se recomienda que la fuente de iluminación sea de tipo LED
513.621.2429	Mesa universal para exploración	1	
060.879.0200	Termómetro Infrarrojo que permite medir la temperatura del cuerpo humano por acercamiento a la piel en diversas partes	1	De requerirse se puede optar por su equivalente tecnológico (Termómetro digital), para ambos casos la precisión deberá ser de al menos 0.1 °C
Instrumental Médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
535.137.0084	Bisturí quirúrgico. Mango N ° 4	1	Todo el instrumental deberá ser de acero inoxidable En el Compendio Nacional de Insumos para la Salud existen otras claves que corresponden con el nombre genérico y/o función, por lo que se puede solicitar cualquier otra con otra clave con tamaño, longitud o características diferentes
S/C	Charola con tapa para soluciones desinfectantes	1	
535.618.0728	Martillo percusor	1	
535.701.0551	Pinza de disección estándar, estriada, con dientes 1 x 2 , longitud de 140 a 150 mm	1	
535.701.0585	Pinza de disección estándar, estriada, sin dientes, longitud de 130 a 140 mm	1	
535.701.1831	Pinza Foerster o Foerster-Ballenger, recta, estriada, longitud de 180 a 200 mm	1	
535.701.0767	Pinza Halsted mosquito, recta, sin dientes, longitud de 120 a 130 mm	1	
535.701.0874	Pinza Kelly, curva, con estrías transversales, longitud 14 cm	1	
535.716.1735	Porta agujas Hegar o Mayo-Hegar, recto, con ranura central, longitud de 140 a 150 mm	1	
513.790.0014	Riñón de acero inoxidable, 500 ml de capacidad	1	
535.859.0494	Tijera Mayo, recta, longitud de 140 a 145 mm	1	
513.887.0059	Torundera con tapa, de acero inoxidable, 250 ml de capacidad	1	

Mobiliario médico y administrativo			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
511.814.0291	Asiento para el médico (silla giratoria secretarial)	1	
511.814.0101	Asiento para el paciente y acompañante (silla fija)	2	Pueden ser o no apilables, con o sin tapiz
513.108.0102	Asiento para el médico en la exploración del paciente (banco giratorio)	1	Con o sin respaldo.
513.123.0244	Banqueta de altura	1	Existen de uno o dos peldaños.
S/C	Biombo plegadizo con estructura metálica o cortina antibacteriana	1	Debe asegurar la privacidad del paciente
511.232.0170	Cesto para papeles (cesto de basura municipal)	1	
060.218.0085	Contenedor de punzo-cortantes de polipropileno de 0.94 a 1.90 litros	1	
513.254.0054	Cubeta de 12 litros	1	Se recomienda en acero inoxidable
513.621.1603	Mesa Pasteur	1	Se recomienda en acero inoxidable
511.339.0206	Mueble para escribir (escritorio médico)	1	
511.076.0351	Mueble para guarda de expedientes clínicos (archivero de 4 gavetas)	1	Pueden no requerir guardar expedientes físicos y utilizar el mueble para guardo de documentos y/o insumos de papelería
511.451.0158	Mueble para guarda de medicamentos, materiales o instrumental (gabinete universal)	1	Puede también considerarse la incorporación de vitrinas sencillas o dobles
513.731.0305	Porta cubeta rodable	1	Se recomienda en acero inoxidable

Notas:
El consultorio o cubículo de valoración contiene el mismo equipamiento y apartados que el consultorio de medicina general

El campo denominado "**Clave**", corresponde a la clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud y las claves que pertenecen al catálogo de especificaciones técnicas de mobiliario médico y mobiliario administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son las indicadas en *letra cursiva* color azul, estas últimas solo son consideradas como una referencia histórica para conocer las características del mobiliario. Asimismo, se puede encontrar S/C para todos aquellos insumos que no cuenten con una clave.

Cuadro E. Área de observación con cubículos de atención

Área de observación o cubículos de atención			
Equipo médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
531.140.0344	Bomba de infusión volumétrica	-	La incorporación de estos equipos por lo regular es a través de terceros (comodato) por lo que la cantidad dependerá de la demanda del servicio
S/C	Cama o camilla con barandales	Modalidad: Básica: 1-3 Intermedia: 1-3 Avanzada: 5-10	El número de camas o camillas en el área de observación dependerá de los espacios destinados para el modelo de atención de Salud Mental y Adicciones
			Deberá contar con los siguientes accesorios:
			▯ Correas de sujeción para miembros superiores e inferiores.
			▯ Cinturón de sujeción abdominal.
			▯ Casco protector para autolesiones
531.423.0060	Flujómetro de pared estándar (oxígeno)	1 por cubículo	Se recomienda que estos sean dobles y deberán incluir frasco borboteador
531.619.0403	Monitor de signos vitales	-	Deberá contar con despliegue de electrocardiograma (ECG), frecuencia respiratoria(FR), presión arterial no invasiva (PANI), temperatura, saturación de oxígeno (SpO2). Al menos uno por área de observación
Mobiliario médico y administrativo			
513.123.0244	Banqueta de altura	1 por cubículo	Existen de uno o dos peldaños.
511.232.0170	Cesto para papeles (cesto de basura municipal)	1 por cubículo	
060.218.0085	Contenedor de punzo-cortantes de polipropileno de 0.94 a 1.90 litros	1 por cubículo	
513.254.0054	Cubeta de 12 litros	1 por cubículo	Se recomienda en acero inoxidable
S/C	Cortina antibacteriana	1 por cubículo	Solo cuando por el diseño de los cubículos no exista una barrera física entre una cama y otra.
513.731.0305	Porta cubeta rodable	1 por cubículo	Se recomienda en acero inoxidable
513.907.0055	Portavenoclisis rodable	1 por cubículo	

Hospitalización

Cuadro F. Hospitalización adultos

Hospitalización adultos			
Equipo médico			
Clave	**Nombre**	**Cantidad**	**Observaciones**
531.140.0344	Bomba de infusión volumétrica	-	La incorporación de estos equipos por lo regular es a través de terceros (comodato) por lo que la cantidad dependerá de la demanda del servicio
S/C	Cama hospitalaria	Modalidad: Intermedia: 3-6 Avanzada: 6-12	El número de camas dependerá de los espacios destinados para el modelo de atención de Salud Mental y Adicciones Deberá contar con los siguientes accesorios: ▯ Correas de sujeción para miembros superiores e inferiores. ▯ Cinturón de sujeción abdominal. ▯ Casco protector para autolesiones
531.423.0060	Flujómetro de pared estándar (oxígeno)	1 por cama	Se recomienda que estos sean dobles y deberán incluir frasco borboteador
Mobiliario médico y administrativo			
513.123.0244	Banqueta de altura	1 por cama	La incorporación de este bien puede ser de uno o dos peldaños.
513.143.0059	Buró hospitalario	1 por cama	
S/C	Cortina antibacteriana	1 por cama	En caso de áreas de hospitalización comunes
060.218.0085	Contenedor de punzo-cortantes de polipropileno de 0.94 a 1.90 litros	1 por cama	
513.254.0054	Cubeta de 12 litros	1 por cama	Se recomienda sea de acero inoxidable en su totalidad.
513.621.1652	Mesa puente	1 por cama	
513.731.0305	Porta cubeta rodable	1 por cama	Solo cuando se vaya a adquirir una cubeta y no un bote para RPBI.
513.907.0055	Portavenoclisis rodable	1 por cama	O riel portavenoclisis.

Notas:

De implementar lugares o destinar espacios para pacientes pediátricos en el servicio de hospitalización, deberán de revisar las características técnicas de la cama hospitalaria y los accesorios correspondientes.

El campo denominado "**Clave**", corresponde a la clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud y las claves que pertenecen al catálogo de especificaciones técnicas de mobiliario médico y mobiliario administrativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), son las indicadas en *letra cursiva* color azul, estas últimas solo son consideradas como una referencia histórica para conocer las características del mobiliario. Asimismo, se puede encontrar S/C para todos aquellos insumos que no cuenten con una clave.

Anexos

Anexo 1. Listado de Medicamentos para la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

La disposición de los medicamentos es esencial para la calidad de la atención. Por ello, se propone un listado basado en los medicamentos psiquiátricos esenciales definidos por la OMS, el Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos (CBCM) del Consejo General de Salud, y la Lista Institucional de Medicamentos de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones que ha sido resultado de la revisión anual en el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (COFAT-CONASAMA), integrado por miembros de cada una de las seis unidades médicas adscritas. En la Tabla..., se describen los medicamentos por Clave del CBCM del Consejo General de Salubridad, el nombre genérico y la presentación farmacológica, la distinción entre Genérico y Patente, la clasificación según el Artículo 226 de la Ley General de Salud y la familia correspondiente.

No.	Clave CBCM	Nombre Genérico y Presentación	GEN-PAT	Art. 226 LGS
1	010.000.2611.00	Fenitoina Suspensión oral 37.5 mg/5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml	GEN	III
2	010.000.2622.00	Valproato de magnesio Tableta con cubierta entérica 185.6 mg 40 tabletas	GEN	IV
3	010.000.2623.00	Valproato de magnesio Solución 186 mg/ ml Envase 40 ml	GEN	IV
4	010.000.2626.00	Oxcarbazepina Gragea o tableta 300 mg 20 grageas tabletas	GEN	IV
5	010.000.2627.00	Oxcarbazepina Gragea o tableta 600 mg 20 grageas tabletas	GEN	IV
6	010.000.2628.00	Oxcarbazepina Suspensifin oral 6 9/100 ml Envase 100 ml	GEN	IV
7	010.000.2630.00	Valproato semisfidico Tableta de liberación prolongada 500 mg 30 tabletas	GEN	IV
8	010.000.3261.00	Flupentixol Solución inyectable 20 mg/ml Ampolleta con 1 ml	GEN	III
9	010.000.4356.00	Pregabalina cápsulas 75 mg 14 cápsulas	GEN	IV
10	010.000.4464.03	Galantamina cápsulas de liberación prolongada 8 mg 56 cápsulas de liberación prolongada	PAT	IV
11	010.000.4480.01	Escitalopram tableta 10 mg 28 tabletas	GEN	IV
12	010.000.4483.00	Fluoxetina cap. o tableta 20 mg 14 cap. o tabletas	GEN	IV
13	010.000.4485.00	Duloxetina cápsulas de liberación retardada 60 mg 4 cápsulas de liberación retardada	GEN	IV
14	010.000.4488.00	Venlafaxina cap. o gragea de liberación prolongada 75 mg. 10 cap. o grageas de liberación prolongada	GEN	IV
15	010.000.4490.00	Aripiprazol Tableta 15 mg 20 tabletas	GEN	III
16	010.000.5356.00	Lamotrigina tableta 100 mg 28 tabletas	GEN	IV
17	010.000.5358.00	Lamotrigina tableta 25 mg 28 tabletas	GEN	IV
18	010.000.5363.00	Topiramato Tableta 100 mg 60 tabletas	GEN	IV
19	010.000.5476.00	Levomepromazina Solución inyectable 25 mg/ ml 10 ampolletas 1 ml	GEN	III

No.	Clave CBCM	Nombre Genérico y Presentación	GEN-PAT	Art. 226 LGS
20	010.000.5481.00	Paroxetina Tableta 20 mg 10 tabletas	GEN	IV
21	010.000.5483.00	Zuclopentixol Solución inyectable 200 mg Ampolleta 1 ml	PAT	III
22	010.000.5484.00	Zuclopentixol Tableta 25 mg 20 tabletas	PAT	III
23	010.000.5486.00	Olanzapina Tableta 10 mg 14 tabletas	GEN	III
24	010.000.5487.00	Citalopram 20 mg 14 tabletas	GEN	IV
25	010.000.5489.00	Quetiapina tableta 100 mg 60 tabletas	GEN	III
26	010.000.5490.00	Mirtazapina tableta 30 mg 30 tabletas	GEN	IV
27	040.000.0202.00	Diazepam Solución inyectable 10 mg/2 ml 50 ampolletas 2 ml	GEN	II
28	040.000.3268.00	Risperidona Suspensión inyectable de liberación prolongada 25 mg Frasco ámpula y jeringa prellenada 2 ml de diluyente	PAT	III
29	040.000.2108.00	Midazolam Solución inyectable 5 mg/ml 5 ampolletas 5 ml	GEN	II
30	040.000.2164.00	Carbamazepina Tableta 400 mg 20 tabletas	GEN	IV
31	040.000.2499.00	Alprazolam tableta 2 mg 30 tabletas	GEN	II
32	040.000.2500.00	Alprazolam tableta 0.25 mg 30 tabletas	GEN	II
33	040.000.2608.00	Carbamazepina Tableta200 mg 20 tabletas	GEN	IV
34	040.000.2609.00	Carbamazepina Suspensión oral 100 mg/5 ml Envase con 120 ml y dosificador de 5 ml.	cEN	IV
35	040.000.2612.00	Clonazepam Tableta 2 mg 30 tabletas	GEN	II
36	040.000.2613.00	Clonazepam Solución 2.5 mg/ml Envase 10 ml	GEN	II
37	040.000.2651.00	Trihexifenidilo Tableta S mg 50 tabletas	GEN	III
38	040.000.2652.00	Biperideno Tableta 2 mg 50 tabletas	GEN	III
39	040.000.2653.00	Biperideno Solución inyectable 5 mg/ ml 5 ampolletas 1 ml	GEN	III
40	040.000.3204.00	Levomepromazina Tableta 25 mg 20 Tabletas	GEN	III
41	040.000.3241.00	Trifluoperazina Gragea o tableta S mg 20 grageas o tabletas	GEN	III
42	040.000.3247.00	Perfenazina Solución inyectable S mg/ml 3 ampolletas 1 ml.	GEN	III
43	040.000.3251.00	Haloperidol tableta 5 mg 20 tabletas	GEN	III
44	040.000.3253.00	Haloperidol Solución inyectable S mg/ ml 6 ampolletas 1 ml	GEN	III
45	040.000.3255.00	Litio Tableta 300 mg 50 Tabletas	GEN	III
46	040.000.3258.00	Risperidona Tableta 2 mg 40 tabletas	GEN	III
47	040.000.3259.00	Clozapina Comprimido 100 mg 30 comprimidos	GEN	III
48	040.000.3262.00	Risperidona Solución oral 1.0 mg/ml Envase con 60 ml y gotero dosificador	GEN	III
49	040.000.3302.00	Imipramina Gragea o tableta 25 mg 20 grageas o tabletas	GEN	III
50	040.000.3305.00	Amitriptilina Tableta 25 mg 20 tabletas	GEN	III
51	040.000.4054.00	Flumazenil Solución inyectable 0.5 mg/5 ml (0.1 mg/ml) Ampolleta 5 ml	GEN	II
52	040.000.4470.01	Metilfenidato Tableta de liberación prolongada 18 mg 30 tabletas de liberación prolongada	PAT	II
53	040.000.4471.01	Metilfenidato Tableta de liberación prolongada2 7 30 tabletas de liberación prolongada	PAT	II

No.	Clave CBCM	Nombre Genérico y Presentación	GEN-PAT	Art. 226 LGS
54	040.000.4472.01	Metilfenidato Tableta de liberación prolongada 36 m 30 tabletas de liberación prolongada	PAT	II
55	040.000.4477.00	Haloperidol solución oral 2 mg / ml Frasco gotero 15 ml	GEN	III
56	040.000.4481.00	Haloperidol Solución Inyectable 50 mg/ 1 ml 1 ampolleta 1 ml	PAT	III
57	040.000.4482.00	Bromazepam Comprimido 3 mg 30 comprimidos	GEN	II
58	040.000.4484.00	Sertralina tableta 50 mg 14 tabletas	GEN	IV
59	040.000.5351.00	Metilfenidato Comprimido 10 mg 30 comprimidos	GEN	II
60	040.000.5478.00	Lorazepam Tableta 1 mg 40 tabletas	GEN	II
61	010.000.5494.00	Quetiapina 300 mg Tableta de liberación prolongada Envase con 30 tabletas de liberación prolongada.	PAT	III
62	010.000.3307.00	Atomoxetina 10 mg cápsulas Envase con 14 cápsulas	PAT	IV
63	010.000.3308.00	Atomoxetina 40 mg cápsulas Envase con 14 cápsulas	PAT	IV

Fuente: Guía para la operación del servicio de psiquiatría en hospital general, Servicios de Atención Psiquiátrica, 2016.

Anexo 2. Indicadores Segundo Nivel de Atención

Indicadores de Proceso

Indicador	Definición	Método de cálculo	Frecuencia de medición	Dimensión
Tasa de consultorios de SMyA por población objetivo	Consultorios médicos exclusivamente dedicados a SMyA en hospitales generales, por población objetivo	Consultorios de SMyA / Población objetivo * 100,000 habitantes	Anual	Eficacia
Tasa de camas censables de SMyA por población objetivo	Camas hospitalarias exclusivamente dedicadas a SMyA en Hospitales Generales, por población objetivo	Camas hospitalarias de SMyA / Población objetivo * 100,000 habitantes	Anual	Eficacia
Tasa de personal de salud capacitado en SMyA, no especializado por población objetivo	Personal de salud capacitado en SMyA, no especializado laborando en hospitales generales, incluyendo personal médico general, de enfermería, trabajo social y psicología, por población objetivo	Personal de salud capacitado en SMyA, no especializado / Población objetivo * 100,00 habitantes	Anual	Eficacia
Tasa de consultas de SMyA de primera vez por población objetivo	Consultas de SMyA de primera vez en servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales por población objetivo	Consultas de primera vez / Población objetivo * 100,000 habitantes	Mensual	Eficacia
Tasa de consultas de SMyA subsecuentes por población objetivo	Consultas de SMyA subsecuentes en servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales por población objetivo	Consultas subsecuentes / Población objetivo * 100,000 habitantes	Mensual	Eficacia
Porcentaje de referencias efectivas a atención especializada de SMyA	Porcentaje de personas usuarias de los servicios de en servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales que son referidas a atención especializada fuera de la unidad, se consideran referencias efectivas aquellas que se confirma que fueron atendidas en la unidad especializada de SMyA	Usuarios(as) que son referidas en un mes y son atendidas en el nivel especializado / total de usuarios(as) de los servicios en un mes * 100	Mensual	Eficiencia
Porcentaje de contrareferencia de atención especializada de SMyA	Porcentaje de personas contrareferidas desde servicios especializados de SMyA a los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales	Usuarios(as) que son contrareferidas en SMyA un mes / Usuarios(as) que son referidas a nivel especializado en SMya en un mes	Mensual	Eficiencia
Porcentaje de referencias efectivas a centro de salud comunitario	Porcentaje de personas usuarias de los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales que son referidas a centros de salud comunitario, se consideran referencias efectivas aquellas que se confirma que fueron atendidas en la unidad especializada	Usuarios(as) que son referidos en SMyA un mes / Usuarios(as) que son referidas a nivel especializado en SMya en un mes	Mensual	Eficiencia

Indicador	Definición	Método de cálculo	Frecuencia de medición	Dimensión
Porcentaje de personas usuarias que reciben intervenciones psicológicas	Porcentaje de personas usuarias de los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales que reciben intervenciones psicológicas	Usuarios(as) que reciben intervenciones psicológicas en un mes / total de usuarios(as) de los servicios en un mes * 100	Mensual	Eficiencia
Porcentaje de personas usuarias faltantes que reciben una visita domiciliaria	Visitas domiciliarias para recuperar la adherencia de usuarios que han faltado a citas de atención en SMyA	Usuarios(as) que reciben visitas domiciliarias en un mes / total de usuarios(as) de los servicios en un mes * 100	Mensual	Eficiencia
Tasa de actividades de promoción a la SMyA por población objetivo	Actividades de promoción a la SMyA (enfocadas en promover factores de protección y disminuir factores de riesgo) realizadas en la comunidad	Actividades de promoción realizadas en un mes / población objetivo * 100,000	Mensual	Eficacia
Promedio de participantes en actividades de promoción a la SMyA	Participantes en actividades de promoción a la SMyA realizadas en la comunidad	Número de personas que participan en todas las actividades de promoción realizadas en un mes / total de actividades de promoción realizadas en un mes	Mensual	Eficiencia
Tasa de tamizajes en población vulnerable por población objetivo	Tamizajes realizados en programas específicos	Número de tamizajes realizados / población objetivo * 100,000	Mensual	Eficacia

SMyA: Salud Mental y Adicciones.

Indicadores de resultado

Indicador	Definición	Método de cálculo	Frecuencia de medición	Dimensión
Accesibilidad geográfica a servicios de SMyA	Porcentaje de la población que cuenta con una unidad que otorga atención en SMyA (incluyendo hospitales y unidades de primer nivel de atención, así como CECOSAMA) a menos de 50 km de distancia	Número de personas que habitan en un radio de 50 km alrededor de una unidad que brinda atención de SMyA geolocalizada / población total de la entidad federativa	Anual	Eficiencia
Calidad de la atención en los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales	Calidad percibida por los usuarios de los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales, medida en la Encuesta de Satisfacción Trato Adecuado y Digno	Resultados del cuestionario SESTAD / Número de personas encuestadas (cálculo de tamaño muestral según el Lineamiento para el Monitoreo Institucional)	Anual	Calidad
Porcentaje de adherencia a la atención en SMyA	Personas usuarias de los servicios de Salud Mental y Adicciones en hospitales generales que mantienen adherencia a las consultas programadas en SMyA	Usuarias(os) que acuden a consultas programadas de SMyA / total de consultas programadas	Mensual	Eficiencia

Anexo 3. Carta Descriptiva Curso de Urgencias / Triage psiquiátrico

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | STCONSAME SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL | CONADIC COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES | SAP SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Programa de Capacitación en Salud Mental y Sustancias Psicoactivas

Carta Descriptiva para Cursos de Capacitación

Dirección/Subdirección que imparte			
Nombre del curso	Urgencias en Salud Mental		
Responsable del curso	Dra. Lorena López Pérez	**Correo** **Teléfono**	lorena.lopezp@salud.gob.mx 5533336991
	Clave del curso		

Descripción General	Como parte del cambio de modelo en la atención de la salud mental en México, se genera este curso para la capacitación del personal de salud en hospitales generales a nivel nacional que se encuentran en el área de urgencias, en temas de salud mental.
Área curricular a la que pertenece	Formación médica continua

Objetivo General	Otorgar criterios y herramientas para un diagnóstico oportuno, derivación, iniciar un tratamiento y realizar un manejo adecuado a los padecimientos agudos en materia de			
Objetivos específicos	· Identificar los principales síndromes psiquiátricos · Identificar las manifestaciones psiquiátricas de enfermedades médicas no psiquiátricas, así como la derivación para su tratamiento · Conocer y sistematizar el abordaje de los pacientes con agitación psicomotriz			
Público al que va dirigido	- Médicos generales - Médicos especialistas - Médicos en formación - Personal de enfermería	**Nivel de atención**	**Créditos**	
		Segundo nivel	5	
Duración	40 horas	**Modalidad**	A distancia	
Días	Asincrónico	**Horario**		
Número de cursos que podrían impartirse al año	4	**Número de participantes**	Mínimo NA	Máximo NA
Sede(s)	VIRTUAL, PLATAFORMA TIPO MODDLE			
Liga(s)				

Competencias a adquirir

Contenido del curso

1. Triage en psiquiatría
   - Diferencias entre el proceso de triage del servicio de urgencias médicas y el triage de urgencias psiquiátricas
   - Formato de triage psiquiátrico del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
   -Niveles de prioridad en triage psiquiátrico (Azul, verde, amarillo, naranja, rojo)
   -Criterios de urgencias psiquiátrica
   -Criterios de riesgo que ameritan tratamiento intrahospitalario en hospital psiquiátrico
2. Síndromes psiquiátricos
   -Principales síntomas en la entrevista psiquiátrica
   -Síndromes psiquiátricos (Ansioso, depresivo, psicótico)
3. Trastornos psicóticos.
   -Características clínicas de los trastornos psicóticos

Requisitos/Especificaciones extras

Señalar si el curso cuenta con:

- Evaluación diagnóstica/inicial ☑
- Evaluación final ☑
- Manual del curso ☐
- Material para los participantes ☑

Planeación del curso

Tema	Objetivo general	Estrategias de enseñanza-aprendizaje	Material	Instrumento de evaluación	Responsable/ Ponente	Tiempo
Triage en psiquiatría	- Conocer el modelo de triage psiquiátrico utilizado en el hospital psiquiátrico Fray	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dra. Lorena López	2 horas
Síndromes psiquiátricos	- Identificar los principales síntomas psiquiátricos y síndromes psiquiátricos	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Francisco Villegas	2 horas
Trastornos psicóticos	- Identificar los principales trastornos psicóticos, sus síntomas, tipos de tratamiento y	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. José Valencia Galaz	2 horas

Tema	Objetivo general	Estrategias de enseñanza-aprendizaje	Material	Instrumento de evaluación	Responsable/ Ponente	Tiempo
Trastornos depresivos	- Identificar los principales trastornos depresivos, sus principales síntomas, tipos	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Luis Díaz Marenco	2 horas
Trastornos ansiosos y reacción a estrés	- Identificar los principales trastornos ansiosos, sus síntomas, tipos de tratamiento y	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Leonardo Viguri Sandoval	2 horas
Trastornos psiquiátricos como manifestación de enfermedades médicas no	- Identificar principales síntomas psiquiátricos secundarios a enfermedades y	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Francisco Villegas	2 horas
Trastornos neurológicos y manifestaciones psiquiátricas	- Identificar principales síntomas psiquiátricos secundarios a enfermedades y	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dra. Laura Zarate	2 horas

Tema	Objetivo general	Estrategias de enseñanza-aprendizaje	Material	Instrumento de evaluación	Responsable/ Ponente	Tiempo
Delirium	- Identificar las manifestaciones clínicas de delirium, sus causas, epidemiología,	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Cesar García Alanís	2 horas
Trastornos mentales debido al consumo de sustancias	- Identificar los síndromes derivados de consumo de sustancias así como los	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Hugo González Cantú Dr. José Valencia Galaz	2 sesiones de 2 horas cada una
Agitación psicomotriz	- Identificar el cuadro de agitación psicomotriz y conocer las principales	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. Luis López García	2 horas
Suicidio	- Conocer los conceptos relacionados al suicidio, su epidemiología, principales	- Exposición - Presentación de casos clínicos - Periodo de preguntas	- Recursos bibliográficos - Proyector - Presentación en power point - Programa de	-Lista de asistencia -Participación activa	Dr. José Javier Mendoza Velázquez	2 horas

Bibliografía

-Ropper, A.H. (2019). Adams and Victor's Principles Of Neurology, McGraw-Hill Education.
American Psychiatric Association. (2016) DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana.
-Beer, M.D. (2011). Psychiatric intensive care. (2) New York: Cambridge University Press.
-Craske, M., et al, (2017). Anxiety disorders. Nature Primers (3) 17024 doi: https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24
-Cuomo, A.B.S., et al, (2020). Unmet needs in the assessment and treatment of psychomotor agitation. New Directions in Psychiatry Pp. 109-23.
-David B. Arciniegas, et al, (2018). Textbook Of Neuropsychiatry And Clinical Neurosciences. American Psychiatric Association Publishing
-Maldonado, J.R., (2017) Acure Brain Failure. Critical care clinic. 33, pp. 461-519 doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2017.03.013
-Maldonado, J.R., (2017) Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. Geriatric psychiatry. Pp. 1-30. doi: 10.1002/gps.4823
-Organización Mundial de la Salud. (2021) En Guía de bolsillo de la clasificación CIE-11: clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo: CIE-11: ICD-11. MMS.
-Riddhi, P.D. (2020). Identifying risk factors for mortality among patients previously hospitalized for a suicide attempt. Nature. 15223 (10). doi: https://doi.org/10.1038/s41598-020-71320-3
-Sadock, B.J., et al. (2015). Kaplan & Sadock, Sinopsis de Psiquiatría (pp. 300-346) Editorial Wolters Kluwer.
-Stahl, S. M. (2014). Psicofarmacología Esencial de Stahl. Editorial Aula Médica. Cuarta edición. Edición

Anexo 4. Formato Triage de Urgencias Psiquiátricas

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | STCONSAME SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL | CONADIC COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES | SAP SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

FORMATO DE TRIAGE (CLASIFICACIÓN)

Fecha de atención: _____ Referido por: _____ Lugar de Residencia: _____ **Folio:** _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Médico _____ Hora en que atiende _____
Enfermera (o) _____ Hora en que atiende _____

SIGNOS VITALES		
Constante	**Rango normal**	**Valor encontrado**
Temperatura	36 - 37.5 °C	
Frecuencia respiratoria	12 - 20 x min	
Frecuencia Cardiaca	60 - 100 x min	
Tensión Arterial Sistólica	<140>90 mm / Hg	
Tensión Arterial Diastólica	>60< 90 mm Hg	
Glucemia Capilar	60 - 110 mg / dl	

CLASIFICACIÓN DE GLASGOW		
Parámetro	**Valor**	Total
Apertura ocular	Espontánea (4), voz (3), dolor (2), ninguno (1)	
Respuesta verbal	Orientado (5), desorientado (4), inapropiado (3), incomprensible (2), no responde (1)	
Respuesta motora	Obedece (6), localiza (5), retirada y flexión (4), flexión anormal (3), extensión (2), ninguna (1)	

Peso _____ Talla: _____ Perímetro abdominal: _____

FORMA DE INTERVENIR

URGENCIA	NIVEL DE PRIORIDAD	
	I Resucitación	ROJO
	II Emergencia	NARANJA
	III Urgencia	AMARILLO
	IV Urgencia menor	VERDE
	V No urgencia	AZUL

NO URGENCIA	LUGAR DE ENVÍO
Transferido	
Referido	
Eventualidad	
Nivel altamente especializado	
Otro C. Ext. otra institución (especificar cuál)	

Síndrome (s) o Diagnóstico (s) probables
1 _____
2 _____
3 _____

_____ _____

Nombre, cédula y firma del médico — Nombre, cédula y firma o encargado del servicio

2022 Ricardo Flores Magón Año de
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

SALUD SECRETARÍA DE SALUD | STCONSAME SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL | CONADIC COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES | SAP SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

FORMATO DE TRIAGE (CLASIFICACIÓN)

Nivel I	RESUCITACIÓN	ROJO	ATENCIÓN INMEDIATA
CONDICIONES QUE PONEN EN PELIGRO INMEDIATO LA VIDA O LA FUNCIÓN:			
1.- Paro Cardiorrespiratorio			
2.- Alteración grave de signos vitales			
3.- Delirium			
4.- Enfermedad médica grave: Neurológica, Cardiaca, Neumológica , Hepática, Renal, Obstétrica,			
5.- Conducta violenta/agitación psicomotriz			
6.- Intento suicida que compromete la vida del paciente en este momento.			

Nivel II	EMERGENCIA	NARANJA	ATENCIÓN 15- 20 MIN.
CONDICIONES QUE PONEN EN PELIGRO INMEDIATO LA VIDA O LA FUNCIÓN:			
CONDICIONES QUE POTENCIALMENTE PONEN EN PELIGRO LA VIDA O LA INTEGRIDAD FÍSICA:			
1.- Conductas que ponen en riesgo la propia integridad o la de terceros			
2.- Ideas Suicidas y/o ideas Homicidas			
3.- Automutilación en todas sus expresiones.			

Nivel III	URGENCIA	AMARILLO	ATENCIÓN 60 MIN.
CONDICIONES QUE AL NO SER ATENDIDAS EN UN PERIODO DE 60 MINUTOS PUEDEN PONER EN RIESGO LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE O DE TERCEROS.			
En relación a la sintomatología psiquiátrica, esta se considera una urgencia si dicha sintomatología se exacerbó en frecuencia y/o intensidad en **las últimas 72 horas**			

Nivel IV	URGENCIA MENOR	VERDE	2 A 4 HORAS
Pacientes con sintomatología psiquiátrica exacerbada hace más de 72 horas y no compromete la integridad física del paciente o terceros.			

Nivel V	NO URGENCIA	AZUL	REFERENCIA A OTRO SERVICIO O INSTITUCIÓN
CONDICIONES QUE NO PONEN EN PELIGRO INMEDIATO LA VIDA O LA FUNCIÓN:			
1.- Reposición de recetas			
2.- Solicitud de medicamentos, alimentos, ropa, alojamiento.			
3.- Falta de apoyo social y/o familiar.			
4.- Solicitud de consulta de primera vez o subsecuente no incluidos en propiedades I, II, III, IV.			

2022 Ricardo Flores Magón Año de
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

Anexo 5. Clasificación de los Niveles de Atención en Salud Mental

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

PROYECTO DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS POR NIVELES DE ATENCIÓN

Propósito

El propósito de este proyecto es estratificar y establecer los criterios de manejo de los padecimientos mentales en cada uno de los niveles de atención, con la finalidad de dar respuesta a diversas problemáticas identificadas y que repercuten de manera importante en los tiempos, los costos, el estigma y el acceso a la salud mental.

Antecedentes

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" fue inaugurado el 9 de mayo de 1967 y entró en funcionamiento el 22 de junio del mismo año. Creado con una infraestructura de 600 camas censables. Actualmente cuenta con 54 años de labor, proporcionando servicios de salud mental a toda la población de nuestro país.

Sus objetivos principales conforme al programa nacional de salud mental y adicciones son:

- Establecer y fortalecer la atención primaria en salud mental, estructurada como el eslabón básico de la atención y el seguimiento a los usuarios.
- Promover la recuperación y reinserción social de las y los usuarios.
- Desarrollar nuevos programas de rehabilitación psicosocial.
- Reducir la hospitalización psiquiátrica al mínimo.

Es el único hospital psiquiátrico del área metropolitana y del país que proporciona atención de urgencias psiquiátricas las 24 horas, todos los días del año y con una política de "cero rechazos". Adicional, es el único hospital psiquiátrico con área COVID. Proporciona atención psiquiátrica hospitalaria integral y multidisciplinaria, proporcionada por personal especializado.

Cuenta con los servicios de:

- TRIAGE respiratorio y psiquiátrico
- Hospitalización continua
- Psicogeriatría
- Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos
- Unidad de cuidados respiratorios COVID-19
- Unidad de Terapia Electroconvulsiva
- Clínica de patología dual
- Consulta externa

- NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- Norma Mexicana NMX-F-605-NORMEX-2018, Programa Manejo Higiénico de los Alimentos, Distintivo H.

H. NORMAS TÉCNICAS MEXICANAS

- Norma Mexicana para Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabularios NMX-CC-9000-IMNC-2015.

I. OTROS ORDENAMIENTOS LEGALES

- Procedimientos para la operación del Ramo de Salud. D.O.F. 24-V-2000
- Criterios para la Certificación de Hospitales. D.O.F. 25-VI-1999. Modificación D.O.F 13-VI-2000.

NIVELES DE ATENCIÓN

En México las principales instituciones de salud se dividen de acuerdo al nivel de atención de la siguiente manera:

Primer Nivel de Atención: Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSA) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. En lo referente a la atención de la salud mental, podrían considerarse los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los centros de atención primaria en adicciones (UNEME CAPA), además de los previamente mencionados.

En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y **se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas** como los cánceres de mama y cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad, hipertensión, ansiedad y depresión leves.

Segundo nivel de atención: Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional.

En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación más específicos y especializados, incluyen mínimamente los servicios de cirugía general, pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, aunque también puede contar con otras especialidades médicas como oftalmología, otorrinolaringología, neurología y psiquiatría entre otras. Resuelve aproximadamente el 12 % de los problemas médicos de la población

URGENCIAS PSIQUIATRICAS

- Trastornos mentales y del comportamiento en el embarazo o puerperio.
- Depresión prenatal o postnatal grave.
- Depresión moderada resistente a tratamiento e intervenciones psicosociales.
- Depresión leve, en que debido a la falta de red de apoyo o de autocuidado no se garantice un adecuado apego a indicaciones.
- Psicosis postparto.
- En aquellos padecimientos que exista duda diagnóstica del primer y segundo nivel de atención, y exista embarazo en curso.
- Trastorno bipolar.
- Episodio agudo: Manía, hipomanía, depresivo o mixto.
- Trastorno depresivo.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con ideas de muerte o suicidas.
- Trastornos psicóticos agudo y psicosis no tratada.
- Trastornos de la conducta alimentaria complicados.
- Enfermedades médicas o neurológicas que cursan con:
- Cuadro confusional agudo (Delirium): Se realiza diagnóstico e inicio de medida farmacológica, con referencia a 2do nivel para el tratamiento etiológico.
- Convulsiones o estatus epileptico.
- Trastorno por uso de sustancias:
- Intoxicación aguda por sustancias psicoactivas.
- Síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.

Se considerará necesaria la atención en urgencias, en todos aquellos padecimientos cursen:

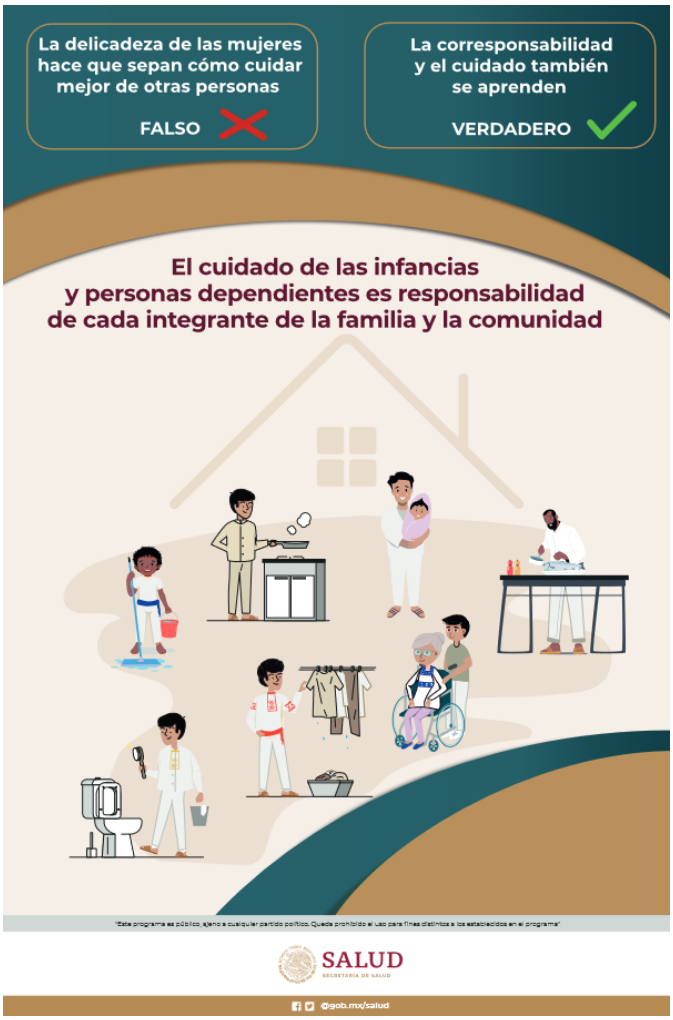
- Riesgo suicida: Ideas de muerte, ideas suicidas, intento suicida reciente (2 semanas)
- Riesgo autoagresión: Ideas autoagresión, comportamiento autolesivo reciente.
- Riesgo de integridad de terceros: Ideas homicidas, agresiones físicas, conducta violenta.
- Alucinaciones auditivas imperativas
- Errores de juicio y conducta graves.
- Negativismo a la vía oral.
- Negativismo a los medicamentos.

- Catatonia.
- Agitación psicomotriz.
- Reacciones adaptativas, Ataque de pánico o condiciones requieran intervención en crisis.
- Trastornos conversivos.
- Efectos adversos moderados-graves secundarios a medicamentos.

CUADROS DESCRIPTIVOS POR PATOLOGÍA

Episodio depresivo (6A70) / Trastorno depresivo recurrente (6A71) / Depresión Mayor.				
Definición: Periodo de al menos dos semanas de un ánimo depresivo (triste, irritable, vacío) presente la mayor parte del día, o disminución en el interés en las actividades acompañado de síntomas como son: dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, minusvalía, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito, cambios en patrón de sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga o disminución de la energía. Episodio leve: Presenta dificultades, aunque no considerables para desarrollar las actividades: laborales, sociales, domesticas, no presenta delirios o alucinaciones. Episodio Moderado: Presenta dificultades, considerables para desarrollar las actividades: laborales, sociales, domesticas, aunque aún puede desarrollar algunas otras áreas. Episodio severo: Es incapaz de desarrollar las actividades a nivel: personal, social, familiar, laboral, educacional.				
	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		**SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**	**TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**
	Médico General/ Familiar	Médico Psiquiatra.		
Acción	1. Diagnóstico, inicio de tratamiento y seguimiento de: Depresión leve y moderada. 2. Educación a usuario y familia, sobre salud mental, uso de fármacos. 3. Seguimiento de usuarios contrarreferidos de segundo o tercer nivel.	1. Diagnóstico, inicio de tratamiento, seguimiento de: Depresión severa. 2. Seguimiento a pacientes refractarios a tratamiento con depresión leve o moderada. 3. Seguimiento de usuarios con depresión y comorbilidad psiquiátrica o por	1. Seguimiento multidisciplinario de pacientes que cuente con comorbilidad médica. 2. Atención de urgencia en caso de intento de suicidio reciente, que comprometa la vida o la función (Hospital General). 3. Seguimiento en consulta externa de población pediátrica en caso de contar con Psiquiatra con	1. Manejo de urgencias psiquiátricas: A) Ideación suicida, intensión autolesiva. B) Agitación psicomotriz C) Episodio con síntomas psicóticos. 2. Hospitalización en medio protegido. 3. Terapia electro convulsiva en casos refractarios.	

Anexo 6. Infografías que promueven la igualdad entre Mujeres y Hombres
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva



Norma Mexicana
NMX-R-025-SCFI-2015
Igualdad Laboral y No Discriminación
Sabías que en México....
La población económicamente activa, según sexo
Hombres
23.7
35.8
Mujeres
millones de personas
El salario reportado por hora, durante el cuarto trimestre del 2021
54.10
49.40
Hombres
Mujeres
3.6% de las mujeres indicó haber sido objeto de acoso u hostigamiento sexual en el trabajo alguna vez en la vida
Una persona indígena en zona urbana, tiene solo 17% de posibilidad de ocupar empleos altamente calificados aún con estudios de educación superior completa
Solo 8.9% de las posiciones de dirección y jefatura son ocupadas por personas de piel morena
Únicamente 38.5% de personas con discapacidad tienen participación económica en México
Seis de cada 10 personas de la población LGBTTTIQ+ consideran que su orientación sexual ha sido un obstáculo para acceder a un empleo y cuando obtienen un trabajo, 70% percibe que no recibe el mismo trato que sus pares heterosexuales
Con la NOM-025, se busca que, en los centros de trabajo se instauren prácticas en materia de igualdad laboral y no discriminación entre mujeres y hombres
Con estas acciones se puede contribuir a reducir las brechas de desigualdad que actualmente existen
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
gob.mx/salud

La corresponsabilidad* y el cuidado también se aprenden
Todas las personas, sin importar la edad, sexo, ni condición de acuerdo a sus posibilidades, son responsables de participar en las tareas del hogar
* La corresponsabilidad es el reparto equilibrado de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, tales como su organización, el cuidado, la educación y el afecto de personas dependientes dentro del hogar, con el fin de distribuir de manera justa los tiempos de vida de mujeres y hombres
"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
@gob.mx/salud

Glosario de términos

Abuso de sustancias psicoactivas. Uso inapropiado y continuo de sustancias psicoactivas que provoca un daño o malestar notorio, expresado por una o más de las siguientes condiciones, en un periodo de 12 meses: consumo repetido de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa; consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil bajo los efectos de la sustancia); problemas legales constantes relacionados con el uso de sustancias; consumo frecuente de sustancias, a pesar de tener problemas sociales causados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, violencia física).

Actividades comunitarias: Aquellas actividades que generan procesos de vinculación y apoyo mutuo, y que activa voluntades de protagonismo en la mejora de su propia realidad. Enfocadas a reducir factores de riesgo y aumentar factores protectores.

Actividades presenciales: aquellas en que las personas asisten regularmente a sesiones o actividades dentro de la unidad o fuera de la unidad cuando sean promovidas por esta.

Actividades a distancia: actividades realizadas a través de interacciones electrónicas o no cara a cara (incluye tamizajes, actividades de promoción, terapia, consejería e intervenciones breves).

Adicción. Enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Atención Integral de la Salud Mental. Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su Salud Mental. Comprende las actividades preventivas, de tratamiento y de rehabilitación integral.

Capacitación. Es un proceso de educación formal a través del cual, se proporcionan conocimientos para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes, con el fin de que las personas capacitadas desempeñen de manera más eficiente sus funciones y actividades.

Carga global. Número de pacientes en una comunidad.

Carga global de morbilidad. Número de pacientes en el estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

Cocaína. Droga estimulante y adictiva elaborada con las hojas de la planta de coca, nativa de América del Sur. Si bien los médicos pueden usarla con fines medicinales legítimos —como anestesia local en algunas operaciones quirúrgicas, por ejemplo—, el consumo recreativo de cocaína es ilegal. La cocaína que se vende en la calle tiene el aspecto de un polvo blanco fino cristalizado. A menudo, los vendedores callejeros la mezclan con sustancias como maicena, talco o harina para incrementar sus ganancias. También la pueden mezclar con otras sustancias psicoactivas como la anfetamina (un estimulante) o con opioides sintéticos, entre ellos el fentanilo. Agregar opioides sintéticos a la cocaína es particularmente riesgoso cuando la persona que consume la droga no sabe que contiene otras sustancias peligrosas.

La cantidad creciente de muertes por sobredosis de cocaína podría deberse a esta alteración de la droga.

Dependencia a las sustancias. Uso inapropiado y continuo de sustancias psicoactivas que provoca un daño o malestar notorio, expresado por tres o más de las siguientes condiciones, en un periodo permanente de 12 meses:

a) tolerancia o necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para intoxicarse o lograr el efecto deseado;

b) abstinencia o consumo de una sustancia para aliviar o evitar el malestar físico o psicológico;

c) consumo frecuente y en cantidades mayores, o durante un período más largo de lo que inicialmente se hacía;

d) deseo constante o esfuerzos inútiles de controlar o interrumpir el consumo;

e) empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de sustancias psicoactivas, en su consumo o en obtener los efectos deseados;

f) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas; y

g) uso continuo a pesar de conocer los problemas psicológicos o físicos que pueden reaparecer o ser persistentes.

Desinstitucionalización. El proceso por el que se pasa de mantener a las personas que sufren enfermedades mentales confinadas en hospitales psiquiátricos (manicomios), a fin de darles una atención integrada en la sociedad en un ambiente comunitario.

Detección temprana. Es una estrategia de evaluación que combina la identificación del consumo de sustancias psicoactivas y de los riesgos o daños ocasionados por ello, así como de la necesidad de referir a un tratamiento de manera oportuna.

Diagnóstico. Identificación de la existencia o no de una enfermedad fundándose en la exploración física y el análisis de los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico dual. Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de al menos otro trastorno psiquiátrico en la misma persona.

Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

Droga. Se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo (OMS, 1994).

Enfermedad o trastorno mental. Es aquella considerada como tal, en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.

Equidad. Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal, a una atención a la salud razonable y a una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Estrategia. Es la descripción del camino a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en las políticas del programa. Determina las directrices y orientaciones fundamentales para alcanzar los objetivos del programa e incluye prioridades, metas, criterios operativos y responsabilidades. Establece la selectividad y el ritmo de las acciones.

Etanol (alcohol etílico). aquél de contenido alcohólico mayor de 55°GL, de uso industrial y no potable.

Evaluación. Proceso que permite conocer, mediante instrumentos y técnicas específicas, los logros y los resultados alcanzados por la aplicación de un programa. Al mismo tiempo, esta valoración brinda la oportunidad de hacer correcciones y ajustes para mejorar la operación del programa con el propósito de llegar a obtener mejores resultados.

Factores protectores. Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Factor de riesgo. Es la condición o exposición de una persona o población que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Fentanilo. Es un fuerte opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente. Es un fármaco recetado que a veces también se usa en forma ilegal. Al igual que la morfina, por lo general se receta a pacientes con dolores intensos, especialmente después de una operación quirúrgica. A veces también se usa para tratar a pacientes que sufren de dolor crónico y presentan tolerancia física a otros opioides. La tolerancia ocurre cuando se necesita consumir cada vez mayor cantidad de una droga o consumirla con mayor frecuencia para lograr el efecto deseado.

Grupo o personas de alto riesgo. Es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

Heroína. La heroína es una droga opioide producida a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como “adormidera

asiática". La heroína suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como "alquitrán negro".

Incidencia. Número de nuevos casos que se producen en un periodo de tiempo.

Indicadores. Denota mediciones individuales, como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido.

Interdicción. Procedimiento mediante el cual se inhabilita o incapacita a una persona mayor de edad para ejercer o hacer valer los derechos por sí mismo.

Intervención breve. Es una estrategia terapéutica con un número limitado de sesiones durante un periodo breve, para ayudar a disminuir el consumo de sustancias psicoactivas a través de consejería motivacional de tiempo limitado. En ella se ofrece una intervención estructurada de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o (con menor frecuencia) a resolver otros aspectos de su vida.

Instrumentos de tamizaje. Se refiere a la aplicación de cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez y que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas vulnerables entre aquellas que no lo son; es decir, que están en riesgo de consumir sustancias adictivas, o bien, aquellas personas que ya las están empezando a consumir o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (abuso o dependencia).

Intoxicación aguda. Es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

Marihuana. El término marihuana se refiere a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta Cannabis sativa o Cannabis indica. La planta contiene tetrahidrocanabidol (THC), una sustancia química que provoca alteraciones mentales, además de otros compuestos similares. También es posible extraer concentrados de la planta de cannabis.

Meta. Es la expresión cuantificada de las acciones que se espera realizar en la aplicación del programa, en un tiempo y lugar determinados.

Metanfetamina. Droga estimulante que afecta el sistema nervioso central y es similar en estructura a la anfetamina. Debido al alto potencial que tiene para el abuso, la metanfetamina está clasificada como un fármaco de la Lista II de acuerdo con la Ley sobre Sustancias Controladas, y se puede obtener sólo por medio de prescripción médica no renovable.

Morbilidad. Estudio de los efectos de una enfermedad en una población.

Nicotina. Agonista de los receptores nicotínicos del sistema nervioso periférico y central, ejerce efectos notables sobre el SNC y cardiovascular.

Objetivos. Es la expresión cualitativa de los propósitos que se pretenden alcanzar en un tiempo y espacio determinados; además, especifican con claridad la finalidad de realizar una determinada acción.

Opiáceos. Sustancia que se usa para tratar el dolor o causar sueño. Los opiáceos se elaboran con opio o contienen opio. Los opiáceos se unen con los receptores de opioides del sistema nervioso central. La codeína, la heroína y la morfina son ejemplos de opiáceos. Un opiáceo es un tipo de analgésico.

Paciente (refiérase a Usuario). Individuo, persona significativa o agente de la comunidad que se presenta para recibir servicios de educación, prevención, intervención, tratamiento y consulta para el abuso de sustancias psicoactivas y alcohol.

Participación social. Es una estrategia por medio de la cual, las instituciones del sector promueven la intervención de la comunidad para resolver de manera conjunta sus problemas de salud y lograr que los diversos ámbitos de gobierno respondan a sus necesidades y demandas. En oposición a un concepto de comunidad receptiva, la participación social implica el acuerdo entre las instituciones de salud y la comunidad y su impulso requiere de acciones de promoción, capacitación, comunicación y concertación.

Patrón de consumo. Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Persona con Discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.

Prevención. La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de sustancias psicoactivas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.

Prevención de recaída. Comprende una serie de intervenciones terapéuticas estructuradas que se realizan con el objetivo de prevenir el retorno al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas o de intervenir en el proceso de recaída tras el inicio del cambio, para tratar de mantenerlo a largo plazo. Las estrategias de intervención tienen como finalidad anticipar las posibilidades de una recaída, así como reconocer y afrontar situaciones de riesgo que pueden precipitar el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Prevención indicada. Es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.

Prevención selectiva. Es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo, hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de sustancias psicoactivas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

Prevención universal. Es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Programa. Es la descripción por escrito de una secuencia de acciones, afines y coherentes, por medio de las cuales, se pretenden alcanzar objetivos y metas previamente determinados en su planeación.

Promoción de la salud. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. En este proceso, la participación desempeña un papel fundamental.

Promoción de la Salud Mental. Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de Salud Mental individual y colectiva.

Psicocirugía. Se entiende como psicocirugía a cualquier técnica o procedimiento quirúrgico y/o electrodos intracerebrales mediante el cual una o varias lesiones son creadas en el cerebro de una persona en una o en varias intervenciones, con el propósito de alterar los pensamientos, emociones o la conducta de una persona. La conducta de una persona no incluye conducta manifestada como parte de una epilepsia convulsiva generalizada, epilepsia no convulsiva, epilepsia parcial compleja simple, conducta secundaria a distimia y/o paroxismo cerebral; o conducta manifestada como resultado de un trastorno en ganglios basales.

Recaída. Es el reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia.

Recuperación. Es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Redes sociales. Una red social está constituida por un grupo de personas, que interactúan unas con otras, y que podrían estar o no estar relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y, en relación al mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social a favor de la salud.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de sustancias psicoactivas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias.

Reducción del daño. En el contexto del alcohol y otras sustancias psicoactivas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia.

Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las sustancias psicoactivas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total.

Reducción de riesgos. Medidas generales para la prevención de los trastornos mentales.

Referencia de usuarios. Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso del usuario, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Rehabilitación. Proceso de duración limitada y con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social.

Rehabilitación psicosocial. Integrada en la prevención terciaria, ya que se ocupa de la prevención y reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales, de modo que les permita reinsertarse a su ambiente.

Rehabilitación del paciente con adicción. Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas alcanza un estado de salud, un funcionamiento psicológico y un bienestar social óptimos. La rehabilitación se dirige a la recuperación de todas aquellas áreas de vida reducidas en su funcionalidad para que la persona pueda vivir con autonomía y autosuficiencia.

Salud. La Constitución de la OMS de 1948 define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente gratificante y productiva.

Salud Mental. El estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Seguimiento: Se define como el proceso de contacto con la persona a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento. Es fundamental para evaluar y promover el mantenimiento de la conducta meta de la persona, así como para prevenir las recaídas en situaciones de riesgo.

Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de sustancias psicoactivas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido.

Sistema de referencia/contrarreferencia. Procedimiento médico administrativo entre u. operativas de los 3 niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de usuarios, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Sustancia psicoactiva o psicotrópica. Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre sustancias psicoactivas. El término "psicoactivo" no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo, en expresiones como "uso de sustancias psicoactivas" o "abuso de sustancias".

Tabaco. Es un producto de la planta "Nicotiana Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé.

Trastorno Mental. Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

Trastornos neuropsiquiátricos. Enfermedades cerebrales con alteración en las funciones mentales.

Tratamiento. Es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Usuario. Es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. La palabra usuario hace referencia tanto a personas de sexo masculino como del femenino.

Uso nocivo. Es el modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva, caracterizado por un consumo continuo, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.

Uso de sustancias. Es el consumo de una sustancia psicoactiva que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. No obstante, que el uso de sustancias psicoactivas siempre contribuye en el aumento del riesgo de la salud de la persona.

Vinculación con promotores de Salud Mental y Adicciones comunitarios: Este personal está pensado como importantes agentes del cuidado de la salud de la población, desempeñando funciones especiales en la promoción de la salud, prevención y curación de las enfermedades a nivel local, siendo particularmente valiosos para cumplir diversas tareas sanitarias donde las personas desarrollan su vida familiar y comunitaria: en las casas, los centros de trabajos y lugares de reunión, entre otros.

Referencias

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004; 291: 2581–90.
2. Drew, N., Funk, M., Tang, S. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. The Lancet, 378 (9803), 1664 - 1675, 2011.
3. FGI, Guidelines for Design and Construction of Hospitals and Outpatient Facilities, 2014.
4. Ganguli HC. Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India. Indian J Psychiatry. 2000; 42:14–20.
5. Gobierno de la República (s.f). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Disponible en: http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf
6. Kyu HH, Abate D, Abate KH, et al.Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018; 392: 1859-1922
7. Llewelyn-Davies, R.; Macaulay, H.M.C. Planificación y Administración de Hospitales. OPS/OMS. 1989.
8. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
9. Mundt, A.P., Rozas Serri, E., Irarrázaval, M. et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. Mol Psychiatry (2022). https://doi.org/10.1038/s41380-021-01435.
10. OPS (2009) TCC México-Chile. Integración de servicios de psiquiatría en Hospital General. México.

11. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Documento de referencia elaborado por la Secretaria de la OMS con vistas a la elaboración de un plan de acción integral sobre Salud Mental.

12. Secretaria de Salud. Guía de Operación del servicio de Psiquiatría en Hospital General, 2016. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/guia-para-la-operacion-del-servicio-de-psiquiatria-en-hospital-general
13. Secretaría de Salud. Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. 2010. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235144/Guia_Referencia_Contrarreferencia.pdf
14. Secretaria de Salud. Guía Técnica para la Dotation de Recursos Humanos en Enfermería. 2003. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/guia_tecnica_servicios_enfermeria.pdf
15. Secretaría de Salud. 2022. Plan Maestro de Capacitación 2023 (documento inédito): Subdirección de la Coordinación de Capacitación. Servicios de Atención Psiquiátrica. CONADIC-CONSAME.
16. Thirunavukarasu M. Closing the treatment gap. Indian J Psychiatry. 2011; 53(3):199-201. doi:10.4103/0019-5545.86803.
17. World Health Organization: mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
18. World Health Organization: Global burden of disease project. Department of Measurement and Health Information. 2010
19. World Health Organization: Specific Action Programme 2003-2020.
20. World Health Organization: Mental health atlas: 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
21. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in México. American Journal of Public Health, 97(9):1638-43.
22. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Et al (2006). Tratment and adequacy of treatmemnt of mental disorders among respondents to the México National Comorbidity Survey. American Journal of Psychiatry
23. Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, et al (2013): evaluación del Sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde vamos a encaminar la atención? Revista Panamerocana de saolud Pública 33(4), 252-258.

24. Díaz D, Romans L, Sotelo G (2014). Prevalence of Metabolic Syndrome and Associated Risk factors in Hospitalized Patients with Schizophrenia in México. Inter J. Mental Health. 42(4), Winter 2013-14;95-104
25. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Et al (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultdos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental.2003,26(4):1-16

26. Patel, V. Koschorke, M., prince, M.(2011). Closing the treatment Gap. Aglobal health perspective pp 3.22. In Mental Health in Public Health, the next 100 years. Cottler 1., editor Oxford University, 32(1), 192-200.
27. Scott K. M., Von Korff. M., Ormel J, et. al. (2007). Mental disorders among adults with asthma: Results from the world Mental Survey. General Zhang, M.Y., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R.C., Tachimori, H., Karam, E., Levinson, D., Bromet, E.J., Posada-Villa., Gasquet, I., Angermeyer, MC., Borges G, de Girolamo, G., Herman, A., Haro, J.M. Hospital Psychiatry, 29(2), 123-133.
28. Wang PS, Aguilar A., Et al (2007) Wordwide use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO mental health (WMH) surveys. Lancet, 370 (9590):841-850.
29. Gureje O, Von Korff M, Kola L, Et al (2008) the relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health surveys. Pain, 135, 82-91
30. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. México D. F. Diario Oficial de la Federación 2012.
31. WHO (2001). The world health report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. World Health Organization, Geneva. www.who.int.
32. WHO (2003). Planning and budgeting to deliver services for mental health. Mental health policy and service Guidance package. World Health Organization Singapure.2003.53-54 pp.
33. WHO (2011) Mental Health Atlas 2011. Geneva: World Health Organization WHO. Pag 10.