

# PLAN DE TRABAJO

## 2023



# Salud Mental

# Tlaxcala



## DIRECTORIO ESTATAL

SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA  
**Rigoberto Zamudio Meneses**

DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD  
**Hugo Celis Galicia**

JEFA DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CONTROL DE LA PREVENCIÓN EN SALUD  
**Irma Pérez Cruz**

## ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

RESPONSABLE DEL PROGRAMA ESTATAL DEL PROGRAMA SALUD MENTAL  
**Francisco Eduardo Hernández García**

COORDINADOR DE PROGRAMA SALUD MENTAL JURISDICCIÓN SANITARIA No. I  
**José Víctor Chichino Palafox**

COORDINADOR DE PROGRAMA SALUD MENTAL JURISDICCION SANITARIA No. II  
**Carlos Domingo Meneses Hernández**

COORDINADOR DE PROGRAMA SALUD MENTAL JURISDICCION SANITARIA No. III  
**Yessica Itzel González Rodríguez**



## INDICE

Presentación

Antecedentes de la Salud Mental en México

Marco Normativo

Reestructuración en los servicios de Salud Mental

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud

    Líneas de acción

    Lineamientos operacionales del Programa de la Salud Mental

Misión y Visión de los Servicios de Salud Mental en Tlaxcala

Estructura del programa de Salud Mental

Diagnóstico situacional de los servicios de Salud Mental

Metas 2023

Instrumentos de evaluación y supervisión

Plan estratégico

Propuesta de mejora

Bibliografía

## PRESENTACIÓN

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental, y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (OMS, 2022).

La salud mental está determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, personas con problemas de salud crónicos, niños y niñas expuestos al maltrato o al abandono, adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, grupos minoritarios, poblaciones indígenas, personas de la tercera edad, personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, homosexuales, bisexuales y transexuales, prisioneros o personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, baja cobertura de atención y alto grado de discapacidad, así como por la discriminación y el estigma asociados a estos. La actual crisis financiera mundial es un excelente ejemplo de factor macroeconómico que genera recortes en la financiación, a pesar de la necesidad simultánea de más servicios sociales y de salud mental debido al aumento de las tasas de trastornos mentales y suicidio, así como a la aparición de nuevos grupos vulnerables, como los jóvenes desempleados. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación (OMS, 2022).

Se estima que 450 millones de personas alrededor del mundo sufren de un trastorno mental o de la conducta. Actualmente, el trastorno con mayor prevalencia es la depresión, de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este trastorno es la segunda causa de discapacidad a nivel

mundial, y se estima que en 2030 será la primera si no existen cambios en las estrategias para atender oportunamente este padecimiento.

En relación al suicidio, se estima que más de 800 mil personas se suicidan cada año a nivel mundial, sin lugar a dudas, es un fenómeno que afecta a personas a todas las edades y a sus familias en todos los países y contextos. En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año, entre 2015 y 2019, siendo la tasa de suicidio en América del Norte y el Caribe no hispano superior a la tasa regional. Se estima que, por cada suicidio, puede haber 20 intentos de suicidio. En nuestro país el suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años de edad. 2020 fue el año con más suicidios en México durante una década, pues mientras en 2010 ocurrieron cinco mil 12, en 2020 se registraron siete mil 896, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Debido a que, en la actualidad, los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para la atención de la salud mental y el suicidio no son suficientes y se encuentran mal distribuidos, se ha generado una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben. El factor financiero, en nuestro país, es una barrera para la implementación de los estándares recomendados por la OMS, ya que solamente el 2% del presupuesto de salud se destina a atender la salud mental y de ese porcentaje, el 80% está destinado a gastos operativos de los hospitales psiquiátricos, por lo que no hay suficiencia para otras acciones costo-efectivas como: la prevención y la promoción del autocuidado, la actuación en la comunidad, la capacitación del personal en salud mental y adicciones, la investigación, la posvención y, principalmente las acciones para disminuir el estigma, la discriminación y el deterioro de las personas con problemas de salud mental.

El Plan de Trabajo del Programa Estatal de Salud Mental 2023 de la Secretaría de Salud del Estado de Tlaxcala, es el resultado de un esfuerzo por consolidar nuestro Sistema de Salud, que integre la Salud Mental a la red de servicios de salud que se brindan a la población tlaxcalteca. El presente plan de trabajo responde a los lineamientos establecidos por la OMS relacionados con la elaboración de políticas, planes y programas en Salud Mental; así como la implementación de acciones del Programa de Salud Mental que la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental implementó en 2020 para la

promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales y del suicidio en los Servicios Estatales de Salud (SESA).

El Programa Estatal de Salud Mental coordina diecinueve unidades médicas para la atención de la salud mental, entre ellas dos hospitales de tercer nivel, seis hospitales generales de segundo nivel, tres hospitales comunitarios, dos centros integrales de salud mental, cinco centros de salud urbanos, CAPACITS y UNEME enfermedades crónicas, pertenecientes al primer nivel de atención; que responden a las necesidades de quienes padecen alguna enfermedad mental, proporcionando servicios basados en los principios de calidad, eficiencia y respeto de los derechos humanos. Garantizando el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y de atención integral para los trastornos mentales y problemas relacionados con el uso de sustancias de toda la población tlaxcalteca.

## ANTECEDENTES

La Salud Mental en México, tiene sus antecedentes en la época prehispánica en que las diversas etnias incursionaron en el quehacer terapéutico a favor de la Salud Mental. Más tarde en la Época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América en el cuidado de los enfermos mentales fundando el hospital de San Hipólito en 1566, por Fray Bernardino Álvarez Herrera. Posteriormente, en 1698, José Sayago fundó primero una casa de atención para mujeres llamada la Canoa y el Real Hospital del Divino Salvador, poco después. El funcionamiento de ambos hospitales se mantuvo vigente hasta principios del siglo XX.

En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1860 se establecieron 2 asilos, uno para mujeres y otro para hombres, la Casa de la Salud de San Juan de Dios en Zapopan, Jalisco inaugurada en 1905 y la Clínica San Rafael en Tlalpan, en ese entonces perteneciente al Distrito Federal, dedicadas a la atención psiquiátrica privada, ésta última recientemente cerrada.

En septiembre de 1910 se inaugura en la Ciudad de México el “Manicomio General de la Castañeda”, el cual durante décadas prestó atención a los enfermos mentales de manera semejante a la que se prestaba en otros países, basado en un modelo de tipo asilar, en el que se asumía que el deterioro mental de los enfermos era “consecuencia natural de la enfermedad” y no resultado, en buena parte, del aislamiento y el abandono. Diez años después se fundó el pabellón de niños en el citado manicomio.

A partir de 1930 y hasta 1961 abrieron sus puertas otros sanatorios privados, en un intento de subsanar la deficiente atención de los enfermos que otorgaba el Estado. En 1942 resalta la puesta en marcha del servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México, con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos, en un hospital con un total de 400 camas para atención de todas las especialidades médicas.

Las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de Salud Mental fueron asentadas en el primer programa institucional específico desarrollado en el periodo de 1947-1958, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, mismo que gestionó la creación de los primeros Hospitales

Granja para la atención de Enfermos Mentales: tres en el Valle de México y otros en Sonora, Michoacán, Guanajuato, Oaxaca y Tabasco.

Estas actividades fueron coordinadas, entre 1963 y 1964, por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). De donde surge el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud, y la ampliación de servicios hospitalarios especializados.

En 1964 abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del IMSS, donde se asignaron 40 camas para la atención de psiquiatría. Este servicio desapareció entre 1970 y 1971 y fue destinado a la unidad de Cirugía, iniciando así, una brecha en la atención de la salud mental.

En el período administrativo de 1965-1972, se reestructuró la Unidad Central Coordinadora de los Servicios de Salud Mental, se denominó Dirección de Salud Mental de la SSA, y dio sentido a la "Operación Castañeda", cuyo objetivo fue reformar la atención hospitalaria especializada para mejorar las condiciones de vida de los usuarios y que incluía el cierre de ese manicomio.

Al cerrar "la Castañeda", se crearon seis recintos hospitalarios especializados, a partir de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación en donde se incluyeron actividades agropecuarias, ocupacionales y talleres de terapia, con diversas alternativas para su reintegración social. En esa operación también fue fundado el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", con un esquema de atención hospitalario especializado. En 1968 el proceso fue culminado y en conjunto sus unidades dispusieron de 3,030 camas.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRFM), desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Uno de estos programas se puso en operación en el período de 1980-1982 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", incluyendo tratamiento intra hospitalario, participación de la familia y seguimiento extra hospitalario.

El período comprendido entre 1982 y 1988 se caracterizó por transformaciones significativas en la organización y funcionamiento de la SSA, a partir de entonces denominada Secretaría de Salud; se deroga el Código Sanitario y se expide la Ley General de Salud. Durante esa época se creó una

Dirección de Área destinada a las atribuciones de tipo normativo la cual expidió en 1987, cinco normas técnicas específicas para la prestación de los servicios de Salud Mental.

Los servicios de psiquiatría y Salud Mental que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental se transfirieron a las autoridades estatales de salud; sin embargo, en la administración siguiente durante el período de 1988-1994, aunque se mantiene el mismo esquema de organización y estructura, se apoyan éstos servicios a partir de iniciativas y recursos provenientes del nivel central. En este marco se aportaron recursos para remodelar y equipar parcialmente a 20 hospitales especializados públicos y se crearon dos nuevos servicios hospitalarios. También en este período por parte de la Secretaría de Salud se estableció un Cuerpo Colegiado exprofeso para impulsar los servicios especializados: la Convención para el Bienestar del Enfermo Mental. En 1986 se destaca también la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Durante el período de 1994-2000 destaca la importancia de la Salud Mental, enmarcada en el Programa de Reforma del Sector Salud, con la finalidad de promover la Salud Mental y disminuir los efectos sociales.

En 1995 se publica la Norma Oficial Nom-025-SSA2-1994, para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral hospitalaria Médico Psiquiátrica, con el objetivo de estandarizar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los Derechos Humanos de los pacientes y en 1997 se creó la coordinación de Salud Mental (COORSAME).

Resalta en 1996 la inauguración del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), en el estado de Morelos, dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública para pacientes internos con diagnóstico de enfermedad mental que cumplen una condena.

Durante el período 2001-2006, se reestructura la COORSAME como órgano desconcentrado Servicios de Salud Mental (CERSAME), con nivel de dirección general del que dependían tres hospitales de psiquiatría y tres centros comunitarios de Salud Mental ubicados en la Ciudad de México.

Actualmente, existen dos instancias nacionales que cumplen con diversas funciones: el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

El STCONSAME, creado en 2004, se encarga de proponer el contenido de la política y las estrategias nacionales en materia de atención, prevención, y rehabilitación de los trastornos mentales. Planea, supervisa y evalúa los servicios de Salud Mental; participa en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas; impone sanciones y aplica medidas de seguridad en la esfera de su competencia. Este Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

El SAP coordina los programas de prestación de servicios de atención médica especializada en Salud Mental en las unidades operativas de su adscripción; establece mecanismos de vinculación con las instituciones de seguridad social y del sector salud para la atención de los trastornos mentales; participa en la elaboración de normas oficiales mexicanas, así como, en la formulación de instrumentos normativos en materia de servicios de atención psiquiátrica.

## MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Artículo 4: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución”.

### Acuerdos, convenios, planes y tratados internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. Artículo 25, establece: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 (Comprehensive mental health action plan 2013-2030).
- Declaración Universal de Derechos Humanos (Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948).
- Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de la salud, Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Astaná (Kazajstán, 2018).
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986).
- Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas (Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud, Adelaida, Australia, 1988).
- Declaración de Sundsvall (Tercera Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, Sundsvall, Suecia, 1991).
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (Cuarta Conferencia Mundial en Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia, 1997).
- Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: de las ideas a la acción (Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000).
- Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia, 2005).

- Séptima Conferencia Global de Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya, 2009.
- Declaración Política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre de 2011.
- Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas (Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, 2013).
- Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Cuarta sesión plenaria, 25 de septiembre de 2015).
- Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2013 para el Desarrollo Sostenible (Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghái, China, 2016).
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019.
- Plan de Acción sobre la Salud en todas las Políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Plan de Acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025, OPS CD/57 2019.
- Estrategia y el Plan de Acción sobre Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2019-2030), OPS CD/57 2019.
- Resolución A/RES/64/255 de la AG de ONU (Resolución aprobada por la Asamblea General el 2 de marzo de 2010): que declaró el periodo 2011-2020 como el Decenio de Acción para la Seguridad Vial
- Declaración de Brasilia (disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_traffic/Brasilia\\_Declaration/es/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/Brasilia_Declaration/es/)) y adoptada por la AG de ONU mediante la resolución A/RES/70/260 (Resolución aprobada por la Asamblea General el 15 de abril de 2016).
- Resolución A/RES/74/299 de la AG de ONU (Resolución aprobada por la Asamblea General el 31 de agosto de 2020): que promovió un nuevo Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2021-2030.
- La Resolución WHA57.10 “Seguridad vial y salud” (22 de mayo de 2004) de la Asamblea Mundial de la Salud.
- La Resolución WHA60.22 “Sistemas de salud: sistemas de atención de emergencia” (23 de mayo de 2007) de la Asamblea Mundial de la Salud.
- La resolución WHA69.7 “Retos que plantea el Decenio de Acción de las Naciones Unidas para la Seguridad Vial (2011-2020): resultado de la Segunda Conferencia de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados” (28 de mayo 2016) de la Asamblea Mundial de la Salud.

- La resolución “WHA72.16 Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured” (mayo 2019) de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Resolución de la Asamblea General de ONU A/RES/74/299 Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo (2 de septiembre de 2020).

### **Acuerdos, convenios, estrategias y Planes Nacionales**

- Acuerdo 09/II/CONASA/2019. El Programa Anual de Capacitación incluirá además de temas prioritarios de los SESA’s, las actividades de capacitación y educación continua en COVID-19; Salud Mental mhGAP; y el Diplomado para el Fortalecimiento en la Gestión de Directivos Jurisdiccionales y Distritales en Atención Primaria de Salud; los cuales se llevarán a cabo en coordinación con la DGCES, SPPS, INSABI y los SESA’s.
- Acuerdo 18/I/CONASA/2020. Los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), el Secretariado Técnico del Consejo de Salud Mental (STCONSAME) y las Secretarías de Salud Estatales, implementan la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones “Juntos por la Paz” impulsada por la Presidencia de la República. Asimismo, en coordinación con las entidades gubernamentales relacionadas (SEP, SEGOB, INJUVE, CONADE, DIF, SIPINNA, UNICEF...) trabajarán en mesas espejo, para promover los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños y juventudes.
- Acuerdo 19/I/CONASA/2020. CONADIC, SAP, STCONSAME y las Secretarías de Salud Estatales, en coordinación con otras entidades encargadas de la atención, implementarán acciones de capacitación e investigación en marco del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.
- Acuerdo 05/III/CONASA/2020. Se fusionan los acuerdos: 18/I/CONASA/2020. Implementación de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones. “Juntos por la Paz” y el 19/I/CONASA/2020. Implementación del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, quedando de la siguiente manera: Para dar cumplimiento a la Estrategia Nacional de Salud Mental y Adicciones, las Instituciones de Salud en coordinación con Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), y el Secretariado Técnico del Consejo de Salud Mental (STCONASAME), se comprometen a: 1. Homologación de las estructuras orgánicas (funcionales y operativas) en los servicios estatales de salud, conforme al modelo de reestructura interna de la Secretaría de Salud Federal que les será enviado por las áreas responsables de la Salud Mental. 2.

Realizar las gestiones necesarias para la conversión de los CAPAs a Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA). Previo acuerdo con las entidades federativas. 3. Programa permanente de capacitación: a) mhGAP, replicado por los facilitadores antes del 31 de diciembre de 2020; b) A partir del 2021, se deberá capacitar al personal del primer nivel de atención, hasta alcanzar el 100% en un período de dos años (2022). c) Los facilitadores de mhGAP deberán tomar el Diplomado para la Prevención de la Conducta Suicida. 4. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones.

- Acuerdo 01/I/CCCPICCFRH/2021. A partir de agosto del presente año, los Secretarios de Salud Estatales y las Instituciones de Salud a través de los coordinadores de servicio social e internado de pregrado y las unidades médicas receptoras, implementarán las siguientes acciones para la Prevención del Suicidio: Tamizaje, Prevención, Capacitación y Atención. Con la colaboración técnica de sus enlaces estatales de salud mental y adicciones, SAP, CONADIC, y STCONSAME. Los resultados se reportarán trimestralmente al STCONSAME como parte del PNPS.
- Acuerdo por el que se delegan facultades en el Director General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. D.O.F. 17-XI-2015.
- Convenio Específico de Colaboración en materia de transferencia de recursos para la ejecución del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2019, por concepto de apoyo económico para el pago de intervenciones cubiertas por el SMSXXI (con SESA), que celebran la Secretaría de Salud y el Estado de Tlaxcala, DOF: 13/12/2019.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Presidencia de la República. DOF 12- 07-2019.
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Secretaría de Salud, DOF: 17/08/2020.
- Programa de Acción Específico, Salud Mental y Adicciones 2020-2024. Secretaria de Salud.

## **Leyes**

- Ley General de Salud. D.O.F. 07-II-1984, última reforma publicada D.O.F. 30-III-2022.
- Ley de Asistencia Social. D.O.F. 02-IX-2004, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud. D.O.F. 26-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 29-XI-2019.
- Ley General de Educación. D.O.F. 30-IX-2019 Sentencia SCJN Notificación 30/06/2021.
- Ley General de Educación Superior. D.O.F. 20-IV-2021.

- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. D.O.F 04-XII-2014, última reforma publicada D.O.F. 28-IV-2022.
- Ley General para la Igualdad de Género. (DOF 02-08-2006, Reforma 14-06-2018).
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 01-II-2007, última reforma publicada D.O.F. 29-IV-2022.
- 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 (DOF: 25-06- 2002, Reforma DOF: 12-07-2018).
- Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista. DOF 30-04-2015.
- Ley General para el Control del Tabaco. D.O.F. 30-V-2008, última reforma publicada D.O.F. 17-II-2022.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. D.O.F. 11-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 22-XI-2021.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. D.O.F. 25-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 30-III-2022.
- Ley General de Víctimas. D.O.F. 09-I-2013, última reforma publicada D.O.F. 28-IV-2022.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. D.O.F. 02-VIII-2006, última reforma publicada D.O.F. 29-IV-2022.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. D.O.F. 30-V-2011, última reforma publicada D.O.F. 29-IV-2022.
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. D.O.F. 24-I-2012, última reforma publicada D.O.F. 04-V-2021.
- Ley General Para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y Para la Protección y Asistencia a Las Víctimas de Estos Delitos. D.O.F. 14-VI-2012, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley General de Desarrollo Social. D.O.F. 20-I-2004, última reforma publicada D.O.F. 25-VI-2018.
- Ley General de Protección Civil. D.O.F. 06-VI-2012, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. D.O.F. 26-I-2017.

- Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar cápsulas, tabletas y/o comprimidos. D.O.F. 26-XII-1997, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. D.O.F. 18-III-2005. última reforma publicada D.O.F. 06-XI-2020.
- Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear. D.O.F. 04-II-1985, última reforma publicada D.O.F. 09-IV-2012.
- Ley Federal del Trabajo. D.O.F. 01-IV-1970, última reforma publicada D.O.F. 28-IV-2022.
- Ley del Seguro Social. Última reforma publicada DOF 20-01-2023.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Última reforma publicada DOF 20-01-2023
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional. D.O.F. 28-XII-1963, última reforma publicada D.O.F. 18-II-2022.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. D.O.F. 29-XII-1976, última reforma publicada D.O.F. 05-IV-2022.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas. D.O.F. 18-VII-2016, última reforma publicada D.O.F. 22-XI-2021.
- Ley Federal de Austeridad Republicana D.O.F. 19-XI-2019
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021
- Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios: Art. 2º, fracción I, incisos a, b y c; Art. 3º, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII.
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación. D.O.F. 18-VII-2016, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022. D.O.F. 12-XI-2021.
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. D.O.F. 04-I-2000, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley de Planeación. D.O.F. 05-I-1983, última reforma publicada D.O.F. 16-II-2018.
- Ley del Impuesto al Valor Agregado. D.O.F. 29-XII-1978, última reforma publicada D.O.F. 12-XI-2021.
- Ley del Impuesto Sobre la Renta. D.O.F. 11-XII-2013. última reforma publicada D.O.F. 12-XI-2021

- Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. D.O.F. 10-IV-2003, última reforma publicada D.O.F. 09-I-2006.
- Ley Federal de Derechos. D.O.F. 31-XII-1981, última reforma publicada D.O.F. 27-XII-2021.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales. D.O.F. 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 01-III-2019.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. D.O.F. 30-III-2006, última reforma publicada D.O.F. 27-II-2022.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo. D.O.F. 04-VIII-1994, última reforma publicada D.O.F. 18-V-2018.
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado. D.O.F. 31-XII-2004, última reforma publicada 20-V-2021.
- Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público. D.O.F. 19-XII-2002, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2021.
- Ley de Infraestructura de la Calidad. D.O.F. 01-VII-2020.
- Ley General de Archivos. D.O.F. 15-VI-2018, última reforma publicada D.O.F. 05-IV-2022.
- Ley General de Bienes Nacionales. D.O.F. 20-V-2004, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2021.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental. D.O.F. 31-XII-2008, última reforma publicada D.O.F. 30-I-2018.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. D.O.F. 09-V-2016, última reforma publicada D.O.F. 20-V-2021.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (DOF: 16-04-2008, Reforma 25-06-2018).
- Ley de Ciencia y Tecnología. D.O.F. 05-VI-2002, última reforma publicada D.O.F. 06-XI-2020.
- Ley Federal del Derecho de Autor. D.O.F. 24-XII-1996, última reforma publicada D.O.F. 01-VII-2020.

## **Códigos**

- Código Civil Federal. D.O.F. 26-V-1928, última reforma publicada D.O.F. 11-I-2021.
- Código Penal Federal. D.O.F. 14-VIII-1931, última reforma publicada D.O.F. 01-VI-2021 Código Federal de Procedimientos Civiles. D.O.F. 24-II-1943, última reforma publicada D.O.F. 07-VI-2021.

- Código Nacional de Procedimientos Penales. D.O.F. 05-III-2014, última reforma publicada D.O.F. 19-II-2021
- Código Fiscal de la Federación. D.O.F. 31-XII-1981, última reforma publicada 23-IV-2021
- Código de Ética de la Administración Pública Federal, DOF: 08/02/2022.
- Código de Conducta de la Secretaría de Salud, DOF: 22/08/2017.

## Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. D.O.F. 19-I-2004, última reforma D.O.F. 07-II-2018.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (DOF:05- 04-2004, Reforma 17-12-2014).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional (DOF: 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 (DOF: 20-02-1985, Reforma 26-03-2014).
- Reglamento de Insumos para la Salud. D.O.F. 04-II-1998, última reforma publicada D.O.F. 31-V-2021.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (DOF: 4-05-2000, Reforma 14-02-2014).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (DOF: 06-01-1987, Reforma 02-04-2014).
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (DOF: 12-12- 2006, Reforma 14-07-2017).
- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. D.O.F. 09-VIII-1999, última reforma publicada D.O.F. 12-II-2016.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. D.O.F. 28-VII-2010 última reforma publicada D.O.F. 13-XI-2020.
- Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. D.O.F. 28-VII-2010.
- Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial. D.O.F. 23-XI-1994, última reforma publicada D.O.F. 16-XII-2016.
- Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. D.O.F. 24-VIII-2009, última reforma publicada D.O.F. 25-II-2020.

- Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado. D.O.F. 04-XII-2006 última reforma publicada D.O.F. 25-IX-2014.
- Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. D.O.F. 08-X-2015, última Reforma publicada D.O.F. 06-V-2016.
- Reglamento de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal. D.O.F. 06-IX-2007.
- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. D.O.F. 26-I-1990, última reforma publicada D.O.F. 23-XI-2010.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. D.O.F. 28-VI-2006, última reforma publicada D.O.F. 13-XI-2020.
- Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor. D.O.F. 22-V-1998, última reforma publicada D.O.F. 14-IX-2005.
- Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público. D.O.F. 17-VI-2003, última reforma publicada D.O.F. 29-XI-2006.
- Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización. D.O.F. 14-I-1999, última reforma publicada D.O.F. 28-XI-2012.
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 11-II-2008 última reforma publicada D.O.F. 14-III-2014.
- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. D.O.F. 18-I-2006, última reforma publicada D.O.F. 28-VIII-2008.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F. 14-V-1986, última reforma publicada D.O.F. 17-VII-2018.
- Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Evaluación del Impacto Ambiental. D.O.F. 30-V-2000, última reforma publicada D.O.F. 31-X-2014.
- Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. D.O.F. 31-V-2009, última reforma publicada D.O.F. 09-X-2012.
- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. D.O.F. 21-I-2003, última reforma publicada D.O.F. 08-VIII-2018.
- Reglamento del sistema nacional de afiliación y vigencia de derechos, de la base de datos única de derechohabientes y del expediente electrónico único del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. D.O.F. 10-VI-2011.

- Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública. D.O.F. 16-IV-2020, última reforma D.O.F. 16-VII-2020.
- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo. D.O.F. 13-XI-2014 Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal D.O.F. 29-XI-2006.

## Decretos

- Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. DOF: 16/05/2022.
- Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética (DOF: 07-09-2005, Reforma 16-02-2017).
- 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.
- Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican. D.O.F. 23-IV-2020.
- Decreto por el que se expide la Ley Federal de Austeridad Republicana; y se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Responsabilidades Administrativas y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. D.O.F 19-XI-2019.
- Decreto por el que se establecen diversas medidas en materia de adquisiciones, uso de papel y de la certificación de manejo sustentable de bosques por la Administración Pública Federal. D.O.F 05-IX-2007.
- Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal. D.O.F. 10-XII-2012.
- Decreto por el que se modifica el diverso que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal. D.O.F. 30-XII-2013.
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. D.O.F. 03-VI-1996.

- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes con el objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud. D.O.F. 20-III-1987.
- Decreto por el que se modifican los artículos Segundo, Tercero y Quinto del diverso por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes D.O.F. 04-IX-2017.

### **Normas Oficiales Mexicanas**

- NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas (DOF: 04-01-2013).
- NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (DOF: 15-10-2012).
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. DOF: 16/08/2010.
- NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF 18 de mayo de 2018.
- NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar. DOF: 09/12/2013.
- NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. DOF: 28/07/2014.
- NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. DOF: 10/11/2010.
- NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. DOF 9 de diciembre de 2014
- NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (DOF: 04-01-2013).
- NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. DOF: 14/09/2012.
- NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (DOF: 08-01-2013).
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. DOF: 19/02/2013.
- NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.
- NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. DOF: 30/11/2012.

- NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. DOF: 04/09/2015.
- 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. DOF: 04/09/2013
- NOM-028-SSA2-2009, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (D.O.F. 21 de agosto de 2009).
- 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. DOF: 12/09/2013.
- NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF: 13/09/2012.
- NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF: 25/02/2011.
- NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina. DOF: 17/06/2022.
- NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. DOF: 07/01/2013.
- NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF: 30/11/2012.
- NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. DOF: 23/10/2018.
- NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud (DOF: 28-09-2005).
- NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. criterios para la prevención y atención. DOF Última modificación: 24 de marzo de 2016.
- NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. DOF: 12/08/2015.
- NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada (DOF: 24-10-2001).
- NOM-222-SSA1-2012, instalación y operación de fármaco-vigilancia (DOF: 07-01-2013).

## Manuales

- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, DOF: 27/08/2018.

## **Reestructuración en los servicios de Salud Mental**

México ha firmado diversos documentos tanto nacionales como internacionales en materia de salud mental y adicciones, como la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud; que propone un modelo de atención comunitaria dentro de la red social, el internamiento en hospitales generales, la revisión crítica de los hospitales psiquiátricos, la salvaguarda de la dignidad y los derechos humanos (DDHH), la capacitación del personal de salud mental, la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005), Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas; que enfatiza el papel central de los DDHH, el reemplazo de hospitales psiquiátricos por redes de servicios comunitarios, atención integral y multidisciplinaria, la admisión de crisis en hospitales generales y la participación de usuarios y de diversos actores sociales. El Consenso Panamá (OPS/OMS, 2005), Conferencia Regional de Salud Mental; que contempla la salud mental como prioridad en la política, el acceso universal y equitativo en redes de servicios, la eliminación del modelo asilar, la protección de los DDHH, la eliminación del estigma y la discriminación, las alianzas y el fortalecimiento de recursos humanos (RRHH), entre otros.

En 2019, la OMS destaca la necesidad de intensificar las actividades de promoción de la salud mental, propone adoptar medidas para solventar décadas de desatención y desarrollo insuficiente de los servicios y sistemas de salud mental, de vulneración de los derechos humanos y de discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Propone adoptar un enfoque que abarque toda la vida, en el que puedan aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todos, prevenir los problemas de salud mental entre las personas de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental.

De esta manera, la OMS exhorta a los gobiernos de todos los países a desarrollar políticas públicas para atender la urgencia de transformar la salud mental y sus cuidados. En México, ese mismo año, desde la Cámara de diputados se presenta un Proyecto de Decreto de Reforma, Adiciona y Deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en Materia de Salud Mental y Adicciones, cuyo objetivo es implementar un Modelo de Atención Comunitario que ponga en el centro a las personas y sus necesidades, garantizando el acceso a los servicios en su comunidad a través de la planificación de nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continua, así como crear acciones y estrategias en materia de salud mental.

Al respecto, antecede la Reestructuración del Modelo de Salud Mental en México, el cual inicia en 2015, cuando nuestro país se suma a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, como estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el compromiso está encaminado en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; considerando la inclusión de la salud mental. Se estipularon como metas: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, promover la salud mental y el bienestar, así como fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, se prioriza a la salud como generador de bienestar social, teniendo como base el fortalecimiento de la atención integral de la salud mental y adicciones. A través de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA), coordinada por la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) en coordinación con la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, con el apoyo territorial de la Guardia Nacional, desarrollaron una estrategia para reducir la oferta de sustancias psicoactivas, esta estrategia propuso un trabajo colaborativo intersectorial y en un esfuerzo coordinado se instalaron en todos los estados la denominada “Mesa Espejo Estatal”, cuyo objetivo es impactar en los determinantes biopsicosociales que previenen y reducen el uso de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes, fomentando los factores protectores y no sólo entendidos como aquellos que protegen contra el abuso y uso de sustancias, sino también aquellos que fortalecen la salud mental y psicoafectiva, bienestar colectivo e individual y construcción de la paz. En nuestro estado se instaló en 2020 la Mesa Espejo de la ENPA, y se reinstaló en 2022 con el gobierno entrante, cuyas acciones están centradas en consolidar un grupo interinstitucional del Gobierno Estatal que permita la coordinación y colaboración de Gobiernos Estatales y Municipales, la vinculación y participación de actores comunitarios, las Mesas de Construcción de la Paz y la convocatoria social de acciones encaminadas a reducir el riesgo para la salud de los tlaxcaltecas.

En 2020 se establece el Acuerdo 05/III/CONASA/2020, en el que los estados se comprometen dar cumplimiento a la estrategia Nacional de Salud y Adicciones, las instituciones de Salud en coordinación con servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y el Secretariado Técnico del Consejo de Salud Mental se comprometen a homologar las estructuras orgánicas (funcionales y operativas), a la conversión de los CAPAs a Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA), a establecer un programa permanente de capacitación

para el personal de salud mental y personal de primer nivel de atención no especializado en atención mental así como a capacitar al personal de salud mental en prevención de la conducta suicida; además de dar continuidad a la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones.

En 2021 México se consolida como el primer país de la Región de las Américas con un programa público para la prevención del suicidio homologado a nivel nacional. El objetivo del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PNPS) es establecer mecanismos de intervención intersectorial para atender a las personas que solicitan atención por comportamiento suicida y reducir la mortalidad por suicidio, mediante estrategias de prevención, atención, posvección e investigación en la materia. A este respecto a inicios de 2021 se establece el acuerdo 01/I/CONASA/2021 para fortalecer la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, a través del tamizaje, prevención, capacitación y atención del comportamiento autolesivo y suicida.

Reforzando las acciones de prevención en suicidio, a nivel federal en 2022 se implementan las Brigadas Comunitarias en Salud Mental (BCSM), lideradas por el PNPS, que integran la participación comunitaria como elemento fundamental para lograr mejorar la salud mental e integral de las personas, su objetivo es ejercer acciones de prevención y promoción de la salud mental en la comunidad, que fortalezcan factores protectores, favorezcan la detección temprana de problemas asociados, así como su atención oportuna a través de la articulación de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

Se calcula que sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibe atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibe atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtiene atención. Es probable que esta baja utilización de servicios represente en mayor medida a la población sin seguridad social y con bajos recursos, para quienes la compra de medicamentos resulta un gasto catastrófico. Asimismo, el estigma y la discriminación en torno a la enfermedad mental y a las personas que la padecen, constituyen factores importantes que contribuyen a mantener una amplia brecha en la atención. A nivel institucional, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) se enfrentan a la problemática del retraso de la atención a la salud mental, con el consecuente diagnóstico tardío de los trastornos mentales, el cual favorece la cronicidad de los padecimientos y el abandono terapéutico. Otras dificultades son el mayor crecimiento de la demanda de servicios en relación con el bajo crecimiento en el financiamiento de operación y la escasa inversión, la insuficiente cantidad y calidad en la formación de recursos humanos en salud mental y psiquiatría comunitaria y el escaso desarrollo de la investigación en esta área.

Según el Informe Mundial sobre Salud Mental (2022), en todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.

Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.

Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%.

Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo. La esquizofrenia, que afecta a aproximadamente uno de cada 200 adultos, es una de las principales preocupaciones: en sus estados agudos es el más perjudicial de todos los trastornos mentales. Las personas que padecen esquizofrenia u otros trastornos mentales graves fallecen, en promedio, entre 10 y 20 años antes que la población general, a menudo por enfermedades físicas prevenibles (OMS, 2022).

A nivel mundial, los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es cada vez mayor. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

Si bien se han realizado convenios para fortalecer los servicios de Salud Mental, la realidad es que no se ha logrado un trabajo integrado entre las instancias de salud junto con las organizaciones de la sociedad civil. En el país los servicios actuales de atención en salud mental son insuficientes, los servicios de psiquiatría y hospital general con los que se cuentan, tienen consulta externa pero no con camas censables para pacientes con enfermedad mental y/o adicciones, por otro lado los Centros de Integración Juvenil (CIJ) se especializan en brindar atención a personas con adicciones y los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) realizan acciones de prevención de las adicciones; por lo tanto la función en los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) y los Hospitales Generales ha sido la atención de primer nivel.

Se sabe que el costo de los diferentes servicios de atención a la salud va incrementándose inversamente proporcional a la frecuencia de solicitud de dichos servicios, iniciando con el Autocuidado, y otros servicios como el Cuidado Comunitario Informal, los Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria a la Salud, los Servicios de Salud Mental Comunitaria y los Servicios Psiquiátricos en Hospitales Generales; hasta la Estancia Prolongada y los Servicios Especializados.



Figura 1. Pirámide de combinación óptima de Servicios de Salud OMS

do  
s

La OMS ha desarrollado un marco operativo para la optimización de la pirámide para proporcionar una guía a los países en materia de organización de los servicios de salud mental. En la figura 1 se muestra la pirámide propuesta por la OMS, se recomienda a los países la reducción del número de hospitales psiquiátricos, el establecimiento de los servicios comunitarios de salud mental, la creación de los servicios de salud mental en los hospitales generales, la integración de la salud mental a la Atención Primaria en Salud (APS), la creación de los servicios comunitarios de salud mental no formales, y la promoción del autocuidado mediante la información y fomentar la colaboración intrasectorial e intersectorial.

Diversos factores que son susceptibles a modificación han interactuado para que continúe la problemática de la salud mental y las adicciones, incluyendo la debilidad de la capacidad rectora nacional de la salud mental, la segmentación institucional de la política de la salud mental y las adicciones, el modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico y las villas de transición, la desvinculación operativa de la salud mental y la comorbilidad con enfermedades crónicas degenerativas, la resistencia a la integración de la salud mental y las adicciones dentro de la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I), la falta de alineación de la salud mental con los estándares de derechos humanos, la insuficiencia de recursos humanos capacitados e infraestructura en APS-I y disminuir la brecha de atención, la falta de reconocimiento y tratamiento de la patología dual, la persistencia de un rezago presupuestal histórico destinado a la salud mental, el estigma y la discriminación para las personas con trastornos mentales y adicciones, la falta de vinculación efectiva con otros derechos sociales y económicos y la falta de evaluación de los resultados y del impacto de la política nacional.

## Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2020-2024 y el Programa Sectorial de Salud

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024 es congruente con la política del Gobierno Federal tendiente a construir una propuesta posneoliberal que sea capaz de convertirse en un modelo viable de desarrollo económico, ordenamiento político y convivencia entre los sectores sociales. Incorporando un sentido de justicia social, el Programa se vincula con los principios rectores, programas y ejes transversales del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND) y el Programa Sectorial de Salud, en los cuales se asume un cambio de paradigma en atención en salud mental y en materia de seguridad, que implica reformular el combate a las drogas y, en consecuencia, replantear también la forma en como había sido atendido el consumo de las drogas en nuestro país. Por lo tanto, y con el fin de contribuir a transformar la vida pública del país para lograr un mayor bienestar para todos y todas, la prevención y la atención integral del consumo de drogas obedecen los principios rectores del PND 2019-2024, en los siguientes términos:

1. **Honradez y honestidad.** La prestación de los servicios de prevención y atención integral de la salud mental y el consumo de drogas deberá ser eficiente y efectiva, evitando la proliferación de establecimientos y programas improvisados o de mala calidad sin la correspondiente supervisión y certificación.
2. **No al gobierno rico con pueblo pobre.** La accesibilidad a los servicios de calidad deberá estar al alcance de todos los estratos sociales de la población, con perspectiva de género, respeto a los usos y costumbres, y a las minorías sexuales.
3. **Al margen de la ley, nada; por encima de la ley, nadie.** La regulación de las cadenas productivas y del consumo de drogas visibilizará los derechos humanos de los usuarios y no usuarios de drogas.
4. **Economía para el bienestar.** La prestación de servicios eficientes y efectivos para la prevención y atención integral a la salud mental y del consumo de drogas evitará mermar la economía de las familias y promoverá su bienestar, al ofrecer una atención oportuna de las condiciones de salud mental y de las complicaciones y problemas de salud asociados al consumo que causan muertes prematuras y discapacidad.
5. **El mercado no sustituye al Estado.** La generación de políticas públicas coherentes con la realidad nacional servirá para articular los esfuerzos institucionales necesarios para promover el bienestar y la salud en la población, sean consumidores o no consumidores de drogas, más allá de intereses comerciales de particulares o grupos delictivos.

6. **Por el bien de todos, primero los pobres.** La accesibilidad a los servicios para la atención integral a la salud mental y del consumo de drogas en personas de escasos recursos podrá mejorar mediante el otorgamiento de apoyos específicos (becas para el tratamiento y la
7. recuperación), así como a través del establecimiento de servicios para la reducción de daños, especialmente en personas con desventaja económica que consuman drogas.
8. **No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera.** Los servicios para la prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de drogas deberán otorgarse 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, (su condición de vulnerabilidad –menores en situación de calle, sexoservidores, personas en reclusión-), la ideología, la identidad de género, la orientación y preferencia sexual de las personas, así como fomentando una cultura amigable y responsable con el medio ambiente.
9. **No puede haber paz sin justicia.** La prevención y la atención integral del consumo de drogas, habrá de contribuir a restarle base social a la criminalidad, promoviendo la permanencia de los jóvenes en las aulas o su recuperación a los lugares de trabajo, pero también evitando que las niñas, los niños y adolescentes se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas, mediante intervenciones oportunas fundamentadas en evidencias científicas que garanticen su efectividad.
10. **El respeto al derecho ajeno es la paz.** El respeto a los derechos humanos de las personas es la premisa que subyace a las acciones que se desarrollarán para prevenir y atender de manera integral a quienes presentan condiciones de salud mental incluyendo usuarios de sustancias psicoactivas, contribuyendo a generar condiciones para una convivencia más pacífica.
11. **No más migración por hambre o por violencia.** La prevención y la atención integral de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas podrá mitigar los daños a la salud en las personas migrantes, así como para connacionales que sean repatriados a nuestro territorio, respetando sus derechos humanos y en particular, su derecho a la salud.
12. **11.Democracia significa el poder del pueblo.** La sociedad mexicana se verá beneficiada por el principio de participación social y colectiva en la toma de decisiones relacionadas en materia de salud mental incluyendo a usuarios de sustancias psicoactivas ya que, al romper el paradigma del combate a las drogas, se promoverán servicios para la reducción de daños, y la recuperación de las personas atendiendo a los genuinos reclamos de los grupos sociales

que han promovido el consumo de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos y para uso voluntario en adultos.

13. **Ética, libertad, confianza.** La capacitación de los profesionales de la salud, así como la concientización y educación de la población general con base en información científica en materia de salud mental y los derechos humanos, tenderá a fomentar la empatía hacia las personas con condiciones de salud mental y a los consumidores, pero también la conciencia, y favorecerá que los servicios sean otorgados con calidad, con ética y respeto, así como que se eliminen las barreras que por tanto tiempo han impedido su accesibilidad a los servicios de salud.

Estos implementados en el Plan Nacional de Salud 2019-2024 en donde el objetivo general es hacer efectivo el artículo 4º Constitucional a toda la población a través de sus objetivos específicos.

- Otorgar Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos
- Federalizar los sistemas estatales de Salud
- Implementar el modelo de APS-I
- Reorganizar la regulación sanitaria

Para cumplir estos objetivos se creará una rectoría de Atención para la Salud mental y las Adicciones a través de la fusión de:

1. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME),
2. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC),
3. Servicios de Atención Psiquiátricas SAP (Oficina Central)

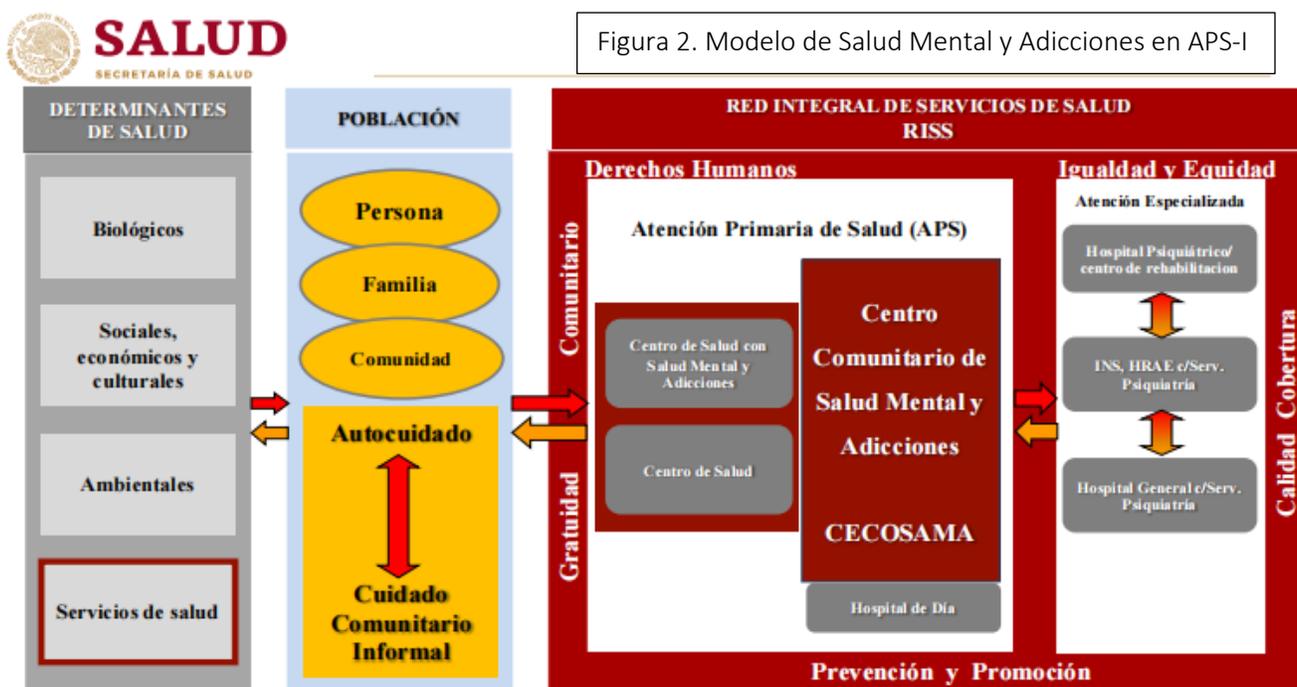
La Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) constituirá una instancia rectora que tendrá como objetivo realizar la normativa y conducción de la política nacional de salud mental y adicciones, e integrará en la agenda los siguientes temas prioritarios:

1. Integración de la Salud Mental a la APS-I.
2. Programas de Prevención del suicidio y atención de la conducta suicida.
3. Atención a la Salud Mental Infantil y del Adolescente desde una perspectiva del desarrollo.
4. Programa de Atención y tratamiento para la depresión.
5. Programa de Atención y tratamiento de las adicciones.

6. Programa de Atención Salud Mental para las minorías sexuales.
7. Salud Mental Perinatal y Materno-Infantil.
8. Salud Mental del Adulto Mayor.
9. Atención a víctimas de violencia y de los trastornos por estrés postraumático.
10. Atención de la salud mental en los cuidados paliativos.

## Modelo de Atención en Salud Mental

La nueva propuesta considera transitar de un modelo centrado a la atención intrahospitalaria hacia un nuevo modelo en donde se promueva y potencie la resolución ambulatoria de los problemas de salud (figura 2). Debe precisarse que no se debe descuidar la atención hospitalaria, sin embargo, el énfasis será en el fortalecimiento del primer nivel de atención al aumentar su capacidad resolutoria poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención a la salud que requiere la población.



En la propuesta de reestructuración de los servicios de salud Mental a nivel nacional se tiene contemplado la Integración de los tres tipos de unidades médicas operativas actuales con servicios de salud mental especializados CECOSAM, CISAME y CAPA como La Red de centros comunitarios de salud mental en coordinación con APS I y una red de servicios clínicos psiquiátricos en el segundo

nivel en hospitales generales y en el tercer nivel de atención ya constituido por los hospitales psiquiátricos. Así como, el fortalecimiento de los recursos humanos calificados y con las competencias necesarias, para la prevención de los trastornos mentales, promoción y atención de la salud mental y adicciones, con un enfoque de derechos humanos y el fomento de la participación activa de los usuarios, sus familiares y las organizaciones de la sociedad civil.

Se tiene claro que persisten diversas causas que han llevado a un funcionamiento deficiente de la infraestructura como sistema completo, mismas que van desde duplicidad en los servicios, la falta de referencia entre unidades de diferentes niveles de atención, servicios subutilizados, entre otras, que a final de cuentas impactan en el desempeño global del sistema, afectando primordialmente a las y los usuarios de servicios de salud.

En este sentido se observa la necesidad de crear estrategias de atención que articulen el flujo de la persona a lo largo del Sistema de Salud, donde se realice el trabajo individual, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad. El SNS apoya con la infraestructura, recursos y servicios brindados mediante una óptima organización.

### **Primer nivel de atención**

Apegados al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 que indica implementar APS-I cumpliendo con los acuerdos internacionales firmados por México, se considera mandatorio la atención de la salud mental en el primer nivel con las siguientes acciones:

- Redistribución del presupuesto
- Gratuidad y Abasto de medicamentos
- Dignificación de la figura del médico general y enfermería
- Brindar herramientas para el médico general y personal de salud de APS que aumente poder de resolución para la atención de SM y A
- Adaptación de Telesalud para SM

#### **1. Centros de Salud**

Es prioritario que el médico general en primer nivel de atención tenga las aptitudes para realizar diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y adicciones más comunes, esto se conseguirá con las siguientes acciones:

- Reformulando los programas académicos de las 153 escuelas de medicina del país para aumentar el contenido en salud mental.
- Incorporando el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) recomendación OMS y manteniendo mentoría constante por supervisores especialistas en salud mental y adicciones.
- Reforzando Guías de práctica clínica y tratamiento farmacológico.

Dentro de los centros de salud la integración de grupos multidisciplinarios incorporados a la Comunidad, consistentes en Promotor de la salud, Nutriólogo, Trabajador social, Activador físico, Enfermería que permitan la mejor adecuación a modelos etológicos y explicativos de la salud y enfermedad de la comunidad específica cuyas serán:

- Seguimiento de casos graves detectados en la comunidad.
- Detección de enfermedad mental y adicciones e incorporación a la red de salud mental.
- Talleres de comunicación estratificada en promoción de salud mental y prevención de adicciones.
- Talleres de vida saludable, crianza efectiva, manejo de emociones, no violencia, sexualidad
- Entre otros que fortalezcan los factores protectores y disminuyan los factores de riesgo en la población.

### **Centros comunitarios de salud mental y adicciones (CECOSAMAS) antes UNEME CAPA**

Los Centros comunitarios de salud mental y adicciones, son establecimientos con servicios especializados en salud mental integrados a la Red que cuentan con psiquiatra y preferentemente con personal capacitado para la atención ambulatoria de niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como poblaciones vulnerables, dentro del ámbito comunitario, adecuada a las necesidades del usuario, y con un enfoque de derechos humanos.

Estos centros comunitarios deberán ser el corazón del modelo de atención de la salud mental centrado en la comunidad, en donde se fomente la promoción de la salud mental y se lleven a cabo acciones para la prevención de los trastornos mentales y las adicciones, mejorando la accesibilidad y procurando la continuidad de cuidados de la salud de las personas, sus familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio, con la participación protagónica de la propia comunidad.

En estos centros se brindará atención ambulatoria especializada a los usuarios con trastornos mentales y adictivos moderados y graves, se llevarán a cabo acciones para el fortalecimiento técnico de los establecimientos del primer nivel de atención y la activación de la red social y comunitaria de su jurisdicción a través de acciones como:

- Desarrollar e implementar acciones para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y las adicciones en la población general y en grupos vulnerables, en coordinación con la Red de centros comunitarios de salud mental y los centros de Atención Primaria en Salud.
- Promover la detección oportuna de los trastornos mentales y las adicciones en las personas de los diferentes grupos de edad, así como, minimizar la discapacidad asociada a la enfermedad en el individuo, su familia y la comunidad.
- Brindar atención especializada en salud mental y adicciones, al igual que, apoyo psicológico a los usuarios con trastornos mentales moderados y graves, que superen las capacidades de los centros en APS- I, con un enfoque comunitario, de género y de derechos humanos.
- Coordinar, la articulación de la atención en salud mental y adicciones, así como el apoyo psicológico dentro de la Red de centros comunitarios de salud mental y el sistema de referencia a la Atención Primaria en Salud, hospitales generales y los hospitales psiquiátricos, para mejorar el acceso oportuno y la continuidad de la atención.
- Dar seguimiento a los pacientes con patología mental grave referidos al tercer nivel de atención y hospitales generales, así como a los que haya sido contrareferidos a los centros de APS-I.
- Coordinar la elaboración e instrumentación de Programas Específicos de Intervención (guías clínicas) en las unidades que conforman la Red de centros comunitarios de salud mental.
- Establecer acciones para la capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
- Supervisión y mentoría del personal de los centros de salud de su jurisdicción capacitados en mhGAP.
- Promover la protección de los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.
- Implementar, coordinar y supervisar programas de rehabilitación psicosocial e inserción comunitaria de los usuarios de la Red de centros comunitarios de salud mental.

- Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la atención y cuidados brindados a las personas en la Red de centros comunitarios de salud Mental a través de una atención basada en la mejora continua.

### **Segundo nivel de atención**

En México prevalece el modelo de grandes hospitales psiquiátricos asilares, que no hace posible la integración de la salud mental como un componente importante y presente en la red de atención de la salud en general. Este modelo se asocia con mayor estigma y discriminación de la atención de dichos pacientes por autoridades y, gremio médico por falta de capacitación en el área de la salud mental.

La implementación de un “Modelo de Atención Integral e integrado en Salud Mental y Adicciones en Hospital General” permitirá una mayor cobertura de dichos padecimientos, acercando al equipo de salud de diferentes áreas intrahospitalarias estratégicas y a pacientes a una atención de calidad y calidez, descentralizando los servicios de atención psiquiátrica como se explicó con anterioridad.

Los beneficios que se podrían obtener a corto plazo a partir de la aplicación del presente modelo:

- Menor estigma
- Conserva vinculación con la comunidad
- Descentralización de servicios
- Vinculado con la medicina general y otras especialidades
- Disminuye brecha entre atención salud mental y atención de salud general
- Estadías breves
- Modelo médico

### **Líneas de acción:**

En cualquiera de las modalidades los modelos de atención y servicios otorgados, se dedicarán a:

1. El Servicio de Salud Mental tiene como cometido interactuar con las demás áreas hospitalarias, donde promoverá la capacitación de los trastornos mentales para trabajar en conjunto 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 adherencia terapéutica, atención familiar, cuidadores primarios, disminución del estigma y discriminación por parte del personal del hospital general.
3. La atención de calidad y calidez a los pacientes brindando 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 a los médicos internos, residentes y trabajadores del hospital que lo soliciten.
6. Operar el sistema de referencia al primer nivel y/o de atención a los centros comunitarios de salud mental, con medidas que garanticen la continuidad del tratamiento, que evitan las recaídas del reingreso de pacientes al hospital
7. 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 la Secretaria de Salud demande.
8. Promover y participar en programas de difusión, educación para la salud mental de la población en general y de la mano de las otras especialidades médicas y de las diferentes disciplinas.
9. Incluir en los programas académicos de la residencia médica en psiquiatría y paidopsiquiatría, que incluya, medicina interna, neurología y pediatría.

10. Buscando que en los programas operativos se amplié la rotación de residencias medicas de medicina interna, neurología, psiquiatría y paidopsiquiatría en los hospitales e instituciones no psiquiátricas.
11. Distinguir los pacientes con trastornos agudos y crisis que requieran de breve y mediana estancias que deben ser atendidos en el hospital general, de aquellos que requieran larga estancia en hospitales psiquiátricos, para su canalización.

Etapa de la vida	Acciones de promoción de la salud	Identificación y detección oportuna	Entorno	Resultados potenciales
<b>Primera infancia</b>	Educación a padres y/o cuidadores sobre estimulación infantil temprana. Capacitación a madres en habilidades de crianza.		Preescolar Hogar	Mejoramiento de la salud mental, tanto en las madres como en los niños. Menor uso de los servicios de salud. Reducción a largo plazo del riesgo de que el niño presente problemas de conducta en la adolescencia,
<b>Infancia</b>	Programas de crianza para mejorar la interacción madre-hijo durante la infancia. Programas de aprendizaje socioemocional para los niños.	Capacitación a profesores en la detección de trastornos del desarrollo y del comportamiento.	Escolar Comunitario	Aumento de confianza en la capacidad de crianza de los padres. Mejoramiento en la habilidad de resolver problemas, habilidades sociales y reducción de problemas de conducta en los niños.
<b>Adolescencia</b>	Intervenciones universales basadas en el aprendizaje socioemocional, con componentes de regulación emocional, resolución de problemas, habilidades interpersonales, atención plena y manejo del estrés. Programas de prevención del acoso escolar. Alfabetización en salud mental		*Escolares Comunitarios Plataformas digitales.	Disminución de problemas de salud mental. Incremento en habilidades de solución de problemas, autocontrol emocional y habilidades sociales. Incremento en los conocimientos de salud mental. Reducción de las conductas de estigma.
<b>Adultos</b>	Entrenamiento en el manejo de estrés, la concienciación sobre el uso indebido de alcohol y drogas, salud ocupacional. Capacitación en primeros auxilios de salud mental de los miembros de la comunidad.	Capacitación de los trabajadores de salud del primer nivel de atención, de la policía y los trabajadores sociales en la identificación de trastornos de salud mental.	Laboral Comunitario	Disminución de estrés. Detección y tratamiento oportuno de los trastornos mentales

<b>Adultos mayores</b>	<p>Grupos sociales que incorporen la convivencia con pares.</p> <p>Intervenciones psicoeducativas para cuidadores.</p>		Comunitario	<p>Disminución de la depresión y un mayor dominio y satisfacción de la vida.</p> <p>Disminución de depresión y aumento de satisfacción percibida en cuidadores.</p>
<b>Prevención del suicidio</b>	<p>Acceso a servicios de atención médica y de salud mental.</p> <p>Reducción del acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio.</p> <p>Actividades de participación en la comunidad. Intervención en crisis a personas con ideación o intento de suicidio.</p> <p>Educación y sensibilización universal sobre el suicidio.</p> <p>Intervención psicológica a familiares, amistades y profesionales después de una muerte por suicidio.</p> <p>Programas de educación socioemocional para niños y adolescentes.</p> <p>Programas de crianza positiva para padres. Desarrollo de iniciativas que promuevan la equidad de género y la igualdad de condiciones sin distinción de la orientación sexual.</p>	<p>Capacitación de los proveedores de servicios de salud en identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo.</p> <p>Capacitación a maestros, personal de respuesta a emergencias y a agentes comunitarios en identificar a las personas que podrían estar en riesgo de suicidio y responder de manera eficaz.</p>	<p>Servicios de salud</p> <p>Comunitario</p> <p>Escolar</p>	<p>Mayor uso de los servicios de salud mental.</p> <p>Menores tasas de abandono al tratamiento.</p> <p>Reducción de síntomas depresivos. Reducción en la tasa de intento de suicidio.</p> <p>Reducción en la tasa de suicidio.</p> <p>Disminución de estrés.</p> <p>Reducción en los nuevos intentos de suicidio.</p>
<b>Población indígena</b>	<p>Empleo de un facilitador intercultural y lingüístico (persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador de servicios de salud mental y la comunidad.</p> <p>Adaptación cultural de programas de aprendizaje socioemocional.</p> <p>El refuerzo de las tradiciones culturales a través de festivales en que se celebra la identidad cultural y el empleo de las artes tradicionales, la artesanía y la costura como actividades que promueven la salud mental.</p>	<p>Capacitación a los prestadores de salud en atención a la salud mental con pertinencia cultural, basada en el reconocimiento y respeto de la cultura, filosofía de vida y conceptos de salud de las poblaciones indígenas.</p>	Comunidad	<p>Aumento en la capacidad y confianza de los profesionales de salud para evaluar y tratar a la población indígena.</p> <p>Reducciones en el comportamiento autolesivo, consumo de alcohol y mejoras en las habilidades para la vida.</p>

<b>Comunidad LGBTTTI</b>	<p>Educar al personal educativo para fomentar comportamientos inclusivos. Capacitar a profesores para apoyo emocional de los jóvenes LGBTTTI.</p> <p>La difusión de información y apoyo sobre temas de la comunidad LGBTTTI.</p> <p>Educar e involucrar a padres y familia en intervenciones que afirmen la identidad LGBTTTI</p>		Escolar Comunitario	<p>Disminución de síntomas depresivos, de consumo de sustancias y de ideación e intentos de suicidio.</p> <p>Clima escolar positivo.</p>
<b>Población migrante</b>	<p>Otorgar psicoeducación a las personas migrantes sobre autocuidado y salud mental. Capacitar en intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial (Guía mhGAP humanitaria) y Primeros auxilios psicológicos a profesionales no especialistas en salud mental.</p>	<p>Capacitar a agentes humanitarios para derivación y canalización de atención especializada en salud mental en caso de ser necesario. Aplicación de un cuestionario de rápida administración para la identificación de riesgos de salud mental.</p>		<p>Contención emocional de personas migrantes que han sufrido una emergencia o crisis que afecta su estado emocional.</p> <p>Detección y tratamiento oportuno de las personas migrantes con un problema de salud mental.</p>

## **Lineamientos operacionales del Programa de la Salud Mental**

Las acciones para la promoción de salud mental se definen como aquellas que implementan los Servicios Estatales de Salud a través de sus coordinaciones de salud mental, con el objetivo de otorgar servicios integrales de prevención, promoción y educación para la salud, a lo largo de toda la línea de vida.

### **Objetivo**

Brindar a la población acciones integrales de promoción de salud mental para promover estilos de vida saludables y acciones de prevención, dirigidas a los principales trastornos de salud mental acordes al curso de vida, con un enfoque de equidad e inclusión.

### **Objetivos específicos**

- a. Homologar las acciones de salud pública de las SESA en promoción de salud mental, prevención de trastornos mentales y del suicidio.
- b. Contribuir a la reorientación de servicios de salud fomentando la promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales.

### **Estrategia**

Se realizarán acciones integrales para los principales problemas de salud mental de acuerdo con las necesidades y demandas de la población.

Es importante considerar los siguientes rubros:

Sensibilización sobre la salud mental/lucha contra el estigma.

- a. Desarrollo de la primera infancia.
- b. Prevención y promoción de la salud mental en las escuelas.
- c. Promoción y prevención de la salud mental materna/parental.
- d. Prevención y promoción de la salud mental relacionada con el trabajo.
- e. Prevención del suicidio
- f. Componente de salud mental y psicosocial de la preparación frente a desastres y reducción del riesgo de desastres.
- g. Apoyo psicosocial ante el Covid-19.
- h. Capacitación mhGAP

i. Capacitación en prevención del suicidio

La atención personalizada a la población se llevará a cabo con base en los recursos, equipo y personal del Programa Estatal de Salud Mental; es indispensable que se involucre el personal de salud de las unidades de primer nivel de atención, así como el personal especializado en salud mental.

Mientras en el estado de Tlaxcala este en semáforo rojo por la pandemia Covid 19 se realizarán las actividades en línea de ser posible y de acuerdo a indicaciones estatales por semaforización se realizarán actividades presenciales, alineándonos a los protocolos de bioseguridad. Las actividades podrán realizarse en las jurisdicciones sanitarias, unidades de salud, clínicas y en espacios de fácil acceso a la población como: cabeceras municipales, parques, escuelas, mercados, explanadas, plazas públicas, deportivos, centros de trabajo, además de los servicios de salud.

### **Universo**

Las acciones serán para toda la población, de acuerdo al grupo de edad y curso de vida, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población con énfasis en áreas rurales, marginadas e indígenas bajo un enfoque de derechos y perspectiva de género.

Los grupos sugeridos de intervención son:

- a. Primera infancia
- b. Infancia
- c. Adolescentes
- d. Adultos
- e. Adultos mayores
- f. Familias
- g. Mujeres
- h. Indígenas
- i. Afrodescendientes
- j. Comunidad LGBTTTI
- k. Migrantes
- l. Maestros
- m. Profesionales de la Salud
- n. Personas con discapacidad física

- o. Personas privadas de la libertad
- p. Otro

## **Componentes**

### **Componente 1. Educación para la salud y desarrollo de habilidades personales**

La educación para la salud es una parte clave de la promoción de la salud como estrategia para el desarrollo de hábitos en relación con la salud personal, influye en creencias, actitudes y/o comportamientos, ofreciendo oportunidades de aprendizaje para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias para el cuidado de la salud mental.

Un rubro de la educación para la salud, es la alfabetización en salud mental que se define como el conjunto de conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención. Incluye aspectos como: el conocimiento de cómo prevenir los trastornos mentales; el reconocimiento de cuándo se está desarrollando un trastorno; el conocimiento de las opciones de búsqueda de ayuda y los tratamientos disponibles; el conocimiento de estrategias efectivas de autoayuda para problemas leves; y las habilidades de primeros auxilios para ayudar a otros que están desarrollando un trastorno mental o están en una crisis emocional. Por su parte, el desarrollo de habilidades personales implica capacitar a las personas en conocimientos y estrategias para enfrentar los sucesos de vida desafiantes y para desarrollar un plan de vida que contribuya de manera positiva a la sociedad.

Las acciones para este componente son:

#### **Acción 1. Visita domiciliaria**

Implica reunirse cara a cara con las personas en sus hogares. La visita suele durar de 30 minutos a una hora, dependiendo del tema a tratar, se realizan por profesionales de la salud. En ella se pueden adaptar los mensajes educativos a las circunstancias particulares y preocupaciones de las personas visitadas y se superaran barreras de acceso a la información. Es una herramienta de intervención, que permite que los profesionales de salud o promotores comunitarios interactúen con las familias y observen las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y estilos de vida. Durante la visita se pueden incrementar los conocimientos y habilidades maternas, con relación a temas como: cuidado infantil y desarrollo físico, social, emocional, cognitivo y lingüístico

de los niños. Las características desarrolladas son conocidas como habilidades parentales, estimulación infantil o guía para el desarrollo. La entrega de información, a través de distintos medios, tiene un impacto positivo en la conducta de los padres, siempre y cuando estén motivados y dispuestos a dedicar tiempo a la obtención de información. Las visitas domiciliarias pretenden fortalecer factores protectores en la familia, así como identificar aquellos factores de riesgo de la familia.

Otra modalidad de visita domiciliaria es la atención que se ofrece a las personas con diagnóstico de trastorno mental y a su familia en el hogar, en la que el profesional de salud realiza una valoración, seguimiento y atención continua en el domicilio con actividades de prevención y promoción de la salud y actividades de apoyo al cuidador. Promoviendo la adherencia al tratamiento farmacológico, detectando de forma precoz la reagudización de síntomas y haciendo la referencia oportuna a la red sanitaria.

### **Acción 2. Sesión informativa**

Es una exposición participativa que puede apoyarse en material audiovisual, por parte del personal de salud, es para informar a las personas sobre temas de salud mental y sobre signos y síntomas de algunos trastornos mentales, la sesión es única y su tiempo máximo de duración es de una hora, siempre se deben tomar en cuenta las necesidades del grupo y responder las dudas y comentarios de los participantes. Las sesiones informativas se ofrecen maestros, estudiantes, padres, miembros de la comunidad, o usuarios de servicios de salud mental.

### **Acción 3. Taller**

Es una modalidad de enseñanza-aprendizaje con una metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica, con la finalidad de mejorar la capacidad de las personas para abordar un determinado problema o tema de salud mental. Es coordinado por uno o varios especialistas donde los participantes llevan a cabo actividades de aprendizaje diseñadas previamente y que los conducen a desarrollar su comprensión de los temas al vincularlos con la práctica. Algunas actividades son exposición participativa, discusión de casos, periódicos murales, tendedores, carteles, juego de roles, dinámicas grupales, etc.

Las temáticas pueden ser prevención de la ansiedad y el estrés, técnicas de relajación, habilidades de comunicación, manejo de emociones, técnicas de solución de problemas, reestructuración

cognitiva, bienestar emocional, etc. y se dirigen a grupos de personas en distintas etapas de la vida, a profesores, padres de familia, profesionales de salud, o miembros de la comunidad.

Las horas de un taller pueden ser como mínimo 3 horas y como máximo 30 horas las cuales deben dividirse entre cinco y diez sesiones, si se trata de un taller de acercamiento a la población o abordaje de temas muy concretos pueden ser entre tres y cinco sesiones. La duración de las sesiones es entre 60 a 120 minutos, con un máximo de exposición de 20 minutos. La periodicidad es en función del tema a abordar y las características del grupo, es deseable que sea semanal. Las fechas y horarios del taller se establecen antes de su inicio. Las sesiones deben realizarse siempre en el mismo lugar y número de participantes es de entre 10 y 15, si hay dos facilitadores y según el tema se puede llegar hasta 25. Además, se debe realizar una evaluación individual pre y post a la intervención. Número de sesiones.

#### **Acción 4. Cine debate**

La aportación de conocimientos se realiza a través de la proyección de un cortometraje o película alusiva a temas de salud mental, posteriormente se realiza un análisis o discusión grupal sobre el tema central. Las proyecciones son acompañadas por un moderador y expertos en el tema que aborda la película. Es una herramienta educativa que permite generar procesos de reflexión y sensibilización, favorece la identificación con personajes y situaciones y ofrece elementos para obtener distintas perspectivas de un problema o situación dada, permite el diálogo, el intercambio y el debate sobre temas que pueden resultar de difícil abordaje. El número de asistentes debe ser mayor a 10 personas y la actividad debe tener una duración de por lo menos una hora. La difusión de la actividad se debe realizar con por lo menos tres días de anticipación.

#### **Componente 2: Información y comunicación eficaz sobre salud mental, trastornos mentales, y prevención del suicidio.**

La comunicación que busca el cambio de comportamiento realiza un proceso interactivo para desarrollar mensajes y enfoques a través de una mezcla de canales de comunicación con el objetivo de fomentar y preservar comportamientos positivos y adecuados que fomenten la salud, se utilizan estrategias que reconocen que el comportamiento individual está determinado por el contexto social, cultural, económico y político, de ahí que puedan incorporar elementos como la educación entre pares, la mercadotecnia social, las relaciones públicas, entre otros. Su objetivo es aumentar

conocimientos, fortalecer el dialogo comunitario, promover cambio de actitudes, reducir el estigma y la discriminación y promover servicios de atención.

En las acciones de información y comunicación se debe cumplir con los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y no discriminación y evitar la reproducción de estereotipos de género en el lenguaje e imágenes empleados.

Una estrategia de información y comunicación debe contar con un proceso de planeación en el que se definan sus objetivos, el mensaje clave que se desea transmitir, la selección de destinatarios, la elección de canales de comunicación, la retroalimentación durante el diseño de los materiales de comunicación por parte de la población a la que van dirigidos y la evaluación de resultados (cambios cuantificables en el comportamiento y entorno).

### **Canales de comunicación**

- a. Canales interpersonales, que incluyen la comunicación uno a uno, como de proveedor a cliente, de cónyuge a cónyuge o de igual a igual.
- b. Canales comunitarios, que llegan a una comunidad (un grupo de personas dentro de un área geográfica, como un pueblo o colonia, o un grupo basado en intereses o características comunes, como la etnia o estatus laboral).
- c. Medios comunitarios. - Son medios de comunicación sin ánimo de lucro cuya función principal consiste en hacer un servicio social y promover el desarrollo de su comunidad. Fomentando el derecho a la comunicación y la información y la libertad de expresión de personas integrantes de comunidades determinadas, sean estas territoriales o etnolingüísticas.
  - Televisión comunitaria. Es de propiedad colectiva, con alcance y cobertura local, privilegia los temas comunitarios con contenidos de corte educativo, cultural e informativo, en beneficio de la comunidad y en el marco de comunicación libre y plural.
  - Radio comunitaria. Servicio de radio no estatal de interés público operado por miembros de la comunidad que tienen el control de la propiedad y que construyen el contenido. Es un mecanismo importante para reforzar y fortalecer las expresiones culturales, populares, las identidades y el aprendizaje social.

- Periódico, revistas, boletines. Publicaciones que se realizan en intervalos regulares de tiempo, que en la construcción de su contenido participan los miembros de la comunidad, difundiendo su opinión frente a diversos temas, experiencias y saberes.
  - Página web. Es una colección de una o varias páginas Web que se publican en internet, se puede acceder al contenido a través de dispositivos electrónicos. El contenido lo crea miembros de la comunidad y/o organizaciones voluntarias de interés público, el contenido publicado no es de carácter lucrativo, ni de recolección monetaria u de otros bienes. La finalidad es la promoción del interés general, en materia de derechos ciudadanos, asistencia social, educación, salud, medio ambiente, o cualquiera otra de bien común.
  - Además, hay otros medios comunitarios como son: periódicos locales, estaciones de radio locales, tabloneros de anuncios, perifoneo, pintas de bardas
- d. Medios de comunicación masiva que transmiten información, a un gran número de personas a la vez, estos son:
- Medios audiovisuales. Son dispositivos tecnológicos que emiten imágenes y sonidos con el fin de transmitir la información, como la televisión y el cine. Comercial de televisión. Apoyo audiovisual que se le brinda al público por medio de la televisión, su tiempo o permanencia está entre los 10 o 60 segundos para promover información o un servicio. Ofrece alternativas visuales, de sonido, movimiento, color y efectos especiales, que buscan un impacto visual en el espectador. Las imágenes que se utilizan son personajes de todo tipo, reales y de ficción o incluso caricaturas con las que las personas se sienten identificadas o que representan una forma o estilo de vida el cual se quiere alcanzar. A veces acompañadas de un mensaje contundente, que busca la mayor originalidad posible para que pueda ser recordado por las personas.
  - Medios radiofónicos. Es un medio que se basa exclusivamente en información transmitida bajo formato sonoro. En la actualidad hay contenidos auditivos como podcasts cuyo proceso de producción es radiofónico y luego se distribuye de manera digital. Spot de radio. Recurso de publicidad para dar a conocer un mensaje o servicio, la fuerza del reside en la persona que da el mensaje, en el contenido y la forma en que lo comunica.
  - Medios impresos. Son todas aquellas publicaciones que contienen una información a ser transmitida como las revistas, periódicos, folletos y panfletos.

- Medios digitales. Se utilizan como soporte computadoras personales, celulares, tablets y otro tipo de dispositivos móviles, a través de los cuales se transmite información con una rapidez que aventaja a cualquier otro medio masivo de comunicación. Redes sociales, el uso de facebook, youtube, twitter portales y páginas web y otras herramientas de redes sociales para difundir mensajes.

**Acción 5. Elaboración y distribución y/o difusión de material Informativo y de comunicación sobre signos y síntomas de trastornos mentales, factores protectores de la salud mental, detección oportuna y prevención del suicidio.**

Elaboración y distribución de cada material informativo (no se contabiliza de manera individual).

### **Materiales de información y comunicación**

#### **Material visual**

- a. Cartel. Pieza de papel, tela, plástico u otro material que se imprime con textos e imágenes con, pueden ser fijados en salas de espera o locales comunitarios, por lo tanto, el destinatario dispone de tiempo para observarlas y entenderlas.
- b. Pancarta. Normalmente poseen un soporte (palo) para ser transportadas y mostradas al público. Pueden fabricarse con cartulina, tela, cartón, papel, madera. Contienen mensajes de fácil lectura y comprensión y presentan sólo una idea o frase. Normalmente se emplean en actos públicos o reuniones y se emplean para proporcionar apoyo visual a las campañas que pretenden cambiar actitudes o para informar sobre la disponibilidad de servicios o despertar el interés de la comunidad para participar en un evento o reunión comunitaria. Puede ser también utilizada en sesiones informativas, se transporta fácilmente, se emplea en diferentes sitios y ocasiones y es de bajo costo.
- c. Rotafolio. Es una secuencia de láminas unidas entre sí por argollas u otro tipo de soporte. Pueden confeccionarse en diferentes formatos y tamaños. Los hay tamaño carta para ser empleados en una mesa cuando se trabaja con grupos poco numerosos, o grandes de 1 m x 70 cm, que se utilizan sobre un atril. Generalmente, en él se desarrolla un tema completo. Cada lámina representa una idea que se va complementando con la lámina siguiente. Es aconsejable utilizar letra grande y clara, frases cortas y precisas y dibujos esquemáticos.

- d. Murales. Son pinturas con imágenes y/o texto de contenido educativo o recreativo realizadas sobre paredes, muros, puertas, arcos y otros sitios visibles. Sirven para propiciar el desarrollo comunitario cuando representa la vida y problemas de la comunidad.
- e. Calendarios. Los calendarios tradicionales pueden ser empleados para llevar mensajes educativos a la comunidad, tiene la ventaja de que las personas los emplean durante todo el año produciendo un reforzamiento continuo del mensaje debido a la frecuencia con que se mira. Las posibilidades de producción son múltiples, desde el pequeño calendario de bolsillo hasta el de pared que cambia de hoja mes a mes.
- f. Pinta de barda. Comunicación exterior en la que se aprovechan los muros de distintos tipos de construcciones con la finalidad de brindar un mensaje, tiene la peculiaridad de que por lo regular no se utilizan imágenes, salvo que éstas sean sencillas y fáciles de reproducir de manera artesanal, como es el caso de los logotipos. Esto hace que tengan que recurrirse a la tipografía llamativa para captar la atención de las personas.

#### **Material auditivo**

- a. Anuncios radiales. Son de corta duración de 30 segundos a no más de 2 minutos. Se transmiten varias veces al día y generalmente se refieren a un sólo tema. Son particularmente útiles para anunciar disponibilidad de servicios y entregar mensajes sobre hábitos y actitudes.
- b. Entrevistas. Incluyen entrevistas con expertos o autoridades de salud o entrevistas en la calle con representantes de la comunidad.
- c. Perifoneo o sistema de altoparlante. Consiste en un sistema de parlantes fijos o instalados en un vehículo. Se emplea para anuncio de actividades que están a punto de comenzar y donde se requiere la participación de la comunidad, por ejemplo exhibición de películas, inicio de reuniones de la comunidad.

#### **Material digital**

- a) Podcast. Es una publicación de carácter digital y periódica, en formato de audio o vídeo que se puede descargar de internet o escuchar online. Un podcast puede escucharse en cualquier momento, ya que quedan alojados en la web. En él se desarrollan ideas o temas centrales de interés, su duración es variable desde 2 minutos hasta dos horas.

- b) Banner. Es un anuncio publicitario en forma de imagen que, generalmente, se sitúa en un sitio web.
- c) Gif. Es una animación digital sin sonido, transmite información de manera rápida, entre 5 y 10 segundos que por lo general se visualizan en redes sociales.
- d) Videos en directo que se presentan en plataformas digitales, prácticamente todas las redes sociales ofrecen la posibilidad de emitir en directo (youtube, facebook, twitter, instagram, etc.). Los videos en directo ofrecen la posibilidad de interactuar con los destinatarios y compartir conocimientos de profesionales y experiencias de las personas. También están las herramientas de trabajo colaborativo para realizar reuniones virtuales y videollamadas (zoom, conferencia telmex, google meet, etc).
- d. Portal o website.- Son puntos de entrada a Internet, uno más complejo que el otro, donde se organizan y concentran contenidos. Ambos tienen características distintas, sin embargo, coinciden en ser fuentes de información accesible de forma continuada. Lo que se sugiere es que, de acuerdo a las necesidades particulares y objetivos, definir cuál es la herramienta más eficiente para tener en la web información de salud mental como: consejos, opiniones, conferencias, artículos, noticias, blogs, actualizaciones sobre temas e información digital e incluso mediciones de interacción con usuarios, buscando siempre contenido visual atractivo.

### **Material impreso**

El material impreso se refiere al material informativo que emplea en mayor proporción la comunicación escrita; puede ir acompañado o no de imágenes, esquemas y resúmenes. Bajo esta categoría se tratan volantes y folletos.

1. **Volantes.** Son impresos que constan de una sola hoja tamaño pequeño, en general pueden ser tamaño media carta, pueden llevar escritos, dibujos o ambos, y pueden ser a colores o en blanco y negro, según el tipo de información, personas a quien se dirige y recursos disponibles. El volante puede incorporar varios mensajes pero debe conservar los criterios de simplicidad, claridad y veracidad. Cuando se emplean dibujos, éstos deben ser sencillos y esquemáticos, lo importante es que representen el mensaje que quiere darse.
2. **Folletos.** Son materiales educativos impresos que se utilizan para desarrollar, en forma sintética, datos importantes sobre morbilidad e incidencia y signos y síntomas de trastornos mentales o del suicidio y recomendaciones de cuidado de la salud mental. Pueden

confeccionarse en distintos formatos, desde los plegables (2 o 3 dobleces) hasta los folletos engrapados que contienen 10 a 20 hojas. Los escritos deben ser breves, indicando en forma precisa la idea y comportamiento que se quiere resaltar. Pueden contener dibujos, esquemas o imágenes que refuercen el mensaje.

### **Distribución del material impreso**

Es fundamental que el personal que participa en la distribución del material impreso proporcione los mensajes correctos y adecuados, ya que son la principal fuente de información. Evitar eventos de distribución demasiado concurridos y buscar oportunidades que permitan mayor dialogo e intercambio con los destinatarios, no sólo se debe entregar el folleto o volante, sino que se debe explicar la información contenida en el material y alentar a las personas a hacer preguntas.

### **Validación del material informativo y de comunicación**

El material debe ser diseñado para poblaciones específicas, ya que cada grupo tiene diferentes niveles de alfabetización, distintos patrones de comportamiento y necesidades de información o servicio. Se deben utilizar palabras sencillas, de fácil comprensión, teniendo cuidado de expresar cada idea con frases cortas. En el folleto se deben repetir los mensajes o hacer un resumen donde se destaque la idea principal.

Todo material informativo debe someterse a comentarios y sugerencias de la población objetivo, previo de su versión final. La propuesta del material debe mostrarse a una muestra de la población objetivo para que las personas seleccionadas comenten acerca de la claridad, pertinencia, secuencia y tipo de lenguaje utilizado, sugerencias sobre las imágenes que pueden ilustrar los mensajes. La validación puede realizarse en sesiones de grupo cuyo objetivo es obtener información de un grupo homogéneo y representativo de la población objetivo (como mínimo 7 participantes, que no deben conocerse entre sí) y la cantidad de materiales a evaluar, por cada versión, no debe exceder de tres.

Con esta información se realiza la versión final que se enviará al STCONSAME. Cada material deberá enviarse incluyendo el “Anexo 1 Formato de Autoevaluación de Material de Comunicación” debidamente requisitado por el área responsable.

### **Acción 6: Campañas de información y conciencia pública**

Los días mundiales dan la oportunidad de sensibilizar al público en general sobre temas importantes, por ello, cada SESA en la medida de sus posibilidades procurará implementar por lo menos una campaña anualmente, entendida como un conjunto planificado de actividades de promoción de la salud que tratan una misma temática, y se llevan a cabo durante un periodo de tiempo limitado. Su propósito es sensibilizar y concienciar sobre temas de salud mental.

Las campañas de información y conciencia pública contribuyen a reducir el estigma y la discriminación. Emplean canales de comunicación para promover el conocimiento de prácticas de salud mental, sobre los trastornos mentales y ayudar a su reconocimiento, manejo y prevención. Difunden información sobre los signos y síntomas de los trastornos mentales, los lugares donde las personas pueden recibir ayuda, datos y cifras sobre la prevalencia y factores de riesgo.

En este caso tendrán como objetivo dar a conocer a los destinatarios información y recomendaciones sobre los Trastornos del Espectro Autista (TEA), la prevención del suicidio y la salud mental en sus días internacionales respectivamente.

### **Campaña del día mundial de concientización sobre el Autismo**

El 2 de abril se celebra el día mundial de concientización sobre el Autismo. La Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 62/139 de la Asamblea General instauró en 2007 este día para aumentar la conciencia pública sobre este trastorno, recordando que el diagnóstico precoz y la investigación y la intervención apropiadas son vitales para el crecimiento y el desarrollo de la persona.

El objetivo de la campaña es sensibilizar y concientizar a la población sobre las necesidades y derechos de las personas con TEA, y sobre sus talentos y sus capacidades. A través de fomentar en las personas valores como solidaridad, igualdad y respeto a la diversidad, promover y ampliar el conocimiento y comprensión social sobre el TEA, erradicar falsos mitos sobre el TEA y sobre su tratamiento, capacitar a personal de primer nivel de atención, maestros, familias y aquellos actores que tienen especial incidencia en la calidad de vida de las personas con TEA, enseñar a las familias a detectar los indicadores tempranos para poder realizar un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento adecuado en el menor tiempo posible y proveer los servicios de apoyo necesarios.

### **Campaña del día mundial de prevención del suicidio**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) designó el 10 de septiembre, para realizar la campaña mundial de prevención del suicidio. Entendida como toda actividad orientada y ordenada a la difusión de un mensaje "el suicidio se puede prevenir" se debe dirigir a una pluralidad de destinatarios, tratando el suicidio abiertamente, con un tono cercano y que invite a la comunicación.

El objetivo es aumentar la concientización y los conocimientos sobre la conducta suicida y ofrecer información recomendaciones y herramientas para prevenir el suicidio, además de dar información sobre los servicios de salud a los que se puede acudir.

### **Campaña día mundial de la salud mental**

La Federación Mundial por la Salud Mental (WFMH por sus siglas en inglés) estableció el Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre de 1992, con el objetivo de aumentar la conciencia pública sobre la importancia de la salud mental y comprender y mejorar las actitudes hacia los trastornos mentales.

Con la transmisión de las ideas principales como: el autocuidado, las relaciones interpersonales positivas y el manejo eficaz del estrés que son importantes protectores de la salud mental; todas las personas podemos sufrir, en algún momento, algún problema de salud mental; los trastornos mentales pueden ser atendidos por profesionales de la salud mental y la recuperación es posible y existen servicios de salud públicos donde se puede recibir información, asesoría y tratamiento.

#### Actividades sugeridas para las campañas

- Realizar un plan de publicidad general en marquesinas, autobuses, medios de transporte, pintas de bardas o espectaculares.
- Publicar artículos en periódicos, revistas y medios impresos.
- Realizar conferencias, seminarios educativos o paneles públicos
- Realizar conferencias y comunicados de prensa.
- Conseguir entrevistas y espacios para hablar en radio, televisión, youtube o facebook u otra plataforma digital.
- Difundir testimonios de como las personas han afrontado el tema abordado en la campaña a través de las redes sociales o mediante su lectura en eventos.

- Invitar a deportistas, cantantes, actores o figuras públicas cuyas vidas se han visto afectadas por el tema abordado en la campaña a que compartan sus experiencias y expongan la forma en que lo han afrontado.
- Solicitar a servidores públicos que hagan anuncios relevantes, divulguen políticas o hagan declaraciones de apoyo o comunicados a favor del tema de la campaña.
- Organizar eventos culturales (ferias, conciertos, exposiciones de fotografía, teatro, teatro guiñol, inauguración de murales, cine debate, desfiles, muestras gastronómicas, juegos para niños, etc.)
- Organizar eventos deportivos (caminatas, torneos, rodadas en bicicleta, carreras, etc.).
- Elaborar y difundir guías, manuales o folletos informativos dirigidos a diferentes públicos.
- Realizar cursos de formación (presencial o en línea) a sectores concretos de la sociedad (profesionales de la salud, de la educación, etc.).
- Publicar formatos publicitarios en medios de comunicación o Internet (postales electrónicas, gifs, infografías, carteles).
- Organizar videoconferencias, foros en línea a través de plataformas digitales.
- Difundir materiales educativos e iniciativas desde sus redes sociales con los hashtag #DiaMundialAutismo; #DíaMundialPrevenciónSuicidio y #DiaMundialSaludMental.
- Gestionar que edificios y monumentos se sumen a la iniciativa conocida como “Iluminemos de azul” como fomento a la visibilidad y la inclusión de las personas con Trastorno del Espectro Autista.
- Invitar a las personas a poner morado como foto de perfil en medios sociales para apoyar el día mundial de la salud mental.
- Se deberán promocionar las actividades de las campañas, por lo menos 10 días previos del inicio de las mismas en diferentes medios: canales de radio, prensa escrita, banners, mantas, redes sociales (facebook, twitter, youtube, instagram, etc.), pintas de bardas, pantallas en hospitales, clínicas y centros de salud, perifoneo e invitación de casa en casa.

### **Componente 3: Participación comunitaria en salud mental**

Participación comunitaria en salud es la Implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades, estableciendo

objetivos compartidos y actuando cooperativamente. Fomentar la participación de los miembros de la comunidad en la implementación de acciones, tiene como meta fundamental llevar a las comunidades a la apropiación de sus propios recursos. Los procesos de participación se inician con una serie de conversaciones para participar en acciones concretas que luego abren paso a posibilidades de cambio.

### **Acción 7 Reuniones comunitarias**

Las reuniones con personas de la comunidad se llevarán a cabo para la adopción de decisiones sobre la mejora de su salud mental. Estas reuniones deben ser abiertas y ofrecer a las personas de diversas procedencias la oportunidad de expresar sus puntos de vista acerca de problemas clave en cuestión y de qué se puede hacer al respecto. En ellas se promueve la designación de representantes de la comunidad que faciliten acciones de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales y de suicidio, bajo un enfoque intercultural.

Comenzar a planificar al menos una semana antes de la fecha de la reunión. Es recomendable designar un comité de planificación compuesto por miembros de la comunidad que ayuden en el proceso. Tomar en cuenta a los líderes comunitarios, desarrollar y establecer un objetivo claro y una agenda para la reunión y comunicarlos ampliamente. Invitar a participar a distintos actores de la comunidad.

Si es posible, designar dos facilitadores para cada reunión. Uno de ellos guiará la discusión y el otro tomará notas (hay que asegurarse de tener el consentimiento del grupo para registrar la información). Cuando se facilita una discusión, es recomendable hacer preguntas abiertas tanto como sea posible para que los participantes expresen sus puntos de vista. Tomar en cuenta que los residentes pueden expresar descontento por experiencias pasadas. Se debe reconocer ese descontento y la frustración de las personas causada por acontecimientos pasados, y seguir adelante con un tono positivo. Hay que intentar mantenerse positivo y sin sesgos: no conducir la discusión hacia un resultado específico o detenerse demasiado en problemas particulares.

Al final de la reunión, verificar si las notas tomadas reflejan los puntos principales que se discutieron.

Es recomendable celebrar la reunión en un espacio abierto, pero lejos de espectadores u otras interrupciones. Los grupos de participantes deben reflejar la comunidad y representar varios

sectores, como personas encargadas de la familia, dueños/as de comercios, curanderos/as o maestros/as. Hay que intentar reunir la mayor diversidad posible, e incluir mujeres, hombres y grupos marginalizados. Intentar que la reunión dure una hora como máximo.

Compartir la minuta con líderes locales, organizaciones comunitarias, personal de salud, y otras personas de la comunidad que puedan usar la información para mejorar sus programas y actividades. Finalmente, usar la minuta para identificar los vacíos de información que hay que intentar llenar la próxima vez que la comunidad se reúna para discutir estos asuntos. Las respuestas, aclaraciones y acciones de seguimiento (si se efectuaron o no) deben ser comunicadas a la comunidad o a las personas afectadas.

### **Acción 8 Eventos culturales y deportivos**

Las actividades culturales son aquellos eventos o reuniones programadas en el tiempo que organiza un determinado grupo con el objetivo de crear, difundir o fomentar la cultura de un grupo específico y siempre va a estar relacionado con alguna rama del arte, la cultura, las creencias o los valores.

La promoción de los eventos culturales y deportivos logra un impacto positivo en la satisfacción con la vida, los niveles de depresión y ansiedad y la buena salud. Diferentes estudios han demostrado la asociación entre una buena salud, la satisfacción con la vida y la participación en actividades culturales.

Para llevar a cabo un evento cultural o deportivo se requiere realizar un proceso de planificación, organización y ejecución de una actividad o evento artístico, el cual debe tener claramente definido su objetivo y la población a la cual va dirigido.

Este tipo de actividades pueden ser promovidas por diferentes organismos, dirigidos a las comunidades o hacia algún grupo específico de personas con diferentes objetivos como: transmitir su cultura e identidad, promover la salud etc.

Las actividades culturales permiten generar lazos de unión entre los miembros de una misma comunidad. Transmiten creencias, costumbres, tradiciones y conocimientos de generación en generación; a través del arte, la danza, la poesía, la música, la vestimenta, la gastronomía, el teatro, la literatura.

Existen diferentes tipos y eventos que se pueden clasificar como eventos culturales:

- Inauguraciones de centros culturales: Se centra en las inauguraciones de museos, centros artísticos, escuelas de teatro, de danza, etc..., es la inauguración de cualquier centro que tuviera una relación directa con la cultura y la salud.
- Exposiciones de obras artísticas: Estas exposiciones están principalmente relacionadas con la pintura, la escultura, la arquitectura, la música o cualquier otra rama del arte que se exponga.
- Festivales o fiestas culturales: Las celebraciones que se relacionan con eventos culturales son todas aquellas donde interviene un elemento cultural, como por ejemplo festivales de música, de danza o de teatro.
- Espectáculos callejeros: Los espectáculos de danza, malabarismo, magia, musicales, etc, que se representan en la calle también son eventos culturales.
- Cursos artísticos: Por último, la realización de cursos relacionados con la pintura, la música, el teatro u otras actividades relacionadas con la cultura también se consideran eventos culturales, ya que se producen acontecimientos que engloban aspectos culturales.

Eventos deportivos y de esparcimiento, se llevan a cabo al aire libre, naturaleza y medio ambiente el objetivo es favorecer tanto el desarrollo emocional como el corporal

Practicar deporte de manera continua y moderada aporta numerosos beneficios para la salud física y psicológica. Una vida activa contribuye a la prevención, el desarrollo y la rehabilitación de la salud, así como a establecer un bienestar mental y aumentar la calidad de vida.

La actividad física es una ayuda complementaria muy efectiva para la prevención y el tratamiento de los desequilibrios psicológicos. Podemos decir a grandes rasgos que mejora la autonomía de la persona, la memoria, la agilidad mental y promueve sensaciones como el optimismo o la euforia, al tiempo que mejora la autoestima. Todos estos beneficios para nuestra salud mental, hacen que el deporte sea una actividad necesaria y beneficiosa a cualquier edad.

Dentro de las actividades deportivas que se sugieren se encuentran:

- Creación de grupos los cuales realicen actividades deportivas, culturales o educativas como clases de baile, grupos de caminatas, talleres de artes y oficios o grupos que promuevan la alfabetización entre otros.

- Estimular la actividad física de cualquier tipo, al menos 3 veces por semana. De preferencia todos los días, entre 30 y 45 minutos puede ser caminar, nadar, andar en bicicleta, bailar, etc.
- Realizar convenios con diversos centros comunitarios, culturales o deportivos y promover el calendario de actividades artísticas, deportivas o culturales.

Existen múltiples beneficios de los eventos o actividades deportivas para el bienestar mental:

- Una mejor condición física general disminuye la posibilidad de sufrir ansiedad, estrés y otro tipo de trastornos mentales.
- Fomenta la estimulación sensorial, ya que hay que prestar atención a lo que se está haciendo, a los compañeros de equipo, al entrenador, etc.
- Aumenta la destreza psicomotora.
- Ayuda a conocerse mejor a uno mismo.
- Mejora la autoestima, si se logró superar un reto.
- Ayuda a establecer un horario y una disciplina.

#### **Componente 4: Reorientación de los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y del suicidio**

En la redefinición de sistemas y servicios de salud se debe considerar a la persona en forma integral, estableciendo redes de colaboración entre los proveedores de servicios de salud y las personas, promoviendo una actitud profesional sensible y respetuosa de las necesidades interculturales, realizando estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del suicidio a nivel individual, familiar y comunitario en todo el curso de vida e impulsando programas de capacitación de los recursos humanos para la salud y de asistencia social.

##### **Acción 9 Cursos de capacitación**

Cada curso impartido se tomará como una acción. Los temas de capacitación pueden ser derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación, capacitación en la guía mhGAP, en intervenciones de prevención del suicidio, en primeros auxilios en salud mental, etc.

Curso presencial es el espacio que existe entre un profesional o docente que utiliza para transmitir conocimientos e instrucciones. Los cursos deben tener una duración de al menos 20 horas. Los interesados se reúnen con un facilitador para la explicación del tema y el debate personal. Para la apertura de este tipo de capacitaciones se debe contar con un mínimo de 15 a 30 participantes.

Curso Virtual sincrónico. Todo el curso se ofrece en internet, mediante una plataforma, en donde el participante tiene fechas y horarios determinados para ingresar a la plataforma y cuenta con un tutor que expone el contenido en tiempo real. El número de participantes no debe ser mayor a 20 personas por tutor.

Curso virtual asincrónico. Se ofrece a través de una plataforma de internet, dando la libertad al participante para desarrollarlo en cualquier día y a cualquier hora, puede ser con o sin tutor. Si dispone del acompañamiento de un tutor, el participante puede realizar preguntas a cualquier hora enviándoselas por el sistema de mensajería, de correo electrónico o a través de un foro virtual que están disponibles en la plataforma de educación. En menos de veinticuatro horas hábiles, tendrá la respuesta por la misma vía en que realizó la consulta.

### **Acción 10 Congresos (presenciales y virtuales)**

Es un evento generalmente periódico que tiene una duración de uno o varios días, que gira en torno a una disciplina en específico y que agrupa una gran variedad de temas de salud mental y trastornos mentales, y/o suicidio. Estos se desarrollan desde un punto de vista educativo y científico. Es multitemático y multitarea, pero enfocado a una misma disciplina o gremio. Los objetivos son reunir especialistas del mismo giro, para transmitir su conocimiento a los participantes y obtener recursos para la asociación, cámara o institución que dio origen al evento.

Puede tener lugar la participación de varios oradores que expongan y debatan acerca del “tema” previamente determinado. La organización de este tipo de reuniones se hace con mucho tiempo de antelación, se sigue 1 año antes, ya que el número de participantes es muy alto (más de 100 participantes y hasta 500); y desde el punto de vista organizativo, es el evento más complicado, ya que puede incluir: cursos, mesas redondas, exposiciones y talleres, generalmente lo organiza una asociación, cámara o institución educativa y su lugar de exposición es rotativo cambiando las ciudades con el fin de contar con un mayor número de asistentes.

Derivado de la Pandemia existe la modalidad o alternativa de “congresos virtuales”. Los cuales, son lugares on line en los que se concentran entrevistas de un sector del conocimiento, se mantienen los objetivos y como ventajas adicionales permiten un mayor alcance por no existir una limitación física, permiten tener ponentes internacionales sin trasladarlos, disminución en el presupuesto y maximizar su difusión a niveles inimaginables en tiempo y espacio.

### **Acción 11 Conferencias (presenciales y virtuales)**

Es una reunión de personas en las que se expone de forma oral un tema específico de salud mental, trastornos mentales y/o suicidio ante un público al que se le permite intervenir mediante preguntas con el fin de discutir o difundir el intercambio de ideas o conocimientos. Generalmente dirigida por una o varias personas con un alto grado de expertise o conocimiento en el tema a tratar.

Se complementa con elementos o herramientas visuales, pueden tomar la forma de charlas, muestras de diapositivas o películas, talleres de trabajo, discusiones de paneles y/o experiencias interactivas. El tiempo puede variar de un mínimo de 45 minutos hasta 3 horas. Se propone para su utilidad que se cuente con un número mínimo de 50 participantes por conferencia y máximo 150.

El formato usado, inicia con un discurso de apertura (presentación, usualmente hecha por un orador, cuya intención es introducir el tema de la conferencia). A continuación, y la mayor parte del resto de la conferencia, se presenta el contenido real de la conferencia. Finalmente, se termina con un resumen u orador final, con el objeto de que el participante se vaya pensando en el problema y sintiendo que han tenido una experiencia coherente

Existen diversos tipos de conferencias

- Conferencia magistral. - Es con fines académicos y el objetivo es que el conferencista brinde una disertación sobre un tema que ya ha sido estudiado previamente por los asistentes.
- Conferencia dialogada. - Implica un intercambio de ideas entre el conferencista y los asistentes a lo largo de la exposición.
- Conferencia científica. - Es una reunión pública o privada entre especialistas de una rama científica en particular, con el fin de generar, analizar e intercambiar datos de interés con fines de divulgación. Una conferencia médica de actualización profesional ilustra este tipo de reunión.

- Conferencia internacional. - Son reuniones entre representantes de organismos internacionales con el fin de exponer temas y problemáticas de interés común y de buscar soluciones por consenso.
- Conferencia de prensa. - Es una reunión con fines informativos en la que se convoca a los medios de comunicación para la difusión de los puntos expuestos.
- Videoconferencia. - Es una conferencia realizada por medios bidireccionales: teléfono, video, internet, web o videollamada.
- Igual que los congresos virtuales, las conferencias aplican el mismo formato con la modalidad virtual, utilizando como herramienta la tecnología (internet, web, on line) para estar en posibilidades de proporcionar el conocimiento.

### **Acción 12 Webinar**

Es una conferencia, seminario, taller o curso que se dicta en un programa en línea en formato de video. Muchos de estos talleres son en tiempo real, lo que permite la interacción directa entre los usuarios y el conferencista. Es la presentación de un contenido reflejado en una conferencia, un curso o un taller online, donde el conferencista y los internautas pueden interactuar realizando preguntas sobre el tema en cuestión tratado en una sesión determinada.

### **Acción 13 Panel de discusión**

Un panel de discusión es un formato de discusión de cara a un público, en el que existe una mesa de invitados cuya opinión sobre una materia específica en salud mental, prevención de trastornos mentales y prevención del suicidio se desea escuchar. Estos invitados se denominan panelistas. El objetivo de un panel de discusión es el abordaje completo, diverso e integral de un tema. Los paneles de discusión suelen estar formados por de tres a cinco integrantes, siendo siete el máximo aceptable para que el debate sea operativo y no se desorganice. Se estima que un panel de discusión dure alrededor de dos horas, en las que cada panelista tiene una misma cantidad de tiempo disponible (entre 10 y 15 minutos), para exponer su perspectiva lo mejor posible. Luego de la fase de presentación, se da inicio a una fase de discusión o de debate, en el que se formulan preguntas (por el moderador, el público o los propios panelistas). Se permite el intercambio de opiniones, la interrupción y la réplica, siempre y cuando se respete un intercambio organizado de ideas. Un coordinador o moderador presenta a los panelistas, controla el tiempo y otorga la palabra.

### **Acción14 Servicios de psiquiatría en hospitales generales**

Es necesario ampliar los servicios en salud mental, implementando gradualmente atención médica psiquiátrica ambulatoria y hospitalaria en hospitales generales, de acuerdo a su estructura, recursos y nivel de complejidad por lo que se consideran dos modalidades:

- a) **Básica.** El hospital cuenta por lo menos con un psiquiatra y un psicólogo para realizar acciones de interconsulta y enlace en el área de urgencias y hospitalización, a través del uso de TRIAGE realiza valoración de gravedad del trastorno de salud mental y con ello establece la modalidad de atención. Puede contar con un consultorio compartido o de uso exclusivo.
- b) **Intermedia.** La atención psiquiátrica se otorga como un servicio clínico dentro del edificio del hospital. Consta de un equipo de psiquiatría para llevar actividades de interconsulta y enlace en las áreas de urgencias y hospitalización; así como seguimiento en consulta externa de casos seleccionados. Elaboran formatos de contrarreferencia de pacientes, además realiza labores administrativas. Dispone de espacios físicos exclusivos, cuenta con 12 camas censables y con un promedio de 7 – 14 días de estancia. Cuenta con un jefe de servicio, 2 psiquiatras, por lo menos 1 médico residente, 1 psicólogo, por lo menos 6 enfermeras, 1 recepcionista y 1 trabajador social que podría ser compartido con el resto del hospital, personal que se administra para contar con el servicio las 24 horas.

### **Detección temprana**

#### **Acción 15 Instrumentos de tamizaje de signos y síntomas de trastornos mentales**

La aplicación de instrumentos de tamizaje se puede definir como el uso adecuado de escalas psicométricas para detectar y diferenciar a aquellas personas con un posible trastorno mental de aquellas con una baja probabilidad de tenerlo, con el objeto de detectar personas en riesgo de presentar un trastorno y así poder evaluarlas a profundidad y suministrarles tratamiento adecuado si es necesario.

La elección de la escala de tamizaje se debe realizar teniendo en cuenta; la extensión de la escala, las características de la población objetivo, las propiedades psicométricas, el tiempo de aplicación y calificación, la facilidad de uso y el costo.

Estas escalas deben ser administradas y calificadas por psicólogos y en dado caso que se requiera que las administren otros profesionales (médicos, enfermeras o trabajadores sociales) deben recibir

capacitación y supervisión continua. Es preferible calificar el instrumento de manera inmediata, ya que en muchos casos el momento de la aplicación será el único contacto con la persona evaluada.

Si la escala proporciona un puntaje, se establece si el que obtiene la persona es superior al corte establecido estadísticamente, en el que los síntomas del trastorno se consideran significativos, si es así, se refiere a la persona con al siguiente nivel de atención para que realice la evaluación pertinente y en su caso ofrecer el tratamiento oportuno.

Antes de iniciar con un proceso de aplicación de instrumentos de tamizaje es primordial contar con la red de referencia claramente identificada y definida, cada entidad definirá su red de acuerdo con la capacidad instalada. Esto implica valorar la población a la que se dirigen las acciones, establecer el número de casos que pueden resultar positivos, fijar los recursos materiales y humanos que se requieren para atenderlos en un tiempo razonable y poner en práctica la coordinación necesaria en caso de referencia a otros niveles o servicios del sistema de salud.

En caso de contar con casos positivos el proceso se debe acompañar de la provisión de información clara y precisa sobre la posible condición de salud mental detectada, para brindar a la persona los elementos necesarios para el manejo de la situación. Se sugiere proveer volantes o folletos para entregar la información complementaria. También es útil contar con un plan de contingencia frente a casos que requieran atención de urgencia y un mecanismo que determine cómo se van a manejar las relaciones con los familiares en caso de ser necesario. Es importante asegurar la confidencialidad de los usuarios y promover un manejo responsable de datos.

Para que el STCONSAME considere como una acción la aplicación de instrumentos de tamizaje de signos y síntomas de trastornos mentales se deben reportar por lo menos 45 aplicaciones de escalas y reportar el número de probables casos positivos detectados.

### **Componente 5: colaboración intersectorial e interinstitucional**

La promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del suicidio se fortalece a través de la acción de diferentes sectores públicos, entre ellos los gobiernos estatales, autoridades locales, el sector salud, educativo, de bienestar social, cultural, etc. Por ello es importante promover la participación de distintos sectores, mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar una situación de salud y contribuir con el bienestar de la comunidad, brindando una atención incluyente y con pertinencia cultural.

### **Acción 16 Reunión intersectorial o interinstitucional**

Para fortalecer la capacidad del sector salud para trabajar con otros sectores y/o instituciones y establecer mecanismos de coordinación para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y el suicidio. Estas reuniones son periódicas, con la asistencia de representantes de diferentes sectores y/o instituciones que buscan el desarrollo de estrategias, políticas o programas y la suscripción de acuerdos para abordar las diferentes cuestiones y problemas planteados. En cada reunión se cuenta con evidencia de la convocatoria, la lista de asistencia, orden del día y minuta de reunión, esta se puede llevar a cabo de manera virtual o presencial.

Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas y deportivas a través de la coordinación interinstitucional para fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y suicidio.

### **Acción 17 Feria de la salud**

Es un evento de uno o dos días, abierto al público en que se pone un conjunto de módulos móviles de atención a la salud, detección oportuna e información; acercando temporalmente los servicios de salud a la comunidad. La feria de la salud permite ofrecer en un sólo punto diferentes servicios, por ejemplo: asesoría en nutrición, salud sexual y reproductiva, salud bucodental, toma de presión arterial y glucosa en sangre, exámenes de la vista, información sobre control de estrés, adicciones, prevención del suicidio, etc.

En cada módulo móvil de la feria, el personal que atiende debe promover actividades interactivas para que las personas se sientan motivadas a participar y puedan obtener información, ideas, materiales sobre el cuidado de la salud, etc. Para que sea considerada una feria de la salud deben participar por lo menos ocho módulos móviles de promoción de la salud, entre ellos aquellos relacionados con salud mental y deben asistir por lo menos 200 visitantes al día.

### **Acción 18 Convenio Interinstitucional o intersectorial**

Se entiende por convenio a un acuerdo normativo de colaboración interinstitucional, entre los SESA y otras entidades públicas, organizaciones privadas sin fines de lucro, asociaciones civiles y/o grupos comunitarios nacionales e internacionales que por su carácter pueden contribuir a

fortalecer los programas de salud mental, a través de estos convenios se concretarán acciones determinadas; cuya finalidad es aprovechar mutuamente sus recursos o fortalezas.

Contiene por lo menos los siguientes elementos:

1. Antecedentes referidos del convenio
2. Fundamentación de la conveniencia o necesidad de suscribir el convenio, así como las ventajas y beneficios de su suscripción.
3. Datos de las partes que suscriben el convenio, con sus datos jurídicos
4. Objeto del convenio
5. Compromisos u obligaciones de cada una de las partes
6. Plazo de vigencia del convenio
7. Financiación
8. Base legal
9. Anexo o planes de trabajos
10. Mecanismo que permita modificar los términos del convenio
11. Mecanismos a seguir en el caso de que surja una controversia derivada de la suscripción o ejecución del convenio
12. Firma de los funcionarios que representan a las instituciones y/o organizaciones.

### **Sistema de Referencia y contra referencia**

El sistema de Referencia y Contrarreferencia siendo el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. La Referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

En este sentido se requerirá seguimiento individualizado para caso referido de los centros comunitarios de salud mental hacia el segundo y tercer nivel de atención y viceversa.

## **Misión**

Brindar servicios de Salud Mental a la población por medio de acciones de promoción, prevención, atención adecuada, rehabilitación, capacitación de recursos humanos basados en los principios de autocuidado y atención en su comunidad, respetando los factores culturales, y el mantenimiento de la equidad, la justicia social y la dignidad personal, para mejorar la calidad de vida de la población Tlaxcalteca.

## **Visión**

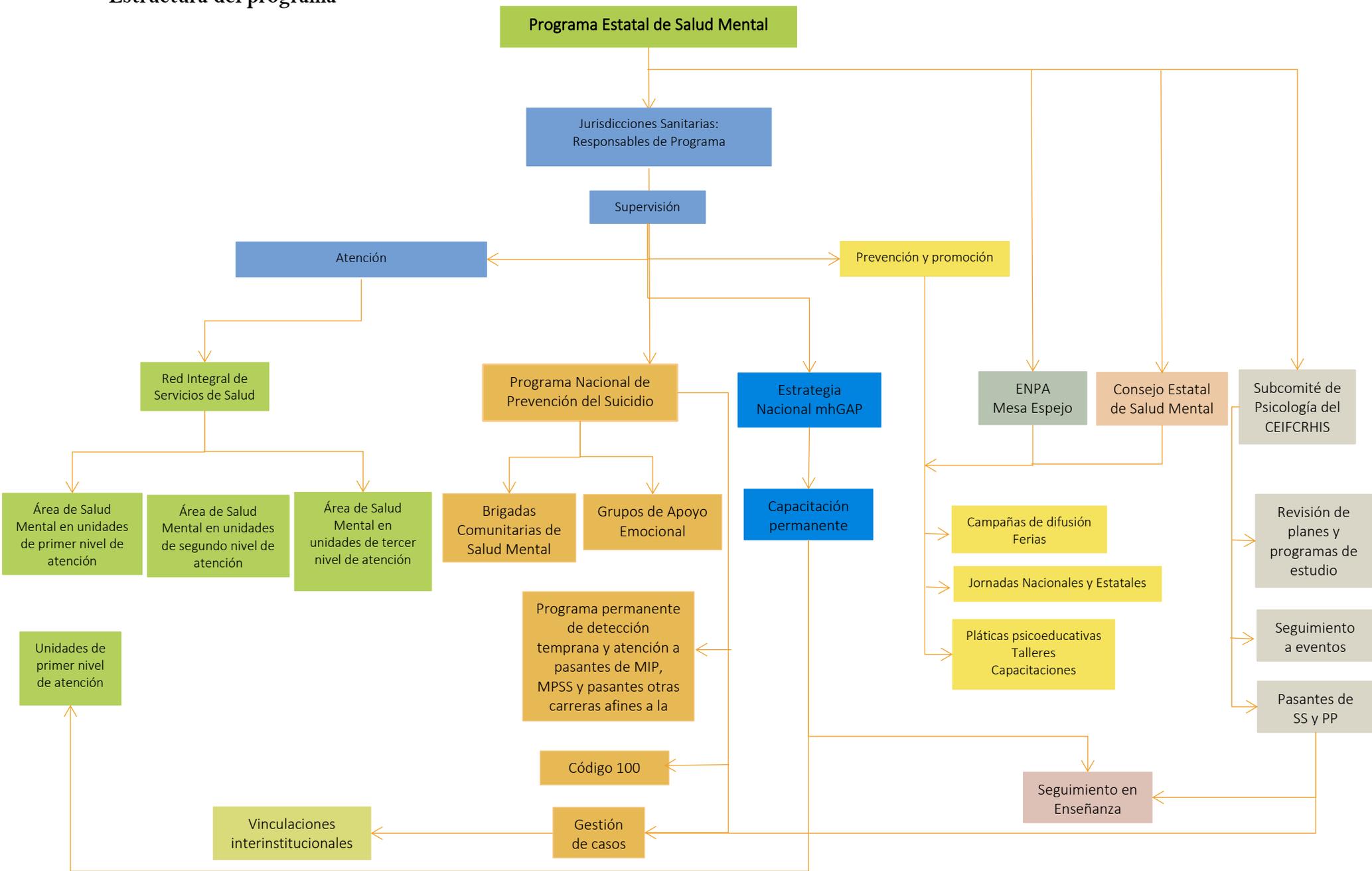
Consolidar una red de servicios que atienda las necesidades de Salud Mental de la población con una perspectiva comunitaria integral de calidad, vanguardista, y que respete los derechos humanos de los usuarios.

## **Objetivos**

1. Contribuir a la protección y apoyo en el mantenimiento de bienestar emocional y social de la población mediante acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.
2. Establecer un modelo de atención integral para la Salud Mental, articulado, organizado y comunitario basado en la capacitación del personal y coordinación con los servicios de salud existentes.
3. Promover la utilización del potencial de crecimiento personal del usuario que le permita superar desventajas adquiridas a causa de su enfermedad, incluyendo en este esfuerzo la participación activa de la familia y la comunidad, con énfasis en las acciones de autocuidado, con pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y ciudadanos.
4. Contribuir a la desestigmatización de la enfermedad mental, promoviendo la participación activa de las familias de los usuarios y la comunidad en general mediante una red social de apoyo que incida favorablemente sobre la condición de vulnerabilidad de estas personas.
5. Implementar la prestación de los Servicios de Salud Mental en el estado, realizando adecuaciones de la infraestructura de los espacios actuales.
6. Consolidar las acciones para la prevención de adicciones en los ámbitos individual, familiar y comunitario, privilegiando a los grupos vulnerables.
7. Ampliar la cobertura de servicios de tratamiento para la atención integral de personas con uso, abuso y dependencia de drogas.

8. Fortalecer la formación y especialización de recursos humanos para la atención integral de la salud mental mediante actividades de capacitación y profesionalización.

# Estructura del programa



## **Organización del Programa Estatal de Salud Mental**

A nivel estatal los objetivos generados por el programa federal se establecen bajo la Dirección de Atención Primaria a la Salud y la oficina de Desarrollo y Seguimiento de la Prevención en Salud. A nivel jurisdiccional se organizan las acciones a través del área de salud mental para adolescentes y se aplican en todas las unidades de primer nivel de atención, que incluyen los Centros Integrales de Salud Mental y Adicciones, Hospitales Comunitarios; así como en segundo y tercer nivel en las unidades que cuentan con servicio de psicología y psiquiatría.

### **Coordinación estatal de programa:**

La reestructuración orgánica de los servicios de Salud Mental en una red con alcance estatal requiere de un coordinador cuyas funciones consistan en el diseño de los programas necesarios para la extensión de las actividades de promoción, prevención, atención, rehabilitación y, así como la supervisión del adecuado funcionamiento de la red, junto con un equipo de trabajo para llevar a cabo cada una de las acciones que se establecen.

### **Funciones básicas**

Para efecto de coordinar y articular la Red Estatal de Salud Mental se propone la consolidación de una Coordinación Estatal de Salud Mental subordinada a la Dirección de Servicios de Salud que cumpla con las siguientes funciones:

- Elaborar y proponer para su autorización por la Junta de Gobierno de Salud de Tlaxcala los programas generales de Salud Mental del Estado.
- Coordinar y supervisar el funcionamiento de la Red Estatal de Salud Mental.
- Supervisar que las funciones de las Coordinaciones que integran el área de la Salud Mental en el Estado realicen las acciones establecidas en el Programa Estatal de Salud Mental.
- Establecer estrategias conjuntas con la Dirección de Servicios de Salud, para la atención Primaria a la Salud para la promoción y prevención en el ámbito de la Salud Mental.
- Ejecutar los programas preventivos y de atención en Salud Mental en el Estado.
- Dar seguimiento oportuno y establecer planes de mejora en las estrategias, líneas de acción y acciones específicas.

- Elaborar y proponer para su autorización por la Junta de Gobierno de Salud de Tlaxcala los programas generales de Salud Mental del Estado.
- Coordinar y supervisar el funcionamiento de la Red Estatal de Salud Mental.
- Supervisar que las funciones de las Coordinaciones que integran el área de la Salud Mental en el Estado realicen las acciones establecidas en el Programa Estatal de Salud Mental.
- Establecer estrategias conjuntas con la Dirección de Servicios de Salud, para la atención Primaria a la Salud para la promoción y prevención en el ámbito de la Salud Mental.
- Ejecutar los programas preventivos y de atención en Salud Mental en el Estado.
- Dar seguimiento oportuno y establecer planes de mejora en las estrategias, líneas de acción y acciones específicas.

### **Salud Mental en la Atención Primaria**

Para la llevar a cabo la integración de los servicios de Salud Mental a los programas de atención a la salud en general, se ha capacitado a personal de salud de primer nivel no especializado en salud mental para facilitar la detección y prevención desde la Atención Primaria a la Salud, lo que permitirá una coordinación entre la Red Estatal de Salud Mental y los Servicios Salud en el Estado, que actúe como elemento articulador y derive en el fortalecimiento a la atención en Salud Mental desde el Primer Nivel.

### **Funciones básicas**

- Brindar servicios de atención primaria a la salud incluyendo aspectos de promoción y prevención enfatizando en la detección temprana de casos que requieran atención en Salud Mental.
- Referir a los usuarios detectados que requieran atención especializada a las unidades que cuenten con servicios de Salud Mental:
  - Centros Integrales de Salud Mental
  - Módulos de Salud mental en unidades de 2do nivel
  - Servicios de Urgencias en unidades de 2do nivel y 3er nivel de atención
  - Centros de atención residencial en trastornos psiquiátricos

### **Población Objetivo**

Los centros básicos de salud y en general, centros de atención primaria a la salud, recibirán a los usuarios procedentes de sus domicilios, de las escuelas, de la asistencia privada y del Sistema Estatal de Salud.

### **Personal**

Para brindar los servicios de Salud Mental en la Atención Primaria, se requiere de la participación de los médicos generales e internistas, procurando que cuenten con la calidad técnica adecuada, para lo cual serán capacitados de manera continua en temas de Salud Mental enfocados primordialmente hacia la promoción y prevención, incluyendo la detección oportuna de casos.

### **Unidad de Salud Mental en Hospitales Generales**

Los hospitales generales de cada Jurisdicción Sanitaria y los Hospitales del Estado pertenecientes a Salud de Tlaxcala contarán, de manera escalonada, con el servicio de hospitalización para pacientes con enfermedad psiquiátrica, disponiendo de 1 o 2 camas específicas para esta función. En estas unidades se proporcionará atención a usuarios con trastorno mental en episodio agudo o con enfermedades médicas concomitantes, con trastornos psiquiátricos secundarios a enfermedades médicas y con trastornos mentales que requieran estudios que solo puedan ser realizados en esas instituciones. Se propone a futuro, un modelo de atención médica integral hospitalaria, así como el servicio de psiquiatría de enlace en cada uno de los hospitales generales, que se implementará en función de la disponibilidad de recursos.

En el caso de los servicios en hospitales generales, se contará con un consultorio atendido por un médico debidamente capacitado, a fin de proporcionar el tratamiento adecuado. En los hospitales que se encuentren en el resto de las cabeceras jurisdiccionales se proporcionará el servicio de telemedicina emitido desde la Coordinación.

### **Funciones básicas**

- Brindar servicios de hospitalización no mayor a 72 horas a los usuarios que cumplan con los criterios de internamiento.
- Brindar servicios de consulta externa a los usuarios con trastorno mental detectados o referidos por parte de cualquier institución en las unidades de atención tanto de Atención Primaria como Hospitalarias del sistema de Salud de Tlaxcala.

- Proporcionar servicios de seguimiento a los usuarios desde sus propias comunidades, con especial énfasis en su reinserción social apegada al estricto respeto de sus Derechos Humanos.

### **Población Objetivo**

Los hospitales generales que dispongan de servicio de Salud Mental, proporcionarán atención a los usuarios referidos de los servicios de atención primaria a la salud tanto públicos como privados. En el caso de hospitalizaciones, se establecerán criterios claros para la toma de decisiones pertinentes.

### **Personal**

Los hospitales generales del Estado que brinden atención a la Salud Mental contarán con personal capacitado para atender los servicios requeridos, auxiliándose de los recursos necesarios para brindar una atención integral al usuario.

Para brindar los servicios de Salud Mental en hospitales generales del Estado, se requieren médicos capacitados en la atención de Salud Mental, los cuales contarán con medios adecuados además de la asesoría del área de psiquiatría de la Coordinación General.

### **Centro Integral de Salud Mental**

La Unidad realizará acciones de prevención, tratamiento, canalización y formación de recursos humanos en atención a la Salud Mental y para el control de las adicciones con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios.

### **Funciones Básicas**

- Brindar servicios de prevención y promoción de trastornos mentales y prevención del Suicidio.
- Otorgar atención médica, psicológica y psiquiátrica de acuerdo a las líneas de acción establecidas.
- Referir a Centros Especializados en Adicciones, debidamente acreditados o de Integración Juvenil donde se dispongan, a los usuarios que requieran acciones específicas de reintegración social y rehabilitación debido al consumo de sustancias.

## **Personal**

Las acciones de prevención y atención integral a las adicciones que requerirán principalmente de la participación de médicos generales, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

### **Unidad de especialidad Médica, Centro de Atención Integral de Salud Mental**

La Unidad realizará acciones de prevención, tratamiento, canalización y formación de recursos humanos para trastornos de la salud mental, con el propósito de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios.

### **Funciones Básicas**

- Brindar servicios de promoción y prevención de trastornos de la salud mental
- Detección de casos tempranos
- Otorgar apoyo médico, psicológico y psiquiátrico de acuerdo a los programas establecidos en las prácticas de guía clínica para trastornos de la salud mental

## **Personal**

Las acciones de prevención y atención integral a la Salud Mental que requerirán principalmente de la participación de médicos generales, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

### **Coordinación del componente de Área de Salud Mental en unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención:**

- Brindar servicios de atención primaria a la salud incluyendo aspectos de promoción y prevención enfatizando en la detección temprana de casos que requieran atención en Salud Mental.
- Referir a los usuarios detectados que requieran atención especializada a las unidades que cuenten con servicios de Salud Mental:
- Brindar servicios de hospitalización no mayor a 72 horas a los usuarios que cumplan con los criterios de internamiento.
- Brindar servicios de consulta externa a los usuarios con trastorno mental detectados o referidos por parte de cualquier institución en las unidades de atención tanto de Atención Primaria como Hospitalarias del sistema de Salud de Tlaxcala.

- Proporcionar servicios de seguimiento a los usuarios desde sus propias comunidades, con especial énfasis en su reinserción social apegada al estricto respeto de sus Derechos Humanos.

### **Coordinación del componente de Programa Nacional para la Prevención de Suicidio**

- Dar seguimiento a los compromisos del Programa nacional para la prevención de suicidio.
- Capacitar a personal de salud y otras dependencias en materia de comportamiento suicida.
- Gestionar el avance y seguimiento del curso diplomado de comportamiento suicida
- Capacitar a brigadas de apoyo comunitario y grupos de apoyo emocional.
- Coordinar acciones de brigadas de apoyo comunitario y grupos de apoyo emocional.
- Coordinar Tamizaje a M.I.P s y pasantes de Servicio social.

#### **1. Brigadas comunitarias de Salud Mental**

- Coordinar acciones de diagnóstico y seguimiento donde sea solicitada la brigada.
- Brindar información oportuna donde se realice la intervención.
- Gestionar los requerimientos necesarios para la intervención de la brigada.
- Realizar intervención donde opere la brigada o sea solicitada.
- Referir a unidades especializadas los casos que sean detectados y requieran la atención.
- Informar de las acciones llevadas a cabo.

#### **2. Grupos de apoyo emocional**

- Implementar los grupos de apoyo emocional dónde son requeridos.
- Brindar consultoría y seguimiento a personas que acuden al grupo.
- Intervenir en la medida de lo posible en los casos con los que estén en contacto.
- Referir a unidades especializadas los casos que sean detectados y requieran la atención.
- Informar a los responsables de brigada las acciones realizadas y casos detectados.

### **Coordinación del componente de Capacitación y seguimiento de mhGAP:**

- Coordinar las capacitaciones de la guía mhGAP.
- Gestionar espacios necesarios para dichas capacitaciones.
- Gestionar y comisionar a las y los facilitadores para la impartición de las mismas.
- Coordinar con nivel federal en caso de que haya actualizaciones de los componentes de dicha capacitación.
- Registrar los avances y al personal capacitado en materia de capacitación.
- Elaborar las constancias de dicha capacitación.
- Entregar en conjunto con los y las responsables jurisdiccionales las constancias de asistencia al personal capacitado.
- Supervisar y dar seguimiento al personal capacitado.

#### **Coordinación del componente de Subcomité de Psicología del CEIFRHIS**

- Brindar consulta CEIFRHIS estatal para seguimiento de escuelas de psicología.
- Asesorar a CEIFRHIS estatal para seguimiento de escuelas de psicología.
- Apoyo técnico para las secretarías de Salud y de Educación en asuntos de común interés en materia de formación de recursos humanos para la salud
- Seguimiento a plazas para pasantes de psicología en unidades de salud.
- Revisión de planes y programas de estudio de escuelas, colegios o universidades que ofrecen la carrera de psicología para la emisión de la Opinión Técnica Favorable.

### Diagnóstico situacional

A nivel nacional se estima una prevalencia anual de trastornos mentales y adicciones de casi una quinta parte de la población total. Tomando en consideración la población total de México, se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental del país al año; para la población no derechohabiente de la seguridad social se estima que 13.5 millones de personas presentarían algún trastorno, de los cuales 3.5 millones corresponderían a trastornos graves o severos, esta cifra significa que el 5.1% de la población no derechohabiente presentará algún trastorno grave.

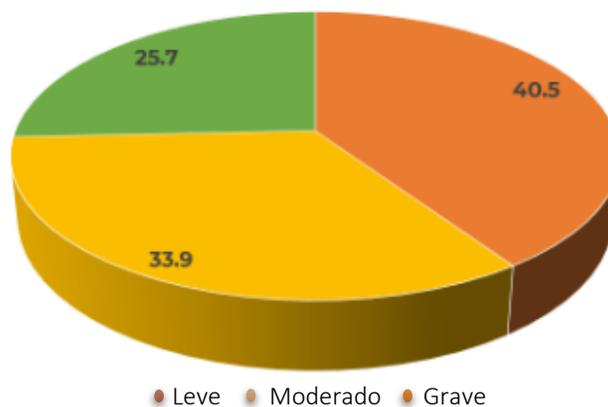


Fig. 3 Distribución de los trastornos mentales según la severidad

De los diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales y adicciones, se presenta una con el 19.9% de la población. Tomando en consideración la población total de México, se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental del país al año; para la población no derechohabiente de la seguridad social se estima que 13.5 millones de personas presentarían algún trastorno, de los cuales 3.5 millones corresponderían a trastornos graves o severos, esta cifra significa que el 5.1% de la población no derechohabiente presentará algún trastorno grave.

**Tabla 2. Trastornos más frecuentes en Salud Mental**

Trastorno Mental	Prevalencia (%)	Total de casos esperados	Casos severos esperados
Depresión	5.3	3,609,945	1,096,809
Trastorno por consumo de alcohol	3.3	2,247,701	561,925
Trastorno obsesivo compulsivo	2.5	1,702,804	374,617
Trastorno bipolar	1.0	681,122	429,107
Esquizofrenia	0.9	613,009	429,107
Trastornos por consumo de sustancias	0.9	613,009	183,903
Trastorno de pánico	0.8	544,897	54,490
Trastorno por estrés	0.3	204,336	531,127
Trastornos por consumo de sustancias	0.9	613,009	183,903
<b>Todos</b>	<b>19.9</b>	<b>13,554,320</b>	<b>3,483,460</b>

### Diagnóstico situacional

De acuerdo con la proyección de población en México, 2020, se estima un total de 127.7 millones de mexicanos (3 millones más que en 2018) de los cuales el 51.0% del sexo femenino y 49.0% masculino, similar a cifras del 2019.

El 45.5% de la población total cuentan con derechohabencia de la seguridad social y el 54.5% sin ese beneficio. La distribución porcentual de la población según las Regiones de CONASABIBI, en orden decreciente: el 37.6% corresponde a las entidades federativas de la Región Centro, el 23.2% Región Sureste, 20.3% Región Occidente y 18.9% Región Norte. No hay cambios significativos con respecto al informe de 2020.

En 2022, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud presentó el 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones, en este informe se observa una prevalencia anual de alrededor de 19.9% personas con algún trastorno mental y adicciones, y que cerca de 5% de la población presentará un trastorno severo, que requerirá de una atención oportuna, disponible, accesible y de calidad. No obstante, en diversos estudios se ha estimado una gran brecha de atención y ligado con esto la demora en recibir una atención adecuada.

Los trastornos con mayor frecuencia según los estudios indican que las primeras causas son por depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de pánico y trastorno obsesivo compulsivo. Una cuarta parte de las personas con trastornos mentales y adicciones transitarán hacia la severidad, frente a una brecha de atención de cerca del 80%.

Es insuficiente la disponibilidad de los recursos para salud mental y adicciones, y están mal distribuidos entre los diversos Estados del País. La Secretaría de Salud Federal y Estatales, cuentan con una baja disposición de recursos y bajo acceso a los servicios, que es más notorio si se tiene que atender un problema que afecta a una quinta parte de la población. Por ejemplo, al considerar los datos del sistema de la Secretaría de Salud, los servicios de salud mental y adicciones solo representan el 2.7% de los centros de atención primaria, el 4.8% de los consultorios y el 6.5% de las camas censables.

En relación con el personal de salud se dispone del 3.1% de los trabajadores de salud, 1.8% de los médicos especialistas, 6.5% de las enfermeras y 3.7% de los residentes de especialidades médicas. Asimismo, para el acceso a los servicios si observamos que del total de consultas externas otorgadas en el país, solo 1.9% corresponden a salud mental y adicciones, el 81.8% de las consultas se otorgan en unidades de primer nivel, mientras que en salud mental y adicciones el 43.0% se otorgan en CAPA y CISAME y el restante 57.0% en los hospitales psiquiátricos. El indicador es 10.3 trabajadores de salud mental y adicciones por 100,000 habitantes en América, casi la mitad de lo registrado en México. La distribución proporcional del personal sustantivo comparado con la información del Atlas citado, se observa lo siguiente:

- Psiquiatras en México en 4.4% y en América 12%, que significa 7.6% menos de ese personal.
- Psicólogos en México 14.5% y en América 47.0%, una diferencia de menos 32.5%.
- Enfermeras en México 27.5% y en América 34.0%, con una diferencia de menos 6.5%.
- Trabajador Social en México 6.0% y en América 3.6%, se dispone más en 2.4%.
- Personal paramédico en México 7.3% y en América 3.4%, mayor en 3.9%.<sup>37</sup>

En resumen, en comparación con cifras de América, disponemos proporcionalmente de menos psiquiatras (7.6%) y psicólogos (32.5%); mientras contamos con menos personal de enfermería (6.5%) y trabajo social (7.0%); y con el resto de personal sustantivo disponemos de más en 6.9%. El personal de salud mental y adicciones no solo está mal distribuido geográficamente sino también su distribución por tipo de profesional.

Mientras que las principales causas registradas en los egresos hospitalarios en los CAAPS, hospitales comunitarios, generales y especialidad son por trastorno por consumo de sustancias, principalmente alcohol, trastornos del humor y trastornos neuróticos. Mientras que en los hospitales psiquiátricos son la esquizofrenia, trastornos del humor y los trastornos por consumo de sustancias.

Los principales centros de atención son los hospitales psiquiátricos por encima de los hospitales generales y los centros de atención primaria en salud mental y en general.

Por la contingencia generada por la COVID-19, la cobertura de atención a las personas se vio afectada en varios rubros: consultas externas otorgadas reflejado en un 40% menos en comparación con años anteriores.

De acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) en 2020, las enfermedades neurológicas y de salud mental representaron el 0.3 % del total de padecimientos reportados; entre ellas la incidencia de depresión fue la más alta (66.3 casos por cada 100 mil hab.), y afectó principalmente a las mujeres, muestra además una incidencia creciente en los grupos de edad mayores de 24 años. La enfermedad de Alzheimer tuvo una incidencia de 1.3 casos por cada 100 mil habitantes, y esta fue mayor en los adultos mayores de 64 años. La enfermedad de Parkinson tuvo una incidencia de 3.4 casos por cada 100 mil hab., mostrando una incidencia similar en hombres y mujeres, siendo mayor en el grupo de mayores de 64 años de edad. Los casos de anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios tuvieron una incidencia de 1.5 casos por cada 100 mil hab., esta fue mayor en mujeres de 15 a 19 años.

### **Diagnóstico situacional de los servicios de Salud Mental en Tlaxcala**

Siguiendo estas premisas la propuesta del Programa incluye un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de los Servicios de Salud en Tlaxcala basadas en la Estrategia prioritaria 5.3 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; que el Plan Nacional de Desarrollo 2020-2024 (PND) establece en las siguientes acciones puntuales:

**Acción puntual**

**5.3.1** Reorganizar la atención, seguimiento y evaluación del sistema de salud mental y adicciones para ampliar la cobertura y la atención continua con base en las necesidades de la población, especialmente a aquella afectada por violencia, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria.

**5.3.2** Facilitar el acceso a los servicios de salud mental, apoyo psicológico y prevención de adicciones en el primer nivel de atención, bajo el principio de equidad, no discriminación y con sensibilidad al ciclo de vida y enfoque de género.

**5.3.3** Fortalecer los modelos de atención integral a través de servicios médicos, de salud mental integrados y con capacidad de respuesta para las personas con trastornos mentales y/o adicciones conforme a las necesidades de la población desde una perspectiva de enfoques transversales.

**5.3.4** Fomentar la cultura de calidad en los servicios de salud mental, adicciones y apoyo psicológico monitoreando la aplicación de protocolos y prácticas basadas en evidencia científica, tanto en la atención primaria, como en los diferentes niveles de atención para procurar la recuperación de las personas.

**5.3.5** Promover la orientación y consejería eficaz para la atención formal e informal en salud mental y adicciones, así como el uso de tecnologías electrónicas y móviles para fomentar la atención oportuna de las personas, garantizando un trato digno e incluyente, y con pertinencia cultural.

**5.3.6** Implementar campañas y programas nacionales para la prevención del suicidio y autolesiones, consumo de sustancias y conductas susceptibles a generar adicciones, para promover condiciones saludables de vida y trabajo, especialmente para población vulnerable e individuos con perfiles de riesgo.

**5.3.7** Fortalecer los mecanismos para la intervención temprana, mediante la prevención, detección oportuna y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, especialmente durante la infancia y la adolescencia.

**5.3.8** Vincular los servicios de salud mental con programas prioritarios en la materia, y estrategias interinstitucionales para articular intervenciones encausadas a fomentar la salud mental, prevenir trastornos mentales y adicciones y brindar atención incluyente y con pertinencia cultural, pluralismo ético y no estigmatización.

**5.3.9** Fortalecer alianzas interinstitucionales y con organizaciones de la sociedad civil para la investigación y diseño de instrumentos técnicos para desarrollar capacidades de atención en salud mental, adicciones y discapacidades psicosociales con perspectiva de derechos humanos y política pública.

**5.3.10** Promover la participación ciudadana e iniciativas culturales, educativas, deportivas y laborales a través de la coordinación interinstitucional para generar conciencia social sobre los riesgos y reducir la vulnerabilidad frente a los trastornos mentales, consumo de sustancias y conductas adictivas.

### **Vinculación con el Plan Estatal de Desarrollo**

Actualmente existe un marcado interés por la salud mental en el estado de Tlaxcala; aunado a lo anterior el presente programa busca alinearse al plan estatal de desarrollo del estado de Tlaxcala que se encuentra de la siguiente manera

**Programa 25.** Atención a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad.

**Objetivo 1.** Mejorar el servicio a la población en el tema de salud mental y fortalecer la prevención de las adicciones.

#### **Líneas de acción:**

1. Realizar un diagnóstico de la oferta y demanda de servicios de salud mental.
2. Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios estatales de salud, para atender los problemas de salud mental.
3. Crear el Centro Integral de Salud Mental y Bienestar en el estado, para otorgar servicios integrales en la materia y prevenir las adicciones.
4. Mejorar la disponibilidad del personal especializado en los servicios estatales, para la atención de salud mental (psicólogos y psiquiatras).
5. Promover ambientes familiares, escolares, laborales y sociales libres de discriminación y maltrato, para contribuir a la óptima salud mental de la población.
6. Aplicar como parte del servicio de salud, un protocolo de atención oportuna, breve y adecuada a las personas en situación de emergencia, causada por problemas relacionados con su salud mental y adicciones, situación que puede poner en riesgo su vida.
7. Elaboración y propuesta integral y transversal de la iniciativa de Ley Estatal de Salud Mental en el Estado de Tlaxcala.

Nuestro estado presenta una brecha importante en la atención de la salud mental y las adicciones, en la tabla 1 se observa la cobertura de servicios en Salud Mental y Adicciones en el estado de Tlaxcala.

Tabla 1. Estimación de Cobertura de Servicios de Salud Mental y Adicciones en el Estado de Tlaxcala									
Población total	Población no asegurada	Estimación requerimiento			Oferta potencial		Demanda real	Cobertura %	
		Total de casos	Casos severos	Consultas requeridas	Psiquiatras	Consultas	Consultas	Potencial	Real
1,380,011	954,666	189,979	48,824	105,461	2	5,000	8,890	4.7	8.4
Indicadores de recursos y servicios por 100,000 habitantes									
Población ND	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras	Personal	Consultas	Camas censables	Egresos		
954,666	0.209	2.933	0.000	5.761	931.216	0.000	6.180		

En el estado de Tlaxcala se atienden en promedio 12,500 consultas primera vez en salud mental (psicología y psiquiatría) en módulos especializados en Centro Integral de Salud Mental, Centros de Salud y Hospitales de la Secretaría de Salud, de las cuales: el 19 % pertenece a trastornos de la conducta por uso de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas.

- El 45 % de las consultas pertenece a trastornos Ansioso-Depresivos
- El 19 % pertenece a trastornos de la conducta por uso de sustancias
- El 20% pertenece a trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
- El 0.9% pertenece a trastornos de Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- 15.1% pertenece a otros problemas emocionales
- 230 referencias directas por atención de salud mental y comportamiento suicida
- 87 atenciones a pasantes de servicio social y práctica profesional de áreas relacionadas con la salud.

En relación a los trastornos de la conducta adictiva se puede observar que de acuerdo a uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas reflejadas en la ENCODAT (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco) 2016-2017 y la ENCODE (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes) 2014:

El estado de Tlaxcala tiene un promedio de 16.8% de su población de 12 a 65 años, con problemas de consumo excesivo de alcohol, y el 19.9% de adolescentes de 12 a 17 años presenta abuso de alcohol por arriba de la media nacional (19.8%), este patrón de consumo se encuentra asociado a trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, accidentes viales, conducta sexual riesgosa, embarazos no deseados y a tempranas edades.

**Población objetivo:**

- De 5 a 9 años de edad: 89, 539 niñas y niños
- De 10 a 19 años: 179, 609 adolescentes
- De 20 a 59 años: 475, 084 adultos

**Cobertura actual de las principales detecciones de salud mental y el comportamiento adictivo:**

- Adolescentes con riesgo psicosocial: 13,014
- Personas de 19 a 59 años de edad con uso, abuso y dependencia de alcohol: 15, 248
- Personas con uso, abuso y dependencia al tabaco: 17, 201
- Personas de 19 a 59 años con uso, abuso y dependencia a sustancias ilegales: 6, 763

**Población en tratamiento:**

20,106 consultas de primera vez en salud mental y del comportamiento adictivo

71, 535 personas de 10 a 19 años que participan en acciones de promoción a la salud mental y prevención del comportamiento adictivo

## Análisis FODA de los Servicios de Salud Mental en el Estado de Tlaxcala

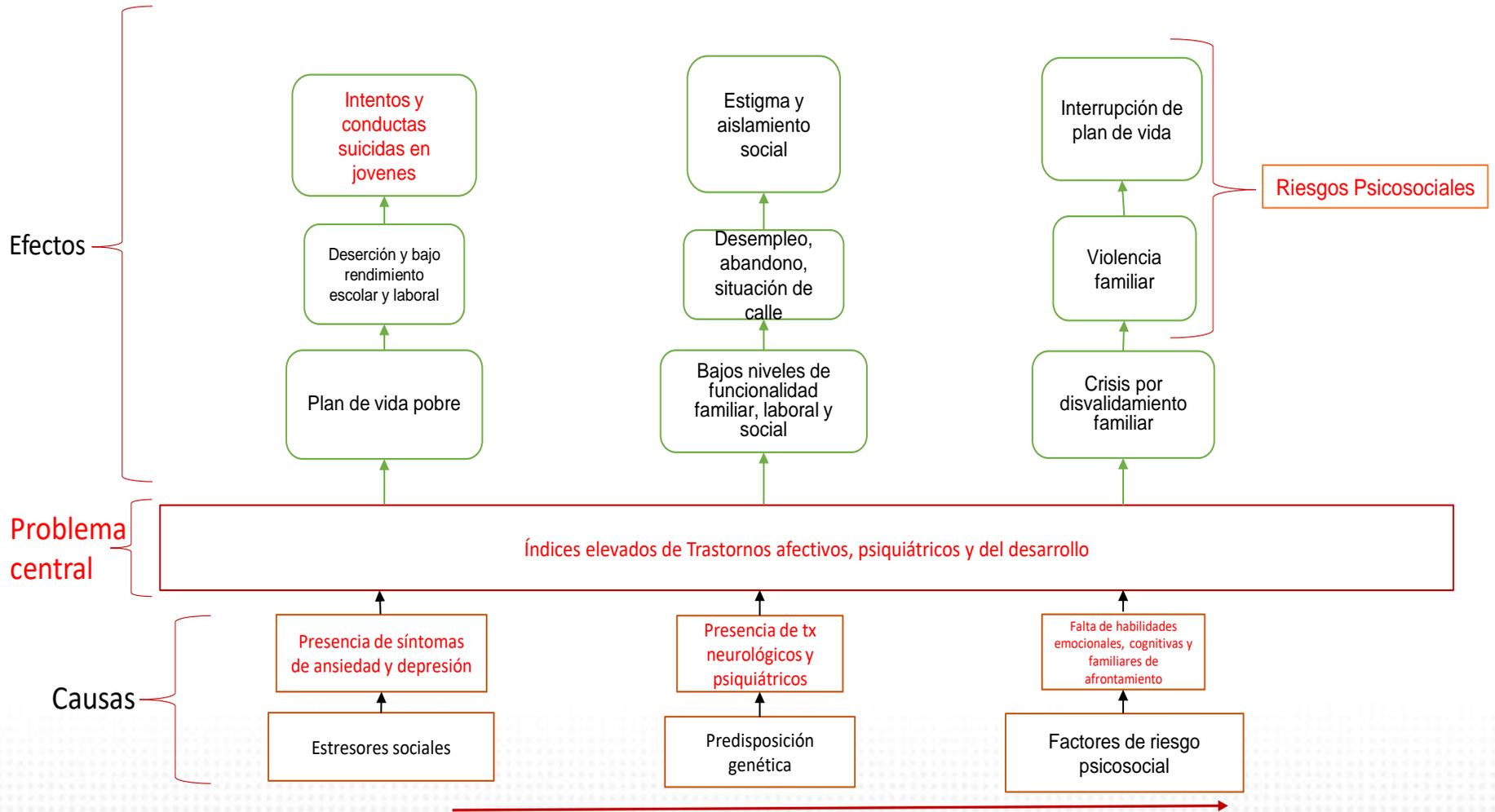
Organización de los Servicios de Salud Mental en Tlaxcala con adecuación de la Infraestructura de los Servicios de Salud existentes	
Fortalezas:	Oportunidades:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SESA cuenta con red integral de servicios de salud establecida en la que se pueden adecuar espacios para brindar servicios de atención en Salud Mental.</li> <li>• Existe personal que ha sido y puede ser capacitado para la prestación del servicio de Salud Mental.</li> <li>• Se cuenta con 12 Módulos de Salud Mental: Unidades de 2do nivel con Psicólogos Clínicos en turno matutino y vespertino</li> <li>• 2 Centro Integral de Salud Mental y Atención de Adicciones (CISMAA).</li> <li>• 4 unidades Especializadas con Psiquiatra y equipo multidisciplinario (Hospital Infantil de Tlaxcala, Hospital General de Tlaxcala, Hospital regional de Tzompantepec)</li> <li>• 4 Unidades médicas de Especialidad UNEMES-CAPA, que llevan a cabo acciones de prevención universal, selectiva e intervención y atención a casos de uso y abuso de sustancias adictivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe interés por parte de las autoridades sanitarias para reorganizar los servicios de salud e integrar la atención a los trastornos mentales.</li> <li>• Existe interés por parte del gobierno del estado en implementar estrategias de salud mental.</li> <li>• Existen hospitales generales en las jurisdicciones sanitarias al interior del estado que pueden brindar esta atención.</li> <li>• Existen instituciones externas al sector salud que pueden brindar apoyo a los servicios de Salud Mental estatales.</li> <li>• Se colabora con diferentes instituciones para la atención y referencia de casos.</li> </ul>
Debilidades:	Amenazas:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los equipos multidisciplinarios de salud carecen de una vinculación pronta y efectiva entre la comunidad del usuario.</li> <li>• Falta un sistema formal de referencia y contra referencia entre las unidades del sector para la Salud Mental.</li> <li>• Los servicios de hospitalización se encuentran fuera del estado lo que impide que estos integren a la familia de manera eficiente.</li> <li>• Inexistencia de espacios físicos para la ejecución de acciones de rehabilitación de usuarios con discapacidad mental crónica, que cuenten con apoyo familiar y que favorezcan el funcionamiento psicosocial del enfermo.</li> <li>• Falta de espacios para la atención en salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos humanos, específicamente psicología y psiquiatría.</li> <li>• Dificultades por trámites legales y administrativos.</li> <li>• Limitaciones relacionadas con aspectos financieros para realizar las adecuaciones necesarias.</li> <li>• Falta de compromiso por cierta parte del personal en seguimiento a las acciones del programa.</li> <li>• Dificultad administrativa para comisionar al personal donde la atención es necesaria.</li> </ul>

## **Estrategias**

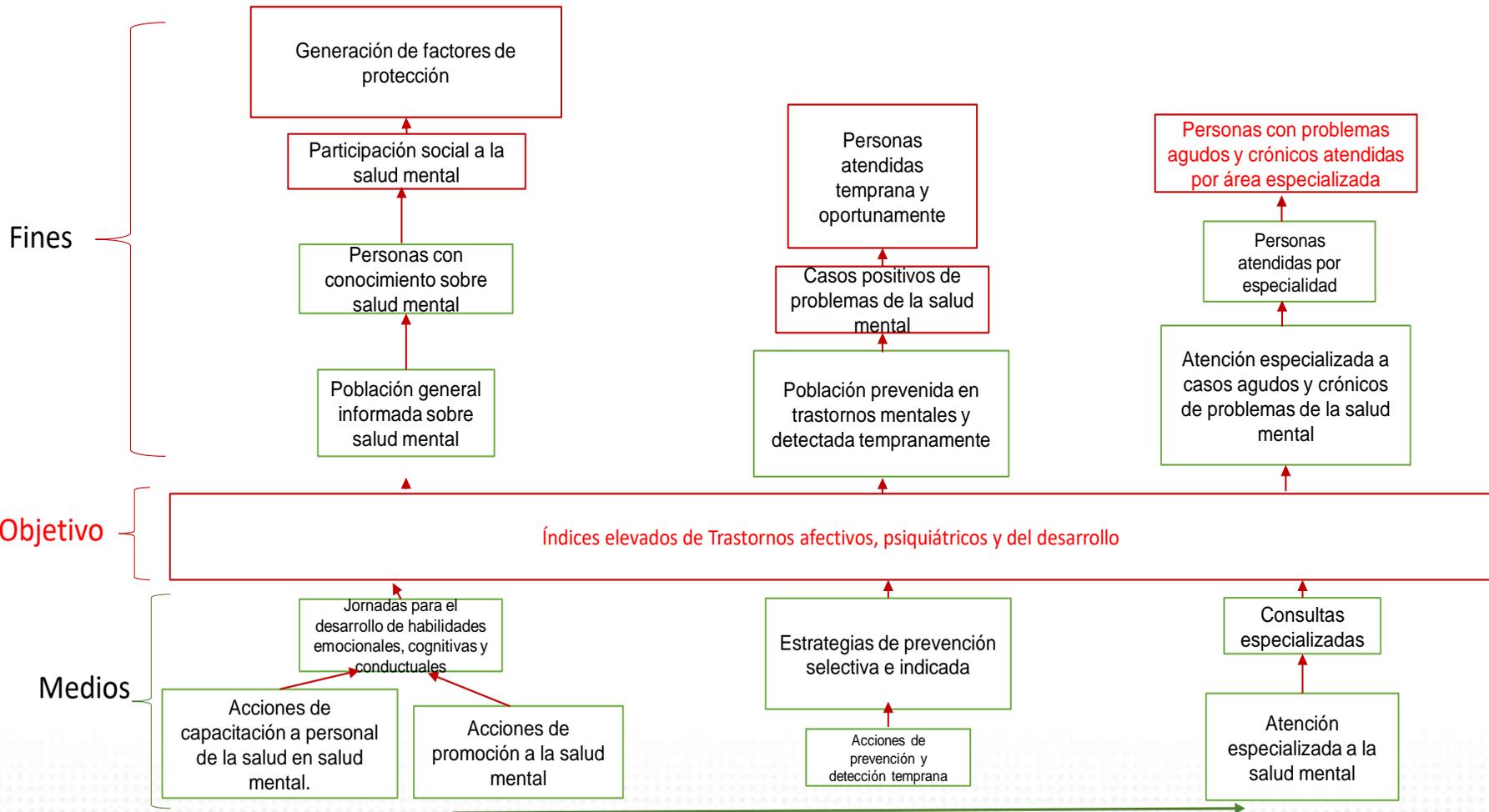
**Estructurar en los servicios de salud estatales una red integral de atención a los trastornos mentales que garantice una atención personalizada, comunitaria, pronta, efectiva, segura, digna y continua.**

**Realizar adecuaciones en las unidades convenientes de la Red Estatal de Salud que cumplan con los requisitos normativos para la atención de estos pacientes.**

# Árbol de problema



# Árbol de solución



## Código 100

ICD sirve para una amplia gama de usos a nivel mundial y proporciona conocimientos críticos sobre el alcance, las causas y las consecuencias de las enfermedades humanas y la muerte en todo el mundo a través de datos que se notifican y codifican con ICD. Los términos clínicos codificados con ICD son la base principal para el registro de salud y las estadísticas sobre enfermedades en atención primaria, secundaria y terciaria, así como para los certificados de causa de muerte. Estos datos y estadísticas respaldan, la planificación de servicios, la administración de calidad y seguridad y la investigación de servicios de salud. La orientación diagnóstica vinculada a las categorías de la CIE también estandariza la recopilación de datos y permite la investigación a gran escala.

La creación de sistemas de coordinación entre niveles asistenciales de diferente complejidad ha posibilitado la implantación y, finalmente, la consolidación de unos procedimientos consensuados entre todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial que, de forma espontánea y genérica, se han definido como «códigos de activación».

El Código 100 es un sistema de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud (RISS) Permite equiparar la atención de un usuario de los servicios de salud mental con un usuario de los servicios de salud pública, minimizando el estigma y en el marco de los 4 ejes transversales, de equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos.

Una de la característica clave de la codificación es identificar el riesgo de un paciente en términos de:

1. Intento repetido
2. Número de reintentos
3. Grado de letalidad

dentro de un período de tiempo, la recopilación activa de datos de los pacientes brinda la oportunidad de mejorar el conocimiento del médico y el personal de salud, para así determinar combinaciones relevantes de factores de riesgo.

## Intervención de la Conducta Suicida por Nivel de Atención



## ATENCIÓN MÉDICA SEGUN EL GRADO DE LETALIDAD



## ACCIONES DE SSM EN URGENCIAS



## Plan de seguridad

- 1 · Restringir / reducir el acceso a medios letales.
- 2 · Generar estrategias de solución no suicidas (reducir factores de vulnerabilidad y/o aumentar la tolerancia al malestar).
- 3 · Activar / Buscar red de apoyo.
- 4 · Generar una frase de afrontamiento (retomar las razones para vivir).
- 5 · Identificar formas de resolver problemas para llevar a cabo el plan.
- 6 · Generar compromiso para mantenerse con vida.

## Tarjeta corta fuego

Yo, (escribe tu nombre) .....  
en el momento en que observe mis propias "señales de alarma" que me dicen  
que estoy empezando con la ideación de suicidio:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

Voy a contactar con **mis apoyos**:

- 1 ..... Tel: .....
- 2 ..... Tel: .....
- 3 ..... Tel: .....
- 4 ..... Tel: .....
- 5 ..... Tel: .....

A mis apoyos les contaré cómo me siento y qué es lo que estoy pensando. Seré sincero/a con ellos. Intentaré no encontrarme sólo/a en este momento y que alguno de mis apoyos esté conmigo.

En caso de que me siga encontrando mal puedo **llamar a los siguientes recursos de ayuda**:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....

**En caso de que mi PLAN falle y exista un riesgo inminente: LLAMARÉ AL 911 o al Teléfono línea de la vida o acudiré a urgencias del hospital más cercano.**

## Perfiles de servidores públicos en SSM de urgencias

<b>Personal de Enfermería</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Capacitación en el guía Mhgap</li><li>2. Capacitación en Identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Atención de la lesión y urgencia médica.</li><li>4. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.</li></ol>
-------------------------------	--	--

<b>Personal de Psicología</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formación en psicología clínica.</li><li>2. Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida</li><li>3. Elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Brindar primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.</li><li>5. Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.</li><li>6. Activar la red de apoyo (intervenciones psicosociales con familia, pareja, cuidador o responsable).</li><li>7. Implementar tratamientos para el comportamientos suicidas breves basados en evidencia psicológica y/o mixtos (psicológico y psiquiátrico) bajo la modalidad de tratamiento individual, grupal y asistencia telefónica para manejo de episodios agudos.</li><li>8. Dar de alta a partir de la adquisición de habilidades de afrontamiento a las crisis que acompañen la solución de problemas y con ello la remisión del comportamiento suicida.</li></ol>
-------------------------------	--	--

**Trabajo Social**

- Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida

1. Promover confianza mediante la validación emocional para una aproximación efectiva.
2. Contactar y tener acercamiento con familiares o responsables de la persona.
3. Establecer de manera colaborativa el Plan de seguridad.
4. Dar seguimiento telefónico a la persona atendida por medio de contacto con la misma o su familiar.
5. Activar seguimiento para contrareferencia.
6. Hacer monitoreo o seguimiento en caso de que el riesgo persista o aumente, referir a un tratamiento ambulatorio especializado de psicología y/o psicología y psiquiatría.

**Personal especializado en Psiquiatría**

1. Capacitación en especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida.
2. Capacitación en elaboración de plan de seguridad y primeros auxilios psicológicos.

3. Valoración del estado mental.
4. Anamnesis para determinar probable Dx Psiquiátrico.
5. Tratamiento de urgencia psiquiátrica y seguimiento en consulta externa posterior al alta médica.
6. Hacer contrareferencia a tratamiento ambulatorio especializado o sugerir hospitalización (cuando no existe red de apoyo, la IS e Intencionalidad no disminuyen, se encuentra intoxicado o con altos niveles de agitación y/o desesperanza).

## Metas Estatales Programadas 2023

172 ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL		
ACTIVIDAD	UNIDAD RESPONSABLE	TOTAL 2023
CONSULTAS MÉDICAS	CISM (Apizaco)	1440
	CISM (Tzompantepec)	1040
CON. PSIQUIATRÍA DE 1a. VEZ	CISM (Apizaco)	308
	HGT	308
	HIT	308
	HGRESP	352
	<b>TOTAL</b>	<b>3756</b>
CON. PSIQUIATRÍA DE SUB.	CISM (Apizaco)	1012
	HGT	1012
	HIT	1012
	HGRESP	1080
	<b>TOTAL</b>	<b>4116</b>
CONSULTA PSICOLOGÍA DE 1a. VEZ	J.S.1 (CSUT)	312
	J.S.1 (CSCH)	284
	J.S.2 (CSUH)	624
	J.S.3 (CSUA)	240
	CISM (Apizaco)	1256
	CISM (Tzompantepec)	692
	CAPASITS	312
	UNEME CRÓNICO	472
	HCZ	312
	HCC	312
	HCT	320

	HGT	2068
	HGRESP	792
	HGH	820
	HGC	590
	HGSPM	312
	HGN	284
	HDLM	820
	HIT	1444
	<b>TOTAL</b>	<b>12266</b>
<b>CONSULTA PSICOLOGÍA SUBSECUENTE</b>	J.S.1 (CSUT)	924
	J.S.1 (CSCH)	904
	J.S.2 (CSUH)	1848
	J.S.3 (CSUA)	1100
	CISM (Apizaco)	3864
	CISM (Tzompantepec)	1980
	CAPASITS	924
	UNEME CRÓNICO	1804
	HCZ	924
	HCC	924
	HCT	1024
	HGT	6140
	HGRESP	2424
	HGH	2444
	HGC	1848
	HGSPM	924
	HGN	904
	HDLM	1568
	HIT	4292

	TOTAL	36764
TRATAMIENTOS CONCLUIDOS PSICOLOGÍA	J.S.1 (CSUT)	48
	J.S.1 (CSCH)	48
	J.S.2 (CSUH)	96
	J.S.3 (CSUA)	48
	CISM (Apizaco)	192
	CISM (Tzompantepec)	144
	CAPASITS	48
	UNEME CRÓNICO	96
	HCZ	48
	HCC	48
	HCT	48
	HGT	336
	HGRESP	144
	HGH	144
	HGC	96
	HGSPM	48
	HGN	48
	HDLM	144
	HIT	240
		<b>TOTAL</b>

141 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL		
ACTIVIDAD	UNIDAD RESPONSABLE	TOTAL 2023
1. ACCIONES REALIZADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO		
PLÁTICAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	J.S.1 (CSUT)	24
	J.S.1 (CSCH)	24
	J.S.2 (CSUH)	24

	J.S.3 (CSUA)	24
	CISM (Apizaco)	59
	CISM (Tzompantepec)	41
	CAPASITS	24
	UNEME CRÓNICO	24
	HCZ	24
	HCC	24
	HCT	22
	HGT	58
	HGRESP	24
	HGH	24
	HGC	24
	HGSPM	24
	HGN	24
	HDLM	24
	HIT	24
	<b>TOTAL</b>	<b>540</b>
<b>TALLERES DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</b>	<b>CISM (Apizaco)</b>	<b>12</b>
	<b>CISM (Tzompantepec)</b>	<b>12</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>24</b>
<b>PERIÓDICO MURAL DE SUICIDIO</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	12
	JURISDICCION SANITARIA 2	12
	JURISDICCION SANITARIA 3	12
	J.S.1 (CSUT)	12
	J.S.1 (CSCH)	12
	J.S.2 (CSUH)	12
	J.S.3 (CSUA)	12

	CAPASITS	12
	UNEME CRÓNICO	12
	CISM (Apizaco)	12
	CISM (Tzompantepec)	12
	HCZ	12
	HCC	12
	HCT	12
	HGT	12
	HGRESP	12
	HGH	12
	HGC	12
	HGSPM	12
	HGN	12
	HDLM	12
	HIT	12
	<b>TOTAL</b>	<b>264</b>
<b>ACCIONES DE PREVENCIÓN DE BRIGADISTAS</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	45
	JURISDICCION SANITARIA 2	45
	JURISDICCION SANITARIA 3	45
	<b>TOTAL</b>	<b>135</b>
<b>2. NÚMERO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN UNIDADES DE ATENCIÓN</b>		
<b>PLÁTICAS PSICOEDUCATIVAS DE SALUD MENTAL</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	1950
	JURISDICCION SANITARIA 2	1030
	JURISDICCION SANITARIA 3	1030
	J.S.1 (CSUT)	182
	J.S.1 (CSCH)	173
	J.S.2 (CSUH)	360
	J.S.3 (CSUA)	201

	J.S.1 (CSUVVGSPPM)	0
	J.S.3 (CSC)	0
	CAPASITS	182
	UNEME CRÓNICO	388
	CISM (Apizaco)	640
	CISM (Tzompantepec)	450
	HCZ	79
	HCC	79
	HCT	75
	HGT	560
	HGRESP	182
	HGH	182
	HGC	182
	HGSPM	79
	HGN	79
	HDLM	182
	HIT	182
	<b>TOTAL</b>	<b>8447</b>
<b>TALLERES DE SALUD MENTAL</b>	CISM (Apizaco)	33
	CISM (Tzompantepec)	17
	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>
<b>PERIÓDICO MURAL DE SALUD MENTAL</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	12
	JURISDICCION SANITARIA 2	12
	JURISDICCION SANITARIA 3	12
	J.S.1 (CSUT)	12
	J.S.1 (CSCH)	12
	J.S.2 (CSUH)	12
	J.S.3 (CSUA)	12

	CAPASITS	12
	UNEME CRÓNICO	12
	CISM (Apizaco)	12
	CISM (Tzompantepec)	12
	HCZ	12
	HCC	12
	HCT	12
	HGT	12
	HGRESP	12
	HGH	12
	HGC	12
	HGSPM	12
	HGN	12
	HDLM	12
	HIT	12
	<b>TOTAL</b>	<b>264</b>
<b>3. TAMIZAJES</b>		
<b>DETECCIONES DE DEPRESIÓN (PHQ 9)</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	9070
	JURISDICCION SANITARIA 2	3250
	JURISDICCION SANITARIA 3	4790
	<b>TOTAL</b>	<b>17110</b>
<b>DETECCIONES DE ANSIEDAD (ESCALA DE BECK)</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	9070
	JURISDICCION SANITARIA 2	3250
	JURISDICCION SANITARIA 3	4790
	<b>TOTAL</b>	<b>17110</b>
<b>DETECCIONES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	2580
	JURISDICCION SANITARIA 2	930
	JURISDICCION SANITARIA 3	1370

	<b>TOTAL</b>	<b>4880</b>
<b>DETECCIONES DE T.D.A.T (CONNER 5-14)</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	<b>9460</b>
	JURISDICCION SANITARIA 2	<b>3390</b>
	JURISDICCION SANITARIA 3	<b>5000</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>17850</b>
<b>DETECCIONES DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	<b>910</b>
	JURISDICCION SANITARIA 2	<b>330</b>
	JURISDICCION SANITARIA 3	<b>480</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>1720</b>
<b>4. OTRAS ACTIVIDADES</b>		
<b>CAPACITACIÓN AL PERSONAL EN LA ESTRATEGIA DE CLIMA LABORAL EN HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD (NOM 035)</b>	JURISDICCION SANITARIA 1	<b>6</b>
	JURISDICCION SANITARIA 2	<b>6</b>
	JURISDICCION SANITARIA 3	<b>6</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>18</b>
<b>PARTICIPACIÓN DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA EN LOS CÓMITES HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA</b>	CISM (Apizaco)	<b>12</b>
	CISM (Tzompantepec)	<b>12</b>
	HCZ	<b>12</b>
	HCC	<b>12</b>
	HCT	<b>12</b>
	HGT	<b>12</b>
	HRESP	<b>12</b>
	HDLM	<b>12</b>
	HGSPM	<b>12</b>
	HGH	<b>12</b>
	HGC	<b>12</b>

	HGN	12
	HIT	12
	<b>TOTAL</b>	<b>156</b>
<b>PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO EN EL COMITÉ ESTATAL DE BIOÉTICA EN SALUD MENTAL</b>	CISM (Apizaco)	1
	CISM (Tzompantepec)	1
	HCZ	1
	HCC	1
	HCT	
	HGT	1
	HGRESP	1
	HDLM	1
	HGSPM	1
	HGH	1
	HGC	1
	HIT	1
	HGN	1
	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

### REUNIONES MENSUALES SALUD MENTAL

FECHA	SEDE
27 de enero	CECAP
24 de febrero	CECAP
31 de marzo	CECAP
28 de abril	CECAP
26 de mayo	CECAP
30 de junio	CECAP
28 de julio	CECAP
25 de agosto	CECAP
29 de septiembre	CECAP
27 de octubre	CECAP
24 de noviembre	CECAP
15 de diciembre	CECAP

**CALENDARIO DE SUPERVISIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL**

**PRIMER SEMESTRE**

JURISDICCIÓN SANITARIA I		JURISDICCIÓN SANITARIA II		JURISDICCIÓN SANITARIA III	
FECHA	UNIDAD	FECHA	UNIDAD	FECHA	UNIDAD
17 DE ENERO	HOSPITAL DE LA MUJER	24 DE ENERO	HOSPITAL GENERAL DE HUAMANTLA	25 DE ENERO	CENTRO DE SALUD URBANO DE APIZACO
15 DE FEBRERO	HOSPITAL GENERAL DE TLAXCALA	7 DE FEBRERO	CENTRO DE SALUD URBANO DE HUAMANTLA	20 DE FEBRERO	HOSPITAL GENERAL DE CALPULALPAN
13 DE MARZO	CENTROS DE SALUD URBANOS TLAXCALA-CHIAUTEMPAN	14 DE MARZO	CISMAA TZOMPANTEPEC	21 DE MARZO	CISMAA APIZACO
18 DE ABRIL	HOSPITAL GENERAL NATIVITAS HOSPITAL COMUNITARIO DE ZACATELCO	10 DE ABRIL	HOSPITAL GENERAL REGIONAL EMILIO SANCHEZ PIEDRAS	27 DE ABRIL	CENTRO DE SALUD DE ESPAÑITA
16 DE MAYO	HOSPITAL COMUNITARIO DE CONTLA			24 DE MAYO	HOSPITAL COMUNITARIO DE TLAXCO
17 DE MAYO	HOSPITAL GENERAL DE SAN PABLO DEL MONTE				

**CALENDARIO DE SUPERVISIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL**

**SEGUNDO SEMESTRE**

JURISDICCIÓN SANITARIA I		JURISDICCIÓN SANITARIA II		JURISDICCIÓN SANITARIA III	
FECHA	UNIDAD	FECHA	UNIDAD	FECHA	UNIDAD
18 DE JULIO	HOSPITAL DE LA MUJER	20 DE JULIO	HOSPITAL GENERAL DE HUAMANTLA	19 DE JULIO	CENTRO DE SALUD URBANO DE APIZACO
16 DE AGOSTO	HOSPITAL GENERAL DE TLAXCALA	17 DE AGOSTO	CENTRO DE SALUD URBANO DE HUAMANTLA	18 DE AGOSTO	HOSPITAL GENERAL DE CALPULALPAN
19 DE SEPTIEMBRE	CENTRO DE SALUD URBANO TLAXCALA-CHIAUTEMPAN	25 DE SEPTIEMBRE	CISMAA TZOMPANTEPEC	27 DE SEPTIEMBRE	CISMAA APIZACO
17 DE OCTUBRE	HOSPITAL GENERAL DE NATIVITAS HOSPITAL COMUNITARIO DE ZACATELCO	18 DE OCTUBRE	HOSPITAL GENERAL REGIONAL EMILIO SANCHEZ PIEDRAS	20 DE OCTUBRE	CENTRO DE SALUD DE ESPAÑITA
14 DE NOVIEMBRE	HOSPITAL COMUNITARIO DE CONTLA			22 DE NOVIEMBRE	HOSPITAL COMUNITARIO DE TLAXCO
15 DE NOVIEMBRE	HOSPITAL GENERAL DE SAN PABLO DEL MONTE – CENTRO DE SALUD URBANO DE VILLAVICENTE				

## **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN**

El monitoreo de las actividades del Programa se realizará a través de informes mensuales y trimestrales de promoción, prevención y atención integral de la Salud Mental.

### **Evaluación de resultados**

Evaluar implica realizar un ejercicio de análisis sobre el cumplimiento de los objetivos, o bien, de la diferencia de los resultados logrados respecto a los esperados. Esto se realizará a través de acciones encaminadas a medir el proceso o el desempeño del programa, comparar lo programado con lo realizado y establecer un juicio sobre esta diferencia. También implica medir si se están cubriendo las necesidades de la población objetivo a través de la percepción de la calidad de los servicios recibidos en función de sus necesidades. Esto con el fin de evaluar los resultados para tomar decisiones a tiempo y corregir procesos.

Se efectuará trimestralmente la medición de indicadores verificando la realización de las acciones con base en su programación para identificar el nivel de ejecución de cada indicador, además del avance logrado en las metas programadas en función de los objetivos y de los resultados obtenidos a través del tiempo.

Para hacer evidente la eficacia de las acciones de promoción de salud mental o de prevención de trastornos mentales y del suicidio, es necesario promover la medición de los resultados y no sólo la cuantificación de las metas alcanzadas. La medición de los resultados se realiza a través de evaluaciones con la aplicación sistemática de procedimientos de investigación cuantitativos o cualitativos que permiten determinar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de las acciones.

### **Evaluación del impacto.**

La evaluación del impacto consiste en establecer los efectos producidos por el desarrollo de múltiples programas y acciones, tanto en el nivel preventivo como en el tratamiento de las adicciones, los cuales son multifactoriales y por tanto, difíciles de medir de manera directa.

Si bien la evaluación de resultados mide las modificaciones inmediatas que el programa introduce en la población destinataria del mismo, la evaluación del impacto analiza los efectos acumulados del programa en el mediano y largo plazo.

Los sistemas de información para la evaluación son:

<i>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</i>
SINBA: Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
F.I. (Formatos Internos: estatales y federales de atención, prevención y promoción de la salud mental).

**Evaluación de calidad de tratamientos:**

La evaluación en relación al cumplimiento de las normas y procedimientos para el área de atención, promoción y prevención en Jurisdicciones Sanitarias I, II Y III, Centro Integral de Salud Mental, CISMAA Tzompantepec, Centros de Salud Urbanos y para el área de atención especializada en salud mental en las unidades de segundo y tercer nivel (Hospitales Comunitarios, Hospitales Generales), se realizarán a través de cédulas y revisión de expedientes y evidencias de manera paulatina.

A nivel Jurisdiccional se tienen programadas supervisiones bimestrales y en las unidades se tiene programadas una supervisión semestral, además de los análisis de casos que se realizaran en las reuniones mensuales del programa de salud mental.

## **Planes de mejora continua**

Involucra a los operativos que conocen los procesos. Toma en cuenta sus propuestas y sugerencias. Se basa en Trabajo en Equipo, genera el pensamiento orientado al proceso, ya que los procesos deben ser mejorados antes de que se obtengan resultados mejorados. Los resultados serán una consecuencia de los procesos. No requiere necesariamente de técnicas sofisticadas o tecnologías avanzadas. Para implantarlo sólo se necesitan técnicas sencillas como las siete herramientas del control de calidad. La resolución de problemas apunta a la causa raíz y no a los síntomas o causas más visibles. Por lo general se trata de alternativas sencillas, factibles de ser implementadas por los mismos operadores de los procesos en cuestión.

Adicionalmente a las ventajas enumeradas y que son el objetivo más visible y cuantificable de la aplicación de la metodología de mejora a los procesos de promoción, prevención y atención a la salud mental, el fin último de este proceso, si bien es necesario y fundamental que los equipos de trabajo propongan e implementen mejoras que generen beneficios para sus procesos y para los resultados de la institución, es que los integrantes del equipo de trabajo, cambien su visión y enfoque de los problemas y situaciones que se generan a diario en la empresa y de esta forma intentar generar un cambio de cultura a través de agentes de cambio desde el piso, desde abajo hacia arriba (Pirámide invertida).

### **Objetivo general:**

Al finalizar el programa los participantes mostrarán conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con el adecuado uso de los elementos de la mejora continua y la mejora de su entorno laboral con el propósito de optimizar su rendimiento profesional.

### **Objetivos específicos:**

- Establecer las condiciones e identificar los puntos a tratar en el proceso para mejorar
- Establecer una línea base de rendimiento profesional en base a los siguientes criterios:
- Comparativo del resultado del desempeño con los objetivos propuestos.

- Establecer cuantificadamente la brecha entre el desempeño deseado y el real.
- Realizar encuestas de salida (atención y servicio al cliente) a usuarios del servicio de salud mental de todas las unidades donde se cuente con el servicio para establecer la percepción de los usuarios.
- Realizar el proceso de mejora continua a través de equipos de trabajo integrados por los psicólogos, médicos, trabajadores sociales y enfermeros de diferentes unidades.

### **PROPUESTAS DE MEJORA PARA EL PROGRAMA ESTATAL DE SALUD MENTAL**

- Ampliar la red de captura de información para que se vea reflejado en los Sistemas de Información oficiales.
- Ampliar la detección oportuna y atención de los Trastornos Mentales en primer nivel de atención a través de la aplicación de la Guía mhGAP.
- Fortalecer la atención psicológica a través de línea telefónica.
- Fortalecer el Plan Estratégico: Prevención y Atención de la Salud Mental ante COVID-19 en Tlaxcala.
- Reforzar las acciones de promoción y prevención de la Salud Mental de acuerdo a los componentes y variables que establecen los lineamientos de nivel federal.

## Bibliografía

- Barbado A. y cols. (1996) "Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales". Sociedad Española de Medicina General. Madrid, España.
- Benjet C. y cols. (2009) "Youth Mental Health in a populous city of the developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey". Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- De la Fuente R. y cols. (1997) "Salud Mental en México". Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F., México
- Diario Oficial de la Federación (2020). PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024.
- De la Fuente J.R., Heinze G. (2012) "Salud Mental y Medicina Psicológica". Universidad Nacional Autónoma de México. Fondo de Cultura Económica. México D.F., México.
- Harnois G. y cols. (2004) "Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana". Representación de la OPS/OMS en México. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. México D.F., México.
- Knapp M., Mc Daid D., Mossialos E., Thornicroft G. (2007) Salud Mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo, España.
- Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J., Vicente B., Andrade L., Caraveo J., Saxena S., Saraceno B. (2005) "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública". Revista Panam. Salud Pública.
- Medina-Mora, M., Borjes, G. y Benjet, C. (2017). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México Publicaciones 2003-2016.
- Medina Mora M. (2011), Medición de la Salud Mental, Ponencia presentada en la Conferencia Latinoamericana para la Medición del Bienestar y la Promoción del Progreso.
- Medina Mora M. cols. (2005) "La Salud Mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica" en Manual de los Trastornos Mentales, Asociación Mexicana de Psiquiatría, México.
- Ministros y Secretarios de Salud de las Américas. (2007) Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Panamá.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud. (2011) Informe de la evaluación del sistema de Salud Mental en México utilizando el instrumento de

Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), México.

Organización Mundial de la Salud (2022). Informe Mundial sobre Salud Mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general.

Organización Mundial de la Salud (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.

Organización Mundial de la Salud (2014).

Organización Mundial de la Salud. (2001) Atlas Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2001) Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Ginebra Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2001) Proyecto de Política de Salud Mental. Paquete de orientación sobre política y servicios EUA.

Organización Mundial de la Salud. (2005) Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bélgica.

Organización Mundial de la Salud. (2006) Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Política, Planes y Programas de Salud Mental. Editorial EDIMSA.

Organización Mundial de la Salud. (2011), Salud Mental: un estado de bienestar, [en línea], disponible: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html) [03 de Julio de 2012].

Organización Panamericana de la Salud. Atlas Regional de Salud Mental. Diciembre 2015. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud, (2009) Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental, EUA.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, (2004) Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana, México.

Organización Panamericana de la Salud. (2009), Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental, EUA.

Organización Mundial de la Salud. (2005) Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) de la Organización Mundial de la Salud. Suiza.

- Organización Mundial de la Salud. (2006) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2010) Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. EUA.
- Organización Mundial de la Salud. (2011) Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2006) La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. EUA.
- Rodríguez J. (Ed.). (2010) Salud Mental en la comunidad, (2a. edición), Organización Panamericana de la Salud.
- Rodríguez J., (ed.) (2007) La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud. EUA.
- Salgado V., Díaz M., González T. (2003) Modelo de integración de recursos para la atención de la Salud Mental en la población rural de México; Revista Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Saraceno B. (2003) La liberación de los pacientes psiquiátricos, de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. Editorial Pax, México.
- Secretaría de Salud (2022). Guía práctica para la implementación de Brigadas Comunitarias en Salud Mental
- Secretaría de Salud (2021). Programa Anual de Trabajo 2021 Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Secretaría de Salud (2021). Lineamientos para la implementación de Acciones del Programa de Salud Mental.
- Secretaría de Salud (2020). Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones 2020. , Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Secretaría de Salud. (2020). Panorama Epidemiológico de las Enfermedades no transmisibles en México.

Secretaría de Salud. (2020). Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Redes de Atención (APS-I Mx).

Secretaría de Salud. (2020). 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones.

Secretaría de Salud. (2020). Reestructura del Modelo de Salud Mental en México.

Secretaría de Salud. (2020). Protocolo de Actuación de las Brigadas de Apoyo en Salud Mental en México

Secretaría de Salud. (2001) Programa de Acción en Salud Mental 2000-2006, México.

Secretaría de Salud. (2006) Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), México.

World Health Organization. (2011) Mental Health Atlas 2011, Ginebra, Suiza.

Comisión de las Comunidades Europeas. (2005) Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bélgica.

Desviat M. (1994) La reforma psiquiátrica. Ed. DOR, S.L. Madrid, España.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2008) Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Secretaría de Salud. México.