



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL
POSGRADO EN PSIQUIATRÍA**

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA, EN SALUD MENTAL, EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL PROMEDIO DE REFERENCIAS REGISTRADAS, FRECUENCIA DE ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA Y FRECUENCIA DE CORRECTA DERIVACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES PROCEDENTES DE LA MISMA Y QUE SON VALORADOS EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN CONTINUA DE UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA (PSIQUIATRÍA)**

**PRESENTA
DR. SOTELO ESPINOZA JOSÉ CARLOS ALBERTO.**

Residente de 4° Año de la Especialidad en Psiquiatría.
Unidad Médica De Alta Especialidad Complementaria, Hospital de Psiquiatría Unidad
“Morelos”.

Coordinador Metodológico
Psic. Silvia Aracely Tafoya Ramos
Facultad de Medicina-UNAM. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud
Mental.

Coordinador Teórico
Dr. Miguel Palomar Baena.
Coordinador de Enseñanza e Investigación en Salud.
Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria, Hospital de Psiquiatría Unidad
“Morelos”.

Lugar de la Investigación
Unidad Médica De Alta Especialidad Complementaria, Hospital de Psiquiatría Unidad
“Morelos”.
Avenida San Juan de Aragón, Número 311, Colonia San Pedro el Chico, Código Postal
07480, Gustavo A. Madero, Distrito Federal, México.

Lugar y Fecha de Presentación de la Tesis
Facultad de Medicina-UNAM. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud
Mental.
México, D.F. a 31 de Enero del año 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	7
JUSTIFICACION.....	7
HIPÓTESIS.....	9
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
MÉTODO.....	10
ESCENARIO:.....	10
DISEÑO.....	11
SELECCIÓN DE LA UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	11
POBLACIÓN:.....	11
MUESTRA.....	11
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	12
CRITERIOS DE INCLUSION:.....	12
CRITERIOS DE NO INCLUSION:.....	12
DEFINICION DE VARIABLES.....	12
VARIABLES DEPENDIENTES.....	12
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	13
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	14
PROCEDIMIENTO.....	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	16
RESULTADOS.....	16
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD MENTAL.....	16
RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEL SERVICIO.....	17
FRECUENCIAS.....	19
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS	

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Según la OMS, de las 10 enfermedades más frecuentes y de alto costo entre la población mundial, al menos cuatro son de tipo mental. Una de cada tres de las 100.000 "muertes evitables" cada año, padecía un Trastorno Mental.¹ La esperanza de vida, tras el diagnóstico, de los pacientes con: a) trastorno bipolar, es de entre 9 y 20 años; b) esquizofrenia, de entre 10 y 20 años; c) trastornos por consumo de sustancias psicótropas, de entre 9 y 24 años; d) trastornos depresivos, de entre 7 y 11 años.²

La prevalencia de los Trastornos Mentales detectados en Atención Primaria, en adultos, ha sido documentada en un rango entre 10% y 60%.^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,}
¹⁶ Los principales Trastornos Mentales que se presentan en los centros de Atención Primaria son: los trastornos depresivos (desde 5% hasta 20%),^{17, 18, 19} los trastornos de ansiedad (desde 4% hasta 15%),^{20, 21, 22} el consumo perjudicial y dependencia al alcohol (desde 5% hasta 15%).^{23, 24, 25} Los estudios en niños y adolescentes también han demostrado una alta prevalencia, los Trastornos Mentales fueron detectados en un rango entre 20% y 43%;^{26, 13} los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.¹³ Sin embargo, la falta de apoyo político, la gestión inadecuada, los servicios de salud sobrecargados y, en ocasiones, la resistencia de los responsables políticos y trabajadores de salud han obstaculizado el fortalecimiento de los servicios en materia de Atención Primaria en Salud Mental, pese a los buenos resultados que ha arrojado.²⁷

La actual tendencia a la divulgación del cierre de los Hospitales Psiquiátricos implica un complejo proceso de desinstitutionalización que involucra: el desplazamiento de recursos; la reducción de la capacidad de servicio de los hospitales psiquiátricos; el aumento de la capacidad de los Hospitales Generales; la descentralización de los servicios y recursos psiquiátricos, así como la reducción de la dependencia de la atención psiquiátrica hospitalaria en el Tercer Nivel de Atención.^{28, 29} Ante tales dificultades, la Psiquiatría ha ampliado su campo de acción a todo el espectro de la práctica médica abarcando la atención de la salud, la docencia y la

investigación de los aspectos biopsicosociales, psicopatológicos y psicoterapéuticos del paciente dentro del marco de la Atención Primaria. En este contexto, el enorme crecimiento de la ciencia y de la innovación biomédica, así como el desarrollo de aplicaciones que permiten el uso de gran cantidad de información, han modificado y seguirán modificando la forma en la que los clínicos, de Atención Primaria, se enfrentan a los múltiples problemas que se relacionan con el grado de incertidumbre que acompaña a las decisiones médicas,³⁰ esto es: a) cuando existe una amplia variabilidad en la manera de abordar determinadas áreas de práctica clínica; b) ante determinados problemas de salud con gran impacto social y económico en los que no existe consenso a la hora de abordarlos y afectan a varios Niveles Asistenciales; c) cuando una práctica clínica adecuada puede ser decisiva para reducir la morbimortalidad de determinadas enfermedades; d) en circunstancias donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes innecesarios.³¹

Por lo anterior, se han creado las Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales, son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas terapéuticas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.³² La herramienta AGREE II, es de especial interés para evaluar la calidad de las guías y decidir si son adecuadas para ser utilizadas, adoptadas o recomendadas en nuestro medio.³³ El Grupo ADAPTE plantea la adaptación como la utilización o modificación de una GPC desarrollada en un contexto cultural y organizativo diferente.³⁴ (ANEXO A).

Los avances tecnológicos han permitido también el desarrollo de herramientas en el campo de la Atención Primaria en Salud Mental, como la Herramienta Mundial de Evaluación de Salud Mental (GMHAT/PC por sus siglas en inglés); se trata de un paquete que procura mejorar el reconocimiento de los Trastornos Mentales y el inicio de los tratamientos apropiados, capacitando a los trabajadores de Atención Primaria; de igual forma, desarrolla una evaluación más exhaustiva de la Salud Mental con diagnóstico psiquiátrico diferencial congruente con los criterios de la CIE-10, trayectorias de atención, calidad de vida, evaluación de necesidades y riesgos.³⁵ Actualmente, existen también cursos no presenciales a través de Internet, sin límite de

inscripciones o alumnos y sin coste alguno ni para su matriculación ni para la obtención de los materiales de estudio (Massive Open On line Course, MOOC).³⁶

Ante este panorama, en el que la transición hacia la Atención Primaria en Salud Mental ha tenido una respuesta global, con el desarrollo de múltiples herramientas, en Atención Primaria, no sólo se deben reconocer los Trastornos Mentales y su manejo en Primer Nivel de Atención, sino que, es prioritario el reconocimiento de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica para la adecuada referencia de esos pacientes, a los servicios correspondientes -siguiendo las guías, vías y protocolos de atención- con la finalidad de facilitar y disminuir la variabilidad en la toma de decisiones entre los distintos niveles de atención implicados.³⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es una realidad, que en Salud Mental: a) los Trastornos Mentales y Neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe; b) los Trastornos Mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente; c) los Trastornos Mentales constituyen la principal causa de discapacidad entre los jóvenes de 10 a 24 años representando el 45% de la carga de morbilidad en esta etapa; d) la centralización de recursos es muy alarmante, ya que a pesar de que existen un total de 3 823 psiquiatras, el 43.6% ejerce su especialidad en las zonas más densamente pobladas; e) la adherencia al tratamiento psicofarmacológico es de alrededor de un 20%; f) se calcula que para el año 2020, los países en vías de desarrollo pueden tener hasta un 80% de su carga de morbilidad proveniente de problemas crónicos, entre ellos, los Trastornos Mentales.^{38 39, 40, 41, 42}

La elevada prevalencia de multimorbilidad y pluripatología es una realidad en cualquier sistema sanitario; en Salud Mental, estos pacientes constituyen una población heterogénea en complejidad, vulnerabilidad clínica, fragilidad, mortalidad, deterioro funcional, polifarmacia y pobre calidad de vida relacionada con la salud, así como un

mayor consumo de recursos sanitarios, por lo que se requiere su manejo desde el Primer Nivel de Atención en aquellas situaciones en las que se ha evidenciado su eficacia, así como reconocer los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica para su correcta referencia a un Segundo Nivel de Atención o a un Tercer Nivel de Atención.^{43, 44, 45}

Si bien es cierto que en el Primer Nivel de Atención se ha reportado como difícil o imposible formular un diagnóstico psiquiátrico preciso, es indispensable reconocer los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica^{46,47} ya que se estima que hasta el 50% de los pacientes, con algún trastorno mental, son referidos directamente a los servicios de Tercer Nivel de Atención independientemente de la gravedad del trastorno, esto implica un incremento en la demanda de los servicios de Admisión Continua y Urgencias Psiquiátricas que, en la mayoría de las ocasiones, no son verdaderas Urgencias⁴⁸ e incluso se ha reportado que entre el 10% y el 15% no se logra integrar un diagnóstico psiquiátrico,⁴⁹ resultando en que los servicios de Admisión Continua y Urgencias Psiquiátricas se saturan al proporcionar mayor atención a quien la demanda y no tanto a quien la necesita, por la Ley de Cuidados Inversos.^{50, 51, 52}

La falta de reconocimiento de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica trae consigo una serie de consecuencias: En algunos servicios de Atención Primaria, se llega a dar por hecho que cualquier paciente con antecedente de Trastorno Mental, debe ser referido a Tercer Nivel de Atención, independientemente de la sintomatología que presente, lo cual es alarmante ya que dicha sintomatología puede ser la manifestación de algunas enfermedades subyacentes y, en otros casos, representan manifestaciones relacionadas con la gravedad de las mismas.^{53, 54, 55} Existen datos estadísticos que sustentan que las personas con Trastorno Mental Severo tienen 4,1 veces el riesgo global de morir, prematuramente, en comparación con la población general menor de 50 años, siguiendo esta línea: a) presentan 2 veces más, el riesgo de desarrollar Diabetes mellitus tipo 2; b) presentan de 2 a 3 veces más, el riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial; c) presentan 3 veces más, el riesgo de morir por alguna Cardiopatía; d) presentan 10 veces más, el riesgo de morir Enfermedades Respiratorias; e) presentan 2 veces más, el riesgo de adquirir Hepatitis B y C; f)

presentan 10 veces más probabilidades de Infectarse con el VIH; g) aunque la incidencia de la mayoría de los tipos comunes de Cáncer no parece aumentar en las personas con Trastorno Mental Severo (excepto para el Cáncer de Cuello Uterino), es más probable que tengan proyección limitada, tratamiento sub-óptimo y peores resultados globales.^{56, 57, 58}

En contraparte, la medicalización de las desviaciones conductuales son muestra de la dificultad en la detección, en Atención Primaria, de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica;⁵⁹ en este sentido, es común que se realicen juicios de valor ante las reacciones adaptativas “normales”, la anomía, la subcultura y los síntomas psiquiátricos aislados, entre otros, resultando en un incremento importante en las referencias a los servicios de Tercer Nivel en Salud Mental.

Es necesario mencionar que algunos familiares optan por no buscar tratamiento para el paciente -quien pueda reunir, o no, criterios clínicos para hospitalización psiquiátrica - pese a la indicación y referencia, para evitar que éste sea identificado con el grupo estigmatizado; simplemente no quieren que sea etiquetado como “persona con Trastorno Mental” a causa del prejuicio y discriminación que ello pudiera implicar, tanto para el paciente como para la familia.⁶⁰ De hecho, se estima que las personas con Trastorno Mental Severo, representan alrededor del 0.5% de la población general; sin embargo, esta cifra se llega a triplicar tomando en cuenta la escasa o inadecuada red de apoyo, así como la mínima advertencia de trastorno mental.

Otra parte del problema es el desconocimiento del protocolo de atención, el cual establece que ante un paciente con datos sugestivos de un Trastorno Mental Severo o de Alta Complejidad, debe ser referido al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona (Segundo Nivel de Atención) que le corresponda, con la finalidad de descartar otras patologías que puedan producir síntomas psiquiátricos y deberá ser valorado por el Psiquiatra adscrito a ese hospital y únicamente en caso de no contar con este especialista, el médico del Servicio de Urgencias lo referirá al Hospital de Psiquiatría que le corresponda (Tercer Nivel), para su valoración y eventual hospitalización, lo que debe considerarse como un Recurso Terapéutico Extremo (IMSS-DPM/2000-001-010).

Pese a lo anterior, en los últimos 4 años, se han valorado aproximadamente 15,390 pacientes en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; de ellos, el 71.03% no cumplieron con criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica, evidenciándose una gran falla en cuanto a la identificación de las mismas y de los protocolos de Atención en Salud Mental entre los diferentes Niveles Asistenciales. (ANEXO C).

A nivel nacional, las acciones para la formación de recursos especializados en Salud Mental son insuficientes; en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de forma general, se cuenta con menos de 300 psiquiatras para cerca de 18 millones de asegurados –aunque, realmente, se atiende a poco menos de la mitad de la población del país-, la respuesta ante tal demanda se encuentra en la correcta capacitación del personal en Atención Primaria en materia de Salud Mental que, como modelo inicial, debe centrarse en los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica y su adecuado manejo entre Niveles Asistenciales.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los efectos de una Intervención Educativa, en Salud Mental, en una Unidad de Atención Primaria, sobre el Promedio de Referencias registradas, Frecuencia de Asociación Diagnóstica y Frecuencia de Correcta Derivación de los Trastornos Mentales procedentes de la misma y que son valorados en el servicio de Admisión Continua de una Unidad de Tercer Nivel de Atención?

JUSTIFICACION

Los Trastornos Mentales constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad que generan y los altos costos económicos y sociales que producen.⁶¹ Por lo anterior, los cambios introducidos en las

instituciones de Atención Médico-Psiquiátrica según la OMS, en los últimos años, han tenido como finalidad básica re-orientar los servicios de Salud Mental hacia la Atención Primaria mediante el fortalecimiento de los modelos de cooperación o colaboración entre Niveles Asistenciales ya que: a) los problemas de Salud Mental y física están entrelazados; b) la Atención Primaria en Salud Mental, cuando es necesario, mejora el acceso a los sistemas de salud más especializados; c) se han creado diferentes dispositivos de evaluación clínica que ayudan a detectar problemas de Salud Mental en Atención Primaria.⁶²

Las últimas políticas y acciones mundiales plantean que la Atención Primaria debe de ser el punto donde se articule la Atención de la Salud Mental; sin embargo, en México, menos del 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de Salud Mental; del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y de educación relacionados con temas de Salud Mental dirigidos a los profesionales que trabajan, en este nivel, es menor al 15%; por lo que, en la mayoría de los casos, cualquier alteración conductual o comportamental es referida directamente al Tercer Nivel de Atención Psiquiátrica, con una creciente tendencia a utilizarlo sólo como un filtro; esta situación es muy seria ya que, en nuestro medio (Tercer Nivel de Atención), no se cuenta con un sistema de clasificación de pacientes según su estado de Salud Mental (Triage Psiquiátrico), por lo que a todo paciente referido, de cualquier Nivel de Atención, se le realiza una evaluación psiquiátrica completa que tiene una duración promedio de 45 minutos, sólo se cuenta con un consultorio de Admisión Continua y no se cuenta con la infraestructura para realizar estudios paraclínicos, entre otras cosas; motivos por los que, a la inversa de la propuesta de la OMS, es en el Tercer Nivel de Atención donde se está articulando la atención de los Trastornos Mentales; que, en el espectro más amplio, tiene repercusiones graves respecto a la búsqueda de atención de los familiares o de los mismos pacientes bajo tratamiento psiquiátrico, quienes gradualmente creen poder prescindir del Primer y Segundo Niveles Asistenciales y llegan a acudir directamente de sus hogares a este Tercer Nivel de Atención solicitando, en más del 90% de las ocasiones, el internamiento psiquiátrico.⁶³

Resulta fundamental la comunicación entre los componentes del Sistema de Salud en México.⁶⁴ Al respecto, es importante, necesario y urgente Intervenir Educativamente, a Nivel de Atención Primaria, principalmente en el reconocimiento de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica y su correcta derivación que, hipotéticamente, repercutiría en la disminución del promedio de referencias de los Trastornos Mentales que parten de dicho Nivel de Atención y que son valorados en el Servicio de Admisión Continua del Tercer Nivel de Atención, lo que resulta en un mejor aprovechamiento de los recursos tanto materiales como humanos con los que se cuenta actualmente en Salud Mental.^{65,66}

La Salud Mental es el espejo en el cual observamos cómo tratamos la salud de las personas más vulnerables de nuestra sociedad (Córdoba, 2011).

HIPÓTESIS

La Intervención Educativa en materia de Salud Mental en Atención Primaria, reducirá el Promedio de Referencias registradas e incrementará las Frecuencias de Asociación Diagnóstica y de Correcta Derivación de los Trastornos Mentales referidos directamente del Primer Nivel hacia el Tercer Nivel de Atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los efectos de una Intervención Educativa en Salud Mental, en una unidad de Atención Primaria, sobre el Promedio de Referencias registradas, la Frecuencia de Asociación Diagnóstica y la Frecuencia de Correcta Derivación de los Trastornos Mentales procedentes de la misma y que son valorados en el Servicio de Admisión Continua de una unidad de Tercer Nivel de Atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Comparar el efecto de una Intervención Educativa en Salud Mental, en médicos de Atención Primaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, sobre la cantidad de pacientes referidos, de acuerdo al registro, valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; 4 semanas antes de la Intervención Educativa y 4 semanas después de la misma.

Comparar el efecto de una Intervención Educativa en Salud Mental, en médicos de Atención Primaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, sobre la frecuencia con que existió Asociación Diagnóstica de los Trastornos Mentales referidos directamente de dicha unidad y que fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; 4 semanas antes de la Intervención Educativa y 4 semanas después de la misma.

Comparar el efecto de una Intervención Educativa en Salud Mental, en médicos de Atención Primaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, sobre la frecuencia con que fueron Correctamente Derivados los Trastornos Mentales referidos directamente de dicha unidad y que fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; 4 semanas antes de la Intervención Educativa y 4 semanas después de la misma.

MÉTODO.

ESCENARIO: El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”, el cual es una Unidad Médica de Alta Especialidad Complementaria que atiende a población referida de las Unidades de Atención Primaria Pertencientes a la Delegación Norte del Distrito Federal. Su servicio está destinado a la atención de pacientes en quienes los trastornos del pensamiento, estado de ánimo o conducta son de tal manera disruptivos que ponen en riesgo vital al paciente, a su familia y a su

entorno social, y requieren de atención médica tras haber sido descartadas otras patologías que produzcan síntomas psiquiátricos. En este servicio se valoran aquellas condiciones clínicas que pudieran ameritar manejo en un ambiente controlado, por lo que el paciente deberá contar con familiar responsable o un representante legal, de no estar presente, se dará aviso a Trabajo Social para su localización, principalmente en caso de ameritar tratamiento intrahospitalario. En los casos complejos, en que se cumpla con criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica y que ameriten atención inmediata, excepcionalmente, podrá ser referido directamente del Primer Nivel al Tercer Nivel de Atención para su valoración en este servicio.

DISEÑO: Estudio cuasi-experimental, diseño pre y post-intervención, sin grupo control.

SELECCIÓN DE LA UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA: Para la selección de la Unidad de Atención Primaria que participó en la investigación, se consideró: a) Informe estadístico del último año respecto a la Unidad de Medicina Familiar con mayor número de referencias directas al Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”, en este caso, la Unidad de Medicina Familiar sobresale al haber contribuido con 35% del total de dichas referencias; b) Accesibilidad, al haber sido aprobado el estudio por los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 23: Director, Subdirector Médico y Coordinador de Enseñanza e Investigación en Salud, para llevar a cabo las actividades de la Intervención Educativa.

POBLACIÓN: Personal médico, efectivamente matriculado, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, que aceptó participar de la Intervención Educativa en Salud Mental.

MUESTRA: No se realizó técnica de muestreo pues se trabajó con la totalidad de la población que aceptó participar de la Intervención Educativa en Salud Mental (n=26).

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Personal médico, efectivamente matriculado, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes aceptaron participar de la Intervención Educativa en Salud Mental.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Personal no médico o médico no matriculado, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social quienes, por interés personal o profesional, acudieron a las sesiones de Intervención Educativa en Salud Mental.

DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES.

PROMEDIO DE REFERENCIAS (DERIVACIONES) REGISTRADAS: Es el número de pacientes que presentó algún trastorno mental, referidos directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad "Morelos", cuatro semanas previas y cuatro semanas posteriores a la Intervención Educativa en Salud Mental. Variable cuantitativa, discreta.

ASOCIACIÓN DIAGNÓSTICA: Para limitar la variabilidad, el diagnóstico de envío fue asociado con el grupo correspondiente de trastornos mentales y del comportamiento, según el capítulo quinto de la lista de códigos CIE-10 y, posteriormente, fue comparado con el diagnóstico principal, de Eje I o Eje II, formulado en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad "Morelos". De esta manera se determinó: Sí existió o No existió Asociación Diagnóstica. Variable nominal, dicotómica (SÍ/NO).

CORRECTA DERIVACIÓN: Se determinó como correcta a toda aquella derivación (paciente referido) que fue valorada en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos” y requirió internamiento psiquiátrico, independientemente si este último fue o no llevado a cabo. Variable nominal, dicotómica (SÍ/NO).

VARIABLE INDEPENDIENTE.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD MENTAL: Alusivo al taller que denominamos “Atención Primaria en Salud Mental” dirigido al personal médico de Atención Primaria, efectivamente matriculado, de la Unidad de Medicina Familiar No. 23; el cual tuvo una duración total de 4 horas, dividida en 2 sesiones de 2 horas, cada una; durante el período Noviembre - Diciembre del 2014. Variable Independiente / Exposición / Intervención.

Descripción: Esta Intervención Educativa en Salud Mental, fue diseñada a manera de un taller basado en el modelo de participación continua y organizada del grupo, como base del proceso enseñanza-aprendizaje haciendo tácitos los objetivos en torno al desarrollo sistemático de habilidades y actitudes. Su contenido y programación se respaldó en:

- a) Las Guías de Práctica Clínica, en Salud Mental, dirigidas al Primer Nivel de Atención, con especial énfasis en el reconocimiento de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica.
- b) La Supervisión del Coordinador de Enseñanza e Investigación en Salud del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”.
- c) La formación del Investigador Asociado en el Taller “El médico residente como educador”, realizado en la Facultad de Medicina,

División de Estudios de Posgrado, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en Agosto del 2013.

- d) La formación del Investigador Asociado en el Curso-Taller “Medicina Basada en Evidencias”, realizado en la Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en Noviembre del 2013.

Este taller destaca por su eficiencia, ya que el contenido temático ha sido meticulosamente estructurado para ajustarse al horario establecido evitando interferir en las labores cotidianas de los participantes y, colateralmente, evitando la pérdida de probandos; así como por sus alcances al aspirar a que, esta Intervención, se formalice como parte de los programas de estudio teniendo en cuenta que la correcta identificación de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica resulta en el mejor aprovechamiento de los recursos tanto materiales como humanos con los que se cuenta actualmente a nivel institucional.

Se realizó una evaluación de los probandos, previa a la Intervención, mediante la aplicación del cuestionario adaptado “Conocimientos y Actitudes del Personal Sanitario de Atención Primaria hacia el Enfermo Mental, la Psiquiatría y el Equipo de Salud Mental” (ANEXO D), los resultados de dicha evaluación únicamente fueron tratados de forma descriptiva al discutir el perfil general del Médico de Atención Primaria quien participó de la Intervención.

RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO ADAPTADO “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA EL ENFERMO MENTAL, LA PSIQUIATRÍA Y EL EQUIPO DE SALUD MENTAL”: Se trata de un instrumento vigente, en materia de Atención Primaria en Salud Mental, que es autoadministrado y anónimo. Los ítems que integran dicha encuesta han sido extraídos de la “Escala De Actitudes hacia las Enfermedades Psíquicas, el Psiquiatra y la Psiquiatría” (Ruíz,

1977), el cuestionario “Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria” (Muñoz, 1993), el cuestionario “Influencia sobre las actitudes hacia el enfermo mental” (Keane, 1991), el cuestionario “Actitudes básicas hacia la enfermedad mental (validez y fiabilidad del CAB)” (Dolores,1994) y la “Escala de Opiniones frente al Enfermo Mental (OMI, por sus siglas en inglés)” (Ylla, 1979); los ítems fueron traducidos y adaptados a diferentes contextos socioculturales. Esta encuesta ha sido validada, revisada y actualizada periódicamente por un grupo de expertos en Salud Mental en Atención Primaria respecto a las políticas mundiales en Salud Mental. Para discutir el perfil general del Médico de Atención Primaria quien participó de la Intervención Educativa, se realizó un análisis factorial descriptivo, a través de la media, de las actitudes y conocimientos percibidos.

REGISTROS DE PACIENTES VALORADOS: Se revisaron los registros de los pacientes procedentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 que fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.

PROCEDIMIENTO

En nuestro estudio, se recopilaron los registros de los pacientes quienes fueron referidos directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 y que fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos, independientemente si requirieron o no hospitalización psiquiátrica; 4 semanas antes y 4 semanas después de la Intervención Educativa.

Para ello, se presentó el Protocolo de Investigación al Coordinador de Educación e Investigación en Salud del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos” para revisión y supervisión. Se presentó al Comité Local de Investigación en Salud (Centro Médico Nacional La Raza) la solicitud para evaluación y registro del mismo. Obtuvo el Dictamen de Autorizado el día 11 de Noviembre de 2014 con Núm. De Registro R-2014-3501-126.

Se contactó con los directivos de la Unidad de Medicina Familiar No. 23: Director, Subdirector Médico y Coordinador de Enseñanza e Investigación en Salud. Se solicitó una cita para entrevista con el objetivo de lograr la participación del personal médico de esta unidad.

Se llevó a cabo la Intervención Educativa en Salud Mental diseñada a manera de un taller denominado “Atención Primaria en Salud Mental” en el período Noviembre-Diciembre del 2014. De acuerdo con el programa operativo (ANEXO E).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la revisión del registro de pacientes tabulando los datos con el programa Microsoft Excel 2013 (ANEXO F). Estos fueron organizados y se realizó el análisis de los mismos utilizando el software EPIDAT 3.1

La comparación de los promedios pre-post se realizó con la prueba t de Student para muestras relacionadas, mientras que las frecuencias pre-post se compararon con la prueba de McNemar.

RESULTADOS

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD MENTAL.

En total participaron de la Intervención Educativa 26 médicos de Atención Primaria cuyo perfil (generado descriptivamente con base en el Cuestionario adaptado “Conocimientos y Actitudes del Personal Sanitario de Atención Primaria hacia el Enfermo Mental, la Psiquiatría y el Equipo de Salud Mental) es el de un médico especializado en Medicina Familiar con más de 5 años de experiencia con una muy buena predisposición a la asistencia a cursos en materia de Salud Mental reportando una autopercepción de conocimientos como deficiente, principalmente respecto a su capacidad de identificación, abordaje y tratamiento de los Trastornos Mentales

considerando que la atención que reciben los pacientes en el Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos” es satisfactoria.

RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEL SERVICIO.

Se realizó el análisis exploratorio de datos y determinación de las medidas descriptivas de las variables antes y después de la intervención.

PRE-INTERVENCIÓN: Durante las 4 semanas Pre-Intervención fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos” un total de 115 pacientes, enviados directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23; de los cuales 43 (37.39%) fueron hombres y 72 (62.61%) fueron mujeres; con una edad promedio de 44.62 años. De estos 115 pacientes, 83 (72.17%) fueron pacientes de Primera Vez y 32 (27.83%) fueron subsecuentes. La distribución de estas valoraciones fue de 44 (38.26%) en el turno matutino, de 47 (40.87%) en el turno vespertino y de 24 (20.87%) en el turno nocturno. (Tabla 1).

POST-INTERVENCIÓN: Durante las 4 semanas Post-Intervención fueron valorados en el Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos” un total de 80 pacientes, enviados directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23; de los cuales 31 (38.75%) fueron hombres y 49 (61.25%) fueron mujeres; con una edad promedio de 43.75 años. De estos 80 pacientes, 45 (56.25%) fueron pacientes de Primera Vez y 35 (43.75%) fueron subsecuentes. La distribución de estas valoraciones fue de 20 (25%) en el turno matutino, de 31 (38.75%) en el turno vespertino y de 29 (36.25%) en el turno nocturno. (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados.	Datos Sociodemográficos						Datos del Servicio								
	Edad (Promedio)		Sexo		Turno		Ocasión del Servicio		Hospitalización		Referencia		Destino		
	Edad (Promedio)	Sexo	Matutino	Vespertino	Nocturno	Primera vez	Subsecuente	Manejo Psiquiátrico Intrahospitalario en Tercer Nivel de Atención	Correcta	Incorrecta	UMF	HGZ	Otros		
Pre-intervención	n=	44.62	43.00	72.00	44.00	47.00	24.00	83.00	32.00	24.00	24.00	91.00	6.00	66.00	19.00
	%		37.39	62.61	38.26	40.87	20.87	72.17	27.83			79.13	6.59	72.53	20.88
Post-intervención	n=	43.75	31.00	49.00	20.00	31.00	29.00	45.00	35.00	22.00	22.00	58.00	2.00	47.00	9.00
	%		38.75	61.25	25.00	38.75	36.25	56.25	43.75			72.50	3.45	81.03	15.52
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.															

Tabla 2. Resultados.	Grupos CIE-10-Trastornos Mentales y del Comportamiento												Asociación Diagnóstica										
	F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.		F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas		F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes		F30-F39 Trastornos del humor [afectivos]		F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos		F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos		F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos		F70-F79 Retraso mental		F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico		F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia		F99 Trastorno mental no especificado		
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	SI	No	
Pre-intervención	9.00	7.83	1.00	0.87	21.00	18.26	21.00	18.26	60.00	52.17	1.00	0.87	0.00	0.00	2.00	1.74	0.00	0.00	0.00	0.00	90.00	25.00	
																					78.26	21.74	
Post-intervención	7.00	8.75	0.00	0.00	23.00	28.75	22.00	27.50	27.00	33.75	1.00	1.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	65.00	15.00	
																					81.25	18.75	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.																							

FRECUENCIAS

PROMEDIO DE REFERENCIAS REGISTRADAS PRE-INTERVENCIÓN: En total, fueron referidos 115 pacientes directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”, con determinación semanal de 33 pacientes en la semana 1; 33 pacientes en la semana 2; 29 pacientes en la semana 3; 20 pacientes en la semana 4. Los diagnósticos de envío fueron 9 (7.83%) para el grupo F00–F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; 1 (0.87%) para el grupo F10–F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; 21 (18.26%) para el grupo F20–F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; 21 (18.26%) para el grupo F30–F39 Trastornos del humor [afectivos]; 60 (52.17%) para el grupo F40–F49 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; 1 (0.87%) para el grupo F50–F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; 2 (1.74%) para el grupo F70–F79 Retraso mental.

PROMEDIO DE REFERENCIAS REGISTRADAS POST-INTERVENCIÓN: En total, fueron referidos 80 pacientes directamente de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”, con determinación semanal de 23 pacientes en la semana 1; 19 pacientes en la semana 2; 18 pacientes en la semana 3; 20 pacientes en la semana 4. Los diagnósticos de envío fueron 7 (8.75%) para el grupo F00–F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; 23 (28.75%) para el grupo F20–F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; 22 (27.50%) para el grupo F30–F39 Trastornos del humor [afectivos]; 27 (33.75%) para el grupo F40–F49 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; 1 (1.25%) para el grupo F50–F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; 2 (1.74%).

Análisis: Para la comprobación de hipótesis, utilizamos la prueba t de Student siendo:

Hi 1: Existe diferencia estadística significativa en el Promedio de Referencias Registradas antes y después de la Intervención Educativa en Salud Mental.

Hi 0: No existe diferencia estadística significativa en el Promedio de Referencias Registradas antes y después de la Intervención Educativa en Salud Mental.

La T (calculada) es menor que la T crítica: Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo. Lo que significa que no existe diferencia estadísticamente significativa en el Promedio de Referencias Registradas antes y después de la Intervención Educativa en Salud Mental. (Tabla 3).

Tabla 3

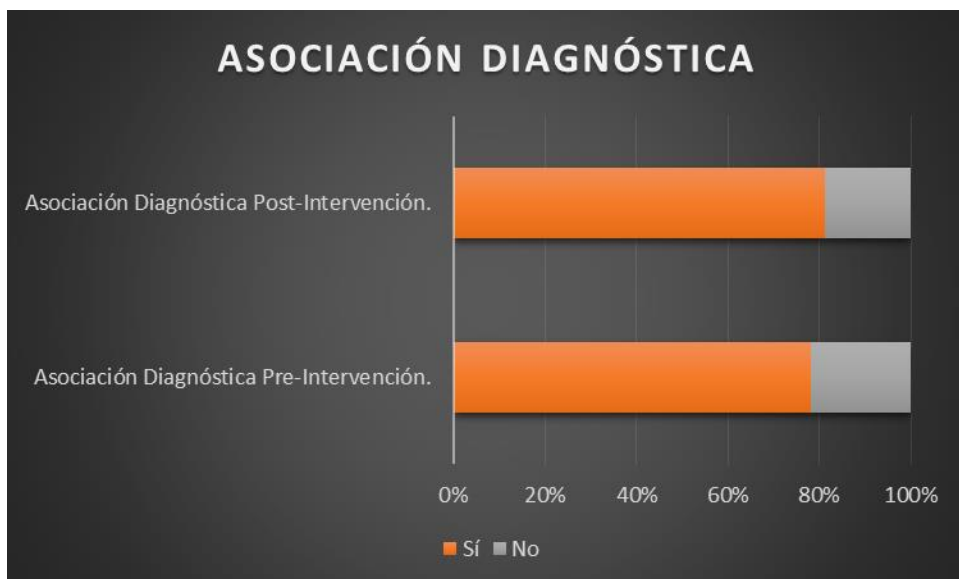
Prueba t - Promedio de Referencias Registradas		
	Variable 1	Variable 2
Media	28.75	20
Varianza	37.58333333	4.666666667
Observaciones	4	4
Coefficiente de correlación de Pearson	0.201357446	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	3	
Estadístico t	2.880227606	
P(T<=t) una cola	0.03175861	
Valor crítico de t (una cola)	2.353363435	
P(T<=t) dos colas	0.063517221	
Valor crítico de t (dos colas)	3.182446305	

Frecuencia Absoluta con que existió Asociación Diagnóstica Pre-Intervención: En 90 ocasiones (78.26%) se determinó que Sí existió Asociación Diagnóstica respecto a las derivaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; de acuerdo al registro de valoraciones de las cuatro semanas previas a la intervención.

Frecuencia Absoluta con que existió Asociación Diagnóstica Post-Intervención: En 65 ocasiones (81.25%) se determinó que Sí existió Asociación Diagnóstica respecto a las derivaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; de acuerdo al registro de valoraciones de las cuatro semanas posteriores a la intervención. (Tabla 4).

Tabla 4

Asociación Diagnóstica Pre-Intervención.					
115	fi	hi	Fi	Hi	%
Sí	90	0.7826087	90	0.7826087	78.2608696
No	25	0.2173913	115	1	21.7391304
Asociación Diagnóstica Post-Intervención.					
80	fi	hi	Fi	Hi	%
Sí	65	0.8125	65	0.8125	81.25
No	15	0.1875	80	1	18.75



Análisis: Para medir la significación de la asociación entre estas variables utilizamos la Prueba de McNemar χ^2 $0.95(1) = 3.84$. Por lo tanto como el valor del estadístico es inferior al valor crítico, concluimos que debemos aceptar la hipótesis de independencia y por lo tanto negar que existe relación entre la Intervención Educativa y la Frecuencia con que existió Asociación Diagnóstica. (Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencia Observada	Asociación Diagnóstica		
	Sí	No	Total
Pre-Intervención	90	25	115
Post-Intervención	65	15	80
Total	155	40	195
	0.79487179	0.20512821	

Fórmula	Asociación Diagnóstica			
	Sí	No	Total	
Pre-Intervención	0.02175711	0.08430881	Total	0.10606592
Post-Intervención	0.03127585	0.12119391	Xi cuadrado	0.15246976
	0.05303296	0.20550272	0.25853568	

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v1 (05) = 3,8415

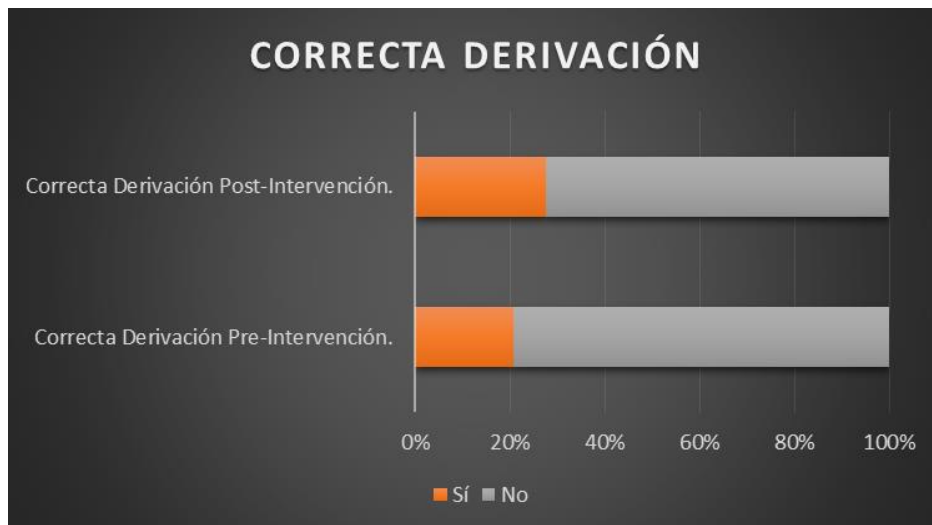
Frecuencia Esperada	Asociación Diagnóstica		
	Sí	No	Total
Pre-Intervención	91.4102564	23.5897436	115
Post-Intervención	63.5897436	16.4102564	80
Total	155	40	195

Frecuencia absoluta con que existió una Correcta Derivación Pre-Intervención: En 24 ocasiones (20.86%) se determinó que Sí existió una Correcta Derivación respecto a los pacientes referidos de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; de acuerdo al registro de valoraciones de las cuatro semanas previas a la intervención.

Frecuencia absoluta con que existió una Correcta Derivación Post-Intervención: En 22 ocasiones (27.5%) se determinó que Sí existió una Correcta Derivación respecto a los pacientes referidos de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 al Servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad “Morelos”; de acuerdo al registro de valoraciones de las cuatro semanas posteriores a la intervención. (Tabla 6).

Tabla 6

Correcta Derivación Pre-Intervención.					
115	fi	hi	Fi	Hi	%
Sí	24	0.20869565	24	0.20869565	20.8695652
No	91	0.79130435	115	1	79.1304348
Correcta Derivación Post-Intervención.					
80	fi	hi	Fi	Hi	%
Sí	22	0.275	22	0.275	27.5
No	58	0.725	80	1	72.5



Análisis: Para medir la significación de la asociación entre estas variables utilizamos la Prueba de McNemar χ^2 0.95 (1) = 3.84. Por lo tanto, como el valor del estadístico es inferior al valor crítico, concluimos que debemos aceptar la hipótesis de independencia y por lo tanto negar que existe relación entre la Intervención Educativa y la Frecuencia con que existió Correcta Derivación. (Tabla 7).

Tabla 7

Frecuencia Observada	Correcta Derivación		
	Sí	No	Total
Pre-Intervención	24	91	115
Post-Intervención	22	58	80
Total	46	149	195
	0.23589744	0.76410256	

Fórmula	Correcta Derivación		
	Sí	No	Total
Pre-Intervención	0.36071931	0.11136301	Total
Post-Intervención	0.518534	0.16008432	Xi cuadrado
	0.87925331	0.27144733	1.15070064

Frecuencia Esperada	Correcta Derivación		
	Sí	No	Total
Pre-Intervención	27.1282051	87.8717949	115
Post-Intervención	18.8717949	61.1282051	80
Total	46	149	195

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado
 $\chi^2 (05) = 3,8415$

DISCUSIÓN

Ha existido un aumento de la necesidad de relación de la Atención Primaria con la Psiquiatría; sin embargo, esta relación no se ha acompañado de la formación necesaria, es decir, de la formación suficiente de los profesionales de la Salud Mental para transmitir de una forma eficaz los conocimientos que tenemos y de los profesionales en Atención Primaria para diagnosticar y manejar de una forma adecuada y eficaz los Trastornos Mentales de la población.

El perfil del médico de Atención Primaria en materia de Salud Mental ha sido un tema que se ha abandonado gradualmente desde principios de la década de 1990.⁶⁷ Sin embargo, el perfil descrito hace más de 20 años ha variado muy poco.^{68, 69} Esto último se debe a que los esfuerzos se han concentrado en la identificación de necesidades; sin embargo, poco se ha hecho respecto a las mismas, lo que ha resultado en un uso inadecuado de los servicios de Salud Mental que se ha enraizado de forma tal que prácticamente se desconoce el Protocolo de Atención ante el Paciente con Sospecha de Trastorno Mental y del Comportamiento.

Como ya se mencionó, el perfil del médico ha cambiado muy poco y consecuentemente también lo ha hecho su práctica clínica en materia de Salud Mental, lo cual se pudo verificar en nuestros resultados Pre-Intervención, en los cuales se observa que de los 115 pacientes valorados, únicamente 24 (20.86%) cumplieron con los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica, principalmente: conductas de alta peligrosidad desencadenadas por alteraciones mentales; ideas persistentes e intensas de autolesionarse; ideas persistentes e intensas de suicidio. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios, en los cuales los síntomas psicóticos, la ideación suicida y el descontrol de impulsos se encuentran entre los motivos de hospitalización psiquiátrica más frecuentes.^{70,71}

La tendencia a derivar de forma incorrecta 91 (79.13%) casos a Tercer Nivel de Atención, se contrapone al hecho de que en 90 (78.26%) sí existió Asociación Diagnóstica, además de que del total de derivaciones incorrectas 66 (72.52%) fueron enviados a su correspondiente Hospital General de Zona para continuar terapéutica por el Servicio de Psiquiatría y 19 (20.87%) fueron enviados a Clínicas Psiquiátricas (Hospital de Día, Psicogeriatría y Hospital de Día). Al contrario, también se comprobó la existencia de 6 (6.59%) casos en los que el paciente fue contrarreferido al Primer Nivel de Atención. Más preocupante aún, fue encontrar 43 (37.39%) en los que existieron condiciones que contraindicaron la hospitalización en unidades de Psiquiatría, principalmente: enfermedades que requieren personal médico especializado no psiquiátrico para su atención; intoxicación aguda por consumo de drogas o de otras sustancias psicótropas; tener sesenta y cinco años de edad o mayores con discapacidad para las actividades de autocuidado y tener dieciséis años de edad o menos. Al respecto, 20 (76.92%) Médicos de Atención Primaria participantes manifestaron que además de desconocer totalmente las indicaciones y contraindicaciones para la Hospitalización Psiquiátrica existían factores fuera de su control, principalmente la sobrecarga de trabajo, por la cual la evaluación del paciente era, en ocasiones, deficiente resultando en incorrectas derivaciones; aunque también manifestaron situaciones personales y particulares en los que el temor a verse involucrados en un caso médico-legal, principalmente, resultaron en derivaciones directas al Hospital Psiquiátrico Unidad "Morelos" a conveniencia de su adyacencia. De

forma similar, en otros estudios se han señalado que las razones de mayor peso esgrimidas por los médicos de Atención Primaria para derivar al servicio especializado de salud mental son: la gravedad clínica, los conocimientos insuficientes y la presión asistencial.⁷²

Ante este panorama, en el que se verifica la necesidad de intervenir educativamente, nos encontramos ante varias situaciones de extrema importancia: existen muy pocos estudios respecto a Intervenciones Educativas en Salud Mental y los pocos que existen se dirigen a un tema específico, principalmente Trastornos Depresivos;⁷³ así como también que no se ha realizado ningún estudio de esta índole en México. Situaciones que repercuten en la comparación de nuestros resultados, obtenidos tras la Intervención Educativa. Con estas limitaciones rescatamos que entre los desenlaces obtenidos, en los escasos estudios que existen, se han encontrado cambios tanto en el conocimiento acerca de estos trastornos mentales como en el desempeño clínico; sin embargo, algunas de las estrategias utilizadas para la evaluación no fueron efectivas.⁷⁴ En este sentido, consideramos cuantificar las habilidades específicas, además de los conocimientos, mediante la evaluación de las referencias (siendo el reflejo del propósito de la intervención) estrictamente en apego a los criterios de la IMSS-DPM/2000-001-008 para Hospitalización Psiquiátrica.

Como ya se mencionó, el perfil del médico ha cambiado muy poco y consecuentemente también lo ha hecho su práctica clínica en materia de Salud Mental, lo cual se pudo verificar en nuestros resultados Pre-Intervención, en los cuales se observa que de los 115 pacientes valorados, únicamente 24 (20.86%) cumplieron con los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica, principalmente: conductas de alta peligrosidad desencadenadas por alteraciones mentales; ideas persistentes e intensas de autolesionarse; ideas persistentes e intensas de suicidio. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios, en los cuales los síntomas psicóticos, la ideación suicida y el descontrol de impulsos se encuentran entre los motivos de hospitalización psiquiátrica más frecuentes.^{75,76}

Tras la intervención educativa -misma que se llevó a cabo sin dificultades ni inconvenientes; apegados, en todo momento, al cronograma- y en comparación con los

resultados Pre-intervención ya comentados, la frecuencia de las referencias incorrectas 58 (72.5%) casos a Tercer Nivel de Atención, fue discretamente menor; sin embargo no fue significativa ($X^2=1.15$, $p<0.05$) y aunque también se observó una discreta mejoría en cuanto a Asociación Diagnóstica, tampoco fue significativa ($X^2=0.25$, $p<0.05$). Sin embargo, comprobamos una disminución del 47.70% de casos en los que el paciente fue contrarreferido al Primer Nivel de Atención y una disminución del 65.23% en los casos en que existieron condiciones que contraindicaron la hospitalización en unidades de Psiquiatría. En cuanto a la Promedio de Referencias, es de especial interés considerar que pese a que no es concluyente la significancia estadística ($p=0.06$), el número de derivaciones en años anteriores entre los meses de Noviembre-Diciembre procedentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 se ha reportado con variaciones no mayores a 7 pacientes; además, tras la intervención también se observó un incremento de 74% en cuanto al número de referencias en las que se consideró que el caso fue correctamente derivado además de existir asociación diagnóstica.

Por estos resultados, se hace necesario plantear una nueva valoración de la influencia de la intervención educativa en un período mayor de un mes, ya que la experiencia en otros países muestra que los efectos de la intervención disminuyen con el tiempo y que por dicha razón un programa educativo de este tipo debe ser pensado como parte de un programa continuo en un tiempo específico.^{77,78}

CONCLUSIONES

Sí existieron diferencias en el Promedio de Referencias antes y después de la Intervención Educativa en Salud Mental; sin embargo, no es concluyente su significancia estadística. Por otro lado, en cuanto a Frecuencia de Asociación Diagnóstica y Frecuencia de Correcta Derivación, no existió significancia estadística.

Por lo tanto, es necesario rediseñar el taller, especialmente con respecto a la introducción de un módulo de diagnóstico situacional comparativo entre los diferentes niveles asistenciales a nivel institucional; de igual forma, es necesario realizar

modificaciones en cuanto a la duración del taller, principalmente en cuanto al tiempo de preguntas y contribuciones de los participantes. Se plantea que tras estas modificaciones, se integre este taller en el programa de rotaciones del Médico Residente de la Especialidad en Psiquiatría (cuarto grado) cubriendo, por zonificación, las Unidades en correspondencia al Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos con evaluación de resultados a un mes y a un año, tras el mismo.

REFERENCIAS

- ¹ Hamer M, Starr JM, Kivimaki. Association between psychological distress and mortality: an individual participant pooled analysis of the Health Survey for England prospective cohort studies. *BMJ*. 2013; 345: e4933.
- ² University of Oxford. "Many mental illnesses reduce life expectancy more than heavy smoking". *ScienceDaily*. 23 May 2014.
- ³ Patel V et al. Outcome of common mental disorders in Harare, Zimbabwe. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172:53–57.
- ⁴ Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000; 35:235–241.
- ⁵ Danaci AE et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37:125–129.
- ⁶ Pedreira Massa JL, Sardinero Garcia E. Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica [Prevalence of mental disorders in childhood in pediatric primary care]. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 1996; 24:173–190.
- ⁷ Ormel J et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Journal of the American Medical Association*. 1994; 272:1741–1748.
- ⁸ Olafsdottir M, Marcusson J, Skoog I. Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001; 104:12–18.
- ⁹ Norton J et al. Psychiatric morbidity, disability and service use amongst primary care attenders in France. *European Psychiatry*. 2004; 19:164–167.
- ¹⁰ Mari JJ. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria [Psychiatric morbidity in primary care centers]. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Pan American Sanitary Bureau*. 1988; 104:171–181.
- ¹¹ Iacoponi E, Laranjeira RR, Jorge MR. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *British Journal of Addiction*. 1989; 84:653–658.
- ¹² Dhadphale M, Cooper G, Cartwright-Taylor L. Prevalence and presentation of depressive illness in a primary health care setting in Kenya. *American Journal of Psychiatry*. 1989; 146:659–661
- ¹³ Eapen V et al. Child psychiatric disorders in a primary care Arab population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2004; 34:51–60.
- ¹⁴ Todd C et al. The onset of common mental disorders in primary care attenders in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine*. 1999; 29:97–104.
- ¹⁵ Simon GE et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161:1626–1634.
- ¹⁶ Simon G et al. Somatic symptoms of distress: An international primary care study. *Psychosomatic Medicine*. 1996; 58:481–488.
- ¹⁷ Olfson M et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9:876–883.
- ¹⁸ Ansseau M et al. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry*. 2005; 20:229–235.
- ¹⁹ Rucci P et al. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 76:171–181.
- ²⁰ Berardi D et al. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1999; 29:133–148.
- ²¹ Duran B et al. Prevalence and correlates of mental disorders among Native American women in primary care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:71–77.
- ²² Kroenke K et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007; 146:317–326.
- ²³ Fleming MF et al. At-risk drinking in an HMO primary care sample: prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:90–93.
- ²⁴ Agabio R et al. Alcohol use disorders in primary care patients in Cagliari, Italy. *Alcohol and Alcoholism*. 2006; 41:341–344.

-
- ²⁵ Aalto M et al. Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*. 1999; 94:1371-1379.
- ²⁶ Gureje O et al. Psychiatric disorders in a pediatric primary care clinic. *British Journal of Psychiatry*. 1994; 165:527-530.
- ²⁷ Saraceno B et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. *The Lancet*. 2007; 370:1164-1174.
- ²⁸ Lamb HR; Bachrach LL: Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001; 52:1039-1045.
- ²⁹ Sealy P et al. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49:249-257
- ³⁰ Clancy CM, Cronin K. Evidence-based Decision Making: Global Evidence, Local Decisions. *Health Affairs*. 2005; 24: 151-162
- ³¹ Briones E, Marin I, Villar E. Cambiando la Práctica Profesional teoría y práctica de la implementación de las Guías de Práctica Clínica. (traducción al español del informe: Thorsen T, Makela M publicado por el DSI, Changing Professional Practice-methodology for guidelines implementation). Sevilla, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). 2002.
- ³² García Caballero M. ¿Qué son las GPC? Diferencias con protocolos, algoritmos y vías clínicas. En: García Caballero M ed. Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Málaga. 2003; 35-46.
- ³³ Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010; 182:e839-842
- ³⁴ Navarro Puerto MA, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutierrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Rio C et al. Las guías que nos guían ¿son fiables? *Rev Clin Esp*. 2005; 205(11):533-540.
- ³⁵ Sharma VK, Lepping P, Cummins AG, Copeland JR, Parhee R, Mottram P. The global mental health assessment tool – primary care version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. *World Psychiatry*. 2004; 3(2):115-19.
- ³⁶ SCOPEO (2013). —SCOPEO INFORME N°2: MOOC: Estado de la situación actual, posibilidades, retos y futuro. Junio 2013. Scopeo Informe No. 2 En línea en: <http://scopeo.usal.es/wpcontent/uploads>
- ³⁷ Tillez, B, Ortega M. La psiquiatría en el primer nivel de atención. (Spanish). *Revista De La Facultad de Medicina de la UNAM*. 1999; 42(3): 114-115.
- ³⁸ Heinze G, Chapa G, Santisteban J, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. (Spanish). *Salud Mental*. 2012; 35(4): 279-285.
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud. Por la salud mental en el Mundo. Sí a la atención, no a la exclusión. [Internet, acceso 2012-10-23].
- ⁴⁰ Funk M et al. A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study. *Journal of Studies on Alcohol*. 2005; 66:379-388.
- ⁴¹ Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011; 377(9783):2093-2102.
- ⁴² Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. How people respond to illness in México: self-care or medical care? *Health Policy*. 2001; 57(1):15-26.
- ⁴³ Megna J. A study of polypharmacy with second generation antipsychotics in patients with severe and persistent mental illness. *J. Psychiat. Pract*. 2007; 13: 2-10
- ⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Iniciativa regional de datos básicos en salud; Glosario de indicadores. Washington, DC: OPS; 2004.
- ⁴⁵ Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, Greenfield S, Guyatt G, High K, Leipzig R, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 2014; 29(4):670-9
- ⁴⁶ Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington, DC: OPS; OMS; 1994.
- ⁴⁷ Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2009.

-
- ⁴⁸ Calzado Solaz, C: y otros "urgencias psiquiátricas características clínicas y demográficas en un centro psiquiátrico provincial". *Anales de psiquiatría* 1994,10 (2):64-68.
- ⁴⁹ Garcia Testal, A: y otros "Estudio de las derivaciones de ap a salud mental ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?". *Atención primaria*, 1998 (22):233-238.
- ⁵⁰ Calzado Solaz, C: y otros "urgencias psiquiátricas características clínicas y demográficas en un centro psiquiátrico provincial". *Anales de psiquiatría*. 1994.10 (2): 64-68.
- ⁵¹ Hays RB, Jolly BC, Caldom LJ, Crorie P. Is insight important? Measuring capacity to change performance. *Medical Education*. 2002; 36:965-971.
- ⁵² Vázquez Barquero JL, García J. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:529-535.
- ⁵³ Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana. Edit. Científico-Técnica; 2001:47-166.
- ⁵⁴ Valera Bestard B, Soria Dorado MA, Piédrola Maroto G, Hidalgo Tenorio MC. Manifestaciones psiquiátricas secundarias a las principales enfermedades endocrinológicas. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20: 206-212.
- ⁵⁵ Morales JB, Delgado M, García E, Martínez M, Ramos J. Relación entre atención primaria y salud mental: un estudio bidireccional. *Psiquiatría Pública*.1998; 10: 104-111.
- ⁵⁶ Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry*. 1991; 36:239-245.
- ⁵⁷ Brown S, Kim M, Mitchell C and Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2010; 196:116-121.
- ⁵⁸ Osborn, DPJ. Physical activity, dietary habits and coronary heart disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. *Psychiatric Epidemiology*. 2007; 787-93.
- ⁵⁹ Vázquez Barquero JL, García J. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997;170:529-35.
- ⁶⁰ Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadinanos A, Diez Manrique, Vázquez Barquero J. Referral of patients with mental disorders from primary care to mental health units. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:13-21.
- ⁶¹ Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico. Asociación Psiquiátrica de América Latina, sección de diagnóstico y clasificación. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, 2004.
- ⁶² Luciano J, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A et al. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria*. 2009; 41:131-140.
- ⁶³ Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México. *Salud Publica Mex*. 1998; 40:3-12.
- ⁶⁴ Barajas ME, Becerril-Montekio V et al. Evaluación y estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del sistema nacional de salud. Resumen ejecutivo, México. México: INSP, 2011.
- ⁶⁵ Camps C, Gisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1995; 15: 217-222.
- ⁶⁶ Ortiz A, Ibáñez I. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85(6):513-525
- ⁶⁷ Ponencia en el II Congreso de Salud Mental de Las Azores. Diferencias en las Actitudes hacia la enfermedad mental entre profesionales de atención primaria de la comarca de Uribe. Punta Delgada, 1994.
- ⁶⁸ Vicente V, Bedia C, Aragón T, Palmer R, Munarriz M. Opiniones de los profesionales de atención primaria sobre los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. *Aten Primaria* 1992;9:197-202.
- ⁶⁹ Muñoz J, Pérez S, Pérez L. Actitudes de médicos y enfermeros hacia la integración de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* 1993;11:134-6.
- ⁷⁰ Way BR, Banks S, Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services, *Psychiatr Serv* 2001;52(2):214-8,
- ⁷¹ Mattioni T, Di-Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani M, Maci C, et al. Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34(8):425-31.

-
- ⁷² Padierna JA, Gastian F, Diaz P, Etxeveste A, Martínez E, Nieto A, et al. La morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: detección y derivación por el médico de familia, 34, Rev Asoc Esp Neuropsiq 1988;8(24):21-9,
- ⁷³ Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. JAMA. 2003;289(23):3145-51.
- ⁷⁴ Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. Lancet. 2000;355 (9199):185-91.
- ⁷⁵ Way BR, Banks S, Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services, Psychiatr Serv 2001;52(2):214-8,
- ⁷⁶ Mattioni T, Di-Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani M, Maci C, et al. Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34(8):425-31.
- ⁷⁷ Kerwick S, Tylee, A. Continuing medical education in primary care psychiatry: comparing de needs and the wants of general practitioners. Inter Review Psych. 1998; 10:106-9.
- ⁷⁸ Rutz W, Knorring L von, Walinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the swedish Committe for the Prevention and Treatment of Depression. Act Psych Scand. 1992;85.

GLOSARIO

Atención Primaria en Salud Mental: Es la formación que tienen los médicos de Atención Primaria en temas relacionados con la Salud Mental, su vinculación con los servicios especializados en Salud Mental y su interacción con profesionales dedicados a las medicinas alternativas. La interacción incluye reuniones, revisión de casos, coordinación de actividades y asuntos de referencia a pacientes, así como la formación de profesionales alternativos en temas relacionados con la Salud Mental.

CIE-10: Es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión correspondiente a la versión en español de la ICD por sus siglas, en inglés, de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y enfermedad.

Criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica: La atención de los pacientes con Trastornos Mentales deberá agotar todas las posibilidades de tratamiento ambulatorio, eficaz y seguro; cuando estos recursos no sean suficientes para la solución del problema, se optará por el tratamiento hospitalario, considerando que se trata de un recurso terapéutico extremo. Las indicaciones de manejo hospitalario comprenden: ideas persistentes e intensas de autolesionarse; ideas persistentes e intensas de suicidio; ideas persistentes e intensas de agresión o ataque a terceros; intento reciente de autolesiones; intento reciente de suicidio; intento reciente de agresión o ataque a terceros; conductas de alta peligrosidad desencadenadas por alteraciones mentales; conductas antisociales; descuido severo en los hábitos de higiene y cuidado personal; conducta impulsiva moderada a severa que cause malestar o interfiera en forma marcada con la actividad del individuo; conducta explosiva moderada a severa que cause malestar o interfiera en forma marcada con la actividad del individuo; trastornos delirantes; trastornos alucinatorios; trastorno bipolar en fase maniaca; trastornos graves de ansiedad; trastornos graves del estado de ánimo con

ideación suicida; Trastornos Mentales Severos en donde exista imposibilidad de proporcionar el tratamiento de manera ambulatoria; Trastornos Mentales Severos en donde haya falta de respuesta a tratamientos previos; Trastornos Mentales que ameriten el manejo en un ambiente controlado; orden judicial o de autoridad competente (IMSS-DPM/2000-001-010 apéndice A) (ANEXO B).

Condiciones que contraindican la hospitalización en unidades de psiquiatría: Los médicos responsables de los servicios de hospitalización de las unidades médicas del IMSS deberán asegurarse de que los pacientes con condiciones que contraindiquen el internamiento que requieran hospitalización a causa de un Trastorno Mental, no sean ingresados en unidades de hospitalización psiquiátrica bajo ninguna circunstancia: dieciséis años de edad o menores; sesenta y cinco años de edad y mayores con discapacidad para las actividades de autocuidado; rechazo del internamiento por parte del paciente, siempre y cuando sus condiciones mentales le permitan la toma de decisiones racionales; rechazo por parte del familiar o representante legal, si las condiciones del paciente no le permiten la toma de decisiones racionales; portación de armas u objetos punzocortantes; intoxicación aguda por consumo de drogas o de otras sustancias psicótropas; complicaciones no psiquiátricas por consumo de drogas o de otras sustancias psicótropas; envenenamiento; enfermedades que ponen en peligro inminente las funciones vitales; enfermedades que requieren terapia médica intermedia; enfermedades que requieren terapia médica intensiva; etapa posquirúrgica inmediata; enfermedades que requieren personal médico especializado no psiquiátrico para su atención; enfermedades que requieren equipamiento especializado para su atención (IMSS-DPM/2000-001-010 apéndice B).

Hospital de psiquiatría: Unidad Médica Hospitalaria Especializada en la Atención de Trastornos Mentales. La Atención Hospitalaria Psiquiátrica se deberá llevar a cabo en las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS que cuenten con los recursos humanos y físicos para dar atención médico-psiquiátrica profesional y especializada en el manejo de los Trastornos Mentales, o bien en instituciones públicas y privadas

independientes, de la institución, que cuenten con estos recursos, por medio de la contratación de servicios subrogados. (IMSS-DPM/2000-001-010)

Ingreso voluntario: Requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de Admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal. (NOM-025-SSA2-1994)

Ingreso involuntario: Se presenta en el caso de usuarios con Trastornos Mentales Severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un Médico Psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de Admisión de la Unidad Hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario. Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución. (NOM-025-SSA2-1994)

Ingreso obligatorio: Se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico. (NOM-025-SSA2-1994)

Intervención educativa: Son las acciones intencionales que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente.

Primer Nivel de Atención: Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente. (DOF-RPM-IMSS-Art.4)

Referencia-Contrarreferencia: Procedimiento médico-administrativo que vincula los servicios institucionales para garantizar la continuidad y la atención médica integral, relacionando los Tres Niveles de Atención de conformidad con la regionalización de los servicios. (IMSS-DPM/2000-001-008)

Segundo Nivel de Atención: Lo constituyen los Hospitales Generales de Subzona, Zona o Regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos Niveles de Atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento. (DOF-RPM-IMSS-Art.4)

Tercer Nivel de Atención: Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los Hospitales del Segundo Nivel de Atención remiten o, por excepción, a los que envíen las Unidades de Primer Nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento. (DOF-RPM-IMSS-Art.4)

Trastorno Mental Severo (TMS): Trastorno de aparición aguda o evolución crónica, caracterizado por síntomas graves, y deterioro funcional que produce riesgo para el paciente y su entorno, con respuesta difícil o lenta a los tratamientos habituales, lo que dificulta la rehabilitación y la reinserción social y familiar (IMSS-DPM/2000-001-010).

Urgencia psiquiátrica: Situación en la que los trastornos del pensamiento, estado de ánimo o conducta son de tal manera disruptivos que ponen en riesgo vital al paciente, a su familia y a su entorno social, y requieren de atención médica inmediata, de lo cual dependerá su evolución y pronóstico (IMSS-DPM/2000-001-010).

ANEXOS

ANEXO A

- I. GPC: Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud (SS-023-08, ER; SS-023-08, RR)
- II. GPC: Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención (Actualización Julio, 2013) (SS-097-08, ER; SS-097-08, RR)
- III. GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno en el primer nivel de atención (Fecha de Actualización Marzo, 2013) (SS-108-08, ER; SS-108-08, RR)
- IV. GPC: Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención (Fecha de Actualización Marzo, 2013) (SS-113-08, ER; SS-113-08, RR)
- V. GPC: Diagnóstico y tratamiento de la enuresis no orgánica en la edad pediátrica en el primer nivel de atención (SS-122-08, ER; SS-122-08, RR)
- VI. GPC: Prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención (Fecha de Actualización Agosto, 2011) (ISSSTE-131-08, ER; ISSSTE-131-08, RR)
- VII. GPC: Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención (Fecha de Actualización Octubre 2012) (IMSS-144-08, ER; IMSS-144-08, RR);
- VIII. GPC: Prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (SS-158-09, ER; SS-158-09, RR)
- IX. GPC: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años de edad. (Fecha de Actualización Agosto, 2011) (IMSS-161-09, ER; IMSS-161-09, RR)
- X. GPC: Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar (Fecha de Actualización Agosto, 2011) (IMSS-170-09, ER; IMSS-170-09, RR)
- XI. GPC: Diagnóstico y tratamiento de depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención (Fecha de actualización Junio, 2012) (IMSS-194-08, ER; IMSS-194-08, RR)
- XII. GPC: Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en adultos en el 1º y 2º nivel de atención (SS-222-09, ER; SS-222-09, RR)
- XIII. GPC: Diagnóstico y manejo de los trastornos del sueño (IMSS-385-10, ER; IMSS-385-10, RR)
- XIV. GPC: Diagnóstico y manejo del trastorno de ansiedad en el adulto (Fecha de Actualización Agosto, 2011) (IMSS-392-10, ER; IMSS-392-10, RR)
- XV. GPC: Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en adulto mayor (IMSS-499-11, ER; IMSS-499-11, RR)
- XVI. GPC: Diagnóstico y manejo del estrés postraumático (IMSS-515-11, ER; IMSS-515-11, RR)
- XVII. GPC: Tratamiento de los trastornos del espectro autista (IMSS-528-12, ER; IMSS-528-12, RR)
- XVIII. GPC: Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica (SS-599-13, ER; SS-599-13, RR)
- XIX. GPC: Prevención y detección del consumo de sustancias inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención (SS-639-13, ER; SS-639-13, RR)

ANEXO B

2000 - 001 - 010



NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES TÉCNICO-MÉDICAS PARA LA ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

Autorización



Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD
VALIDADO Y REGISTRADO
CMA 30 DIC 2011 FOLIO 016

ANEXO C

Año	Total de pacientes atendidos en el servicio de Admisión Continua	Pacientes de primera vez atendidos en el servicio de Admisión Continua	Ingresos
2010	2963	489	905
2011	3791	578	1075
2012	4100	686	1150
2013	4211	746	1248
(1/12) 2014	325	45	80

ANEXO D

Conocimientos y Actitudes del Personal Sanitario de Atención Primaria hacia el Enfermo Mental, la Psiquiatría y el Equipo de Salud Mental			
Edad (años):			
Profesión (especificar si cuenta con especialidad):			
Años de experiencia: A. (<5) B. (>15)			
Marque con una X si usted está:	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo
01. El Hospital de Psiquiatría atiende con suficiente rapidez las derivaciones Psiquiátricas de sus pacientes.			
02. La formación Psiquiátrica de los profesionales de Atención Primaria es por lo general satisfactoria.			
03. Aunque muchos pacientes psiquiátricos parece que están bien, sería peligroso olvidarse por un momento de que están mentalmente enfermos.			
04. Entre los pacientes que usted atiende intervienen de forma evidenciable factores psicológicos en sus enfermedades.			
05. La atención que presta el Hospital de Psiquiatría a los pacientes que atiendo es satisfactoria.			
06. Es poco lo que puede hacerse por los pacientes psicóticos, excepto cubrir sus necesidades básicas.			
07. Convendría que en toda comunidad se conociese bien qué individuos están «locos», para estar prevenidos hacia ellos.			
08. Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables.			
09. Los factores psicológicos son de gran importancia.			
10. Es necesaria la existencia del Hospital de Psiquiatría en esta parte de la Ciudad			
11. Aceptaría un trabajo cuidando a enfermos mentales.			
12. Los psicofármacos son más difíciles de utilizar que otros fármacos utilizados en Atención Primaria.			
13. El Hospital de Psiquiatría resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivo.			

14. Los antidepresivos me resultan fácilmente manejables (prescribirlos, comprenderlos, realizar seguimiento).			
15. Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en Atención Primaria.			
16. La indicación de psicoterapia debe hacerse desde la Atención Primaria.			
17. La interrelación que mantengo con el Hospital de Psiquiatría es satisfactoria.			
18. Los enfermos mentales tratados por el Hospital de Psiquiatría dejan de ser pacientes nuestros.			
19. Ante la enfermedad mental poco podemos hacer aparte de derivar a los pacientes al Hospital de Psiquiatría.			
20. En términos relativos, se deriva a menos pacientes al Hospital de Psiquiatría que a otras especialidades.			
21. Considero que el Hospital de Psiquiatría no debe dar de alta a un paciente hasta que no esté totalmente curado.			
22. La interrelación que mantenemos con el Hospital de Psiquiatría es suficiente.			
Tengo dificultad para tratar:			
23. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.			
24. Trastornos del estado del ánimo.			
25. Trastornos de la ansiedad.			
26. Trastornos de la conducta alimentaria.			
27. Trastornos del sueño.			
28. Trastornos adaptativos.			
29. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.			
30. Trastornos por uso de sustancias.			
Asistiría a cursos en relación con:			
31. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.			
32. Trastornos del estado de ánimo.			
33. Trastornos de la ansiedad.			
34. Trastornos de la conducta alimentaria.			

35. Trastornos del sueño.			
36. Trastornos adaptativos. Reacciones vivenciales.			
37. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.			
38. Trastornos por uso de sustancias.			
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son adecuados:			
39. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.			
40. trastornos del estado de ánimo.			
41. Trastornos de ansiedad.			
42. Trastornos de la conducta alimentaria.			
43. Trastornos del sueño.			
44. Trastornos adaptativos. Reacciones vivenciales.			
45. Trastornos somatomorfos. Trastornos de conversión. Trastornos por dolor. Hipocondría.			
46. Trastornos por el uso de sustancias.			

FACTORES E ÍTEMS QUE LOS COMPONEN
FACTOR 1: «ASISTENCIA A CURSOS»
Asistiría a cursos en relación con:
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Trastornos adaptativos, reacciones vivenciales
Trastornos somatomorfos, trastornos de conversión.
Trastornos por dolor, hipocondría
Trastornos por uso de sustancias
FACTOR 2: «CONOCIMIENTOS»
Los neurolépticos me resultan fácilmente manejables
Considero que mi formación psiquiátrica es suficiente para mi trabajo en Atención Primaria
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son adecuados
Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de la ansiedad
Trastornos del sueño
Trastornos adaptativos, reacciones vivenciales
Trastornos somatomorfos, Trastornos de conversión
Trastornos por dolor, hipocondría
FACTOR 3: «TRATAMIENTO MAYOR»
Tengo dificultad para tratar las siguientes enfermedades:
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastorno por uso de sustancias
Considero que mis conocimientos sobre los tratamientos y abordajes de las siguientes enfermedades son suficientes:
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos por el uso de sustancias
FACTOR 4: «TRATAMIENTO MENOR»
Tengo dificultad para tratar las siguientes enfermedades:
Trastornos del estado del ánimo
Trastornos de la ansiedad
Trastornos del sueño
Trastornos adaptativos
Trastornos somatomorfos, trastornos de conversión, trastornos por dolor, hipocondría
FACTOR 5: «ATENCIÓN POR EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA»
El Hospital de Psiquiatría atiende con suficiente rapidez las derivaciones psiquiátricas de sus pacientes
La atención que presta el Hospital de Psiquiatría a los pacientes que atiendo es satisfactoria
El Hospital de Psiquiatría resuelve los problemas psiquiátricos de los pacientes que derivo
La interrelación que mantengo con el Hospital de Psiquiatría es satisfactoria

ANEXO E

	HORA	TEMA	OBJETIVOS DEL TALLER	FACILITADOR
DÍA 1	08:00-08:15 am	Bienvenida y presentación de participantes	<p>El médico en Atención Primaria será capaz de reconocer los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica y los protocolos de atención tras su identificación.</p> <p>El médico en Atención Primaria será capaz de aplicar los conocimientos adquiridos en su práctica médica.</p>	Sotelo Espinoza José Carlos Alberto R4-PSQ
	08:16-08:30 am	<p>Encuadre y objetivos del curso</p> <p>Evaluación.</p>		
	08:31-10:00 am	<p>Generalidades sobre los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica:</p> <p>a) Conceptos básicos. b) Reconocimiento de los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica c) Protocolos de Atención.</p> <p>Preguntas de los participantes</p>		
	HORA	TEMA	OBJETIVOS DEL TALLER	FACILITADOR
DÍA 2	08:00-10:00 am	<p>Los criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica:</p> <p>a) Signos y síntomas b) Relevancia de los mismos sobre la adecuada referencia entre Niveles Asistenciales</p> <p>Preguntas de los participantes.</p> <p>Evaluación.</p>	<p>El médico en Atención Primaria, será capaz de realizar un diagnóstico probabilístico y derivar, según los datos clínicos, al nivel asistencial que el paciente requiera.</p> <p>El médico en Atención Primaria será capaz de aplicar los conocimientos adquiridos en su práctica médica.</p>	Sotelo Espinoza José Carlos Alberto R4-PSQ

ANEXO F

	Fecha de la valoración	Número de Seguridad Social	Diagnóstico de Envío	Grupo CIE-10	Diagnóstico principal en Admisión Continua (Ejel y Ejell)	Asociación Diagnóstica (S/N)	Requirió tratamiento psiquiátrico intrahospitalario (S/N)	Correcta Derivación (S/N)
Envíos directos de UMF 23								
	Total de pacientes pre-intervención (4 semanas)							

	Fecha de la valoración	Número de Seguridad Social	Diagnóstico de Envío	Grupo CIE-10	Diagnóstico principal en Admisión Continua (Ejel y Ejell)	Asociación Diagnóstica (S/N)	Requirió tratamiento psiquiátrico intrahospitalario (S/N)	Correcta Derivación (S/N)
Envíos directos de UMF 23								
	Total de pacientes post-intervención (4 semanas)							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación forma parte de los estudios en que se permite el no diligenciamiento del formato de consentimiento informado, ya que:

- No existe un riesgo directo para el bienestar biopsicosocial del probando.
- Los riesgos indirectos no son mayores que los relacionados con los exámenes psicológicos de rutina.

La información proporcionada es de carácter declarativo sin existir ninguna clase de condicionantes.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Secretaría de Educación Médica

OTORGAN LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

José Carlos Alberto Sotelo Espinoza

Por su participación en el Taller
“**El Médico Residente como Educador**”,
realizado en la Facultad de Medicina
el día 9 de agosto del 2013 (7 horas).

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
México, D.F., agosto de 2013.



Dr. Petayo Vilar Puig
JEFE DE LA DIVISION



Dr. Melchor Sánchez Mendiola
SECRETARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Secretaría de Educación Médica

OTORGAN LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

José Carlos Alberto Sotelo Espinoza

Por su participación en el Curso -Taller
“**Medicina Basada en Evidencias**”,
realizado en la Facultad de Medicina
los días 15, 22 y 29 de Noviembre de 2013.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
México, D.F. a 29 de noviembre de 2013.

Dr. Palayo Villar Puig
JEFE DE LA DIVISIÓN

Dr. Melchor Sánchez Mendiola
SECRETARIO

15 horas teórico-prácticas