



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**REPORTE DEL SISTEMA DE REFERENCIA
Y CONTRARREFERENCIA EN EL SERVICIO
PSICOLÓGICO DE LA FACULTAD DE
DERECHO.**

INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ANA FERNANDA SANTAOLALLA ORTIZ

D I R E C T O R

DR. VÍCTOR HUGO PÉREZ HERNANDEZ

R E V I S O R A

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

S I N O D A L E S

DRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO

DRA. FÁTIMA SAGRARIO ESPINOZA SALGADO





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.

ÍNDICE

Resumen	3
Datos Generales del Programa de Servicio Social	4
Contexto de la Institución y del Programa donde se Realizó el Servicio Social	5
Descripción de las Actividades Realizadas en el Servicio Social	9
Determinar Objetivos del Informe de Servicio Social	19
Soporte Teórico Metodológico	210
Resultados Obtenidos	39
Recomendaciones y/o Sugerencias	51
Referencias	57
Apéndices o Anexos	61

Resumen

El objetivo de este informe es destacar los procedimientos y actividades realizadas en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, y de la misma manera, presentar una propuesta de mejora centrada en el procedimiento de referencia y contrarreferencia instaurado. La implementación de esta mejora, que incluye una propuesta de un formato de contrarreferencia y de lista de cotejo, que se presentan como una estrategia para garantizar el seguimiento de las personas atendidas y mejorar la calidad de la atención en el primer nivel que ofrece el servicio.

Así mismo, es importante destacar que el marco teórico incorpora esenciales conceptos como el Modelo Comunitario, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental y el Sistema de Salud Mental, ya que estos fundamentan y respaldan la propuesta del formato de contrarreferencia. En el análisis de los resultados obtenidos, se incluyen gráficos que detallan la extensión de la atención psicológica brindada durante el período de 6 meses en el servicio social. Estos gráficos ilustran un total de 13 casos atendidos por la profesional en servicio social.

Estos datos se desglosan minuciosamente en esta sección. Los resultados no solo corroboran la importancia de la propuesta mencionada, sino que también respaldan la necesidad de implementar dicho formato.

En la fase de conclusión, se presentan las recomendaciones y sugerencias, incentivando la aplicación del formato de contrarreferencia, y se hace mención y evaluación de las fortalezas y áreas de oportunidad que se han identificado en el Servicio Psicológico.

Palabras clave: Referencia, Contrarreferencia, Modelo Comunitario y Servicio Psicológico.

Datos Generales del Programa de Servicio Social

El Programa de Salud Mental en Estudiantes Universitarios va dirigido a que los alumnos desarrollen competencias profesionales para la prevención y atención de la salud mental por medio del diseño e implementación de actividades comunitarias y de consejo e intervención breve en un primer nivel de atención. Las actividades, se basan en un modelo comunitario en salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se llevan a cabo actividades de promoción en salud mental y prevención de problemas psico-sociales, así como de consejo e intervención breve, de referencia y seguimiento, empleando los algoritmos recomendados por la Guía mh-GAP 2.0 (OMS, 2007).

Los estudiantes de Psicología que realizan el Servicio Social en este escenario participan en una serie de actividades teórico-prácticas. Durante estas actividades, se instruye y supervisa la aplicación de técnicas respaldadas por evidencia para llevar a cabo las intervenciones comunitarias y de consejo breve. Esto incluye la identificación, manejo, referencia y seguimiento de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

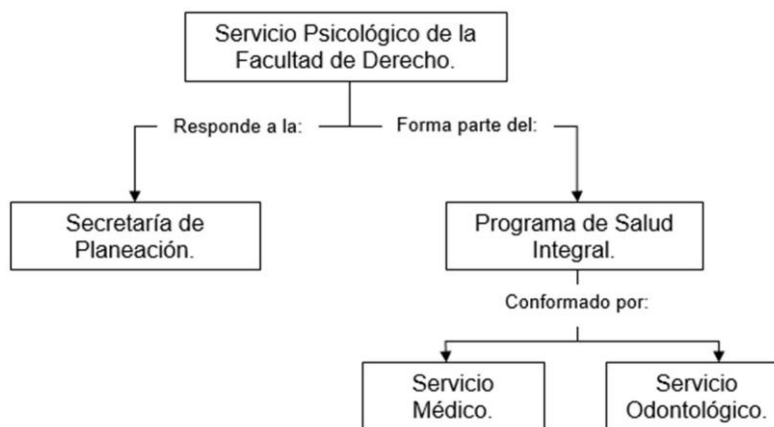
Contexto de la Institución y del Programa donde se Realizó el Servicio Social

Los antecedentes del programa de Salud Integral en la Facultad de Derecho comenzaron con la inauguración del Servicio Médico en las instalaciones de la Facultad de Derecho en el 2013, en el que 4 Médicos Pasantes de Servicio Social brindaban atención a la comunidad. Posteriormente, en el 2017 se incorporó el Servicio Psicológico, con estudiantes de la residencia en adicciones que cubrían un tiempo parcial para dar la atención a la comunidad, posteriormente en el 2018 se integró una coordinadora del Servicio Psicológico y se abrió el Servicio Social en este escenario, el cual brinda atención psicológica de primer nivel a estudiantes, académicos, trabajadores y personas externas de la Facultad de Derecho.

Este proyecto buscaba realizar una alianza multidisciplinaria para el fortalecimiento del Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho, motivo por el cual en el 2018 se constituyó otra alianza interinstitucional con la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO) y con la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS). Con la intención de seguir fortaleciendo al Servicio Integral, en el 2018 se realizó la incorporación del servicio odontológico, y, por último, en el 2020 se incorporó el servicio de enfermería; en la Figura 1., se muestra la organización del programa de Salud Integral de la Facultad de Derecho.

Figura 1

Contexto del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho



Nota. La Facultad de Derecho cuenta con un Servicio Psicológico, el cual responde directamente a Secretaría de Planeación y forma parte del Programa de Salud Integral, que incluye al Servicio Médico y al Servicio Odontológico.

El Servicio Psicológico, como parte del Programa de Salud Integral de la Facultad de Derecho, adaptó un modelo comunitario con el objetivo de fortalecer la atención que se brinda de primer nivel, así como asignar la atención correspondiente a las personas que acuden a solicitar el servicio y promover conductas de autocuidado; este modelo toma como principal guía el Modelo Comunitario que propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que la atención que se proporciona es mediante los servicios generales que existen en la comunidad (OPS, 2013).

Dentro del Modelo Comunitario se adaptaron 3 fases que se llevan a cabo con las personas que solicitan la atención, las cuales se ven representadas en la Figura 2.;

- 1) La primera fase es identificar el motivo de consulta y la problemática inicial.

- 2) La segunda fase es identificar el nivel de riesgo, es decir, las personas que se encuentran sin conductas de riesgo (verde), las personas que se encuentran en un riesgo moderado (amarillo) y las que se encuentran en riesgo alto (rojo).
- 3) La fase tres hace referencia al nivel de atención que requiere la persona atendida de acuerdo con el nivel de riesgo identificado por lo cual, para las personas sin riesgo, se promueven conductas de autocuidado a través de talleres e infografías; para las personas con riesgo moderado, se les invita a la atención grupal y se les enseña habilidades para la vida y por último, para las personas con riesgo alto se les brinda atención individual y se les da referencia al segundo o tercer nivel de atención, según requiera, así como el seguimiento de la atención, en caso de ser necesario (OMS, 2007).

Aunado a esta información es importante mencionar que como guía a este Modelo Comunitario, el Servicio Psicológico utilizó como apoyo la Guía mh-GAP 2.0 que propone la Organización Panamericana de la Salud recuperada en su última versión del 2017; la cual, es una guía modelo en la que los profesionales de la salud que se encuentran en el primer nivel de atención (como es el Servicio Psicológico), puedan adaptar intervenciones basadas en evidencia que permitan cubrir las necesidades primordiales en la salud mental. Siendo la aplicación de esta guía a través de acciones para la prevención, tratamiento y referencia de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (abreviados por las siglas MNS) prioritarios, donde se ha

reflejado que la mayoría de los trastornos mencionados, interfieren de forma sustancial con la capacidad de las infancias para desarrollarse de una manera apropiada en su entorno, y que, cuando se llega a una edad adulta, reflejan dificultades para funcionar adecuadamente en diferentes ámbitos como lo son: la familia, el trabajo y la sociedad en general.

Figura 2

Adaptación de la Pirámide del Modelo Comunitario. (OMS, 2007) al Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho

MODELO COMUNITARIO



Nota. Dentro de la primera fase de atención, tenemos la identificación y evaluación del nivel de riesgo en el cual se encuentra la persona atendida a través del Cuestionario de Detección de Riesgos (CDR). Una vez que tenemos los resultados en porcentaje de este cuestionario, entra la segunda fase, la cual analiza en qué nivel de riesgo se encuentra la persona atendida. Por último, en la tercera fase, se puede tomar la decisión de qué nivel de atención recibirá la persona atendida, en donde tenemos como apoyo la Pirámide del Modelo Comunitario, siendo la punta (color rojo) que ubica a los usuarios con riesgo para ser referidos al segundo nivel de atención o,

en caso de riesgo alto al tercer nivel de atención. En el siguiente nivel (color verde) se ubican los usuarios con algún factor de riesgo, los cuales se les brinda la atención comunitaria no formal que engloba la intervención breve y la intervención grupal. En la base de la pirámide, se ubican los usuarios sin riesgo/bajo, donde se promueve la prevención y promoción de salud mental a través de campañas de difusión en redes sociales y actividades comunitarias.

Por lo que, con base en la estructura y forma de trabajo, es preciso concretar que el objetivo del Programa del Servicio Psicológico se cumple, debido a que los estudiantes del Servicio Social proporcionan los servicios de salud esenciales, accesibles, integrales y de calidad a la población de la Facultad de Derecho; de tal manera que, esta atención se considera la puerta de entrada al sistema de salud y es fundamental mantener y mejorar el bienestar de las personas, para prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables.

Descripción de las Actividades Realizadas en el Servicio Social

Para lograr el objetivo del Programa del Servicio Psicológico, a continuación, se describe el proceso de ingreso a dicho Programa como prestador del servicio social; así como las actividades realizadas a lo largo del Servicio Social dirigidas hacia los estudiantes, docentes y trabajadores de la Facultad de Derecho:

Ingreso del Estudiante de Servicio Social

Se realiza la evaluación de conocimientos a través de un examen general de conocimientos, se elabora un llenado con una lista de cotejo basada en la evaluación de la implementación de consejo breve; una vez aceptado, se le entrega una carta de aceptación al Servicio Social, además de que se entrega a firmar una carta compromiso

en la que se menciona la descripción de actividades a desempeñar durante este periodo además de los derechos y obligaciones de los alumnos.

A lo largo del semestre, se llevan a cabo dos evaluaciones de competencias y habilidades durante el servicio social. La primera se realiza a los tres meses de iniciar el servicio, mientras que la segunda tiene lugar al culminar los seis meses. Este proceso permite una evaluación integral de las competencias y habilidades adquiridas durante este período, proporcionando una visión completa del desarrollo alcanzado.

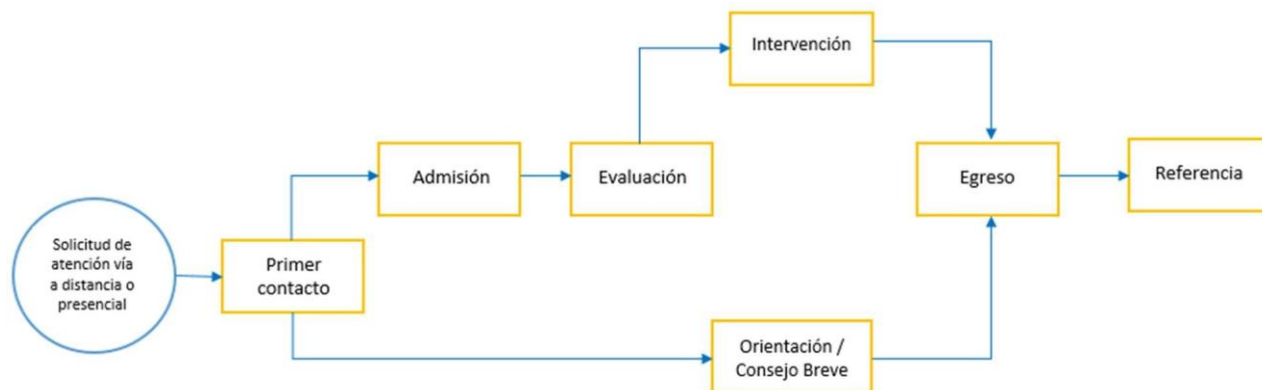
Posteriormente, la primera actividad de los estudiantes aceptados es recibir una serie de capacitaciones para adquirir competencias profesionales y poder brindar los servicios de salud mental de manera eficiente.

Atención a las Personas que Solicitan el Servicio Psicológico

La atención a las personas que solicitan el Servicio Psicológico se describe en la Figura 3., en la que se observa que la persona puede solicitar la atención psicológica de forma presencial o a distancia a través del correo electrónico. Es importante destacar que la atención brindada por los profesionales de servicio social siempre está bajo la supervisión del psicólogo responsable del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho.

Figura 3

Procedimiento de atención a las personas que solicitan el servicio psicológico.



Nota. Adaptación del diagrama tomado de la Coordinación de Centros de Formación de la Facultad de Psicología.

El proceso de atención a las personas que solicitan el servicio psicológico va desde la evaluación, manejo, referencia y seguimiento de casos:

Solicitud de Atención. Las personas que solicitan la atención psicológica tienen dos formas de contactar con el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho; la primera vía es acudir al cubículo que se encuentra en la Facultad de Derecho, Edificio E, cuarto piso. Unidad de seminarios “José Vasconcelos” Cubículo 55 y solicitar la atención psicológica de manera presencial; la segunda vía es mandar un correo electrónico a apoyopsicologico@derecho.unam.mx y solicitar la atención psicológica por este medio.

El método para decidir de qué manera se comenzará a brindar atención a las personas, es mediante la recopilación de resultados que arroja el “Cuestionario de detección de riesgos”, CDR, (derivado de la sección de manifestaciones comunes de la guía de salud mental de la OPS); este cuestionario está constituido por 100 reactivos

distribuidos en los siguientes apartados: 1) depresión; 2) experiencias de psicosis; 3) ansiedad; 4) comportamiento infantil y adolescente; 5) epilepsia; 6) violencia; 7) sexualidad humana; 8) autolesión y suicidio. Las opciones de respuesta de todos los reactivos fluctúan entre el cero (no presenta el síntoma) y el diez (siempre está presente el síntoma). También cuenta con un apartado de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (*Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), el cual permite identificar el uso de diez tipos de sustancias psicoactivas, las cuales se pueden observar en la Tabla 1.:

Tabla 1

Sustancias psicoactivas que detecta el ASSIST.

Sustancias psicoactivas	Ejemplos
Tabaco.	Cigarros.
Bebidas con alcohol.	Cerveza, vinos, licores, etc.
Cannabis.	Marihuana, mota, hierba, hachís, etc.
Cocaína.	Coca, crack, etc.
Estimulantes de tipo anfetaminas.	Speed, anfetaminas, éxtasis, etc.
Inhalables.	Óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.
Sedantes o pastillas para dormir.	Diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.
Alucinógenos.	LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.
Opiáceos.	Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.
Otras drogas.	

Este apartado está constituido por ocho preguntas que determinan el uso de sustancias: 1) a lo largo de la vida; 2) en los últimos tres meses; 3) con un fuerte deseo o ansias de consumir en los últimos tres meses; 4) problemas de salud, sociales, legales o económicos asociados con el uso de los últimos tres meses; 5) dejar de hacer lo que habitualmente se espera de uno, en los últimos tres meses; 6) preocupación de personas cercanas al usuario respecto de su uso de sustancias, a lo largo de la vida o en los últimos tres meses; 7) intentos para poner fin al uso de sustancias; y 8) uso de droga por vía inyectada a lo largo de la vida. Con base en las respuestas otorgadas por los participantes, se transforman los puntajes a porcentajes y se calculan los niveles de riesgo para cada condición de la salud mental: Riesgo nulo con porcentajes de 0 a 9%; mínimo de 10 a 30%; bajo de 31 a 60%; medio de 61 a 90%; y alto de 91 a 100%; el cuestionario nos ayuda a detectar señales o indicios que puedan estar relacionados con problemas de salud mental, dificultades emocionales o trastornos psicológicos; con estos porcentajes arrojados por el CDR, se decide si el usuario será candidato a tomar la atención individual mediante un primer contacto, o si es candidato para una atención comunitaria mediante talleres de prevención o específicos, dependiendo de sus necesidades.

Primer Contacto y Admisión. Se lleva a cabo un primer contacto con la persona atendida, en el que se realiza una entrevista basada en el algoritmo que se describe en la guía mh-GAP (OPS,2002) para identificar la posibilidad de un trastorno mental, neurológico o por consumo de sustancias (MNS); se realiza una historia clínica que

abarca el motivo de consulta, antecedentes de MNS anteriores, los antecedentes familiares de MNS y los antecedentes psicosociales.

Si se sospecha que existe un trastorno MNS prioritario, se realiza una evaluación donde se descartan padecimientos de salud física, examen de estado mental, diagnóstico diferencial, además se descarta riesgo inminente de suicidio y/o violencia, además de intoxicación por consumo de sustancias.

Orientación / Consejo Breve. Los estudiantes de servicio social implementan este tipo de atención bajo la supervisión del Psicólogo responsable del Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, la cual se basa en el modelo de atención cognitivo conductual, se centra en adaptarse a las necesidades y conductas que la persona refiere, busca obtener un cambio de conducta mediante una estrategia sencilla y de bajo costo, en la cual se motiva el cambio a partir de la toma de decisiones del manejo comportamental, se enfoca particularmente en el presente para lograr un cambio orientado hacia el futuro, tiene un periodo de tiempo limitado con una duración de entre 1 a 5 sesiones de 45 a 60 minutos, cuenta con una evaluación global, un asesoramiento breve y finalmente un seguimiento, y funge como una forma preventiva secundaria, debido a que se prepara y orienta al usuario para la derivación a un tratamiento especializado si es necesario (Hewitt & Gantiva, 2009).

Intervención Breve. Se realiza la planificación del tratamiento (Plan de servicios) bajo la supervisión y acompañamiento del Psicólogo encargado del programa, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado, donde se examinan y determinan las metas del tratamiento que respete la voluntad y las preferencias de la persona atendida en

cuanto a la atención; se promueve la autovigilancia de los síntomas y se explica cuándo se debe solicitar atención con urgencia.

Cuando se realiza la planificación del tratamiento, es importante mantenerse alerta para detectar situaciones que puedan requerir la derivación a un especialista o a un hospital, por ejemplo, la ausencia de respuesta al tratamiento, efectos secundarios graves de intervenciones farmacológicas, trastornos físicos o MNS concomitantes, y el riesgo de autolesión o suicidio; cuando hay presencia de alguno de estos indicadores, la decisión de realizar la derivación a un nivel de atención mayor es tomada junto con los supervisores y se realiza la referencia correspondiente (OPS, 2013).

Referencia. Procedimiento por medio del cual se envía a la persona atendida al nivel de atención y/o especialista que requiere de acuerdo con las necesidades identificadas, así como con los factores de riesgo y protección, enfatizando en lo recomendado por la guía mh-GAP (OPS,2002). Se entrega la referencia explicando punto por punto su contenido, (véase anexo 1); indicando cuál es el nombre y la dirección del lugar a destino, se mencionan los costos de recuperación (si aplica) y el proceso de contactar con la referencia.

En la Tabla 2., se mencionan algunas instituciones a las que es posible hacer la referencia.

Tabla 2*Instituciones para realizar referencias*

Lugar de Referencia	Atención Dirigida	Costo
Terapeuta invitado.	Psicológica en General.	\$250
UNEME- CAPA.	Atención Primaria en Adicciones.	Gratuito.
Atención a adicciones.	Atención Primaria en Adicciones.	Gratuito / Estudio Socioeconómico.
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".	Psiquiátrica Infantil.	Estudio Socioeconómico.
Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente.	Psiquiátrica Internamiento.	Estudio Socioeconómico.
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".	Psiquiátrica Internamiento.	Estudio Socioeconómico.
Departamento de Psiquiatría y de Salud Mental.	Psiquiátrica y Psicológica en General.	\$50
Instituto de las Mujeres.	Mujeres.	Gratuito.

Egreso. Cuando las sesiones delimitadas en el Plan de servicios son finalizadas, se hace la valoración de la persona, para definir si ya se puede otorgar el egreso por mejoría o si es necesario referir con algún nivel de atención mayor. En caso de que las personas dejen de asistir a las sesiones sin avisar, se les realizan "rescates", es decir, se les contacta mediante correo electrónico o llamada para saber cuál fue el motivo por el cual la persona no asistió a su sesión programada, evaluar si aún se encuentra interesada en recibir la atención y así poder programar una nueva cita. Pero si no se logra contactar a la persona, después de 3 rescates sin respuesta se les otorga el alta. Otra alternativa de egreso es, cuando se hace entrega de una referencia, la persona

recibe el egreso por referencia cuando indican que ya acudieron a ella y ya empezaron con su tratamiento.

Para realizar los procedimientos anteriormente descritos, se lleva a cabo el registro de cada procedimiento a través de un expediente, con los siguientes pasos:

El primer paso implica el primer contacto con la persona atendida, lo que permite recopilar la información requerida para su elaboración. El expediente se compone de los siguientes elementos:

Ficha de Datos Generales. Número de expediente, Nombre, Número de cuenta o CURP, Fecha de primer contacto, Sexo, Edad, Estado civil, Escolaridad, Pertenece a la comunidad UNAM, Entidad académica de procedencia, Carrera, Semestre, Motivo de consulta basado en la clasificación de la guía mh-Gap 2.0, Otros padecimientos de salud importantes, Fecha de nacimiento, Contacto de madre, padre o tutor, Dirección, Teléfono, Correo electrónico, Años concluidos de estudio, Trabajo actual, Ingreso familiar mensual (estudio socioeconómico), Modalidad del servicio que solicita, Motivo de consulta, Referido de otra institución, Problemas de salud y Medicamentos que consume.

Cuestionario de Detección de Riesgo. Constituido por 100 reactivos distribuidos en los siguientes apartados: 1) depresión; 2) experiencias de psicosis; 3) ansiedad; 4) comportamiento infantil y adolescente; 5) epilepsia; 6) violencia; 7) sexualidad humana; 8) autolesión y suicidio; 9) detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.

Admisión y Primer Contacto. Consentimiento informado firmado, Historial académico, Identificación oficial vigente y Plan de servicios firmados por supervisor y persona atendida.

Actividades de Tarea. Foto o PDF de todas las actividades que se dejen a realizar, como bitácoras, registros conductuales, etcétera.

Resúmenes de Sesión. Número de expediente, Número de cuenta/CURP, Fecha, Nombre, Centro, Programa, Académico/supervisor, Estudiante, Número de sesión, Tipo de sesión, Objetivo, Descripción, Técnicas o Procedimientos abordados, Resultados, Firma del estudiante.

Evaluación. Número de expediente, Número de cuenta/CURP, Fecha, Nombre, Centro, Programa, Académico/supervisor, Estudiante, Instrumento/técnicas de evaluación aplicadas, Otros instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10), Resultados obtenidos, Indicadores de evolución, Identificar línea base, Determinar la forma en la que se le dará el seguimiento a la conducta meta, Referencia si fue necesaria, Impresión diagnóstica, Descripción de signos y síntomas, su relación con el motivo de consulta y con los resultados de los instrumentos aplicados, Nombre y firma de la persona atendida y Nombre y firma del supervisor/académico.

Referencia. Número de expediente, Fecha, Institución a la que se refiere, Nombre y cargo a quién se dirige, Nombre de la persona atendida, Edad, Motivo de referencia, Nombre y firma de jefatura y Nombre y firma de la persona atendida.

Egreso. Número de expediente, Número de cuenta/CURP, Fecha, Nombre, Centro, Programa, Académico/supervisor, Estudiante, Tipo de egreso, Descripción del

egreso, Observaciones/recomendaciones, Habilidades completadas, Nombre y firma de la persona atendida y Nombre y firma del supervisor/académico.

Rescate. Número de expediente, Fecha, Número de rescate, Si se realizó contacto con la persona atendida, Tipo de contacto, Quién recibe el rescate, Motivo por el cual no asistió a la sesión y Nombre de quién realizó el rescate.

Una vez que se ha analizado detalladamente el proceso de ingreso y egreso diseñado para los estudiantes, junto con el seguimiento proporcionado a lo largo de este proceso, es momento de adentrarse en el objetivo y el respaldo teórico-metodológico que se desarrollarán en este trabajo. En este sentido, se pretende establecer una comprensión de los fundamentos que respaldan tanto la teoría como la metodología empleada en este informe.

Determinar Objetivos del Informe de Servicio Social

Después de abordar y explicar los procedimientos llevados a cabo en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, la finalidad de este informe es resaltar las actividades y procesos realizados en dicho servicio. Además, se presenta una propuesta de mejora centrada en el sistema de referencia y contrarreferencia implementado, con el fin de fomentar que las personas accedan al nivel de atención apropiado. Este enfoque busca optimizar la eficiencia y efectividad del servicio, garantizando una atención psicológica más accesible y adaptada a las necesidades individuales.

Por consiguiente, es necesario conceptualizar los términos previamente mencionados para así lograr un mayor entendimiento y proporcionar al final, los resultados y sugerencias de los mismos.

Soporte Teórico Metodológico

La salud mental constituye un componente esencial de la salud global y el bienestar, además de ser un derecho humano elemental. La Salud Mental implica tener una mayor habilidad para establecer conexiones, enfrentar desafíos y desenvolverse en diversos aspectos de la vida (OMS, 2022).

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como:

“un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional”
(OMS, 2022).

La Psicología es una de las principales ramas que constituyen la salud integral y en particular a la salud mental, trabaja con diversas situaciones a nivel neurológico, cognitivo, conductual, emocional y ambiental, siendo componentes principales para evaluar y determinar el tratamiento adecuado; por lo que, dentro de las causas más recurrentes a trabajar en el servicio de salud mental, son los trastornos mentales, los cuales son definidos como la evidencia de una notable alteración clínica en la forma en que un individuo piensa, regula sus emociones o se comporta, generalmente acompañada de malestar o dificultades significativas en áreas importantes de su vida (OMS, 2022).

Como parte de las estadísticas mencionadas por la OMS (2019), alrededor de una de cada ocho personas en todo el mundo presenta algún padecimiento de salud mental, lo que equivale a 970 millones de personas. Existen diversos tipos de trastornos mentales, siendo los más frecuentes la ansiedad y los trastornos depresivos; en el 2019 la OMS reportó que aproximadamente 301 millones de personas padecían trastornos de ansiedad, mientras que 280 millones de personas sufrían de trastorno depresivo. En contraste, con el aumento significativo en el año 2020 debido a la pandemia de COVID-19, donde se estimaron cifras que indican un incremento del 26% en los casos de ansiedad y del 28% en los casos de trastornos depresivos en tan solo un año (OMS, 2022).

Los ejemplos mencionados no agotan la gama de trastornos mentales existentes. De hecho, hay una amplia variedad de trastornos adicionales que también deben considerarse, entre estos, se incluyen condiciones particulares como el trastorno psicótico y la sintomatología relacionada con la epilepsia. De acuerdo con las estadísticas actuales, la psicosis afecta alrededor del 1.2% de la población global, con una prevalencia de 1.4% en mujeres y 1.1% en hombres (BDCAP, 2017).

De esta forma, se observa un incremento exponencial de casos con diferentes trastornos, y también hay particularidades que pueden llegar a estar presentes desde un primer nivel de atención.

Por tanto, las personas que presentan trastornos mentales tienden a experimentar niveles más reducidos de bienestar mental y calidad de vida, aunque esta dinámica no es constante. En cualquier momento, una combinación de diversos factores individuales,

familiares, comunitarios y estructurales puede unirse para influir en la salud mental, alterando su posición en el proceso continuo de bienestar mental (OPS, 2013).

De tal manera, se reconoce que en ningún momento se puede estar completamente en el espectro de la salud o de la enfermedad, poniendo como ejemplo lo siguiente, se ha observado que ciertas personas podrían estar expuestas a circunstancias desfavorables, lo cual las posiciona en una situación de vulnerabilidad y genera un aumento significativo de presentar problemas de salud mental y que, si consideramos y miramos a estos grupos, también se incluyen personas que luchan contra el abuso de sustancias, aquellos expuestos a conflictos, catástrofes naturales u otras emergencias humanitarias (como la crisis sanitaria del COVID-19), entre otros casos, siendo estos riesgos, los que pueden manifestarse en todas las etapas de la vida y desempeñan un papel fundamental en la aparición de problemas o trastornos mentales (Plan de Acción Integral sobre Salud Mental, 2021).

Otro ejemplo ilustrativo de lo previamente mencionado es la identificación de una población altamente vulnerable, según investigaciones llevadas a cabo en la última década, los estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y 28 años pueden presentar diversas situaciones que dificulten su desarrollo y adaptación al cambio, dentro de las cuales se pueden generar por las demandas o exigencias que tienen relación con su estilo de vida al iniciar y continuar en la formación académica (Giraldo et al., 2019).

Por ejemplo, Berrío y Mazo en el 2012, demostraron que la población universitaria presenta una mayor cantidad de factores de riesgo derivados del estrés académico. Este

estrés afecta a diversos aspectos de la vida, incluyendo los cognitivos, emocionales, económicos y sociales.

Mientras que, en el año 2017, Chao y Vilela llevaron a cabo un análisis de una muestra compuesta por 1024 estudiantes universitarios, con el propósito de enfocarse en la promoción de la salud mental en adultos jóvenes. Sus hallazgos revelaron la presencia recurrente de síntomas principales como ansiedad, depresión, consumo de sustancias y trastornos alimenticios, los cuales no estaban siendo abordados adecuadamente.

Hoy en día, entre los problemas de mayor relevancia reflejados en la población mencionada, se destaca la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, el consumo de alcohol y trastornos alimentarios, aunado a esto, se ha identificado que existen factores que pueden desempeñar un papel protector en esta población, donde se presentan factores que engloban la manera en que los individuos enfrentan los desafíos y obstáculos presentes en distintos entornos, como lo son el ámbito familiar, las relaciones afectivas, la esfera social, el contexto académico y el económico (Santana et al., 2012).

Además, la autoeficacia, la capacidad de adaptarse a las exigencias de la vida académica y la habilidad para forjar relaciones interpersonales saludables, también poseen una importancia crucial como elementos de protección. En este contexto, la adquisición de habilidades para afrontar los desafíos y relacionarse de manera positiva con distintos aspectos de la vida universitaria y personal resulta esencial para el bienestar emocional y mental de los estudiantes, de tal forma que su contexto permita

ser parte de un recurso de apoyo o factor protector para contrarrestar este riesgo latente (Giraldo et al., 2019).

Por otro lado, también pueden aparecer dichos factores protectores a lo largo de la vida, siendo estos utilizados para reforzar la resiliencia y prevenir el desarrollo de experimentar patrones relacionados con algún trastorno o problema específico, entre ellos se encuentran nuestras habilidades, atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo docente y la cohesión comunitaria, entre otros (OMS, 2022).

Otros factores que influyen en la salud mental abarcan no solo rasgos personales, sino también elementos de índole social, cultural, económica, política y ambiental, tales como las políticas nacionales, los sistemas de seguridad social, el nivel de vida, el entorno laboral, etcétera (OMS, 2022).

En gran parte de los países, los trastornos mentales son de alta prevalencia y se ha observado en los índices poblacionales, que una de cada ocho personas en el mundo se ven afectadas por ello, aunado a esto se le asigna que los países destinan menos de un total del 2% de sus presupuestos a la atención sanitaria en materia de salud mental. Adicionalmente, cerca de la mitad de la población global vive en países donde solo hay un psiquiatra por cada 200 000 habitantes y entre el año 2022 y 2023, el reporte de salud mental del Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la CDMX ha registrado 78 mil 729 habitantes con acompañamiento psicológico, dentro de las cuales el 74% de la población atendida son mujeres. Debido a esta situación, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no acceden a ningún tratamiento. Esto pone

de manifiesto la considerable brecha de desigualdad social entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, y entre lo que se requiere con urgencia y lo que está disponible para aliviar la carga. Retomando la estadística mencionada previamente, aproximadamente uno de cada ocho individuos enfrenta un trastorno de salud mental, no obstante, solo el 1% del personal sanitario a nivel mundial brinda servicios de atención en salud mental (OMS, 2022).

Siguiendo lo expuesto previamente, de acuerdo con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (2021) los sistemas de salud aún no han proporcionado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales. En consecuencia, la divergencia entre la demanda de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En países de ingresos bajos y medios, entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento, una cifra que también se presenta elevada en países de ingresos altos, oscilando entre el 35% y el 50%. El desafío se complica aún más por la baja calidad del cuidado brindado a los casos que sí reciben atención. Según los datos del Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS, se proyecta la insuficiencia de recursos en los países para satisfacer las necesidades de salud mental, además de señalar la distribución desigual y el uso ineficaz de estos recursos (Plan de Acción Integral sobre Salud Mental, 2021).

Sin duda, es innegable que la insuficiencia de recursos disponibles para respaldar la atención de la salud mental no es el único factor que contribuye a que las personas se vean limitadas de acceder a servicios en centros psicológicos o psiquiátricos. También hay otros elementos que desempeñan un papel fundamental en la decisión de las

personas de no buscar ayuda para abordar sus trastornos mentales. Entre ellos, se encuentra la deficiente calidad de los servicios, la falta de conocimientos sobre salud mental, la estigmatización y la discriminación; además, en muchas regiones no existen servicios formales de salud mental; y aún cuando estos servicios están disponibles, a menudo resultan inaccesibles o económicamente inasequibles. Por lo tanto, las personas optan por enfrentar malestar mental intentando contrarrestarlo con estrategias que ellos mismos aplican, las cuales son ineficaces sin obtener alivio, prefiriendo evitar la discriminación y el rechazo que puede conllevar el acceso a los servicios de salud mental (OMS, 2022).

A raíz de las necesidades identificadas por la OMS, a lo largo de varios años en la población global, se optó por establecer un Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2030. Este plan se centra en destacar la importancia de adoptar un enfoque abarcativo a lo largo de toda la vida, implementando medidas para fomentar el bienestar mental y la salud de todos, prevenir problemas de salud mental en grupos de alto riesgo y asegurar la disponibilidad universal de atención en salud mental. El propósito global del plan es fomentar el bienestar mental, prevenir la aparición de trastornos mentales, proporcionar un enfoque integral de atención, respaldar los procesos de recuperación, salvaguardar los derechos humanos y reducir la mortalidad, la carga de enfermedad y la discapacidad asociados con los trastornos mentales. Así, al poner en marcha este Plan de Acción Integral, se conseguiría disminuir la disparidad en la atención y se aseguraría una referencia y seguimiento oportunos, garantizando de esta manera una atención de excelente calidad para aquellos que la solicitan.

El Plan de Acción se concreta mediante la consecución de los siguientes propósitos:

1. Fortalecer la dirección y la administración efectiva en el campo de la salud mental.
2. Ofrecer servicios comunitarios completos y adaptativos que abarquen tanto el apoyo social como la atención en salud mental.
3. Implementar tácticas de promoción y prevención dentro del ámbito de la salud mental.
4. Reforzar los sistemas de datos, la información científica y la investigación relacionada con la salud mental.

Además de establecer objetivos clave, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (2021) se sustenta en seis principios y enfoques transversales de vital importancia para la consecución de los objetivos previamente mencionados:

1. **Cobertura sanitaria universal.** Sin importar la edad, género, condición socioeconómica, raza, etnia u orientación sexual, y basándose en el principio de igualdad, las personas afectadas por trastornos mentales deben contar con la capacidad de acceder a servicios esenciales de salud y asistencia social, sin estar expuestas al peligro de caer en la pobreza. Estos servicios deben posibilitar su recuperación y les deben permitir disfrutar del más alto nivel de salud alcanzable.
2. **Derechos humanos.** Las tácticas, medidas y tratamientos psicoterapéuticos, preventivos y de fomento en relación con la salud mental deben adecuarse a lo estipulado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y en otros acuerdos internacionales y regionales de derechos humanos.

3. **Prácticas Basadas en la Evidencia Científica.** Las tácticas y acciones terapéuticas, preventivas y de fomento relacionadas con la salud mental deben estar respaldadas por evidencia científica, considerando aquellas con mayor nivel de evidencia.
4. **Enfoque del Curso de la Vida.** Las políticas, estrategias y prestaciones de atención en salud mental deben considerar las exigencias médicas y sociales durante todas las fases de la vida: desde la etapa de lactancia y niñez hasta la adolescencia, la adultez y la vejez.
5. **Enfoque Multisectorial.** La reacción completa y bien coordinada en lo que respecta a la salud mental demanda colaboraciones con diversos ámbitos gubernamentales, como los de atención médica, educación, trabajo, justicia penal, vivienda y servicios sociales, así como con el sector privado en casos pertinentes según la condición del país.
6. **Emancipación de las Personas con Trastornos Mentales y Discapacidades Psicosociales.** Las personas afectadas por trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben lograr su independencia y tomar parte activa en la promoción, formulación de políticas, planificación, desarrollo de leyes, entrega de servicios, supervisión, investigación y análisis en relación con la salud mental.

Siguiendo los propósitos y principios establecidos en este Plan de Acción Integral sobre Salud Mental (2021), su implementación garantizaría una atención efectiva para todas las personas atendidas, contribuyendo a un mejor desempeño en su entorno y promoviendo la mejora de la salud mental, por lo tanto, la implementación de la guía

mhGAP en conjunto con este plan posibilita una ampliación significativa de la continuidad en la atención de las personas, al mismo tiempo que contribuye a reducir la necesidad de derivar a las personas atendidas a niveles superiores de atención, ya sea un segundo o tercer nivel. Este enfoque se traduce en una optimización de recursos y en una mayor eficacia en el abordaje de las necesidades de salud mental de la población.

Ante la creciente demanda de solicitudes de atención en el ámbito de la salud, los sistemas de salud han decidido implementar una organización en tres niveles de atención. Esta medida tiene como objetivo estructurar y categorizar de forma sistemática sus recursos para abordar de manera eficiente las demandas de la población (Vignolo et al., 2011).

De tal manera que se presentan los siguientes niveles de atención:

1. El **primer nivel** de atención, está diseñado para atender las necesidades fundamentales y más frecuentes que pueden ser resueltas mediante actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se pueden implementar en consultorios, policlínicas y centros de salud.
2. El **segundo nivel** de atención, comprende la ubicación de hospitales y centros asistenciales especializados en la prestación de servicios médicos que abarcan áreas como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.
3. El **tercer nivel** de atención, está designado para abordar problemas poco prevalentes y se orienta hacia el tratamiento de patologías de alta complejidad,

que demandan procedimientos especializados y tecnología avanzada (Vignolo et al., 2011).

A modo de ejemplo, podemos tomar en cuenta que dentro del primer nivel de atención tenemos el Modelo Comunitario propuesto por la OPS (2013), explicado en la Figura 4. Este enfoque proporciona atención en salud mental en el entorno cercano de la persona, como su lugar de residencia, trabajo o estudio. Se ejecuta a través de diversas vías, incluyendo escuelas, centros comunitarios y entornos laborales, además de los servicios de salud generales como clínicas de seguridad social, centros de salud y unidades psiquiátricas en hospitales generales. Para implementar un enfoque comunitario, es fundamental involucrar al personal de atención primaria y de salud, tanto aquel especializado en salud mental como aquel no especializado que forma parte de la comunidad, como los promotores de salud en diversos ámbitos de bienestar o desarrollo humano. De igual manera, se incluyen a las propias personas atendidas en los servicios de salud mental y sus familiares.

Figura 4

Pirámide de la combinación óptima de los servicios OMS/WONKA (OPS, 2009)*



Nota: En la pirámide se presenta la combinación óptima de los servicios en salud mental.

En el primer nivel de la pirámide, se fomenta el autocuidado, donde los promotores realizan estrategias para promover la salud mental y prevenir problemas psicosociales. Estas tácticas pueden llevarse a cabo en escuelas, lugares de trabajo, parques y centros comunitarios, entre otros entornos.

En el segundo nivel de la pirámide, los promotores comunitarios capacitados en salud mental están presentes para derivar a sus familiares, vecinos o individuos en su comunidad. Estos dos niveles forman la base de la pirámide y atienden a las personas de bajo riesgo o sin riesgo, donde se fomenta la promoción y prevención de la salud mental mediante campañas en redes sociales y actividades comunitarias.

En el tercer nivel se hallan los servicios de salud mental brindados por el equipo de atención primaria (que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales), los cuales pueden localizarse en clínicas del seguro social y centros de salud públicos. En esta etapa, se atiende a individuos con factores de riesgo y se derivan hacia la atención comunitaria no formal.

En el escalón número cuatro, estarían ubicados los servicios de atención de salud mental de segundo nivel, junto con las unidades psiquiátricas en hospitales generales. Finalmente, en la parte superior se localizan los servicios especializados de salud mental, incluyendo hospitales psiquiátricos, aquí es cuando las personas se encuentran en un nivel de riesgo y se van a referir al segundo nivel de atención o en caso de riesgo alto al tercer nivel de atención (OPS, 2013).

Por lo general, se vincula el segundo y tercer nivel de atención como complemento al primero, ya que debe de retomar aquello que el primer nivel no puede realizar debido a consideraciones de eficacia y eficiencia, esto incluye tareas como diagnósticos más complejos, tratamientos altamente especializados, y la elaboración de estudios o exámenes específicos que requieran recursos más avanzados. El primer nivel de atención destaca ser una organización sólida prestadora de los servicios, además de asegurar únicamente la tecnología necesaria para cumplir las tres funciones fundamentales dentro de este nivel:

- a.** Ser punto de entrada al sistema de salud: es esencial para la eficiencia de la atención brindada, ya que disminuye la sobredemanda en los otros niveles.

- b.** Facilitar y coordinar el flujo de la persona dentro del sistema: implica la elaboración y negociación de un itinerario en el sistema, tanto con la persona interesada, como con otros profesionales de la salud con diversas especializaciones. De igual manera, se brinda apoyo a la persona a lo largo de este trayecto, asegurando su comprensión y compromiso con los exámenes y tratamientos recomendados. También es esencial garantizar una referencia y contrarreferencia adecuadas, asegurando así la coherencia en la atención durante un episodio de enfermedad específico.
- c.** Asegurar la integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado de la persona: La tecnología fundamental para alcanzar esta integración consiste en un registro personal y familiar detallado y de alta calidad (expediente personal). Mediante la integración y la elaboración se garantiza la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, permitiendo un enfoque completo y adecuado. Esto asegura un entorno de atención constante, que se refleja en una comunicación efectiva entre el profesional médico y el individuo; con el propósito de lograr una mejora en la salud y/o el bienestar mental.

Estas tres funciones del primer nivel mencionadas, son importantes para brindar una atención de salud eficiente, eficaz y de calidad a todo el público en general (Van der Stuyft, et al., 2008).

Aunque estas funciones desempeñan un papel crucial en la capacidad interna para brindar atención, es igualmente importante destacar su impacto en el seguimiento y

cuidado externo en otras instancias. Esto se relaciona con las iniciativas en el sector de la salud a nivel nacional, que abarcan desde políticas públicas y programas hasta servicios diseñados para mantener y mejorar la atención a largo plazo (OPS, 2015).

Las políticas de salud pública, como la Ley General de Salud, actualmente se centran en la modernización y la mejora de la eficiencia del sistema de atención. Al mismo tiempo, tiene como objetivo proporcionar una atención de máxima calidad a las personas. Esto implica la provisión de una atención integral que abarca aspectos médicos para la salud física, atención psicológica para la salud mental y un enfoque social pensado desde un alcance igualitario (OPS, 2015).

Con el transcurso de los años, se han presenciado una variedad de situaciones y contextos que han permitido notar un incremento significativo en la demanda de servicios de salud física y salud mental. La evolución epidemiológica que México y otras naciones han experimentado, ejemplificada más recientemente por la pandemia de COVID-19, ha puesto de manifiesto la necesidad de elevar los estándares de atención y la calidad de los servicios de salud, especialmente en el ámbito de la salud mental. Como resultado, se ha implementado un aumento en la utilización del sistema de referencia y contrarreferencia (Esquivel, 2020).

. Este sistema surge como parte de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y promovida a nivel internacional. Su objetivo principal es mejorar la coordinación entre los servicios de salud, reducir la brecha en la atención, optimizar la asignación de esfuerzos y recursos, y minimizar los desplazamientos innecesarios de las personas atendidas.

Además, facilita la integración y la comunicación entre los distintos niveles de atención, con la finalidad de mejorar la calidad de atención y la satisfacción de las personas que buscan la atención (OPS, 2015).

El objetivo principal es asegurar la continuidad de la atención y el cuidado de la salud de la persona. Esto requiere la ejecución de una serie de acciones que comienzan por evaluar el estado de salud de la persona atendida al solicitar el servicio, ya sea en una situación de urgencia o programada. Además, cuando el centro de atención inicial no puede proporcionar un cuidado completo, se implementan medidas adicionales. Para lograr este objetivo y alcanzar la meta, es fundamental establecer una definición clara de lo que implica la implementación del sistema de referencia/contrarreferencia:

La referencia es conceptualizada como una herramienta administrativa que permite la coordinación efectiva de los servicios de salud para la prestación adecuada a las personas atendidas, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios (OPS, 2015).

Además, desde una perspectiva psicológica, la referencia o canalización se utiliza para dirigir a la instancia terapéutica apropiada y disponible, asegurando así una atención continua en los niveles dos o tres de atención. Una vez que se ha determinado la ubicación más adecuada para el tratamiento de la persona, se puede remitir a esta a la instancia más conveniente, siempre con el propósito de garantizar una referencia oportuna y adecuada. La evaluación eficaz de todos estos aspectos en el primer nivel de atención permitirá tomar la decisión de continuar el proceso en el nivel dos o nivel tres,

teniendo en cuenta las necesidades individuales y siguiendo las pautas establecidas en el directorio estatal de centros de tratamiento (Ajenjo, 2010).

Complementando este proceso, la contrarreferencia consiste en:

Aquella respuesta proporcionada por el especialista al profesional que trabaja en el establecimiento original o en el Servicio Clínico donde se originó la solicitud de consulta; es decir, se trata de un proceso a través del cual la persona atendida es devuelta al centro de salud de origen o a otro que pueda garantizar la continuidad del caso, después de que se haya atendido de manera satisfactoria la petición inicial (Ministerio de Salud, 2016).

En consecuencia, si la referencia se enfoca en proporcionar una atención más especializada, adaptada a las necesidades individuales, y la contrarreferencia se encarga del seguimiento de estas solicitudes, podemos respaldar y validar estas prácticas mediante un conjunto de leyes y regulaciones contempladas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En particular, el Artículo 4, Párrafo III de esta Constitución establece lo siguiente:

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 (Secretaría de Salud de México, 2021, p.7).

El Servicio Integral en el área Psicológica de la Facultad de Derecho se fundamenta tanto en la Ley General de Salud como en la regulación proporcionada por

la NOM-024. En esta perspectiva, la **Ley General de Salud** aborda y regula el derecho de toda persona a la protección de la salud, tal y como se establece en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mencionado en el párrafo anterior. Esta legislación no solamente define los fundamentos y formas de acceder a los servicios de atención médica, sino que también asigna responsabilidades y crea circunstancias de cooperación entre el gobierno central y las entidades estatales en relación con la salud pública en general. Además, su aplicabilidad es a nivel nacional, con disposiciones que son de carácter público y de interés colectivo (Ley General de Salud, 2023).

Es importante destacar que el modelo comunitario constituye uno de los pilares fundamentales para respaldar y complementar las aplicaciones de la guía MhGAP. Si bien esta guía, propuesta por la OPS, se centra en un marco de intervención específico, también incorpora una perspectiva desde el ámbito social, dando mayor flexibilidad para llevar a cabo una mediación adecuada según el nivel de riesgo en el que se encuentre la persona afectada, lo que permite al personal de salud mental actuar de manera más eficaz en la prevención y tratamiento de diversas problemáticas psicológicas; de igual manera, es fundamental reanudar el proceso de elaboración de expedientes, ya que nos posibilita almacenar los datos de la persona atendida y recordar las circunstancias que motivaron la solicitud del servicio. Esto nos permite contrastar los resultados posteriores al tratamiento y apreciar las mejoras derivadas de las intervenciones breves. Además, facilita brindar un apoyo constante en el seguimiento del progreso de la persona atendida.

En relación a la elaboración de expedientes en el ámbito de la atención individual, el Servicio Psicológico sigue los lineamientos establecidos por la **NOM-024**, la cual regula los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES). Esta regulación está destinada a los centros médicos, incluyendo consultorios, unidades de atención múltiple, clínicas y hospitales que componen el Sistema Nacional de Salud. El propósito fundamental es salvaguardar la confidencialidad tanto de la identidad de los pacientes como de su información clínica, garantizando así una gestión adecuada de los datos y manteniendo el respeto por la privacidad en todo momento (Huli, 2022).

En resumen, es esencial resaltar la necesidad de revitalizar el Modelo Comunitario y el seguimiento continuo a través de un expediente. A lo largo de esta primera sección, se han explicado una serie de pasos que abarcan el proceso de trabajo en el Servicio Psicológico, desde el inicio con la solicitud de informes, pasando por la evaluación de la atención adecuada a las necesidades de las personas atendidas, seguido por la atención individual para la creación de expedientes y su seguimiento para la elaboración de resúmenes, referencias e intervenciones, y, en caso de falta de respuesta, rescates, así como los egresos. En este punto, entra en escena el sistema de referencia y contrarreferencia, con el propósito de elevar la calidad del sistema de salud mental en México, donde este permita distribuir la carga de trabajo de manera eficiente y garantizar un seguimiento de calidad, para que cada problemática sea atendida por el experto indicado. Cada profesional debe salvaguardar la información y respaldarse legalmente en beneficio de la persona que requiere servicios de salud integrales, garantizando así una atención de calidad.

Resultados Obtenidos

A lo largo de este informe, se destacan no solo la aplicación del sistema en el servicio social, sino también las habilidades y competencias adquiridas por los estudiantes de Psicología. Estas habilidades y competencias no solo les permiten crecer académica y profesionalmente, sino que también representan un acercamiento a lo que pueden encontrar fuera de una institución educativa. Tanto las destrezas adquiridas como la dinámica de trabajo en este escenario proporcionan resultados tangibles, los cuales pueden observarse en este apartado del informe.

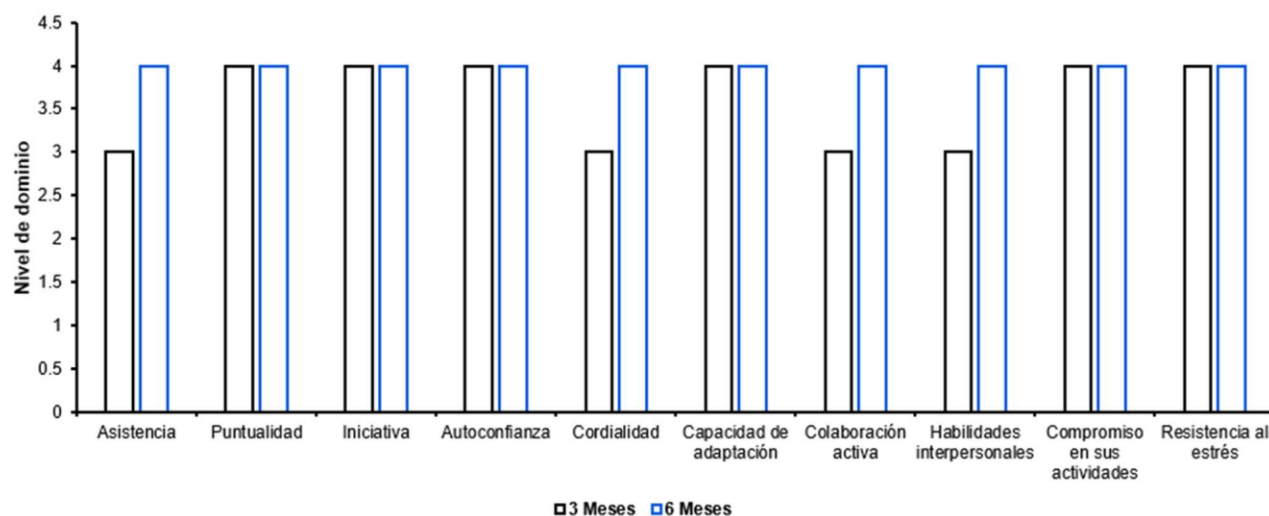
En consecuencia, una de las partes esenciales para respaldar lo anteriormente mencionado radica en la presentación de datos que permitan visualizar la atención psicológica brindada por la profesional, así como resaltar las habilidades y competencias evaluadas y adquiridas durante el período de estancia de 6 meses en el servicio social.

Para iniciar con este apartado, es fundamental resaltar el aprendizaje adquirido durante los seis meses de servicio social. Este período representó una valiosa oportunidad para aplicar y ampliar los conocimientos profesionales dentro de la Facultad de Psicología en un entorno real, brindando atención psicológica a quienes la necesitaron. Como se mencionó anteriormente, el servicio psicológico lleva a cabo dos evaluaciones de competencias y habilidades que los estudiantes en formación adquieren durante el servicio social. La primera se realiza a los tres meses de iniciar el servicio, mientras que la segunda tiene lugar al culminar los seis meses. Este proceso permite una evaluación integral de las competencias y habilidades adquiridas durante este período, proporcionando una visión completa del desarrollo alcanzado.

La Figura 5. presenta una comparativa de las Competencias Personales desarrolladas por la profesional durante los periodos de tres y seis meses de servicio social, las cuales son evaluadas por los Psicólogos encargados del Servicio Social. Estas competencias se refieren al conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y características personales que una persona posee y que influyen en su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en distintos contextos, ya sea en el ámbito laboral, académico o social.

Figura 5

Competencias Personales Adquiridas en el Servicio Social



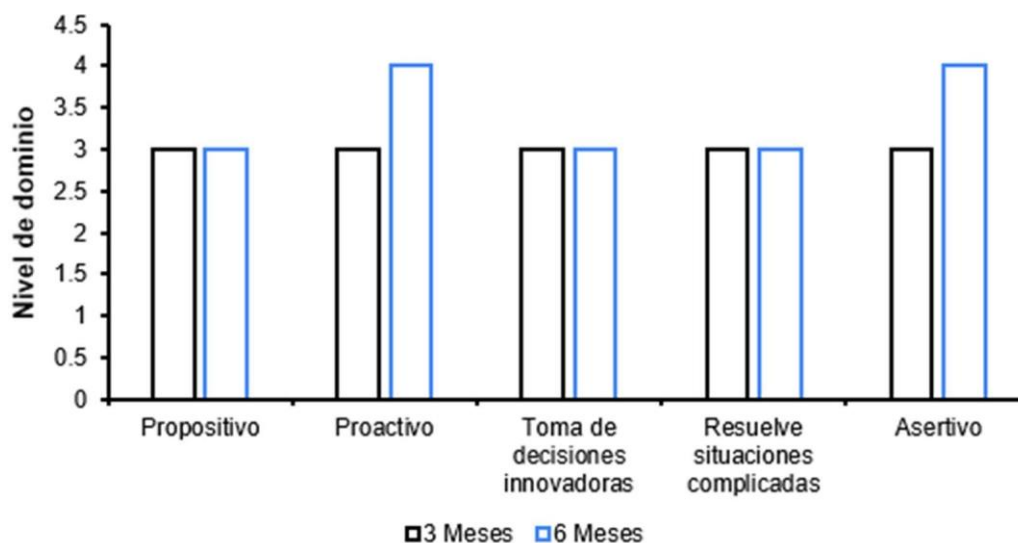
Nota. De acuerdo con las Competencias Personales que se detallan y son evaluadas, se puede notar un aumento en la Competencia de Asistencia, Cordialidad, Colaboración Activa y Habilidades Interpersonales.

Las competencias emprendedoras engloban el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y capacidades que una persona posee para identificar oportunidades, crear y gestionar proyectos, asumir riesgos y enfrentar desafíos en el

contexto de emprender una actividad empresarial o una iniciativa propia. La Figura 6. nos brinda una comparación de las competencias emprendedoras que la profesional de servicio social adquirió durante los períodos de tres y seis meses de su prestación en servicio social.

Figura 6

Competencias Emprendedoras Adquiridas en el Servicio Social

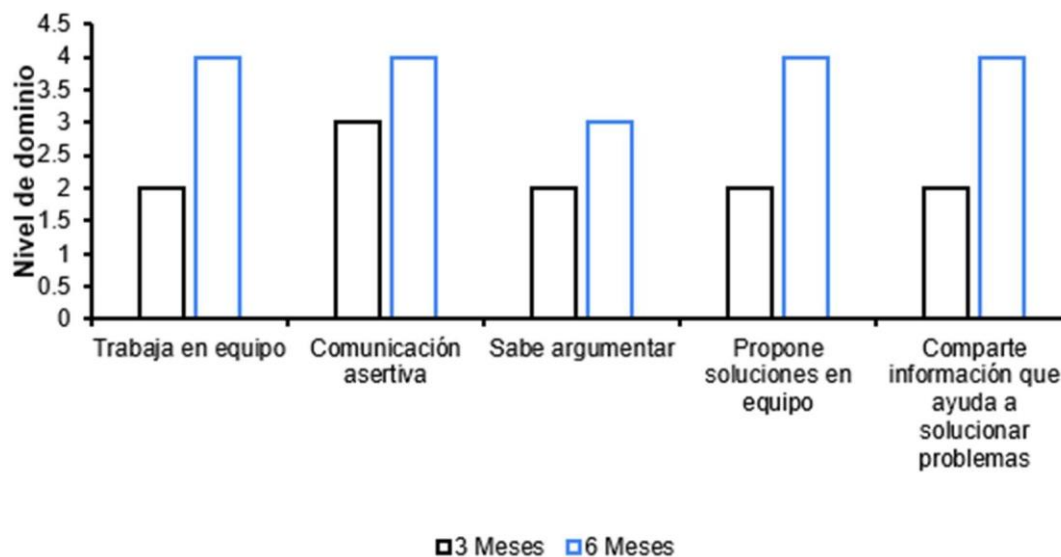


Nota. La gráfica muestra un incremento en las competencias de proactividad y asertividad, mientras que las demás competencias se mantienen constantes a lo largo de los seis meses de servicio social.

Asimismo, se realiza una evaluación de las Competencias de Relaciones Humanas, las cuales engloban el conjunto de habilidades, actitudes y comportamientos que una persona posee para interactuar de manera efectiva con otras personas en diferentes entornos sociales y profesionales. La Figura 7. presenta una comparación de estas habilidades a lo largo de un periodo de 3 y 6 meses de servicio social.

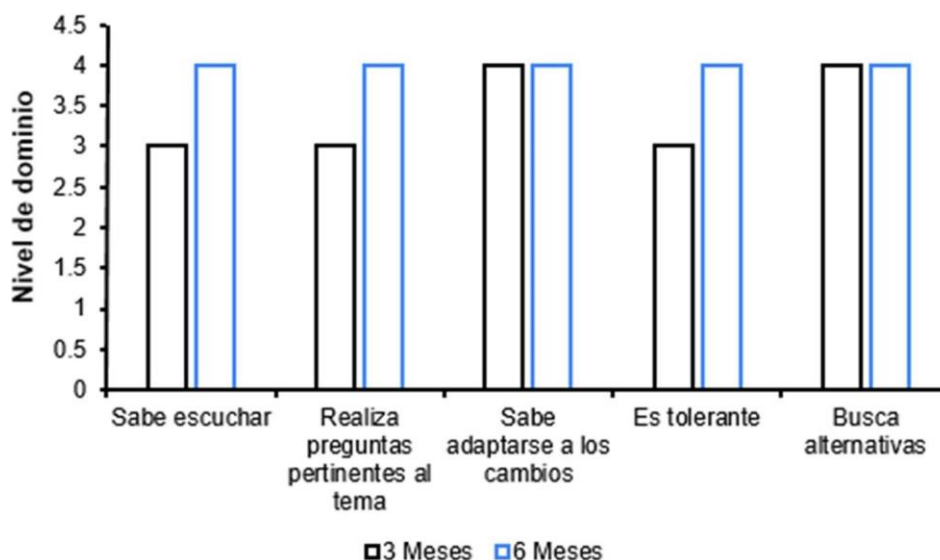
Figura 7

Competencias de Relaciones Humanas Adquiridas en el Servicio Social



Nota. Esta gráfica exhibe un notable incremento de 2 niveles de dominio en las competencias de Trabajo en equipo, Saber argumentar, Proponer soluciones en equipo y Compartir información que facilita la resolución de problemas. Asimismo, se observa un aumento en la competencia de Comunicación asertiva, aunque este fue más moderado, registrando únicamente un aumento de 1 nivel.

La Figura 8. encapsula la comparativa entre los periodos de 3 y 6 meses de servicio social, centrándose en las competencias de aprendizaje continuo. Estas competencias se enfocan en el conjunto de habilidades, conocimientos y actitudes que posibilitan a una persona adquirir, asimilar y aplicar nuevos conocimientos de manera constante a lo largo de su vida.

Figura 8*Competencias de Aprendizaje Continuo Adquiridas en el Servicio Social*

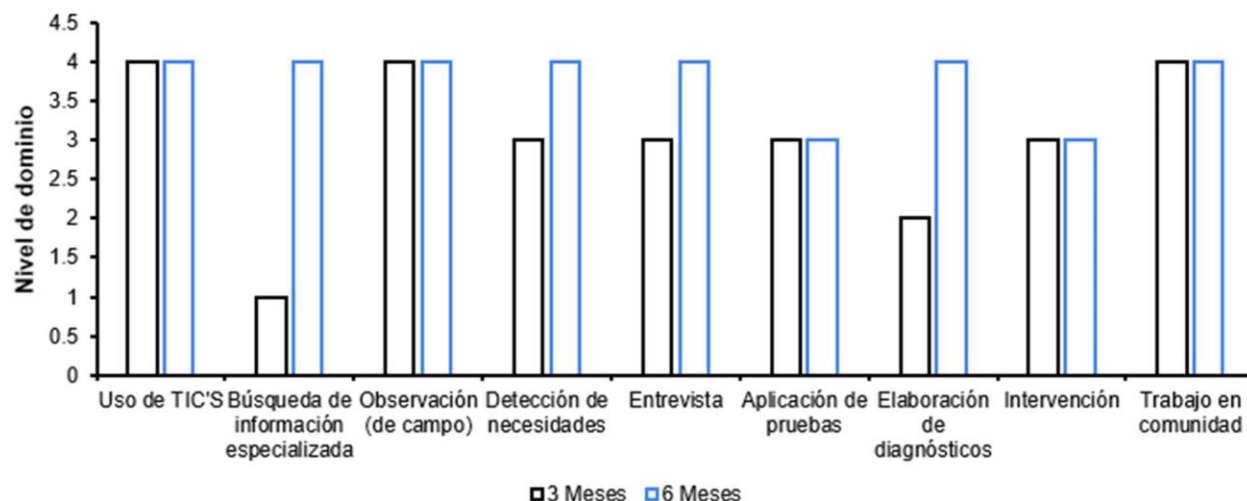
Nota. Esta gráfica ilustra el incremento en el nivel de dominio de las siguientes competencias:

Saber escuchar, Realizar preguntas pertinentes al tema y ser Tolerante. En contraste, las competencias de Saber adaptarse a los cambios y Buscar alternativas se mantuvieron en el mismo nivel de dominio.

Finalmente, la Figura 9. presenta la comparativa de la última competencia evaluada por el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, centrada en las Competencias propias del perfil. Esta comparación se realiza considerando el desarrollo de estas competencias a lo largo de los períodos de tres y seis meses de prestación de servicio social. Las Competencias propias del perfil se refieren al conjunto de habilidades, conocimientos, aptitudes y características específicas que se consideran necesarias o deseables para desempeñar con éxito un determinado rol o puesto de trabajo.

Figura 9

Competencias Propias del Perfil Adquiridas en el Servicio Social



Nota. Esta gráfica destaca un incremento de 3 niveles de dominio en la competencia de Búsqueda de información especializada. Además, se observa un aumento de 2 niveles de dominio en la competencia de Elaboración de diagnósticos, y un incremento de 1 nivel en las competencias de Detección de necesidades y Entrevista. Por último, se mantiene constante el nivel de dominio en las competencias de Uso de TIC's, Observación de campo, Aplicación de pruebas, Intervención y Trabajo en comunidad.

Como evidencian las gráficas mencionadas anteriormente, la participación en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho ha posibilitado el desarrollo de habilidades clave por parte de la profesional de servicio social. Entre estas habilidades se encuentran la empatía, la comunicación asertiva, el trabajo en equipo y el liderazgo. Además, el periodo de servicio social ha permitido adquirir competencias relevantes, tales como el uso de tecnologías de la información y la comunicación, la búsqueda de información especializada, la observación en el campo, la aplicación de pruebas, la

realización de entrevistas, la elaboración de diagnósticos, la ejecución de intervenciones y el trabajo en comunidad.

Conforme a las capacitaciones que se recibieron durante los seis meses de servicio social, la Tabla 3 detalla la formación proporcionada, especificando el tiempo dedicado a cada una de las actividades formativas.

Tabla 3

Capacitaciones

Nombre de la Capacitación	Horas
Situación simulada.	2
Modelo de atención comunitaria.	2
Inducción al SGC.	1.30
Código ético.	1
Prácticas esenciales en salud y consejo breve.	2
Facilitadores para talleres.	1
Capacitación manejo de expedientes HPV.	1.30
Práctica basada en evidencia.	1.30
Asignación de casos.	1.30
Capacitación y manejo de expedientes individuales.	1.30
Manejo de Conducta Suicida y aplicar CAMS.	1.30
Comportamiento suicida y plan de seguridad.	1.30
Entrevista motivacional.	2
PAP.	1
Análisis funcional de la conducta.	1
Reestructuración cognitiva.	1.30
Total: 16 capacitaciones.	24 horas.

Nota. Muestra las 16 capacitaciones que la profesional de servicio social llevó a cabo para desarrollar competencias profesionales, con el objetivo de ofrecer la atención óptima y desempeñar las actividades de manera efectiva.

Los gráficos presentados a continuación ofrecen una visualización de la atención psicológica proporcionada por la profesional de servicio social, destacando la ejecución de la propuesta destinada a mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia, y a su vez, resaltan los beneficios potenciales derivados de la implementación de dicha propuesta.

Por lo tanto, a continuación, se presentan los resultados obtenidos de los 13 casos atendidos durante el período de prestación de servicio social que abarca del 01 de agosto del 2022 al 13 de febrero del 2023, con el fin de evaluar la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia implementado para promover la búsqueda de atención adecuada hacia las personas atendidas. Esto asegura que aquellos en tratamiento reciban la atención necesaria y culminen su proceso de manera exitosa.

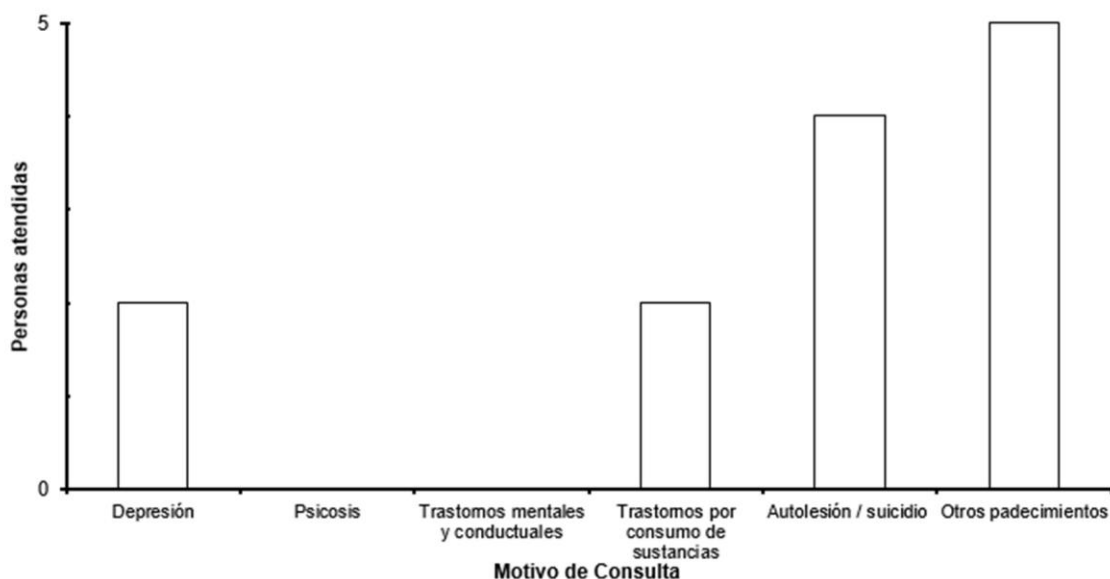
Durante dicho periodo, la profesional brindó atención a un total de 13 individuos que solicitaron ayuda psicológica de manera individual, este proceso se llevó a cabo bajo la supervisión directa de los profesionales designados para el programa. Esta cifra se distribuyó en 9 mujeres y 4 hombres. De esta muestra, los 13 usuarios estaban afiliados a la Comunidad UNAM. Estas cifras se detallan en el hecho de que todos son estudiantes de la Facultad de Derecho.

Como se mencionó previamente, en el servicio psicológico se aplica la guía mh-GAP para identificar y abordar trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Cuando las personas que buscan atención reciben su primer contacto, es esencial que el equipo de salud mental determine su motivo de consulta, utilizando la guía mh-GAP y el Cuestionario de Detección de Riesgos (CDR),

como herramientas de apoyo. En la Figura 10. que se presenta a continuación, se muestran las principales razones por las cuales estos 13 casos solicitaron la atención psicológica, de acuerdo con los criterios mencionados anteriormente.

Figura 10

Motivos Principales de Consulta Reportados por los Solicitantes de Atención.



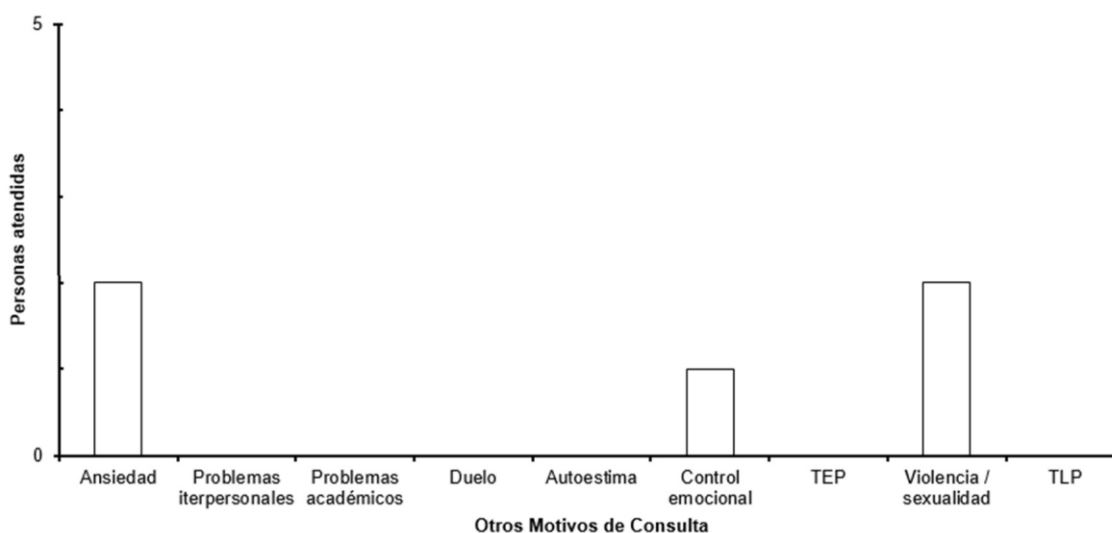
Nota. Se presentan los principales motivos de consulta reportados por las 13 personas que recibieron atención. De ellas, 5 fueron diagnosticadas con Otros padecimientos de salud, se identificaron 4 individuos con comportamientos de Autolesiones o pensamientos suicidas, se presentaron 2 individuos con Trastornos relacionados con el uso de sustancias y 2 más diagnosticadas con Depresión; se puede ver que no hubo presencia de diagnósticos con Psicosis o Trastornos mentales y conductuales.

Con el fin de mejorar la estructuración de la clasificación de los motivos de consulta, el servicio psicológico introdujo una sección adicional denominada "otros

padecimientos", la cual abarca las razones de consulta más frecuentes durante el período de prestación de servicio social entre las personas atendidas. Esta información se representa visualmente en la Figura 11.

Figura 11

Otros motivos de consulta reportados por las personas que solicitaron la atención psicológica.



Nota: En la categoría de "otros padecimientos de salud", se registraron los siguientes casos:

Violencia/sexualidad, identificado en 2 personas; Ansiedad, con un total de 2 personas afectadas y Control emocional, observado en 1 persona. En el gráfico se evidencia la ausencia de diagnósticos relacionados con Problemas interpersonales, Problemas académicos, Duelo, Autoestima, Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

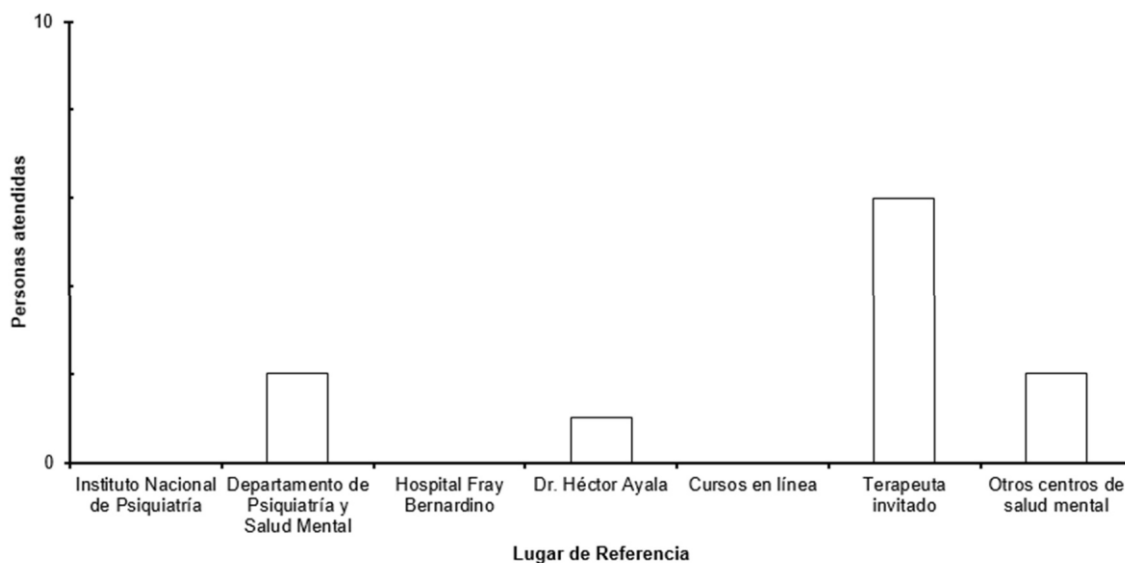
El estatus es una herramienta fundamental para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que buscan atención en el ámbito de la salud

mental. Proporciona información esencial para personalizar la atención y ayudar a las personas a alcanzar y mantener una buena salud mental.

En relación a las referencias efectuadas para aquellos usuarios en atención individual, de 13 casos llevados a cabo, se obtiene un total de 11 personas que fueron derivadas a servicios especializados. Es importante destacar que se completó el 100% de las referencias para quienes buscaron atención. La Figura 12. proporciona una representación visual de los lugares a los cuales se realizó la referencia:

Figura 12

Opciones de Derivación para Atención Psicológica Avanzada



Nota. En total, 13 individuos fueron derivados hacia servicios especializados. Las opciones de derivación se distribuyen de la siguiente manera: Terapeuta invitado, con un total de 6 casos; Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, con 2 personas; Otros centros de salud mental, con 2

referencias y Dr. Héctor Ayala, con 1 caso. Se puede observar que no se hizo referencia alguna al Hospital Fray Bernardino ni a los cursos en línea.

Por último, en el servicio psicológico, se emplean seis estatus con los cuales se realiza la clasificación y mejora de la atención ofrecida a quienes buscan ayuda psicológica, tal como se describió con anterioridad. Durante el periodo de 6 meses mencionado anteriormente, la profesional llevó a cabo un total de 13 sesiones individuales, de las cuales solo se registró un egreso observado en todos los casos.

Una vez analizado el alcance de la atención psicológica brindada en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, se ha observado que el trastorno más común entre los 13 casos mencionados, es el de Autolesión y Pensamientos Suicidas. Además, debido al nivel de riesgo presentado, se muestra un aumento en las referencias hacia niveles de atención superiores. Destaca que la demanda más alta se dirige hacia el Terapeuta invitado, seguido por el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. A pesar de brindar un seguimiento en el proceso de referencia, se ha identificado una necesidad de implementar un formato de contrarreferencia que permita completar la información de la persona atendida y facilitar una transición más fluida y oportuna de la atención especializada, con base en el análisis realizado y resumido previamente. En la siguiente sección se presentará una propuesta que se sugiere implementar en el Servicio Psicológico. Esta propuesta tiene como objetivo asegurar la atención de calidad para las personas atendidas y verificar que estén recibiendo el tratamiento adecuado para sus padecimientos diagnosticados.

Recomendaciones y/o Sugerencias

A partir de la investigación realizada, el aprendizaje adquirido y el desarrollo personal y profesional experimentado en el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho, se llega a la conclusión de que el servicio cuenta con numerosos puntos fuertes, pero al mismo tiempo, también se identifican áreas de oportunidad a mejorar. Por lo que, en esta sección, se abordarán dichos aspectos, junto con una propuesta de implementación de un formato de contrarreferencia, el cual se detallará más adelante.

Como se mencionó anteriormente, se brinda atención de primer nivel, y se realizan referencias a terapeutas invitados o centros de atención especializada, es crucial enfatizar la importancia de implementar un formato de contrarreferencia. Este formato permitirá ampliar la información sobre la persona atendida, garantizar un seguimiento entre los profesionales para asegurar que la atención sea continua y obtener un egreso completo. Dada la alta demanda que se experimenta dentro del servicio, es necesario dar la apertura a que se pueda ampliar el alcance y mejorar la atención a la población de la Facultad. La contrarreferencia podrá optimizar los tiempos de espera y contribuirá a una respuesta más eficaz a la demanda de atención en conjunto con cada nivel de atención.

Dado este contexto, y considerando las fortalezas identificadas en el servicio social, es importante destacar que todos los usuarios que reportaron la necesidad de recibir atención especializada, recibieron una referencia hacia el lugar más adecuado de acuerdo con su problemática. Asimismo, antes de asignar una institución, se lleva a cabo un breve análisis socioeconómico para determinar si la persona atendida tiene la

capacidad de costear una atención privada o si, por el contrario, sería más conveniente canalizar hacia una institución pública.

En relación con las 11 referencias enviadas en el período de prestación de 6 meses en el servicio social, es relevante destacar que todas ellas han recibido el seguimiento adecuado desde el ingreso de la personas hasta su egreso y referencia en continuación de su tratamiento, de tal manera que se salvaguarde la integridad de la persona apeguándose al Código Ético; en el ámbito del servicio psicológico de la Facultad de Derecho, se considera esencial brindar la mejor atención a todas las personas que solicitan los servicios. Se enfoca en canalizar de manera precisa a las personas atendidas, asegurándose de que reciban atención en el nivel adecuado, y así cumplir con el objetivo de proporcionar todas las referencias necesarias para culminar el proceso de manera exitosa, garantizando así una atención integral y efectiva. Para brindar un seguimiento adecuado a todas las personas atendidas, resulta fundamental contar con la dirección de correo electrónico proporcionada durante su registro y solicitud en el CDR, se establece una comunicación posterior con el individuo para coordinar su visita y la recepción de la referencia de manera exitosa, proporcionándoles las indicaciones necesarias para iniciar el proceso de atención. Posteriormente, se verifica su asistencia al lugar referido a través de correos electrónicos y se mantiene un seguimiento constante para monitorear el progreso del tratamiento.

Aunque el profesional en servicio social brinda el seguimiento adecuado y comunica a la persona atendida información esencial para acceder a su referencia, como el motivo de la derivación a otra institución, la ubicación de la referencia, la ruta más

adecuada para llegar, los horarios de atención, el formato de atención (presencial o en línea), los requisitos de la sede, la cuota de recuperación, entre otros; sería más efectivo garantizar que dicha información se transmita de manera accesible. Para lograr esto, la profesional de servicio social propone la implementación de un formato de lista de cotejo (Anexo 2). Este documento incluirá todos los detalles mencionados, y la persona atendida deberá firmarlo al recibir la información completa. De esta manera, se establecerá un proceso estandarizado de referencia, asegurando que tanto los estudiantes de servicio social como los psicólogos responsables del área se cercioren de que la persona atendida conozca la información completa y adecuada para acceder a su referencia y reciba la atención necesaria de manera oportuna.

Este formato (véase Anexo 2), que contiene: Número de expediente, Fecha, Institución a la que se refiere, Nombre y cargo a quien se dirige, Identificación del usuario (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento, Teléfono, Escolaridad y Ocupación), Información sobre derivación (Motivo de derivación a otra Institución, Ubicación de la Institución a la que se refiere, Ruta más adecuada para acudir a la Institución, Horarios de atención, Teléfono o correo de contacto de la sede, Formato de atención (presencial o en línea), Requisitos de la sede y Cuota de recuperación), Si se recibió la información o no para cada rubro mencionado en el apartado de Información sobre derivación, Firma de autorización y Firma de recibido.

Si bien, aunque se garantice que todas las personas atendidas reciban este seguimiento, lamentablemente, en muchos casos, la falta de respuesta de la persona atendida interrumpe el proceso, dejando sin concluir la transición de atención y la

finalización del tratamiento en su nueva derivación. Como se mencionó anteriormente, después de tres intentos de contacto sin respuesta, el caso se considera concluido, y la persona atendida se da de alta sin mostrar mejoría debido a la falta de respuesta.

Considerando las áreas de mejora identificadas en el servicio social, se resalta la falta de un formato de contrarreferencia que podría resultar sumamente beneficioso para llevar a cabo un seguimiento más personalizado de los casos referidos. Como se mencionó en el párrafo anterior, en muchas ocasiones, las personas atendidas dejan de responder a los correos enviados por el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho.

Sin embargo, mediante la implementación de un formato de contrarreferencia propuesto por la profesional de servicio social, las instituciones a las que se derivan a las personas atendidas podrían informarnos el estado en el que se encuentran y, por ende, sería más sencillo y eficiente proporcionar un seguimiento y atención adecuados en su proceso de tratamiento.

En algunas ocasiones, se han presentado situaciones en las que no se tiene certeza sobre el estado actual de la persona atendida, y especialmente, si ha recibido la atención necesaria para su problemática en particular, al no tener esta información completa, se vuelve complicado brindarles el seguimiento adecuado, por lo tanto, la propuesta a implementar consiste en anexar un formato de contrarreferencia, con el fin de fomentar la búsqueda de atención adecuada para las personas atendidas, asegurando así que quienes están en tratamiento reciban el cuidado necesario y puedan completar su proceso de manera exitosa.

El formato de propuesta (véase anexo 3), el cual se compone de los siguientes elementos: Número de expediente, Fecha, Unidad médica que contrarefiere, Nombre y cargo del médico solicitante, Establecimiento destino de la contrarreferencia, Identificación del usuario (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento, Teléfono, Escolaridad, Ocupación, Fecha de ingreso y Fecha de egreso), Manejo de la persona atendida (Padecimiento / diagnóstico de ingreso, Padecimiento / diagnóstico de egreso, Hallazgos clínicos, Instrumentos realizados, Tratamientos aplicados y Recomendaciones), Firma de autorización, Firma de conocimiento de motivo de contrarreferencia y Firma de recibido.

El formato de contrarreferencia permitirá informar sobre los detalles precisos del diagnóstico por el cual la persona fue inicialmente derivada y tratada, así como las recomendaciones específicas para el manejo y seguimiento óptimo de cada caso. De esta manera, se implementaría un sistema de control más efectivo sobre aquellas personas que son remitidas a través de referencias. En consecuencia, al mejorar la eficiencia del servicio, se incrementa la certeza de que la atención proporcionada sea adecuada y eficaz, en sintonía con las necesidades individuales de cada persona atendida.

A través del formato de contrarreferencia, se facilitará la comunicación de información precisa acerca del diagnóstico otorgado a la persona atendida, así como los hallazgos clínicos pertinentes, los tratamientos empleados, las recomendaciones realizadas y el estado actual de la persona en tratamiento.

En conclusión, y tomando en cuenta los argumentos previamente expuestos, se exhorta a la implementación de este formato de contrarreferencia en beneficio de la persona atendida. Esto permitirá optimizar la atención y asegurar que la intervención sea eficiente; se amplía la seguridad de que la atención brindada sea apropiada y eficaz, ajustándose a las necesidades individuales de cada persona atendida.

La experiencia y los conocimientos adquiridos durante este proyecto proporcionan una base sólida y necesaria para avanzar y mejorar en la carrera profesional, especialmente en el área clínica. Esto implica mantener una atención constante y contacto con personas que buscan asistencia psicológica, así como la realización de consejería e intervenciones breves en diversos contextos. Estos futuros esfuerzos estarán respaldados por supervisión continua y sólidas bases científicas que fundamentarán las acciones y decisiones tomadas en las futuras sesiones de atención.

Referencias

- Ajenjo, C. J. R. (2010). Guía para la referencia/contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. *Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones*, 1, 1–31.
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. (2017). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Berrio, N. & Mazo, R. (2011). Estrés académico. *Revista de Psicología de Antioquia*. 3(2). (67-70) <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v3n2/v3n2a6.pdf>
- Chau, C. & Vilela, P. (2017). Variables asociadas a la salud física y mental percibida en estudiantes universitarios de Lima. *Liberabit*. 23(1). (89-93) <https://www.redalyc.org/pdf/686/68651823007.pdf>
- Esquivel, G. (2020). *Los impactos económicos de la pandemia en México*. Banxico. <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/articulos-y-otras-publicaciones/%7BD442A596-6F43-D1B5-6686-64A2CF2F371B%7D.pdf>
- Giraldo, V. G., Fray, B., & Montealegre, A. (2019). *Factores de riesgo y protección asociados a la salud mental de los estudiantes universitarios*. Edu.co. <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/09fed6da-25a0->

[435e-baba-aa2dbad064ea/content](https://www.academia.edu/80085670/La_Terapia_Breve_Una_Alternativa_De_Intervenci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_Efectiva)

Hewitt & Gantiva. (2009). *La Terapia Breve: Una Alternativa De Intervención Psicológica Efectiva*. Avances en Psicología.

https://www.academia.edu/80085670/La_Terapia_Breve_Una_Alternativa_De_Intervenci%C3%B3n_Psicol%C3%B3gica_Efectiva

Huli. (2022). *Resumen de la Norma Oficial Mexicana NOM-024*. Huli Blog.

https://blog.hulipractice.com/resumen-de-la-norma-oficial-mexicana-nom-024/?utm_source=blog.hulipractice.com&utm_content=Resumen+de+la+Norma+Oficial+Mexicana+NOM-024&fc_utm_source=blog.hulipractice.com&fc_utm_content=Resumen+de+la+Norma+Oficial+Mexicana+NOM-024

Ley General de Salud (2023). *CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>.

Ministerio de Salud. (2016). *Sistema de Referencia- Contrarreferencia*. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales, 1–4. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRARREFERENCIA.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. Who.int; World Health Organization.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud, (2022). *Informe Mundial sobre salud Mental*.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la salud, (2013). *Salud Mental, Guía del Promotor*

Comunitario. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la salud, (2015). *Lineamientos generales del sistema de referencia y contrarreferencia*. (33-47)

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52857/Lineamientos%20generales%20del%20sistema%20de%20referencia%20y%20contrarreferencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la salud, (2017). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

Santana, M., Ribeiro,H., Raich, R. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2). https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf

Secretaria de Salud de México. (2021). *Referencia y Contrarreferencia*.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>

Van der Stuyft, P., & De Vos, P. (2008). La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 34(4), 1–9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna (Montevideo, Uruguay)*, 33 (1), 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

World Health Organization (2007). *The optimal mix of services for mental health*. WHO, Geneva.

Apéndices o Anexos

Anexo 1.



Secretaría de Planeación
Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho

HOJA DE REFERENCIA

No. Expediente: _____

Fecha: _____

Institución a la que se refiere: _____

Nombre y cargo a quien se dirige: _____

PRESENTE:

Por este conducto a través de la *Universidad Nacional Autónoma de México*, el Servicio Psicológico de la Facultad de Derecho nos permitimos solicitar a su distinguida Institución, el servicio de valoración psiquiátrica, psicológica y/o médica para _____, quien tiene actualmente _____ años de edad.

Motivo de referencia

Con la finalidad de que se le proporcione a la persona el tratamiento de atención que favorezca su calidad de vida, es que solicitamos su intervención especializada. Agradecemos de antemano su atención y nos ponemos a sus órdenes.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**FIRMA DE CONOCIMIENTO DE MOTIVO
DE REFERENCIA**

NOMBRE Y FIRMA DE JEFATURA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA

Anexo 2.



Secretaría de Planeación
Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho

LISTA DE COTEJO PARA ENTREGA DE REFERENCIA

No. Expediente: _____

Fecha: _____

Institución a la que se refiere: _____

Nombre y cargo a quién se dirige: _____

Identificación del usuario:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Sexo:		Fecha de Nacimiento:
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Teléfono:	Escolaridad:	Ocupación:

Información sobre derivación:

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PSICÓLOGO:	RECIBÍ INFORMACIÓN	
Motivo de derivación a otra Institución	SI	NO
Ubicación de la Institución a la que se refiere	SI	NO
Ruta más adecuada para acudir a la Institución	SI	NO
Horarios de atención	SI	NO
Teléfono o correo de contacto de la sede	SI	NO
Formato de atención (presencial o en línea)	SI	NO
Requisitos de la sede	SI	NO
Cuota de recuperación	SI	NO

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

FIRMA DE RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DE JEFATURA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA

Anexo 3.



Secretaría de Planeación
Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho

HOJA DE CONTRAREFERENCIA

No. Expediente: _____

Fecha: _____

Unidad médica que contrarefiere: _____

Nombre y cargo del médico solicitante: _____

Establecimiento destino de la contrareferencia: _____

Identificación del usuario:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Sexo:		Fecha de Nacimiento:
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Teléfono:	Escolaridad:	Ocupación:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	

Manejo de la Persona Atendida:

Padecimiento / Diagnóstico Ingreso:

Padecimiento / Diagnóstico Egreso:

Hallazgos clínicos:



**Secretaría de Planeación
Servicio de Salud Integral de la Facultad de Derecho**

Instrumentos realizados:

Tratamientos aplicados:

Recomendaciones:

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**FIRMA DE CONOCIMIENTO DE MOTIVO DE
CONTRAREFERENCIA**

NOMBRE Y FIRMA DE JEFATURA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA

FIRMA DE RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DE DESTINO