



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Área Académica de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública

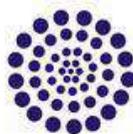
Caracterización de las unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit.

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Aspirante: Angel Manuel Alduenda Robles

Director de TRT: Dra. Martha Xitlali Mercado Rivas
Codirector: Dr. Juan Fernando López Flores

Trabajo realizado con el apoyo de una beca nacional de CONACYT



Julio de 2020

Índice general

Lista de abreviaturas	6
Resumen	8
Introducción	9
I. Marco teórico	11
1.1 Evolución y definición de Salud Mental	11
1.2 Contexto histórico de la Salud Mental	12
1.3 La enfermedad mental como problema de Salud Pública	14
1.4 Panorama internacional y nacional de los modelos de atención en Salud Mental	15
1.5 Modelo Hidalgo de atención en Salud Mental	18
1.6 Marco normativo	20
1.7 Conceptualización de caracterización	23
II. Antecedentes	24
2.1 Investigaciones internacionales, nacionales y estatales	24
III. Planteamiento del problema	30
3.1 Pregunta de investigación	33
3.2 Justificación	33
3.3 Objetivos	35
IV. Metodología	36
4.1 Tipo de estudio y diseño general	36
4.2 Universo de estudio	36
4.3 Selección y tamaño de muestra	37
4.4 Unidad de análisis y observación	38
4.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	38
4.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	39
4.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	41
4.8 Procesamiento de la información	42
4.9 Análisis estadístico de los datos	42
V. Resultados	43

5.1 Centros de salud	43
5.2 CESAME y CISAME	50
5.3 Hospitales Generales	63
VI. Discusión	72
VII. Conclusiones	81
VIII. Referencias	85
IX. Anexos	

Índice de Tablas y figuras de resultados

Figura 1. Esquema de las instituciones responsables de Salud Mental de los SSN.....	43
---	----

Centros de salud

Tabla 1.1 Personal actualizado en Salud Mental.....	44
Tabla 2.1 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.....	46
Tabla 3.1 Tratamiento farmacológico.....	48

CESAME/CISAME

Tabla No. 1.2 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.....	51
Tabla 2.2 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.....	53
Tabla 3.2 Fomento de la Salud Mental entre pacientes, familiares y comunidad.	54
Tabla 4.2 Fomento de la Salud Mental entre pacientes, familiares y comunidad.	55
Gráfica 1.2 Equipos multidisciplinarios CISAME/CESAME.....	57
Tabla 5.2 Reporte de información.....	58
Gráfico 2.2 Usuarios CESAME/CISAME.....	59
Gráfico 3.2 Usuarías CESAME/CISAME.....	60
Gráfico 4.2 Principales diagnósticos Tepic.....	60
Gráfico 5.2 Principales diagnósticos Tuxpan.....	61
Gráfico 6.2 Principales diagnósticos Ixtlán.....	62
Gráfico 7.2 Principales diagnósticos Bahía de Banderas (Tondoroque).....	62

Hospitales Generales

Tabla 1.3 Disponibilidad de camas.....	64
Tabla 2.3 Inspección, actualización y referencia.....	64
Tabla 3.3 Restricción de pacientes e intervención con usuarios.....	66
Tabla 4.3 Hospitalización y disponibilidad de psicofármacos.....	67
Gráfico 1.3 Recurso humano en Hospitales Generales.....	68
Tabla 5.3 Sistema de información.....	69

Índice de Anexos

Anexo 1. Entrevista para centros de Salud Mental (CESAME).

Anexo 2. Entrevista para centros de salud.

Anexo 3. Entrevista para Hospitales Generales.

Anexo 4. Oficio de registro de protocolo de investigación en Comisión Estatal de Bioética.

Anexo 5. Oficio de permiso en jurisdicción sanitaria I.

Anexo 6. Oficio de autorización de jurisdicción sanitaria I.

Anexo 7. Solicitud de permiso para Hospital General de Tepic.

Anexo 8. Oficio de autorización y registro por parte del Departamento de Calidad, Educación e Investigación en Salud del Hospital Civil.

Anexo 9. Oficio de solicitud de permiso para dirección de hospitales.

Anexo 10. Oficio de autorización por parte de dirección de atención hospitalaria.

Anexo 11. Solicitud de permiso para jurisdicción sanitaria II.

Anexo 12. Solicitud de permiso para jurisdicción sanitaria III.

Anexo 13. Carta de consentimiento informado.

Anexo 14. Tabla de resultados generales centros de salud Tepic.

Lista de abreviaturas

AVD: Años Vividos con Discapacidad

CAPA: Centro de Atención Primaria en Adicciones

CESAME: Centro de Salud Mental

CISAME: Centro Integral de Salud Mental

CONSAME: Consejo Nacional de Salud Mental

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

FMREM: Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedades Mentales

IESM-OMS: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INPRFM: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NOM: Norma Oficial Mexicana

OMS: Organización Mundial de la Salud

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

ONG: Organización no gubernamental

SAP: Servicios de Atención Psiquiátrica

SM: Salud Mental

SSM: Servicios de Salud Mental

SSN: Servicios de Salud de Nayarit

SP: Salud Pública

STCONSAME: Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental

Resumen

La enfermedad mental en el mundo y en México, representa grandes desafíos para la Salud Pública. Existe una alta morbilidad en depresión y ansiedad principalmente, aunado a prácticamente 800.000 muertes por suicidio al año en el mundo. Como respuesta, los Sistemas de Salud Mental son pieza clave.

Las diferentes evaluaciones a los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, entre ellas México, evidencian la poca efectividad de estos sistemas, con diferentes indicadores en negativo. En consecuencia, surgió la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de las unidades de Salud Mental disponibles en los Servicios de Salud de Nayarit?

El procedimiento utilizado, fue mediante la aplicación de entrevistas adaptadas del instrumento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se entrevistó a personal responsable de las diferentes unidades de salud en Nayarit, como: centros de salud, Centros de Salud Mental (CESAME), Centro Integral de Salud Mental (CISAME) y Hospitales Generales.

En los resultados, los centros de salud, sólo disponen de personal en Salud Mental (SM) en la clínica CESSA de Tepic. Se requieren las condiciones para el trabajo en colaboración con personal especializado, actualizaciones en cuanto a prescripción de psicofármacos, así como acciones en promoción y prevención. Los CESAME y CISAME todas cuentan con psicólogos, los médicos psiquiatras y psicofármacos sólo se disponen en la capital. Se requieren diferentes recursos para el trabajo comunitario. En segundo nivel, los hospitales carecen de unidades de hospitalización psiquiátrica en su interior, el personal psiquiátrico y psicofármacos de igual forma únicamente se disponen en Tepic.

La transición al modelo Hidalgo aún no se logra en el estado, lo que conlleva fuertes retos en la materia. Las acciones en respuesta a la problemática en los diferentes niveles, están desarticuladas, hay una heterogeneidad en las tareas. Así como una atención con marcadas barreras geográficas.

Introducción

La salud y enfermedad mental es un tema que cada vez toma mayor relevancia en diferentes escenarios. Sus repercusiones epidemiológicas son de gran impacto, en las esferas individual, social, económica y política de los diferentes países, lo que constituye diferentes problemáticas de Salud Pública. Por ello, se deben optimizar las formas de encarar estos desafíos que van en incremento.

La pregunta de investigación de este trabajo fue: ¿cuáles son las características de las unidades de Salud Mental disponibles en los Servicios de Salud de Nayarit (SSN)? Para dar respuesta, se organizó el contenido de la siguiente manera: el capítulo I es el marco teórico, se hizo un recorrido histórico en relación a la concepción de la SM, algunas reflexiones de la definición de SM, seguido de una visión de la enfermedad mental como problema de Salud Pública, donde se aborda la perspectiva de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se describen algunos modelos de atención a nivel internacional y nacional. El modelo Hidalgo, se incluye como el escenario teórico para la acción en los diferentes niveles de atención en el país, así como algunos elementos históricos que lo precedieron. Se hace un recorrido normativo, desde la Ley General de Salud, hasta los esfuerzos y logros estatales en el tema.

En el capítulo II, se muestran los antecedentes del problema, se incluyen los estudios internacionales, nacionales y estatales más relevantes, así como parte de la perspectiva de las instituciones como OMS y OPS en atención a la problemática.

En relación al capítulo III, incluye el planteamiento del problema, pregunta de investigación, justificación y objetivos tanto general y específicos, mismos que se encuentran en concordancia con la pregunta de investigación para dar respuesta a la misma. El capítulo IV, es el método adoptado en el proceso de investigación, que describe el tipo de estudio, universo, muestra y las características de su selección. Además, las particularidades del instrumento utilizado para las

entrevistas y el proceso realizado. Asimismo las cuestiones éticas implicadas en el proceso de investigación.

El capítulo V, se incluyeron los resultados de la investigación, que se encuentra dividido por unidades, primeramente los Centros de Salud, CESAME, CISAME y los Hospitales Generales. El capítulo VI es la discusión, se hace la comparación con los elementos teóricos abordados por nivel y tipo de unidad. Finalmente, el VII es la conclusión del documento.

I. Marco teórico

1.1 Evolución y definición de Salud Mental

En su proceso histórico la SM tenía otra denominación. Empezó bajo el nombre de higiene mental, este concepto aparece en la literatura inglesa por primera vez en 1908, para referirse a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la SM (1). Esta concepción surgió como un movimiento de higiene mental, producto del trabajo de Clifford Beers en Estados Unidos, el cual basó sus experiencias en hospitales psiquiátricos.

Dentro de la literatura, el concepto de higiene mental se utilizó como un sinónimo de SM, aún con la definición de la OMS en 1948, continuó el uso de ambos términos de manera indiscriminada. Bajo el preámbulo de las conferencias generadas en el tema, prevaleció un enfoque de tipo político, que denominó al movimiento SM. Bajo este contexto surge el Instituto de Salud Mental en 1949 en Estados Unidos.

El definir a la SM desde su origen y en la actualidad no es fácil, debido a que presenta dificultades epistemológicas, desde la misma definición que tiene diferentes perspectivas, y en consecuencia complica la forma de abordaje (2). Por lo tanto, concretar el concepto y la forma de intervenir en este contexto es complejo.

La SM se ha definido orientada a tres enfoques diferentes a lo largo de los años. El biomédico, el comportamental y socioeconómico. En el primero, la causa de los problemas mentales radica en los procesos cerebrales. En el comportamental, la enfermedad mental se debe a conductas desadaptativas y pensamientos irracionales. Finalmente en el enfoque socioeconómico, la causa es debida a los modos de vida que puede acceder un individuo para mantenerse saludable (2, 3). Se entiende que bajo estos enfoques la SM se define orientada hacia la enfermedad mental, con una connotación negativa al respecto.

Con base en los enfoques mencionados, la definición de la OMS de SM es la siguiente: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (4). Esta definición permanece vigente con algunas variaciones en los diferentes documentos de la OMS (5).

Una visión diferente, es la SM positiva propuesta por la OMS (6), es aquella donde se describen: la felicidad, rasgos de personalidad, recursos psicológicos, autoestima, control, resiliencia o capacidad para hacer frente a las adversidades. Algunos autores sugieren que se tiene que trabajar bajo esta línea (7), con el objetivo de generar los modelos conceptuales adecuados que permitan su abordaje desde la promoción de la SM. Finalmente al respecto, se tienen trabajos para la evaluación de dicho concepto en población mexicana (8, 9). Con miras a tener formas medibles de los elementos que conforman esta visión, y la forma de poder intervenir en ella.

1.2 Contexto histórico de la Salud Mental

La historia de la SM tiene diferentes momentos de interés, primeramente los antecedentes más remotos se sitúan en la prehistoria. La explicación de la enfermedad mental era de tipo mágica. Las trepanaciones craneales eran una forma de tratar la enfermedad, estas consistían en un orificio en la cabeza, por lo que dadas las condiciones de higiene nadie sobrevivía a ellas.

Por otro parte, el papiro egipcio de Edward Smith (1550 a.c.) es un interesante aporte para su época, se reconoce por primera vez en la historia al cerebro como la localización de las funciones mentales (10), generando con ello importantes adelantos en cuanto a la concepción de la enfermedad mental.

Un salto de suma importancia en la materia, es la visión griega de la enfermedad mental. Se da un giro considerable al origen y entendimiento de tales padecimientos. Hipócrates por ejemplo, entre los escritos que se le adjudican, se

encuentra un breve tratado en el que hace referencia a la SM, en el cual propone que estas enfermedades no eran de origen sagrado, ni divino, como se consideraba, sino de causa natural (11). Estas ideas vienen a revolucionar el panorama de enfermedad. Esta postura perduró prácticamente hasta la edad media.

En la edad media, se da un fuerte retroceso en la comprensión de la enfermedad mental, se pasó de una psiquiatría, a una demonología, debido a que la religión tomó el poder en todas las áreas de la vida social. El entendimiento de dichos padecimientos se volvió a considerar de tipo mágico, demoniaco y designios divinos. Esto permaneció por prácticamente un milenio de la historia de la humanidad.

Primera revolución psiquiátrica

Un hecho importante en el año de 1409, es la creación del primer hospital psiquiátrico en el mundo, por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré en Valencia (10), lo cual da lugar a la fundación de cinco centros más en España, y en 1567 el primero en México, estos hospitales eran atendidos por religiosos, con una visión mágica. Consecuencia a ello, el cuidado de estos enfermos era una situación de caridad, con la finalidad de separar a los enfermos del resto de la sociedad. Las condiciones y tratos en estos lugares eran muy precarios.

Segunda revolución psiquiátrica

Hacia el año 1800, surge en Francia la psiquiatría científica con Philippe Pinel (10). Su aportación más destacada fue: las personas con enfermedades mentales debían recibir un tratamiento médico, además consideró los factores medioambientales como influencias en estos. Con Pinel y algunos seguidores se da lugar a lo que se considera la segunda revolución psiquiátrica, dando paso a una visión más amplia de los orígenes de la enfermedad mental.

Tercera revolución psiquiátrica

Este periodo ocurre a mediados del siglo XIX, con una perspectiva positivista de la enfermedad, surgen diferentes autores interesados en el tema. Entre ellos se destaca Sigmund Freud y la creación del psicoanálisis (10), así como diferentes escritos con la finalidad de clasificar y describir los padecimientos mentales.

En esta misma época, en México surge el primer hospital de SM llamado manicomio general de la Castañeda, inaugurado en 1910, aún en los tiempos del porfiriato (12), este pretendía modernizar al país, con la aplicación de un enfoque europeo para la atención de los enfermos mentales.

En la actualidad, hay diferentes visiones de la psiquiatría alrededor del mundo, en los años 60, surge en Inglaterra la llamada antipsiquiatría (10) dicho movimiento considera la enfermedad mental un mito, y concibe a los psiquiatras como instrumentos del poder opresivo, dicho de otra forma, para tales representantes la enfermedad mental es cuestionable.

1.3 La enfermedad mental como problema de Salud Pública

La OMS en 2001 en su informe sobre la salud en el mundo (13), dedicó este documento exclusivamente a SM, como un grave problema debido al aumento de estos padecimientos, y ante la inadecuada atención que se brinda alrededor del mundo, por ello la SM debería tener la misma importancia que la salud física. A través de este documento se buscaba dejar de lado la exclusión de los enfermos mentales a nivel mundial, y generar nuevos mecanismos de intervención al respecto, con apego a los derechos de los pacientes.

En lo posterior a este informe, la OMS generó una serie de recomendaciones a los países a través del documento de políticas, planes y programas de SM (14), esto como continuación de las labores adoptadas en el informe de salud de 2001. El objetivo principal era que los países tuvieran una herramienta para generar e implementar políticas en este sentido.

La visión para 2030 de la OMS, se manifestó dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su contenido, el número 3 se denomina salud y bienestar, una de sus metas a cumplir es: promover la SM y el bienestar (15). En congruencia a lo anterior, la SM está incluida en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030 (16), por lo que su importancia para el bienestar poblacional es de carácter urgente.

La SM pública es un área que enfrenta desacuerdos en terminología y territorios (17, 18), por lo tanto se debe profundizar en los conocimientos de los componentes tanto de la Salud Pública y SM en conjunto, con la finalidad de determinar las implicaciones de ambas, y poder intervenir adecuadamente. Además de una revisión desde la epistemología del concepto SM (2).

1.4 Panorama internacional y nacional de los modelos de atención en Salud Mental

La literatura a nivel internacional a través de diferentes revisiones sistemáticas y demás estudios, señalan diferentes modelos de atención en SM, tanto para países de bajos, medianos y altos ingresos, mismos que están orientados en diferentes elementos de atención. Desde modelos y acciones pertinentes en primer nivel de atención, hasta la hospitalización de pacientes y cuidados de especialidad.

El primer nivel de atención en salud es clave, de acuerdo a Gillies et al. (19) el enlace de consulta es un modelo de atención de SM donde el médico de atención primaria tiene el papel central en la prestación de servicios en SM, con la colaboración de un especialista en la materia que proporciona apoyo consultivo, mismo que evidencia resultados favorables en avances terapéuticos, adherencia al tratamiento, entre otras. De manera similar en México, Villamil-Salcedo et al. (20), reportan los beneficios de un modelo en primer nivel orientado en el trabajo en redes de colaboración entre el médico de primer nivel y un especialista (psiquiatra). En esta línea de acción, Zhao et al. (21) orientan la atención hacia

modelos encaminados a la psicoeducación, con resultados favorables en adherencia terapéutica y prevención de recaídas a mediano plazo.

En este mismo orden de ideas, los modelos de atención integrada, de acuerdo a Thornicroft et al. (22) deben de dirigirse a la promoción y prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo, rehabilitación y cuidados paliativos, servicios que deben estar coordinados en sus diferentes niveles. En esta misma línea, la atención se orienta hacia los determinantes sociales, Giacco et al. (23), mencionan que se debe incidir en el contexto social de las personas que padecen una enfermedad mental, con acciones en apoyo a la crianza al interior de las familias, oportunidades educativas y laborales, donde la desventaja social es un punto relevante en estos contextos.

La intervención por grupo etario, es otra de las orientaciones en el primer nivel. Davey y McGorry (24), mencionan la pertinencia de implementar acciones tempranas en la detección y tratamiento (no farmacológico de forma ideal), de la depresión en población joven, esto visto a través de un modelo de estadificación de la enfermedad, que tiene como objetivo que la enfermedad no progrese, y aligerar la carga de enfermedad en lo posterior. Además, que en la etapa de juventud se originan y detonan la mayoría de los trastornos mentales.

Las barreras para la atención a la SM en el primer nivel, es una dificultad compleja en los países de bajos y medianos ingresos, como lo señalan Esponda et al. (25), con problemas relevantes desde la planificación, poca evidencia científica de evaluación, implementación, creencias por parte de profesionales, las necesidades complejas de usuarios, entre otras. Por lo tanto, para la mayoría de los países es un desafío latente, que requiere atenderse. Aunado a la desconexión con los demás niveles de atención.

El segundo nivel de atención, y la atención de especialidad es un tema complejo, debido a la poca información de calidad científica que permite tener directrices específicas de atención y aunado a la complejidad que conlleva la intervención en la salud y enfermedad mental.

La atención después del primer nivel, se orienta a la resolución a través de enfoques comunitarios, fuera de la hospitalización prologada. En este sentido, en Reino Unido de acuerdo a Werbeloff et al.(26), estudiaron servicios de atención en crisis brindados en el hogar, mismos que buscan que el usuario no ingrese a los servicios de hospitalización, prevenir recaídas y servicios más económicos. Además en una revisión sistemática de Dieterich (27), se reporta la gestión intensiva de casos como un modelo comunitario, que busca ayudar a las personas con enfermedades mentales graves, a adquirir recursos materiales (como comida, refugio, ropa y atención médica), así como la participación a nivel comunitario, donde por ende se da la reducción de la hospitalización, y el continuo seguimiento de casos desde la comunidad. De manera similar en Reino Unido, un estudio por Killaspy (28), evidencia la atención en el hogar denominado servicio de atención flotante para pacientes menos graves, donde se visita al menos una vez por semana para brindar apoyo práctico y emocional, y reducir la hospitalización. Hay otros tipos de atención, como: hogar con apoyo emocional, que tiene atención las 24 horas, y las residencias de atención, homólogas en su caso a los hospitales psiquiátricos tradicionales, estructuras que son las más costosas en cuanto a su atención.

Se debe hacer mención, que la efectividad de los modelos comunitarios no es concluyente, es de baja calidad de acuerdo a lo reportado por diferentes revisiones sistemáticas (29, 30); sin embargo, deja en claro que se tienen que generar estudios de mayor calidad, que nos permitan comprender y acercarnos a la toma de decisión, por las alternativas de atención pertinentes.

En cuanto a la atención de especialidad y la hospitalización, esta debe ser breve y con ello en menor medida la institucionalización del paciente por largos periodos. Babalola et al. (31) proponen que la estancia de hospitalización breve es la más adecuada, esta consiste en menos de 28 días, sin embargo; dentro de las desventajas de una estancia corta, es que puede propiciar el abandono de tratamientos y la pérdida de contacto con el paciente por parte de las instituciones

de salud. Estas opciones de atención, tienen las orientaciones similares a las establecidas por el modelo Hidalgo (32), en México.

A nivel internacional y nacional, la tendencia en atención está orientada a la reinserción de las personas con trastornos mentales a la sociedad, por ello modelos como el de casa club (33), que se originó en Estados Unidos, buscan insertar a los pacientes a la vida cotidiana, a través del empoderamiento, recuperación, apoyo de pares y la no medicalización. Se articula un trabajo entre gobierno, sector salud, recurso humano calificado, con énfasis en la recuperación, lo cual converge con modelos de atención integral en atención primaria (34). El modelo dentro de sus limitaciones, está sectorizado para pacientes que pueden ejecutar conductas de autocuidado, y que pueden realizar algunos trabajos. Los pacientes graves no son candidatos. Al final de cuentas, el modelo converge con algunos elementos de los departamentos independientes que propone el modelo Hidalgo en México (32) y los hogares con apoyo emocional en Reino Unido (28).

1.5 Modelo Hidalgo de atención en Salud Mental

El modelo Miguel Hidalgo tiene como antecedentes la reforma psiquiátrica en Italia en los años 70's, donde se buscaba una atención psiquiátrica sin internamiento, además de concebir al enfermo mental desde una perspectiva humanizada (35, 36). El segundo movimiento más influyente, fue la reforma psiquiátrica en España (37, 38), en la cual se da un cambio del modelo asilar, al nuevo modelo comunitario, se realizó a través de diferentes movimientos sociales dentro del país, con objetivos particulares como: derechos de los pacientes psiquiátricos, y la superación del modelo asilar.

En México, el trabajo en conjunto de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedades Mentales I.A.P (FMREM) y el Gobierno Federal a través de la Secretaria de Salud, del año 1999 a 2000 elaboró el modelo Hidalgo de atención en SM. En el año 2000, se cierra el Hospital psiquiátrico Ocaranza e inauguran la Villa para dar atención hospitalaria a 120 usuarios, a

cargo del gobierno de Hidalgo y dos casas de medio camino en el estado de Hidalgo a cargo de la FMREM (39). Este modelo asume el nombre de Don Miguel Hidalgo y Costilla, mejor conocido como Miguel Hidalgo.

En 2001, se asume el compromiso de promover, difundir e implementar el modelo Hidalgo de atención en SM a lo largo del país. Para coadyuvar en el proceso, se crea el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME). A continuación se describen algunas características del modelo Hidalgo, el cual está dividido en cuatro áreas (32):

1. Promoción y prevención: está dirigida a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población, detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo. Esto comprende principalmente tres líneas de acción: Promoción de la SM, prevención de los trastornos mentales, detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.
2. Atención ambulatoria: Con ello se busca que los centros de salud tengan personal capacitado en SM, representa una estrategia significativa para atender psicopatologías leves y fomentar la SM entre pacientes, familiares y comunidad en general. Esta atención se orienta hacia los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), que están conformados por equipos multidisciplinarios básicos que constan al menos, de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.
3. Hospitalización: Las unidades de psiquiatría al interior de un Hospital General, constituyen el proceso de transición de la atención del paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, a diversos servicios interrelacionados, que incluyen ingresos breves. Las villas de transición hospitalaria son áreas de características estructurales distintas al modelo asilar. Es un conjunto de casas cuyo diseño arquitectónico consta de cuatro recámaras con baño cada una, sala, comedor, cocina, donde los usuarios

cuentan con una estructura que les permite realizar actividades cotidianas que apuntalan a la normalización del ambiente del usuario con miras a la reintegración social.

4. Reintegración social: la reintegración social del usuario al medio que pertenece a través de diferentes estructuras de atención comunitaria como: departamentos independientes, casas de medio camino, centros de día e inserción laboral. Algunos de estos dispositivos ya se encuentran recibiendo usuarios (as) en distintas entidades Federativas.

La importancia de revisar este modelo, radica debido a que los últimos programas disponibles en SM en el país (40, 41), están orientados en el modelo Hidalgo en atención en SM y son congruente con las disposiciones internacionales.

Por otra parte, se debe destacar que el modelo en su conformación abarca diferentes niveles de atención a la salud, los describe de forma general, y deja en duda las características necesarias para su implementación, procesos en la atención y demás variables que deben especificarse, y de las cuales no se dispone mayor información teórica que la presentada en este trabajo, aunado a la poca evidencia empírica, misma que se comenta en el apartado de antecedentes.

El país se encuentra en transición desde hace casi 20 años para la implementación del modelo Hidalgo, mismo que ha sido consecuencia de los cambios internacionales en la perspectiva de atención, las cuales México debe actualizar y contextualizar, acorde a las necesidades epidemiológicas y recursos, para brindar atención con mayor eficiencia, e impactar en un futuro en la calidad de vida de los mexicanos.

1.6 Marco normativo

En México a nivel normativo, el punto de partida es la Ley General de Salud (42), promulgada en 1984, el tema de SM se abordan en el capítulo VII, de manera genérica hace mención de lo siguiente: la prevención de los trastornos mentales debe realizarse desde un enfoque comunitario, la promoción de la SM, con énfasis

en la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales, la difusión de los derechos de las personas con trastornos, y de la detección de grupos vulnerables. La atención a la enfermedad mental debe cumplir con un tratamiento integral, un equipo multidisciplinario, con instituciones de internamiento que remite a la NOM 025 sobre unidades de atención hospitalaria.

La regulación de la atención médico - psiquiátrica esta normada por la NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (43), tiene como objetivo el establecer los criterios de operación y de organización de las instituciones que prestan servicios de atención integral médico-psiquiátrico, con calidad y calidez, además del cuidado de los derechos humanos de los pacientes. En su contenido hace un fuerte énfasis en la intervención en niveles preventivos, con acciones en promoción de la SM, con énfasis en la atención del primer nivel. Esto en sintonía con el modelo Hidalgo para la atención en SM.

De acuerdo a los diferentes elementos normativos, y la relevancia de la problemática en los diversos contextos, entre ellos los escenarios de laborales, recientemente se aprobó en 2018 en el país la NOM-035-STPS-2018, sobre factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (44), la cual destaca la importancia de la detección, prevención y tratamiento de riesgos psicosociales, que se entienden como aquellas situaciones que pueden generar ansiedad, estrés grave, problemas del sueño y trastornos de adaptación en el trabajador, debido a las condiciones que se derivan de su entorno laboral. Esta norma obliga a cualquier institución o empresa, a realizar con un diagnóstico de riesgos psicosociales, y a ejecutar acciones que mitiguen la problemática.

Por otro lado, los mecanismos legales a nivel nacional como la Ley General de Salud y las diferentes NOM, no han resultado en apariencia suficientes para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales. Desde 2010 han sido expedidas leyes estatales de SM en Jalisco, Morelos, Sonora, Michoacán, Campeche y en la Ciudad de México. En noviembre de 2017 surgió la iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley General de Salud Mental (45),

la cual tenía el reto principal de implementar a nivel nacional el modelo Hidalgo de atención a la SM, por ello desde esta propuesta, resulta imprescindible la creación de una Ley Nacional de Salud Mental, cabe destacar que la iniciativa se encuentra detenida en su proceso legislativo hasta la actualidad. En este sentido, países latinos como Colombia (46), desde 2013 cuentan con estos mecanismos legales para la protección de la SM de su población.

En Nayarit, en octubre de 2018 se propuso la iniciativa de proyecto de Ley de Salud Mental del Estado de Nayarit (47), la cual contenía 10 capítulos que van desde la promoción, prevención, tratamiento con perspectiva comunitaria, internamiento, esto último no especificaba las instituciones que lo realizarían, y se mencionan algunas que no dispone el estado. La atención de grupos vulnerables y en condición de cárcel es otro de los elementos, además el trabajo intersectorial con el sistema educativo, así como la profesionalización del recurso humano en atención, las diferentes responsabilidades y atribuciones institucionales, el tema del financiamiento, entre otras cuestiones.

En consecuencia, en septiembre de 2019 se publica en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Nayarit, el decreto que reforma y adiciona diversos artículos a la Ley de Salud para el Estado de Nayarit, en materia de SM (48), donde de manera general se incluyen los siguientes elementos: la garantía del derecho a la SM por parte de las instituciones del estado. Además de mencionar la responsabilidad de las familias en este proceso.

Los Servicios de Salud de Nayarit (SSN), son los responsables directos de la promoción, prevención y tratamiento de enfermos mentales, además de la responsabilidad de formular un programa de atención en SM estatal. Aunado a la atención a grupos vulnerables y la disminución de barreras geográficas en la atención. De forma general, la iniciativa de ley mencionada previamente contenía elementos detallados hacia la protección y atención de la SM de los nayaritas; sin embargo, lo que se aprobó y publicó finalmente dista de la primera.

1.7 Conceptualización de caracterización

El presente trabajo está titulado como: caracterización de las unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit, por lo que abordar el término “caracterizar” o “caracterización” desde su semántica, es de relevancia para una mejor comprensión del contenido.

De acuerdo a la RAE (49), “caracterizar” significa: “determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás”. Dada la ausencia de estudios en torno a las unidades prestadoras de servicios de SM en el estado, se considera fundamental iniciar la comprensión de la problemática a través de las particularidades de las diferentes unidades disponibles en el estado.

Existen diferentes metodologías para la caracterización servicios de salud (50), desde una visión gerencial, es un paso esencial para familiarizarse con los procesos y mejorar sus resultados. Hay metodologías específicas de caracterización de servicios, usuarios y demás. Sin embargo; dada la ausencia de estudios al respecto en Nayarit, se considera pertinente partir de una descripción de las características de las unidades que se disponen, con la utilización de procedimientos disponibles para ello. La metodología adoptada para este estudio se tomó de la propuesta por la OMS que más adelante se abordará.

II. Antecedentes

2.1 Investigaciones internacionales, nacionales y estatales

Un aporte de relevancia es la investigación realizada por la OPS y OMS, ambas en colaboración en 2013, publicaron el documento denominado, informe sobre los Sistemas de Salud Mental de América Latina y el Caribe (51), se menciona de manera general que los diferentes Sistemas de SM no han dado respuesta de manera satisfactoria a las necesidades de la población, lo que trae consigo numerosas problemáticas. En este mismo documento, se hace un llamado de atención a los países evaluados entre ellos México, a reformar los Sistemas de SM debido a que no son eficientes.

En este sentido, la OMS en colaboración con la OPS y la Secretaría de Salud, realizaron una evaluación sobre el Sistema de Salud Mental mexicano (52), se publicó en el año 2011, los datos se recolectaron en los años 2009 y 2010 con base en el año 2008, en los diferentes estados del país.

La evaluación se efectuó con el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM - OMS) (53), se evaluaron las 6 secciones propuestas por esta herramienta, a lo largo de toda la República Mexicana. Algunos aspectos de interés de los resultados se describirán brevemente, mismos que se proporcionan a nivel nacional y en menor medida a nivel estatal.

De acuerdo a esta evaluación (52), el Sistema de SM tiene algunas fortalezas a mencionar, entre ellas se destaca la cobertura por parte del Seguro Popular (actualmente Instituto de Salud para el Bienestar), mismo que atiende los trastornos mentales más prevalentes. Por otra parte, también se menciona que se realiza un continuo trabajo en materia de investigación, que engloba áreas como estudios epidemiológicos, evaluaciones clínicas, intervenciones psicosociales, entre otras.

En relación a debilidades detectadas en el informe (52): la cuestión presupuestal es parte de ellas. Del total destinado a salud, sólo el 2% es para SM, y de este porcentaje, el 80% se destina a los hospitales psiquiátricos. En consecuencia, el

mayor presupuesto lo obtiene el tercer nivel de atención, lo que significa un bajo ingreso al primer nivel de atención, que es totalmente opuesto a lo recomendado por estos organismos internacionales.

Por parte de recursos humanos, los psiquiatras y psicólogos, son insuficientes, esto representa otro reto a vencer para el Sistema de SM mexicano. Son pocas las ciudades que cuentan con el personal suficiente, por lo regular se concentran en las tres principales ciudades del país: Cd. De México, Monterrey y Guadalajara (52).

Los retos de esta evaluación (52), son primeramente, aumentar el presupuesto; los países de ingresos medio – alto invierten el 3.5 %, y en México el 2%. Además se busca que se fortalezca el primer nivel de atención y la ampliación de servicios de SM en los Hospitales Generales.

En específico, en Atención Primaria de la Salud (52), se puede destacar: que el 11% de los médicos generales en el país han recibido capacitación en temas de SM, para el caso de Nayarit es de un 22.7%. En este sentido, en el país las unidades de atención disponen del 21 al 50% de protocolos de evaluación y tratamiento de trastornos mentales. Además, del 21 al 50% realizan por lo menos una referencia al mes a un profesional de la SM. En relación a la interacción de los médicos generales con profesionales especializados, del 21 al 50% tuvieron contacto por lo menos una vez en el año 2008. En cuanto a disponibilidad de medicamentos psicotrópicos de cada categoría terapéutica, es del 21-50% de las instituciones que cuentan con médico general, donde únicamente pueden prescribir psicofármacos los profesionales de la medicina.

La atención de los centros ambulatorio de acuerdo al informe de la OMS (52), tiene las siguientes particularidades: primeramente en el estado de Nayarit, se disponen de 6 centros de esta naturaleza, que pertenecen al sector público. Se carecen de centros especializadas en atención a niños y adolescentes en Nayarit. A nivel nacional, sólo un 3% de estas son para este grupo de etario. En cuanto a

los diagnósticos atendidos en estos centros, en Nayarit el 50.3% son trastornos del estado de ánimo, seguido de un 19.1% con los trastornos neuróticos.

En torno a la atención de seguimiento en servicios ambulatorios (52), un 31% a nivel nacional la brinda, aunada a 4% de las mismas que cuentan con equipos móviles para la disminución de las barreras geográficas. La mayoría de estos dispositivos en México, brinda de un 81 al 100% intervenciones psicosociales a sus usuarios. En cuanto a disponibilidad de psicofármacos, en el país el 67% de los centros disponen de al menos uno de cada categoría terapéutica. En relación a recurso humano, Nayarit dispone de 8 psiquiatras y 18 psicólogos en atención ambulatoria.

La atención otorgada por parte de los Hospitales Generales, tiene peculiaridades de interés, debido a que se considera un reto de acuerdo a este informe (52), se deben establecer unidades de internamiento psiquiátrico al interior de los Hospitales Generales. De las cuales sólo se disponen de 13 en el país, y solamente el 8% de las mismas están destinadas para niños y adolescentes. En los servicios brindados del 51 al 80% los usuarios recibieron una o más intervenciones psicosociales. El 100% dispuso de al menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica. En general, se considera que la atención a especialistas (psiquiatras), se dificulta por diversos tipos de barreras como: sociales, geográficas, económicas y culturales.

Por otra parte, la OMS en su Plan sobre Salud Mental 2013 – 2020 (54), da la pauta de recomendaciones para la atención en SM a los países miembros, con la finalidad de que cada uno forme sus propios programas y planes de atención, así como programas específicos de atención en SM, acorde a las necesidades particulares de cada país.

Los objetivos que propone la OMS en su plan (54), son los siguientes: el reforzamiento de liderazgo y gobernanza en materia de SM. La asistencia social de servicios comunitarios, así como estrategias de promoción y prevención en la materia. Además, el fortalecimiento de los sistemas de información en SM. Cada

uno de los objetivos propuestos incluye sus líneas de acciones para su cumplimiento, mismos que brindan la orientación a los países para llevar a cabo dichos objetivos, con ajuste del contenido a las necesidades prioritarias de cada país.

Uno de los aspectos claves en este plan (54), es el fortalecimiento del primer nivel de atención, se enfatiza en una medicina preventiva y en menor medida curativa, con la finalidad de la detección temprana de las patologías y con ello evitar el progreso de su gravedad, por lo tanto, la reducción de la carga global asociada a los trastornos mentales.

En el país, el último programa de acción específico de Salud Mental 2013 – 2018 (40), realizado por la Secretaria de Salud. Plantea sus compromisos con la SM en seis objetivos: primeramente énfasis en la detección temprana de los trastornos mentales, seguida del fortalecimiento de la cobertura de los servicios y su calidad. Otro de los objetivos es la coordinación de la elaboración de programas específicos de intervención en las unidades que conforman la red de servicios. La capacitación del recurso humano es otro de los objetivos. Además la protección de los derechos humanos de los usuarios.

Cada uno de los objetivos descritos tiene sus estrategias y líneas acción. En general estos objetivos van en relación con el modelo de atención en SM Hidalgo (32), donde uno de sus elementos más relevantes es la atención en el nivel primario.

El programa de acción específico de atención psiquiátrica 2013 – 2018 (41), es el último disponible, en congruencia con el programa de acción específico en Salud Mental. Como objetivo general del programa es: avanzar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, basada en la evidencia científica y con pleno respeto de los derechos humanos.

El programa en atención psiquiátrica (41), tiene cinco objetivos base, los cuales a grandes rasgos son los siguientes: el fortalecimiento y la modernización de los servicios de atención psiquiátrica desde un enfoque comunitario, integral y

multidisciplinario. Por otro lado, la formalización de una red especializada entre el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). Seguida de la realización de acciones de prevención y educación de los tratamientos mentales prioritarios relacionados con suicidio. Además de la formación y capacitación de recurso humano, finalmente el fomento a la investigación en SM.

De manera particular, en el año 2012, se publicó una investigación denominada, evaluación al modelo nacional de atención en Salud Mental Miguel Hidalgo (55), parte de los resultados generales del estudio fueron: la rehabilitación de forma significativa con el modelo Hidalgo, y en menor medida en el asilar, así como los egresos de pacientes en las villas (modelo Hidalgo), fueron más significativos en comparación con el modelo tradicional, la medicación también se redujo de manera significativa bajo esta intervención. Parte de sus conclusiones fueron que la implementación de este modelo debe realizarse en los demás estados del país, situación que representa un reto para el Sistema de Salud.

En este sentido en México en 2013, se realizó una evaluación al Sistema de Salud Mental por Berenzon et al. (56) donde utilizaron algunos de los indicadores tomados del instrumento de la OMS, con ello obtuvieron como resultados: solamente 30% de los servicios de atención primaria, contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales. El presupuesto asignado es un elemento álgido, mismo que requiere un aumento. Además de mayores esfuerzos de trabajo en el primer nivel de atención, en el cual son mínimos, esto contrario a lo recomendado por la OMS, que insta a los países al trabajo enérgico en el primer nivel, lo que significa uno de los mayores retos a emprender. Asimismo, Berenzon et al. (57) proponen una perspectiva socioecológica para encarar los retos en este nivel a través de la vinculación y participación de diferentes actores como: personal de salud y usuarios.

Por otra parte, el impacto al Sistema de Salud mexicano en relación a costos de la enfermedad mental, es otro de los elementos de relevancia, de acuerdo a estimaciones realizadas por Arredondo et al. (58), el costo total sólo de la atención

a la esquizofrenia y la depresión para el último año del periodo 2013 fue de USD 39.081.234.00, USD 18.119.877.00 para esquizofrenia y USD 20.961.357.00 para depresión. Cabe destacar que las cifras incluyen a todas las instituciones de salud del sector público. Además, son estimaciones únicamente para estos dos padecimientos, con costos directos de la enfermedad. Se debe considerar que continúa el aumento epidemiológico en estas patologías, y demás trastornos a nivel nacional y estatal.

En Nayarit, los estudios relacionados con la atención a la SM se encuentran ausentes en las publicaciones de revistas científicas, así como en el repositorio universitario en tesis de posgrado. Los estudios más cercanos a la problemática de manera colateral, fueron el realizado por Puga (59), sobre el perfil de riesgo suicida en población nayarita. Además de Negrete et al.(60), con un estudio en torno a los factores de riesgos para los trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente del estado. Asimismo, Figueroa-Varela et al.(61), con un estudio sobre factores de riesgo sobre consumo de sustancias en población de bachillerato.

De acuerdo a las evidencias de literatura y las visitas realizadas a las unidades de SM del estado, se debe de trabajar en la realización de investigación, y en la publicación de las mismas, debido que a nivel institucional los esfuerzos y hallazgos no se publican; por lo tanto, esta información está ausente en la literatura, y en consecuencia la investigación y acciones pueden llegar a ser más complejas.

III. Planteamiento del problema

La enfermedad mental a nivel mundial representa una carga de morbilidad del 13% (54). Los trastornos mentales más comunes son la depresión y la ansiedad. Se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, esto equivale a un 4.4% de la población en general. En la región de las Américas 48.16 millones de personas padecen depresión lo que representa un 16% del total de esta región (62).

En el año 2015, se calcula que fallecieron 788.000 personas debido a suicidios; representa cerca de 1.5% de todas las defunciones en el mundo, lo que la clasifica entre las 20 principales causas de muerte. A escala mundial, 78% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos en este mismo año (62).

En México, los problemas de SM y el abuso de sustancias concentran 18.9% de los años vividos con discapacidad (63). Alrededor de 15 millones de mexicanos padecen algún tipo de enfermedad mental (64), lo que representa un problema de Salud Pública, con serias repercusiones a nivel social, económico, político y sanitario.

En el país en 2015, había 4.936.614 de casos de depresión, representa un 4.2% de la población general. Al respecto un total de 866.544 años, esto representa un 8.6% de años vividos con discapacidad (62). Por otra parte, el trastorno de ansiedad, fue de 4.281.809 de casos, que representa un 3.6% de la población total. En cuanto a los años vividos con discapacidad fue de un total de 399.231 años con un 4% (62).

En relación a suicidios, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2015 se registraron en México 6.425, en el 2016 fueron 6.370 (65), cifras que aparentemente muestran disminución, pero al revisar en retrospectiva, se observa que es un aumento generalizado en los demás años. El incremento se estima en un 17% de 2000 a 2012, diferentes estimaciones calculan entre 10 y 30

intentos por cada muerte por suicidio (66). Por consiguiente, dichas cifras tienen implicaciones epidemiológicas relevantes para la Salud Pública.

Para el año 2016, el estado de Nayarit, tenía una frecuencia de 4.642 personas con algún trastorno mental, 2.645 son mujeres y 1.997 hombres, que asistieron a atención a los Servicios de Salud de Nayarit (SSN), en las tres jurisdicciones del estado, con sede en los municipios de Tepic, Compostela y Tuxpan (67).

En cuanto a suicidios en el estado, de acuerdo a cifras proporcionadas por el departamento de SM estatal (68), en el 2017 hubo un total de 66 personas que se quitaron la vida. En el 2018, se presentaron 56 suicidios hasta el mes de agosto, cifras que tienden al incremento.

La problemática sanitaria en relación a la enfermedad mental es preocupante en los distintos niveles: mundial, nacional y estatal. Por ello, los distintos servicios de atención en SM en los diferentes niveles de atención, son claves para responder a dichas demandas en los distintos sectores de la población en general.

En el panorama internacional, la evaluación realizada a los Sistemas de Salud Mental de América Latina y el Caribe (51), tienen como resultado general, una deficiencia en la atención de este tipo de necesidades en la población. Como recomendaciones al respecto se encuentran: la reestructuración de los servicios en los diferentes países, incluido México. Posteriormente, en el año 2011 se realizó la última evaluación al Sistema de Salud Mental mexicano (52), donde se encontraron deficiencias presupuestales, la baja priorización de la intervención en el primer nivel de atención e insuficiencia de recurso humano.

México, en su proceso de atención a la SM, cuenta con estos servicios, hasta el segundo nivel de atención de manera formal (69), lo que significa un disminuido trabajo en el primer nivel. Esto consecuencia de diferentes variables como: bajo presupuesto, aunado a la falta de mecanismos legales al respecto (70), el recurso humano insuficiente (52, 64). Entre otras características que son impedimento para poder incluir a la SM de manera prioritaria.

La atención en SM en el segundo nivel, se brinda a través de los Hospitales Generales. Posteriormente el tercer nivel, concentra la mayor parte de los esfuerzos al respecto. De acuerdo al Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), hay un total de 33 hospitales psiquiátricos, distribuidos en 23 estados, carecen de ellos Baja California, Colima, Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas (71). Cabe mencionar que este nivel de atención es el que se lleva el mayor presupuesto en la materia, hasta un 80% del total (52). Por lo tanto, el recurso económico destinado a los demás niveles es mínimo, contrario a las nuevas perspectivas de atención propuestas por OMS y los modelos de atención en diferentes países desarrollados.

En cuanto al número de profesionales de la SM, para 2016 había 4.393 psiquiatras con una tasa de 3.68 por cada 100 mil habitantes (72), sin embargo, se consideran insuficientes de acuerdo a lo recomendado por la OMS (73). Además que se encuentran distribuidos principalmente en las grandes urbes del país.

La Secretaría de Salud, como rectora del Sistema de Salud, es la principal responsable a nivel nacional de la atención en SM, las demás instituciones del Sistema de Salud (IMSS, ISSSTE y otros) tienen la responsabilidad de coadyuvar en dicho proceso (40), consecuencia a ello, la Secretaría se encarga de realizar los mayores esfuerzos al respecto, a través de diferentes mecanismos.

Por otra parte, de acuerdo a los Servicios de Salud de Nayarit (74), las principales unidades de SM del estado son: los Centros de Salud Mental (CESAME), los Centro Integral en Salud Mental (CISAME), y el Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Dichas unidades no cuentan con información disponible al público, ni con plataformas digitales para el acceso de información en cuanto a funciones y servicios ofertados a la población nayarita. En esta lista se incluyen los Hospitales Generales y los centros de salud del estado.

Finalmente, los servicios de SM en México y Nayarit, presentan serias deficiencias, la principal en cuanto a las dificultades de la implementación del

modelo Hidalgo a lo largo del país y en el estado, lo que implica serios cambios en los diferentes niveles. Por lo tanto, es importante indagar acerca de las características de las unidades y su atención en el estado, y con ello emitir recomendaciones acerca de las actuaciones en SM pública, que respondan con mayor eficiencia y orienten hacia las nuevas perspectivas de atención.

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características de las unidades de Salud Mental disponibles en los Servicios de Salud de Nayarit (SSN)?

3.2 Justificación

De acuerdo a la OMS, la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. La depresión es la principal causa de discapacidad, y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Aunado a ello, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (75). Esto con serias repercusiones a nivel social, económico, político y sanitario.

En México, el panorama no es alentador al respecto, 25% de las personas entre 18 y 65 años de edad presenta algún problema de SM, de ellos sólo 3% busca atención médica (76). Además, para 2020 de acuerdo a la OMS, la depresión será la principal causa de discapacidad en el país (77). Se destaca, que los retos son por demás alarmantes, las consecuencias no son únicamente en calidad de vida, trascienden a esferas de tipo social, donde la estigmatización hacia la enfermedad mental, es otra de las grandes problemáticas colaterales (78-80), las personas con alguna afectación, no suelen atenderse debido a una serie de creencias erróneas que socialmente se le atribuye a la enfermedad mental. Aunado a repercusiones económicas, esto debido al ausentismo laboral, donde el sector de la población más afectada se encuentra en edad productiva.

Los servicios de SM son clave para la atención de la población. Las últimas evaluaciones realizadas al Sistema de Salud Mental en México, muestran diferentes fortalezas y debilidades en los servicios de atención, en su generalidad presentan grandes retos.

El conocer las características de los servicios de atención en SM, brindados por las diferentes unidades de los SSN, permitirá identificar las condiciones de funcionamiento actual. Derivado de ello, se pueden realizar propuestas en pro de la SM pública del estado, esto de manera contextualizada, de acuerdo con las diferentes características obtenidas.

Los beneficiados directos de este trabajo, son las autoridades correspondientes en las diferentes unidades de atención del estado, debido a que se contará con información actual, que favorezca la toma de decisiones en pro de servicios más eficientes para el beneficio de la población nayarita. Así como, información que puede contribuir a la conformación de propuestas de intervención al respecto.

El presente trabajo, actualizará la situación en que se encuentran los servicios de SM del estado, mismo que generará un aporte a la literatura, y un impacto en posteriores intervenciones en la materia. Además de generar un panorama de análisis en relación a lo propuesto por la OMS en el instrumento a utilizar en este trabajo, donde se proponen algunas alternativas al mismo, de manera contextualizada.

Finalmente, como elemento clave, el conocer la realidad actual de atención en SM en el estado, puede brindar la referente para las nuevas actuaciones en SM pública, e incidir en la creación de políticas estatales en protección a la SM de los nayaritas.

3.3 Objetivos

General

Caracterizar a las unidades que prestan servicios de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit.

Específicos

1. Identificar a las unidades que brindan atención de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit.
2. Describir el funcionamiento de las unidades que brindan atención de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit.
3. Comparar las condiciones entre las unidades de Salud Mental de los Servicios de Salud de Nayarit según la opinión de sus informantes claves.

IV. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño general

El diseño utilizado fue de tipo observacional en el cual el investigador solo fue un observador del fenómeno, y recopiló información (81). Además se realizó de forma descriptiva, en donde se puntualizaron las distribuciones de las diferentes características. Es un estudio de tipo transversal, donde las determinaciones del fenómeno o recolección de datos se hacen en un único tiempo.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y objetivos, se optó por este tipo de estudio y diseño, lo cual se considera responde a las necesidades requeridas en la investigación, además en consistencia con las características del instrumento a utilizar para la recolección de información.

4.2 Universo de estudio

El Sistema de Salud mexicano (82), está compuesto por dos grandes sectores, el público y el privado. El primero de ellos, concentra a las principales instituciones de salud del país, las cuales son: Secretaria de Salud (rectora del Sistema de Salud), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otras. Secretaria de Salud es la que cubre el mayor porcentaje de atención en el país, y en Nayarit no es la excepción con un 51.4% (83), de cobertura a través Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Para la finalidad de este trabajo, la Secretaria de Salud es la responsable a nivel nacional de la atención de la SM, en consecuencia, las demás instituciones deben coadyuvar en dicho proceso. La atención en el estado por parte de los Servicios de Salud de Nayarit, se brinda a través de diferentes unidades como: CESAME, CISAME, clínicas de primer contacto, y los Hospitales Generales mismo que conforman el universo de estudio.

4.3 Selección y tamaño de muestra

La muestra que se seleccionó es de tipo no probabilístico, en donde “no se puede establecer de una manera exacta la probabilidad de que un elemento de la población participe en la muestra” (84). A su vez, fue un muestreo por conveniencia, esto debido a las implicaciones en relación a los permisos de acceso en los diferentes niveles. Además acorde a las necesidades de caracterizar a las unidades de SM.

Se incluyeron en la muestra a las unidades que disponen los SSN, encargadas de brindar atención en Salud Mental en el estado:

1. CESAME y CISAME: Tepic, Tuxpan, Tondoroque e Ixtlán del Río.
2. Clínicas de primer nivel de atención (Centros de salud) de la ciudad de Tepic (Jurisdicción Sanitaria No. 1 del estado). De los 24 centros disponibles en total en Tepic, se eligieron 10 centros únicamente, debido a los permisos para la accesibilidad. Las clínicas fueron las siguientes:
 1. Tepic, Juan Escutia.
 2. Tepic, Col. 2 de agosto.
 3. Tepic, Col. Flores Magón.
 4. Tepic, Col. Paraíso.
 5. Tepic, Col. Valle de Matatipac.
 6. Tepic, Col. 26 de septiembre
 7. El Ahuacate
 8. Lo de Lamedo
 9. Tepic, Col. Cuauhtemoc
 10. Tepic. Col. Cuesta Barrios
3. Hospitales Generales del estado, son 4: Tepic, San Francisco, Santiago Ixcuintla y Rosamorada (quedó excluido debido a que no se logró contactar al personal para entrevista). Por lo tanto, quedaron los 3 primeros hospitales.

4.4 Unidad de análisis y observación

Las unidades de SM disponibles por parte de los Servicios de Salud de Nayarit, son los CESAME y CISAME, los cuales atienden de manera ambulatoria a la población. Por otro lado, para el internamiento de pacientes psiquiátricos se tienen los Hospitales Generales mencionados anteriormente. Finalmente, las clínicas de primer nivel de atención, las cuales en teoría deben realizar la detección temprana de padecimientos mentales.

4.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

- Unidades de los Servicios de Salud de Nayarit de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria (Hospitales Generales).
- Unidades de Salud Mental ambulatoria de los Servicios de Salud de Nayarit (CESAME, CISAME).
- Unidades de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Nayarit; jurisdicción No. 1 Tepic, Nayarit.
- La persona entrevistada fue un directivo, trabajador o actor clave en la unidad.

Exclusión:

- Unidades de salud dedicadas a la atención de problemas de adicciones.
- Unidades de Salud Mental particulares.

Eliminación:

- Unidades de Salud Mental cuyos directivos no desearon participar.
- El entrevistado no contestó la entrevista completa.

4.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Para esta investigación se utilizaron algunos ítems del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) (53), a través de esta herramienta es posible identificar las debilidades en los sistemas de SM, por lo que se puede disponer de información importante para las actuaciones en SM pública. De acuerdo a las características del instrumento se puede evaluar desde un país, una región, estado o provincia. En sus alcances, se utiliza para la evaluación de países con ingresos bajos y medios, aunque también se puede utilizar en países de ingresos altos.

El IESM-OMS (53), es un instrumento que presenta validez de contenido (85), debido a que se realizó por un grupo de expertos en consenso, se efectuó un pilotaje en diferentes países, y se volvió a revisar por expertos, lo que finalmente dio como resultado la versión actual.

La última actualización del instrumento es la versión 2.1, que consta en su totalidad de 6 secciones, a través de 28 apartados y 156 ítems, las dimensiones que lo conforman son las siguientes:

1. Política y marco legislativo.
2. Servicios de Salud Mental.
3. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud.
4. Recursos humanos.
5. Educación pública y relación con otros sectores.
6. Evaluación e investigación.

Debido a la amplitud de esta herramienta, se tomaron solamente los ítems correspondientes para las diferentes unidades de atención en SM con las que cuenta Nayarit. Para lo anterior, el instrumento especifica los ítems adecuados para cada unidad dedicada a este tipo de atención. En consecuencia, se

abarcaron ítems de la mayoría de las secciones del instrumento, para la conformación de tres cuestionarios diferentes: para los CESAME y CISAME, Hospitales Generales y clínicas de primer nivel (centros de salud).

Para esta investigación, la recopilación de la información se realizó a través de una entrevista en los servicios de SM que tienen los Servicios de Salud de Nayarit. Para facilitar la aplicación, se adaptó un cuestionario, donde cada uno de los ítems se transformó en una pregunta sencilla. Por ejemplo, el ítem 2.2.1 dice: número de establecimientos de SM ambulatorios, lo cual se convirtió de la siguiente manera: ¿Cuántas unidades de SM ambulatorias hay en su estado? en los demás ítems, el proceso se realizó de la misma forma, para obtener la conformación de los tres cuestionarios, dadas las unidades de servicios que cuenta Nayarit (ver anexos 1-3).

Para la aplicación de entrevistas, se solicitaron los permisos ante las autoridades correspondientes en esta investigación, con la finalidad de poder entrevistar a la persona adecuada y acudir de manera personal por parte del maestrante. Cabe destacar que solamente se realizó la aplicación de una entrevista por unidad SM.

En lo específico, para la elección de la persona entrevistada, el requisito era ser directivo, trabajador o actor clave en la unidad. Las entrevistas en los centros de salud, se aplicaron de manera personal por parte del maestrante, en cada uno de los 10 centros de salud seleccionados de Tepic, en un primer periodo que abarcó del 03 de junio al 21 de junio de 2019. Se aplicaron a los médicos responsables de las unidades, quienes reportaron de 4 a 10 años de antigüedad en la misma.

De la misma manera, se procedió con la aplicación de las demás entrevistas, para los CESAME y CISAME del estado, así como los Hospitales Generales, en un segundo periodo de aplicación, que abarcó del 12 agosto al 6 de septiembre de 2019, cabe destacar que el periodo de esta segunda aplicación fue de casi un mes, debido a la dificultad de acceso (contacto con los entrevistados). La aplicación de las entrevistas fueron realizadas con personal clave en el área de SM, como: directivos y trabajadores responsables del área.

4.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

La investigación en el ámbito de la salud esta normada por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (86), de acuerdo al artículo 17 fracción I, se considera a este tipo de investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos. Además que se aplicaron entrevistas en las que no se le identifica al entrevistado, asimismo tampoco se trataron aspectos sensibles de su conducta.

En este sentido, el proyecto se sometió a revisión y registro ante la Comisión Estatal de Bioética en el Estado de Nayarit (anexo 4), para su posterior aplicación de entrevistas en las unidades que brindan atención en SM en los Servicios de Salud de Nayarit.

Posterior al registro en la comisión de bioética, se buscaron los permisos en las unidades correspondientes para la aplicación de entrevistas. En primer lugar se emitió un oficio a Jurisdicción Sanitaria No. 1 para obtener el permiso correspondiente de las unidades de primer nivel y CESAME Tepic (anexo 5), de donde se obtuvo la autorización para la aplicación de entrevistas (anexo 6).

Para el caso del Hospital General de Tepic, se emitió un oficio al jefe de enseñanza del Hospital General (anexo 7), en lo posterior se obtuvo la autorización y registro en el Departamento de Educación e Investigación en Salud del Hospital Civil Dr. “Antonio González Guevara” (anexo 8).

En relación a los demás Hospitales Generales, se emitió oficio a dirección de atención hospitalaria para el permiso correspondiente (anexo 9), mismo que emitió respuesta favorable para la aplicación de entrevistas (anexo 10). Los CESAME restantes se solicitaron los permisos vía telefónica y por oficio de manera electrónica en las Jurisdicciones Sanitarias 2 y 3 (anexo 11 y 12), las respuestas fueron favorables, con permisos verbales por parte de cada uno de los responsables. En lo posterior, se procedió a contactar al personal responsable en

los Hospitales Generales y CESAME que se encuentran fuera de la capital para agendar cita, y la posterior visita a la unidad y aplicación de entrevista.

Por otro lado, la parte medular es el consentimiento informado (anexo 13), el cual se les dio a firmar a los actores claves en cada una de las unidades, los cuales se identificaron de acuerdo a las funciones que realizan.

4.8 Procesamiento de la información

Los cuestionarios aplicados en las unidades fueron administrados mediante entrevistas cara a cara, realizadas por el maestrante con cada uno de los informantes correspondientes. En cuestión de datos duros solicitados en las entrevistas, se proporcionaron por parte de las unidades los registros vía correo electrónico y de manera física (caso CESAME y CISAME). En las clínicas de primer nivel esto no fue requerido, con respecto a los Hospitales Generales, esta tarea fue compleja debido a factores como: dificultades en el sistema de registro y acceso, por lo tanto no fue posible obtener este tipo de información.

Se procedió a clasificar los cuestionarios por unidad, seguido de su captura en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21, el cual permite el manejo de la información fácilmente, así como la obtención de los resultados de manera sencilla y comprensible, en cuestión de análisis descriptivo y demás cálculos.

4.9 Análisis estadístico de los datos

Una vez capturados los datos de los cuestionarios en SPSS, se realizaron estadísticas descriptivas de las variables cualitativas y cuantitativas mediante el cálculo de porcentajes, tablas de frecuencias y gráficos. Esto para la presentación de los resultados de manera clara, acorde a los objetivos de la presente investigación y para facilitar su posterior discusión.

V. Resultados

En este capítulo se incluyeron los resultados de la investigación, divididos por unidades de salud. Primeramente los centros de salud, seguido de CESAME, CISAME y Hospitales Generales.

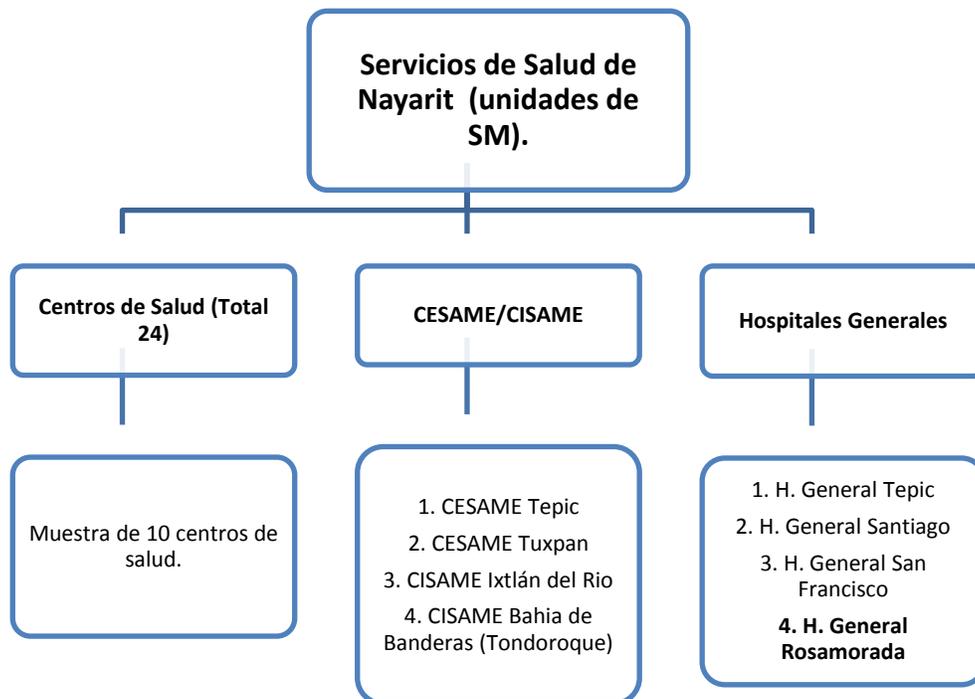


Figura 1. Esquema de las unidades responsables de SM de los SSN.

5.1 Centros de salud

En la ciudad de Tepic se dispone de un total de 24 clínicas de primer nivel, se encuentran ubicados en las diferentes colonias de la capital, así como en algunas comunidades a las afueras de la misma, estas clínicas corresponden a la aplicación del instrumento adaptado para los centros de salud de Tepic (anexo 2), los cuales fueron seleccionados 10 centros de salud, de un total de 24.

En su generalidad, todas las clínicas visitadas cuentan con médico general responsable, y con personal de enfermería, en algunas de ellas se tiene personal de servicio social de nutrición, odontología y en una de ellas un profesional en gerontología (unidad Cuauhtémoc). Sólo se dispone de personal en SM en la clínica CESSA de la ciudad de Tepic. En opinión de los médicos entrevistados, consideran que se requiere mayor capacitación en el tema, debido a que los cursos más comunes y cercanos a la problemática se realizan en relación a violencia, además que en las unidades no se dispone de espacios suficientes y adecuados para la aplicación de pruebas de detección de ansiedad y depresión principalmente. Cuando se realiza aplicación de escalas esto se hace en los pasillos, de manera ocasional y cuando se dispone de material.

En relación al modelo Hidalgo, los elementos que deben cumplirse a este nivel, son los siguientes:

- Acciones en promoción de la SM.
- Acciones en prevención de los trastornos mentales.
- Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.
- Personal capacitado en SM.

De acuerdo a las entrevistas adaptadas del instrumento de la OMS, se obtuvo la siguiente información, misma que se ajustó a los elementos requeridos del modelo Hidalgo.

Tabla 1.1 Personal actualizado en Salud Mental.

Centros de salud	Ítems		
	A) Impartición de cursos en el último año para médicos.	B) Impartición de cursos en el último año para enfermeros.	C) Impartición de cursos en el último año para otro tipo de personal.
1.	✓	✓	✓
2.	X	X	X

3.	✓	✓	X
4.	✓	✓	X
5.	X	X	X
6.	X	X	X
7.	X	X	X
8.	✓	✓	✓
9.	X	X	X
10.	X	X	X
Totales	Si = 40% No = 60%	Si = 40% No = 60%	Si = 20% No = 80%

Símbolos: ✓ = si, X= no

En primer lugar, en la tabla No. 1.1, los ítems del inciso A al C, se refieren a la actualización través de cursos y programas, que recibe el personal médico, enfermería y demás trabajadores de los centros de salud. En relación al personal médico, el 40% de las unidades ha recibido cursos de actualización, caso contrario al 60% de los centros de salud no han recibido actualización en temas de SM y psiquiatría en el último año.

En este sentido los médicos informantes (entrevistados), mencionan que las actualizaciones más cercanas al tema de SM están relacionadas con cursos en violencia intrafamiliar. Además se puede observar en la columna de la pregunta A y B se tienen los mismos resultados en las unidades, de igual forma el 40% ha recibido actualización y 60% no ha recibido, esto en relación al personal de enfermería, estos resultados son iguales a los anteriores, debido a que los cursos se les ofertan por igual al personal médico y de enfermería.

En el caso de la pregunta C, que hace referencia a la actualización de otro tipo de personal distinto al médico y de enfermería, sólo el 20% ha recibido estas actualizaciones, se puede mencionar que estos profesionales fueron odontólogos, nutriólogos, administrativos e intendencia, caso particular de la

unidad CESSA, debido a que en las mismas instalaciones se brindan las actualizaciones, el otro centro de salud sólo se incluye personal odontológico.

Tabla 2.1 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.

Centros de salud	Ítems			
	D) Disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento.	E). Referencias hacia un nivel de atención más alto en SM por lo menos una vez al mes.	F). Interacción con algún profesional de SM por lo menos una vez al mes en el último año.	G). Interacción (reuniones, revisión de casos, etc.) con profesionales alternativos, complementarios y tradicionales.
1.	✓	✓	✓	✓
2.	✓	X	X	X
3.	✓	✓	X	X
4.	✓	✓	✓	X
5.	✓	X	X	X
6.	✓	X	X	X
7.	X	X	X	X
8.	✓	✓	✓	X
9.	✓	✓	X	X
10.	✓	✓	X	X
Totales	Si: 90% No= 10%	Si = 60% No = 40%	Si = 30% No = 70%	Si = 10% No = 90%

Símbolos: ✓ = si, X= no

En relación a la tabla No. 2.1, la pregunta D, relacionada con la disponibilidad de protocolos, el 90% de los centros de salud disponen de alguno de ellos, los más

comunes son Guía de Práctica Clínica y Norma Oficial Mexicana. Cabe destacar que en la mayoría de los centros se reportó que dichos protocolos se disponen de manera independiente a la institución, ya que no se les proporciona.

La pregunta E, relacionada con la referencia hacia otro nivel de atención, el 60% de los centros de salud, reportan que sí realizan referencias hacia otro nivel por lo menos una vez al mes, las instituciones a las que refieren son en primer lugar CESAME Tepic, Hospital General y CESSA. En el caso contrario, un 40% de los centros no realiza referencias hacia otro nivel, o en su defecto algunas de ellas reportaron que estas se realizan de forma muy esporádica por lo que no se cumplió con el requisito del reactivo.

La pregunta F, correspondiente a la interacción del personal con profesionales de la SM por lo menos una vez al mes en el último año, el 70% de los centros de salud no tienen este tipo de interacciones; caso contrario, un 30% reporta que si tiene relación con ellos, principalmente psicólogos y psiquiatras. En este sentido la pregunta G de la tabla, cuestiona sobre la interacción para la revisión de casos y reuniones con profesionales complementarios, alternativos y tradicionales, el resultado fue de un 90% que reporta que no se tienen dichos acercamientos, con ninguno de los anteriores profesionales.

Tabla 3.1 Tratamiento farmacológico.

Centros de salud	Ítems		
	H) ¿Tienen autorizado los médicos del centro de salud la prescripción de medicamentos psicotrópicos?	I). Disponibilidad de por menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica.	J) ¿De cuáles medicamentos se dispone?
1.	✓	X	De todos los tipos, excepto ansiolíticos.
2.	X	X	Sólo diazepam (restringido a carrito rojo).
3.	X	X	Sólo antidepresivos (Sertralina y paroxetina).
4.	✓	X	
5.	✓	X	
6.	X	X	
7.	X	X	
8.	✓	X	
9.	X	X	
10.	X	X	
Totales	No está permitido = 60% Se permite sin restricciones = 40%	Si = 0% No = 100%	

Símbolos: ✓ = si, X= no

La tabla No. 3.1, en la pregunta H, cuestiona sobre la autorización para la prescripción de psicotrópicos, se reporta que un 60% de los médicos menciona que no está permitida la prescripción de estos fármacos en la institución, los entrevistados señalan en este sentido que desde hace varios años no está permitido legalmente; otros expresan que legalmente se permite, pero la institución les ha prohibido la prescripción de los psicotrópicos. Por el contrario, un 40% dice que está permitido sin restricciones, con respecto a ello, aluden que se

puede prescribir con el recetario normal, sin embargo no lo utilizan; otra de las versiones es que se puede prescribir sin problema, pero no se ha presentado la necesidad de hacerlo; uno de los entrevistados comentó que se tiene que hacer un registro en Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para poder obtener un recetario especial de psicotrópicos, el cual mostró al entrevistador. Por lo tanto, muchos médicos no llevan a cabo este proceso lo que los incapacita para poder prescribir. La diversidad de información evidencia un desconocimiento de las normativas al respecto.

La pregunta I, interroga sobre la disponibilidad de psicotrópicos en la unidad, se obtuvo 0% de disponibilidad de cada categoría terapéutica en los centros de salud. Además, la disposición de algunos psicofármacos es heterogénea, como lo reporta la pregunta J, debido a que solamente el CESSA tiene a su disposición todos los fármacos excepto los ansiolíticos, las otras dos unidades sólo disponen de diazepam (restringido) y antidepresivos (sertralina y paroxetina), respectivamente.

Por otra parte, con respecto a los reportes epidemiológicos que se realizan en los centros de salud, el 100% expresa que hay reportes semanales y mensuales que se entregan en jurisdicción sanitaria No. 1 en el área de epidemiología, esto para los registros en la generalidad, mismos que tienen incluido un apartado para SM, situación que uno de los informantes mencionó que desconocía que había un apartado para ello en el reporte, esto debido a que no lo utiliza.

Uno de los entrevistados refiere que en Jurisdicción Sanitaria hay un área específica de reporte en SM, en la cual se entrega esta información, otro de los informantes expresa que lo referente a estas problemáticas se reporta directo al departamento de SM. En el 20% de los centros de salud, mencionaron que no se realiza ningún reporte relacionado a SM en las unidades.

Por parte del recurso humano, todos los centros de salud cuentan con médicos y personal de enfermería. Solamente el CESSA cuenta con personal en SM, dispone de un médico psicoterapeuta, y un psicólogo que atienden de lunes a

viernes en el turno matutino en la unidad. Además en uno de los centros de salud, cuenta con una gerontóloga, que se dedica a detección y canalización en SM para el grupo de adultos mayores.

En cuanto a aplicación de protocolos, 70% de los centros aplican escalas para detección de depresión y ansiedad (escala de depresión de Calderón y escala de ansiedad de Hamilton), acciones que realiza el personal de enfermería y en ocasiones personal médico, con una frecuencia determinada en tiempos “muertos” como lo refiere uno de los entrevistados, otro de ellos expresa que cuando se dispone de material.

Por otra parte, se comenta que no se cuenta con espacios adecuados para estas acciones; en el 20% de los centros, se aplican protocolos específicos para adultos mayores, y finalmente, uno de los centros de salud reporta que no aplica pruebas de detección desde hace más de un año.

A manera de poder visualizar y comprender mejor las características antes descritas, el anexo no. 14, muestra el cuadro general de los resultados que se mencionaron anteriormente, donde se puede observar cada una de las características que dispone y no dispone cada centro de salud de la capital nayarita.

5.2 CESAME y CISAME

Los centros de atención en SM con los que cuenta el estado de Nayarit, son cuatro. Están distribuidos en los municipios de Tepic, Tuxpan, Ixtlán del Río y Bahía de Banderas. Los primeros dos se denominan CESAME, los restantes Ixtlán del Río y Bahía de Banderas se consideran CISAME. La primera denominación es una figura estatal, y la segunda es nacional, ambas con las mismas funciones.

En cuanto a recurso humano, en estas unidades se cuenta con psicólogos, médicos psiquiatras sólo se dispone en la capital. En opinión de los entrevistados

consideran que existen diferentes barreras: económicas y sociales para la atención psiquiátrica, sobre todo en las instituciones de Ixtlán y Bahía de Banderas. Además de una atención reducida en población rural y étnica.

Los CISAME y CESAME, deben de cumplir con diferentes elementos y acciones orientadas desde la visión del modelo Hidalgo, los cuales se pueden mencionar a continuación:

- Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.
- Personal capacitado en SM.
- Intervenir en psicopatologías leves.
- Fomento de la SM entre pacientes, familiares y comunidad.
- Los equipos multidisciplinarios CISAME básicos deben contar con al menos, un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (especialidad en psicoterapia), un trabajador social, un enfermero, admisión, farmacia y administrativos.

Los resultados obtenidos de las entrevistas adaptadas del instrumento de la OMS, se alinearon a los imperativos del modelo Hidalgo, estos se muestran a continuación:

Tabla No. 1.2 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.

CESAME /CISAME	Ítems	
	A) Referencias hacia un nivel de atención más alto en SM	B) Número promedio de contactos (entrevista inicial, sesión de tratamiento, consulta de seguimiento, etc.) que involucra a un usuario y un miembro del personal.
1	✓	Indefinido
2	✓	8-10 sesiones psicología
3	✓	10-15 sesiones psicología

4	X	10-15 sesiones psicología
Totales	Si = 75% No = 25%	

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 1.2, la pregunta A cuestiona acerca de las referencias que se hace hacia un nivel especializante, el 75% de las unidades realizan referencias hacia otro nivel, en el caso de Tepic, se realizan hacia las Clínicas psiquiátricas el Zapote en Guadalajara y Zapopan Jalisco (lo cual depende de la afiliación del paciente).

En el caso de las demás unidades estas referencias se realizan hacia psiquiatría y neurología del Hospital General de Tepic y psiquiatría CESAME Tepic. En el caso específico de CISAME Tondoroque, en Bahía de Banderas, es la única unidad que no realiza referencias, debido a que se cuenta con un psiquiatra de la comunidad para que proporcione un precio más accesible a los pacientes.

En cuanto a la frecuencia con que realizan estas referencias, en el caso de Tepic se menciona que son mínimo 3 pacientes por semana. Sin embargo, se debe destacar que algunas de estas referencias son a nivel local a unidades de adicciones.

En el caso de Tuxpan, realizan de 7 a 10 referencias al mes hacia Tepic. El CISAME Ixtlán realiza pocas referencias, ya que menciona que los pacientes no asisten por cuestiones económicas. El CISAME Tondoroque, realiza de 5 a 10 referencias a la semana con un psiquiatra de la misma comunidad.

En la pregunta B, para el caso del número de sesiones en CESAME Tepic, la directiva entrevistada menciona que no se puede dar un número específico de sesiones promedio por paciente, ya que intervienen diversas variables como: diagnóstico, adherencia terapéutica, abandono de tratamiento, entre otras. En el caso de las demás unidades, hay un rango de 8 a 15 sesiones psicológicas aproximadamente, ya que todas estas carecen de atención médica y psiquiátrica.

Tabla 2.2 Detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia.

CESAME /CISAME	Ítems		
	C) Porcentaje de usuarios que recibieron una o más intervenciones psicosociales (psicoterapia, apoyo social, consejería, etc.) en el último año.	D) Disponibilidad de por menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica.	E) ¿De cuáles medicamentos se dispone?
1	E	✓	Todos, sin embargo suelen escasearse sobre todo anti psicóticos, antidepresivos (fluoxetina) y ansiolíticos.
2	E	X	Nota: la farmacia del hospital de salud cercano sólo dispone de fluoxetina.
3	E	X	Nota: se da cuando el paciente tiene receta de CESAME Tepic. Además si se cuenta con el medicamento se brinda (ansiolíticos y antidepresivos).
4	E	X	
Totales	A= Ninguno (0%) B= Pocos (1 – 20%) C= Algunos (21 – 50%) D= La mayoría (51 – 80%) E= Todos o casi todos (81-100%)	Si = 25% No = 75%	

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 2.2, la pregunta C muestra el porcentaje de usuarios de las unidades que recibieron intervención psicosocial (psicoterapia, apoyo social etc.), todos los entrevistados claves mencionaron que se le brinda atención de este tipo a todos los usuarios que asisten a las unidades.

En el ítem D, acerca de la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, sólo CESAME Tepic menciona que tiene disponibilidad de cada categoría terapéutica, con ciertas limitaciones, como escasez en ciertas fechas. En el otro 75% de las unidades, no disponen de psicofármacos de cada categoría, ya que sólo se dispone de antidepresivos y ansiolíticos, con ciertas restricciones.

Tabla 3.2 Fomento de la Salud Mental entre pacientes, familiares y comunidad.

CESAME /CISAME	Ítems		
	F) Centros de SM ambulatorios para niños y adolescentes.	G) Unidades de SM fuera de las instalaciones (visitas al hogar etc.) que brindan atención comunitaria.	H) Equipos móviles de personal (para subsanar el acceso físico a una unidad de SM), que brindan atención periódica fuera de la unidad.
1	X	X	X
2	X	✓	✓
3	X	X	X
4	X	X	X
Totales	Si = 0% No = 100%	Si = 25% No = 75%	Si = 25% No = 75%

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 3.2, el ítem F, cuestiona sobre la disponibilidad de centros ambulatorios en SM para niños y adolescentes, como resultado se observa que en el 100% de los casos no se dispone de este tipo de centros en el estado. Sin embargo, se menciona por parte de los profesionales informantes que las unidades intervienen usuario a partir de los 6 años de edad.

La pregunta G, sobre las unidades fuera de las instalaciones como trabajo comunitario, sólo una unidad realiza acciones de este tipo, a través de la búsqueda de pacientes de abandono de tratamiento, por parte de trabajo social. El 75% de las unidades restantes no disponen de este tipo de establecimiento e intervenciones fuera de las unidades.

Finalmente, el ítem H, relacionado con la disponibilidad de equipos móviles que ayuden a subsanar barreras de acceso, sólo una de las unidades tiene equipos que ejecutan dichas acciones, como son visitas a los municipios de la zona norte del estado a través de una feria de promoción y prevención en salud. Sin embargo, el 75% de las unidades no realizan este tipo de acciones.

Tabla 4.2 Fomento de la Salud Mental entre pacientes, familiares y comunidad.

CESAME /CISAME	Ítems			
	I) Situación de demanda de los servicios de SM por parte de la población rural.	J) Se cuenta con estrategias específicas (intérpretes o traductor, etc.) para garantizar que las minorías lingüísticas tengan acceso a SM.	K) Utilización de servicios de SM por parte de grupos de minorías étnicas y religiosas.	L) Diferencias significativas (es decir mayor al 50%) de las unidades públicas y privadas.
1	B	X	B	A
2	A	X	A	A
3	A	X	A	B
4	A	X	A	A
Totales	A: Significativamente sub-representados en uso de los servicios de SM. B: Casi igualmente representados en su uso de los servicios de SM. C: Sobre-representados en su uso de los servicios de SM.	Si = 0% No = 100%	A: significativamente sub-representados en el uso de los servicios de SM. B: Casi igualmente representados en su uso de los servicios de SM. C: Significativamente sobre-representados en su uso de los servicios de SM.	A: Duración promedio de la lista de espera para una cita psiquiátrica inicial no considerada de urgencia. B: Número promedio de minutos de una consulta con un psiquiatra.

Símbolos: ✓ = si, X= no

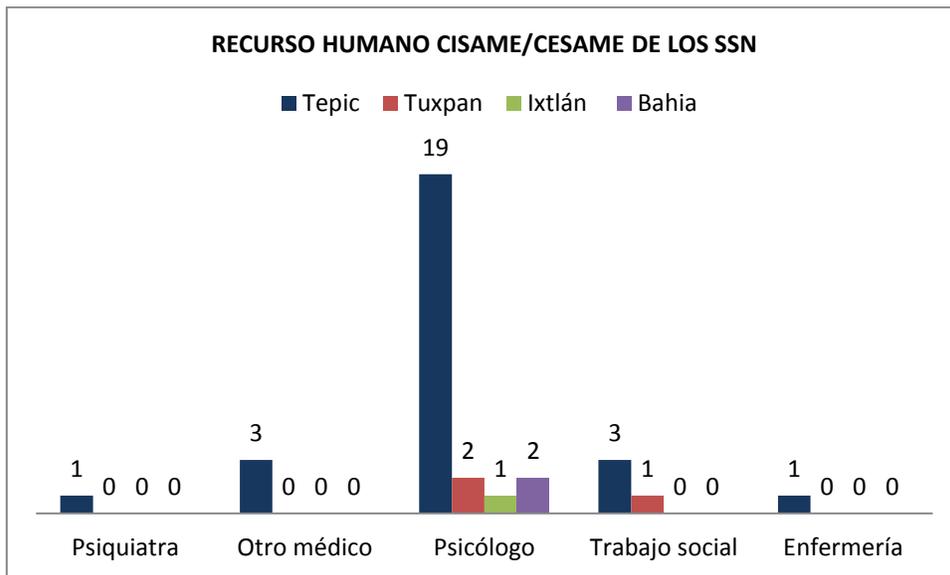
La tabla 4.2, en el ítem I se cuestiona acerca de la situación de demanda de servicios de SM por parte de la población rural, se puede observar que sólo una unidad (Tepic), considera que la población rural y urbana está igualmente representada en demanda de servicios. Por otro lado, todas las demás unidades consideran que la población rural está significativamente sub-representada en uso de servicios de SM, lo cual atribuyen a variables geográficas, económicas y sociales. Cabe destacar, que esta pregunta es una apreciación situacional del hecho en cuestión, por parte del encargado de la unidad (entrevistado).

El ítem J, cuestiona acerca de la existencia de intérpretes para las minorías lingüísticas en las unidades, se constata que el 100% de las unidades no cuentan con este tipo de acciones. Sin embargo, de acuerdo a CESAME Tepic, se menciona por parte del directivo, que cuando ocurren estas situaciones los pacientes traen un acompañante que funge como traductor.

De acuerdo con el ítem K, acerca de la apreciación de la utilización de servicios de SM por parte de las minorías étnicas y religiosas, en la unidad de Tepic, se considera que la población está casi igualmente representada en comparación con la población general. Por otro parte, el 75% de las unidades considera que la población étnica y religiosa está sub-representada en la utilización de servicios de SM, lo que representa diferentes barreras para ello.

Finalmente, el ítem L, referente a las diferencias entre las unidades de SM públicas y privadas, el 75% de los directivos de las unidades consideraron que la mayor diferencia radica en el tiempo de espera inicial para una consulta a psiquiatría no considerada de urgencia. Caso contrario, sólo en una de las unidades se considera que la diferencia más significativa radica en los minutos de atención en la consulta psiquiátrica.

Gráfica 1.2 Equipos multidisciplinares CISAME/CESAME



En la gráfica 1.2, en relación a los equipos multidisciplinares que demandan las unidades, sólo CESAME Tepic cuenta con un especialista en psiquiatría, el 75% restante de las unidades carecen de ellos. De igual forma, sólo en la capital se cuenta con médicos que tienen orientación en SM, y pueden prescribir psicofármacos en las mismas unidades.

Se puede observar que el 100% de las unidades cuentan con personal en psicología, el mayor volumen de este personal se encuentra en CESAME Tepic, esto debido a la demanda de servicios en la unidad. Con respecto al recurso humano de trabajo social, sólo el 50% de las mismas cuenta con este tipo de personal, que es el caso de Tepic y Tuxpan, las restantes unidades carecen de ellos. Finalmente, el personal de enfermería, sólo CESAME Tepic tiene recurso humano de este tipo en su unidad, el restante 75% de las unidades carecen de estos profesionales. Por lo tanto, sólo CESAME Tepic cumple los requisitos orientados del modelo Hidalgo, en cuestión de recursos humanos en SM

Tabla 5.2 Reporte de información

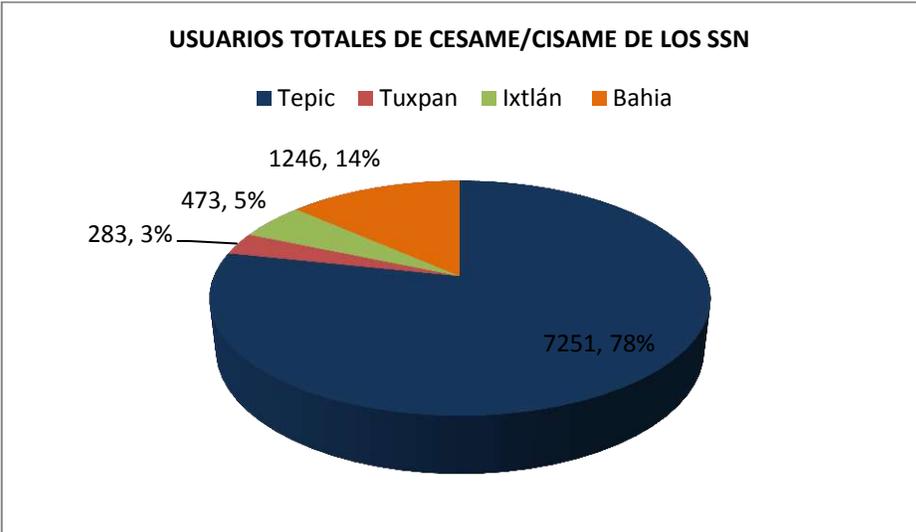
CESAME /CISAME	Ítems	
	Q) Información que recogen y compilan regularmente	R) A quién se le reportan los datos epidemiológicos obtenidos.
1	a) Número de usuarios atendidos ✓ b) Número de contactos por usuarios X c) Diagnósticos ✓	Reporte SUIVE (estatal) y SINBA (institucional).
2	a) Número de usuarios atendidos ✓ b) Número de contactos por usuarios ✓ c) Diagnósticos ✓	Reporte a jurisdicción sanitaria, reporte SINBA y reporte al departamento de SM del estado.
3	a) Número de usuarios atendidos ✓ b) Número de contactos por usuarios ✓ c) Diagnósticos ✓	En plataforma se envía al departamento de SM.
4	a) Número de usuarios atendidos ✓ b) Número de contactos por usuarios X c) Diagnósticos ✓	Coordinación de Bahía de Banderas y plataforma SIS.
Totales	a) Si = 100% No = 0% b) Si = 50% No = 50% c) Si = 100% No = 0%	

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 5.2, correspondiente a los reportes de información epidemiológica obtenida, se puede observar que el 100% de las unidades recopilan en sus

reportes el número de usuarios atendidos, en relación al número de contactos por usuarios sólo el 50% de las unidades lo realiza. Finalmente, en la información de diagnósticos todas las unidades lo recopilan. En el ítem R, sobre el reporte de información epidemiológica, las unidades de acuerdo a los entrevistados tiene más de un reporte a entregar, donde en su mayoría lo hacen a través de la plataforma SINBA y al departamento de SM estatal.

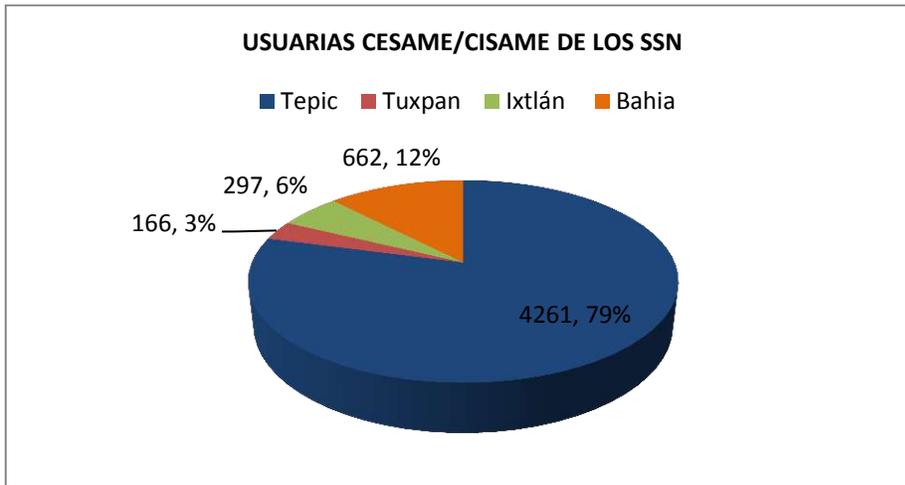
Gráfico 2.2 Usuarios CESAME/CISAME



*Tepic e Ixtlán, periodo comprendido de enero a julio de 2019. Tuxpan periodo comprendido de enero a abril de 2019. Bahía periodo comprendido de enero a junio de 2019.

En el gráfico 2.2, se pueden observar los usuarios totales atendidos en las diferentes unidades del estado, en un periodo aproximado de los primeros 6 meses del año 2019, se puede observar que el mayor volumen de pacientes los trata CESAME Tepic con un 78%, y el de menor cantidad de pacientes es Tuxpan con un 3%.

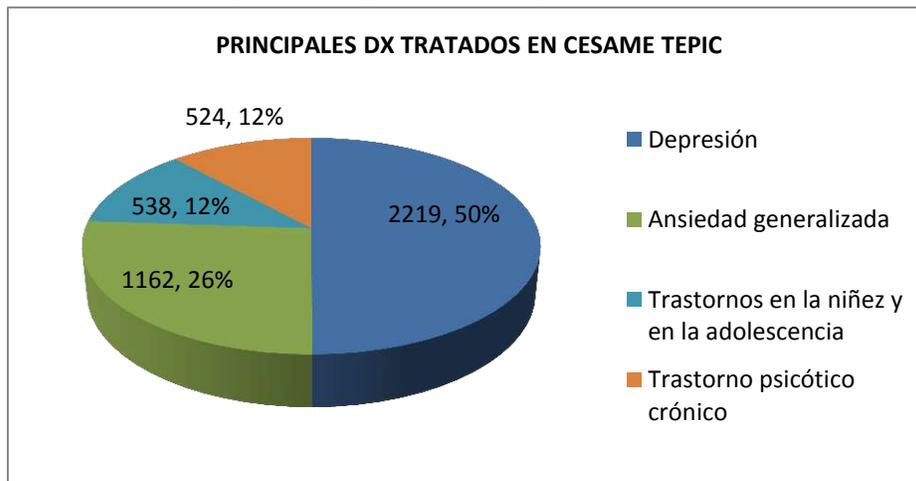
Gráfico 3.2 Usuaris CESAME/CISAME



*Tepic e Ixtlán, periodo comprendido de enero a julio de 2019. Tuxpan periodo comprendido de enero a abril de 2019. Bahía periodo comprendido de enero a junio de 2019.

En el gráfico 3.2 se puede observar en general que el mayor volumen de atención de pacientes es del sexo femenino, de igual forma el mayor número de pacientes femeninas las atiende Tepic con 79%, y en menor cantidad Tuxpan con un 3%.

Gráfico 4.2 Principales diagnósticos Tepic



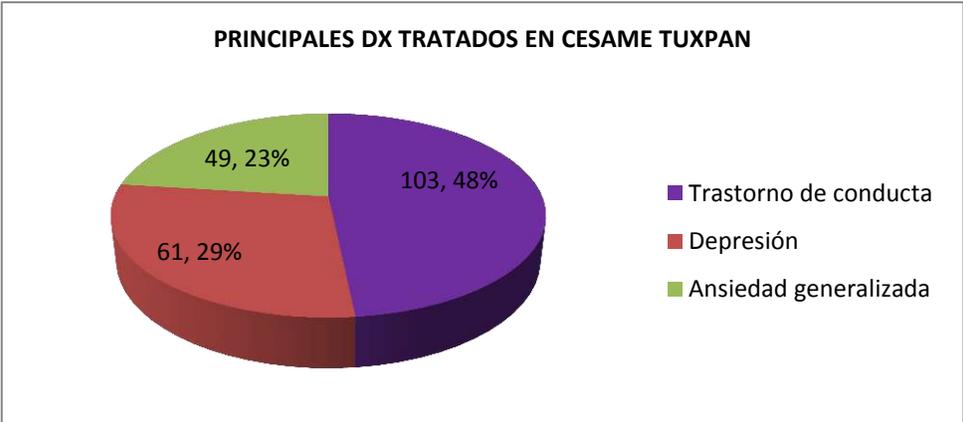
*Periodo comprendido de enero a julio de 2019.

En la gráfica 4.2, se puede apreciar la distribución de los cuatro principales trastornos atendidos en CESAME Tepic, mismos que concentran el 61% de los casos atendidos en el periodo del primer semestre de 2019. Se constata que el

principal diagnóstico reportado en atención es la depresión, con un 50% de los casos en relación a los principales diagnósticos, seguido del trastorno de ansiedad generalizada 26%, en tercer lugar los trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia con un 12%.

Finalmente, un dato no menos importante, es el número de pacientes atendidos por trastorno psicótico crónico con un 12%, que se sitúa en la cuarta posición de los diagnósticos tratados. Esto genera preocupación, debido a las implicaciones clínicas, calidad de vida y afectaciones de los pacientes con estas patologías, así como de las personas cercanas.

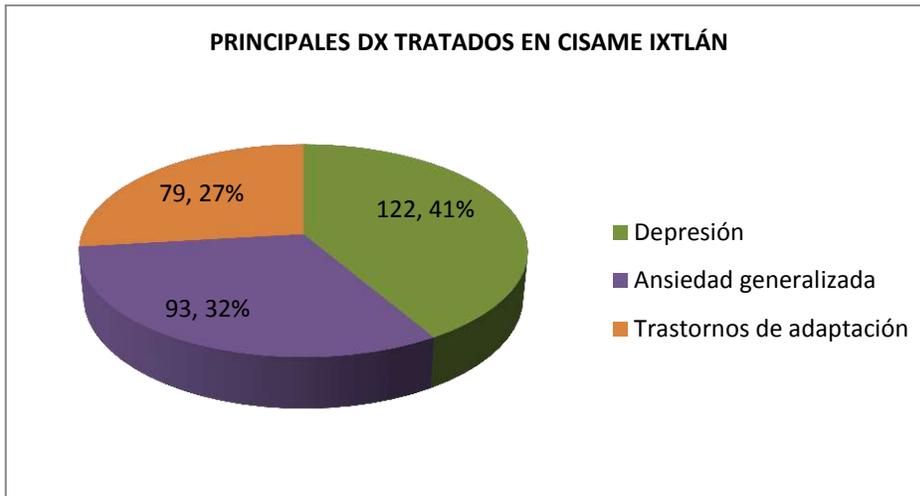
Gráfico 5.2 Principales diagnósticos Tuxpan



*Tuxpan periodo comprendido de enero a abril de 2019.

Los principales diagnósticos atendidos en CESAME Tuxpan concentran el 75% de los casos. Los trastornos de conducta se ubican en la primera posición con un 48%, de acuerdo la psicóloga responsable, considera su aumento a causa de eventos de desastres naturales que vivió el municipio meses atrás, incluso reporta el aumento de consulta a partir de estos acontecimientos. En la siguiente posición, se ubican los trastornos depresivos con un 29% y de ansiedad con 23%, caso similar a las demás unidades.

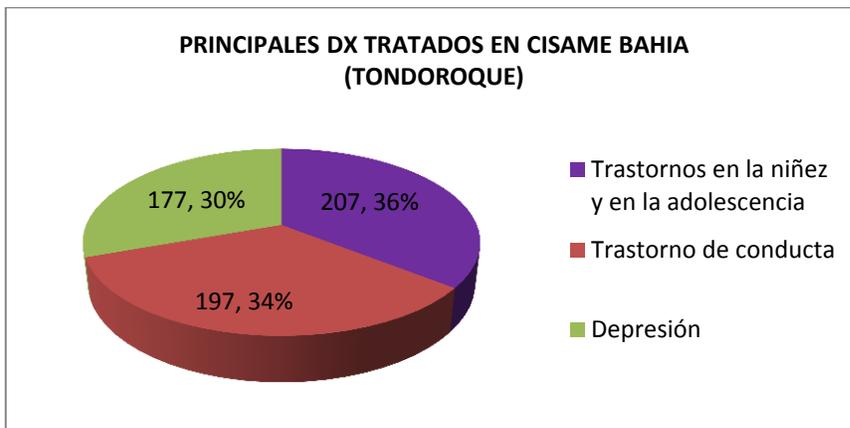
Gráfico 6.2 Principales diagnósticos Ixtlán



*Periodo comprendido de enero a julio de 2019.

En el caso de CISAME Ixtlán los principales diagnósticos tratados concentran el 62% de los casos. Primeramente la depresión con el 41%, seguido de los trastorno de ansiedad generalizada con 32% y los trastornos de conducta con un 27%. Situación similar a las demás unidades de SM.

Gráfico 7.2 Principales diagnósticos Bahía de Banderas (Tondoroque)



*Bahía periodo comprendido de enero a junio de 2019.

Los principales trastornos atendidos en CISAME Tondoroque, concentran el 47% de los casos tratados durante este periodo. Los trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia, se sitúan

en primer lugar con 36%, a lo cual se puede atribuir que en las escuelas de nivel básico de la zona, se les hace obligatorio el tratamiento psicológico para algunos estudiantes, según lo reportado por la entrevistada. En la siguiente posición se ubican los trastornos de conducta con 34%, y la depresión en tercer lugar con 30%.

5.3 Hospitales Generales

En Nayarit, se dispone de 4 Hospitales Generales, los cuales se ubican en Tepic, Santiago Ixcuintla, San Francisco en Bahía de Banderas y Rosamorada. Al final del estudio, se descartó el hospital de Rosamorada, debido a que no cuenta con personal encargado de SM, y por ende se carece de un informante clave al que se pudiera entrevistar. De igual forma, se descartó el hospital de Jesús María, debido a que la institución no tiene la categoría de Hospital General sino de tipo Mixto. Finalmente, para esta parte de la muestra se entrevistaron actores claves (responsables de SM) de los Hospitales Generales de Tepic, Santiago Ixcuintla y San Francisco en Bahía de Banderas.

En cuanto al funcionamiento de los hospitales, la mayoría de las referencias a psiquiatría se realizan hacia la capital, debido a que en los demás hospitales se carece de este personal. Por otra parte, de acuerdo a la opinión de los entrevistados, existen diferentes barreras económicas, sociales y culturales para la atención a este tipo de problemáticas en el estado.

En relación al modelo Hidalgo los Hospitales Generales en México deben cumplir con:

- Unidades de psiquiatría al interior.

De acuerdo a las entrevistas adaptadas del instrumento de la OMS, se obtuvo la siguiente información:

Tabla 1.3 Disponibilidad de camas

Hospitales Generales	Ítems	
	A) Camas para el internamiento de pacientes psiquiátricos en el hospital.	B) Camas exclusivamente para niños y adolescentes.
1	X	X
2	X	X
3	X	X
Totales	Si = 0% No = 100%	Si = 0% No = 100%

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 1.3 se puede observar en la pregunta A que el 100% de los hospitales carece de camas exclusivamente para pacientes psiquiátricos, de la misma forma en la pregunta B, ninguno de los hospitales tiene camas exclusivamente para paciente psiquiátricos menores de edad. Con este primer reactivo se puede constatar que no se dispone en ningún hospital del estado de unidades de atención psiquiátrica al interior, esto contrario a lo establecido en el modelo Hidalgo.

Tabla 2.3 Inspección, actualización y referencia.

Hospitales Generales	Ítems		
	C) Inspecciones por parte de derechos humanos en el último año.	D) Actualizaciones sobre protección de derechos humanos en los últimos 2 años.	E) Referencias hacia tercer nivel de atención.
1	X	✓	✓
2	X	X	X
3	X	X	X
Totales	Si = 0% No = 100%	Si = 33% No = 66%	Si = 33% No = 66%

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 2.3 se muestra en el ítem C, sobre las inspecciones realizadas en el último año por parte de derechos humanos a los hospitales, se puede observar que no ha habido inspecciones en el último año. Las actualizaciones por parte de derechos humanos en la pregunta D, sólo en Hospital Civil de Tepic los ha recibido en los últimos dos años, y en el 66% restante de los hospitales no ha ocurrido.

En el ítem E, en relación a las referencias realizadas al tercer nivel de atención, sólo Hospital Civil realiza estas referencias 33%. Las cuales son hacia San Juan de Dios en Jalisco, por parte de IMSS e ISSSTE y al Salme Jalisco por parte de Seguro Popular (actualmente INSABI).

En el caso del Hospital General de Santiago y San Francisco, estas referencias no se realizan hacia tercer nivel, sino hacia Hospital General de Tepic y a CESAME Tepic, en el caso específico de San Francisco se menciona por parte de la psicóloga que las referencias en ocasiones se hacen a Puerto Vallarta debido a la cercanía del lugar.

En relación a la frecuencia de referencia, en Tepic se menciona que se refieren 2 a 3 personas por mes hacia Jalisco (tercer nivel), en Santiago de 1 a 2 personas hacia Tepic en el mes, y en San Francisco 2 a 3 personas al año, debido a la resistencia de los pacientes, además que muchos de ellos prefieren asistir a consulta a instituciones privadas. De acuerdo a este reactivo, únicamente se realizan referencias hacia tercer nivel en el Hospital Civil de Tepic, en el cual se realizan las valoraciones por parte de psiquiatría, y se establece la posterior referencia hacia el nivel especializado.

Tabla 3.3 Restricción de pacientes e intervención con usuarios.

Hospitales Generales	Ítems	
	F) Porcentaje de pacientes que estuvieron restringidos físicamente o aislados en la hospitalización durante el último año	G) Porcentaje de usuarios que recibieron una o más intervenciones psicosociales (psicoterapia, apoyo social, consejería, etc.) en hospital en el último año.
1	D	E
2	C	E
3	C	E
	<p>A= Más de 20% de los pacientes estuvieron restringidos, contenidos o aislados.</p> <p>B= 11 - 20% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.</p> <p>C= 6 - 10% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.</p> <p>D= 2-5% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.</p> <p>E= 0- 1% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.</p>	<p>A= Ninguno (0%)</p> <p>B= Pocos (1 - 20%)</p> <p>C= Algunos (21 - 50%)</p> <p>D= La mayoría (51 - 80%)</p> <p>E= todos o casi todos (81- 100%)</p>

En la tabla 3.3 se observa la pregunta F, que cuestiona sobre los pacientes que estuvieron restringidos o aislados durante hospitalización, de acuerdo a las respuestas que fueron perceptivas (debido que esta información no se registra), por parte de los responsables de SM de los hospitales, se menciona que en 2 de las instituciones del 6 al 10% de los pacientes hospitalizados estuvieron restringidos o aislados, en el hospital de Tepic se menciona que del 2 al 5% de los pacientes hospitalizados estuvieron restringidos o aislados. En el ítem G, el 100% de las instituciones brindaron atención psicosocial a la mayoría de usuarios que solicitaron el servicio en los diferentes hospitales del estado.

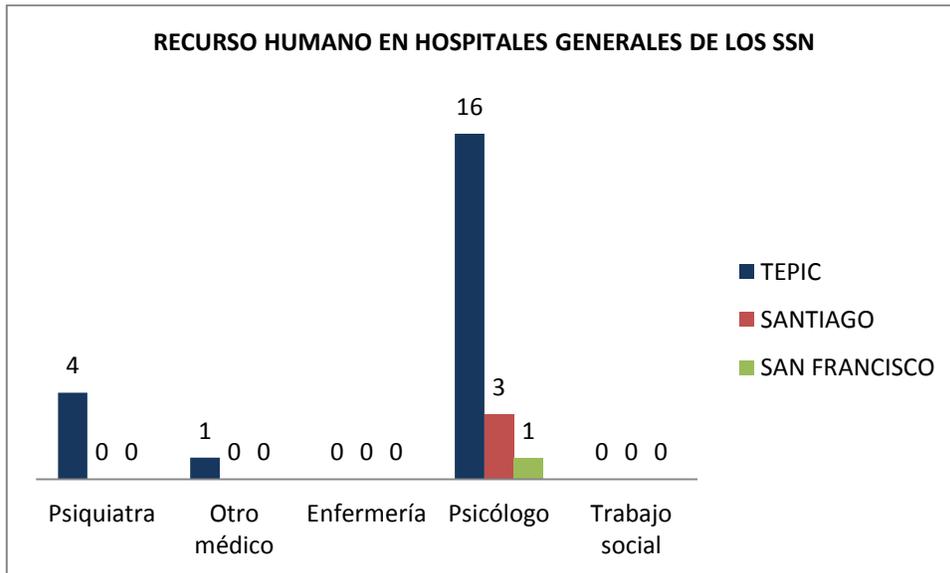
Tabla 4.3 Hospitalización y disponibilidad de psicofármacos.

Hospitales Generales	Ítems		
	H) Días en promedio permanece en hospitalización un paciente psiquiátrico.	I) Disponibilidad de por menos un medicamento psicotrónico de cada categoría terapéutica.	J) ¿De cuáles medicamentos se dispone?
1	Número de días: 3 a 4	✓	Si, una de cada grupo.
2	Número de días: 1 (se derivan).	X	Sólo se dispone de antidepresivos.
3	Número de días: 2	X	Manejo por medicina interna. Se dispone de fluoxetina y sertralina, benzodiacepinas (resguardadas por dirección) y olanzapina.
Totales		Si = 33% No = 66%	

En la tabla 4.3 la pregunta H cuestiona sobre los días promedio de hospitalización de pacientes psiquiátricos, a lo cual se observa que en el Hospital General de Tepic, es donde tienen una mayor estancia hospitalaria, debido a que en los otros hospitales no se cuenta con médicos especialistas en psiquiatría, y por lo tanto, se suelen derivar al hospital de la capital.

En el ítem I, interroga la disponibilidad de medicinas psicotrónicas, sólo Hospital Civil de Tepic dispone de todas las categorías de psicotrónicos, se constata que el Hospital de Tepic es el que tiene la mayor disponibilidad con medicamentos de cada grupo, en segundo lugar el Hospital de San Francisco, dispone de antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos. Finalmente, el Hospital de Santiago sólo dispone de medicamentos antidepresivos.

Gráfico 1.3 Recurso humano en Salud Mental en Hospitales Generales



En el gráfico 1.3 muestra la distribución del recurso humano de los Hospitales Generales que se encuentra en atención en SM. Se observa que el Hospital de Tepic es el que tiene mayor recurso humano, ya que cuenta con 4 psiquiatras, un médico no especialista y 16 psicólogos. En segundo lugar, el Hospital de Santiago tiene 3 psicólogos únicamente como personal de SM, finalmente el Hospital General de San Pancho tiene 1 psicólogo. Cabe destacar que el recurso humano que aparece en estos datos es personal que se encuentra adscrito a la unidad, no se contempló personal de servicio social, debido a que no es constante la cantidad de pasantes que se proporciona en las diferentes unidades para los periodos de servicio.

Por otra parte, se puede observar que a mayor distancia de la capital del estado, menor es el recurso humano especializado en SM que se dispone en los diferentes Hospitales Generales.

Tabla 5.3 Sistema de información.

Hospitales Generales	Ítems		
	O) El sistema de información recopila lo siguiente:	P) El sistema de información recopila lo siguiente:	Q) A quién se le reportan los datos epidemiológicos obtenidos.
1	Número de camas: X Número de admisiones: ✓ Número de días de estancia en un hospital: ✓	Número de admisiones involuntarias: X Número de pacientes que están restringidos/contenidos físicamente o aislados: X Diagnósticos: ✓	En expediente electrónico y bioestadística del Hospital Civil.
2	1. Número de camas: X Número de admisiones: ✓ Número de días de estancia en un hospital: X	Número de admisiones involuntarias: X Número de pacientes que están restringidos/contenidos físicamente o aislados: X Diagnósticos: ✓	Estadística interna del hospital y departamento de salud mental.
3	Número de camas: X Número de admisiones: ✓ Número de días de estancia en un hospital: X	Número de admisiones involuntarias: X Número de pacientes que están restringidos/contenidos físicamente o aislados: X Diagnósticos: ✓	Reporte SINBA mensualmente y reporte al departamento de salud mental.
Totales	Si = 0% No = 100% Si = 100% No = 0%	Si = 0% No = 100% Si = 0% No = 100%	

	Si = 33% No = 66%	Si = 0% No = 100%	
--	----------------------	----------------------	--

Símbolos: ✓ = si, X= no

En la tabla 5.3 se muestran las variables del sistema de información, en el ítem O muestra la primera pregunta acerca del número de camas, no se recopila tal información ya que ningún hospital cuenta con camas exclusivas para pacientes psiquiátricos.

La segunda pregunta sobre el número de admisiones, el 100% de las unidades recolecta el dato. La tercera pregunta del ítem O, sobre los días de estancia hospitalaria sólo en el Hospital de Tepic recoge el dato, ya que es donde se prolonga la estancia hospitalaria, las demás instituciones no recolectan dicha información.

En el ítem P, que continua con las demás variables de recolección de información, la cuarta pregunta de las admisiones involuntarias el 100% de las unidades no recopila ese dato. La quinta pregunta en relación a los registros de pacientes aislados y restringidos, ninguna de las unidades recoge tal información. Finalmente, en la sexta pregunta sobre la recolección de información relacionada a los diagnósticos, el 100% de las instituciones registra este dato.

En el ítem Q, cuestiona sobre el destino de la información epidemiológica recopilada en los Hospitales Generales, se puede observar que los reportes se entregan a estadística interna de la institución y al departamento de SM estatal.

Por otra parte, en cuanto a datos duros que solicita el instrumento de OMS, no fue posible recopilar la totalidad de la información, sólo se obtuvo una parte de la misma del Hospital General de Santiago, en las demás instituciones fue difícil el acceso a la información debido a que estadística interna del mismo hospital no puede acceder a dichos registros, y parte de la información no se registra. Se observa que los registros hospitalarios en materia de SM, están desarticulados y no es posible obtener información en lo específico, por lo que no se consideró

pertinente describirla en el documento, debido a que los resultados fueron datos aislados.

VI. Discusión

Los modelos de atención en SM sugeridos por la literatura, tienen como ejemplos de su práctica a países desarrollados. Los países de bajos y medianos ingresos entre ellos México, presentan serias deficiencias en la transición hacia modelos orientados a la promoción y prevención, con énfasis en primer nivel de atención, así como hospitalización breve y estructuras institucionales de estancia corta. Aunado a las limitaciones en cuanto a la contextualización de estos modelos en la población mexicana multicultural.

La atención de los diferentes servicios de SM en el país, orientan hacia un fortalecimiento del primer nivel de atención, esto es parte de las disposiciones de la OMS en el Plan sobre Salud Mental 2013 – 2020 (54), y congruente con la literatura al respecto.

En este sentido, de acuerdo a los resultados obtenidos, en las clínicas de primer nivel de la capital nayarita, sólo el 30% tienen interacción con algún profesional de SM, dato similar en el país, con el 21-50% de los médicos generales de los centros de salud, interactuaron con un profesional de la SM, por lo menos una vez en el año 2008 (datos base del estudio) de acuerdo a lo reportado en la evaluación al Sistema de SM en México en 2011 (52).

En esta misma línea, sólo el 10% de las unidades en Tepic, tienen vínculos con profesionales especialistas para revisión de casos. Situación contraria a lo que sugiere la literatura, de acuerdo a Gillies et al. (19) el enlace de consulta es un modelo donde el médico de atención primaria debe estar en interacción con un especialista para el apoyo en el tratamiento. De manera similar, Villamil-Salcedo et al. (20) evidencian los beneficios del trabajo en redes de colaboración entre el médico de primer nivel y un especialista (psiquiatra). Caso similar Thornicroft et al. (22) sugieren un modelo de atención integrada que incluye la interacción de los profesionales entre los diferentes niveles de atención. Además, de acuerdo a evidencia a nivel nacional, Berenzon et al. (57) puntualizan modelos de acción que involucren en el proceso de atención la perspectiva de los usuarios. En este

sentido Giacco et al. (23) orientan a incidir en el contexto social de las personas que padecen una enfermedad mental, donde el primer nivel es clave para ello.

El 40% de los médicos de primer nivel en Tepic, han recibido cursos de actualización en el último año (por lo menos dos días), esto en contraste a lo reportado en México (52), la cual arrojó que el 11% de los médicos han recibido este tipo de actualizaciones en el país y el 22.7% en el caso particular de Nayarit.

El 90% de los centros de salud en Tepic, cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento, a diferencia de lo reportado a nivel nacional en 2011 (52), con un rango 21- 50% de las unidades que disponen de ellos. De forma similar, Berenzon et al. (56) reportan y confirman que solamente el 30% de los servicios de atención primaria en el país, contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales. Estas acciones son congruentes con el programa de acción específico de SM 2013 – 2018 (40), realizado por la Secretaria de Salud en México, donde una de las principales líneas de acción es la detección temprana de los trastornos mentales.

Por otra parte, del 21 al 50% de los centros de los centros de salud a nivel nacional realizan por lo menos una referencia al mes a un profesional de la SM (52), esto en contraste a lo obtenido en el estudio donde el 60% de los centros en Tepic, realizan estas referencias a otro nivel de atención dentro de la misma capital. En este sentido, el modelo Hidalgo (32) se orienta hacia una detección oportuna, tratamiento y/o control, referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles.

En relación a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, en los centros de primer nivel en Tepic, se cuenta con 0% de disponibilidad de cada categoría terapéutica, esto contrario a lo reportado a nivel nacional (52), donde del 21- 50% de los centros tienen por lo menos un medicamento de cada categoría. En este sentido, en cuanto a la variable de prescripción farmacológica, los médicos en el país pueden realizarla (52), caso contrario a lo obtenido, donde el 60% de los médicos de las unidades reportan que no está permitido, lo cual muestra una clara

heterogeneidad de la información que disponen los médicos de primer nivel de atención en Tepic.

Es importante mencionar, que no se estudiaron la totalidad de las unidades de primer nivel de atención en Tepic, además que no se incluyeron unidades de los demás municipios del estado. Por lo tanto, sería relevante aumentar la muestra en otros estudios, que nos permitan ampliar la comprensión y análisis a este nivel.

Con respecto a los CESAME y CISAME (unidades ambulatorias) en Nayarit, por parte de los SSN, se disponen de 4, en comparación a las 6 unidades que reporta el informe nacional en 2011 (52). Además, no se dispone de ninguna unidad destinada específicamente para la atención de niños y adolescentes en el estado, dato que es congruente a nivel nacional (52), que evidencia sólo el 3% de estas unidades están destinadas para este grupo etario. Esto contrario a lo reportado por Davey y McGorry (24), donde refieren la pertinencia de implementar acciones tempranas en la detección y tratamiento no farmacológico de forma ideal, para la depresión en población joven, debido a que en esta etapa suelen iniciar la mayoría de los trastornos mentales.

Los principales diagnósticos tratados en CESAME y CISAME en Nayarit, fueron los trastornos afectivos, con más del 50% de los casos, el dato es equivalente al informe de la OMS en 2011 que reporta 50.3% de los diagnósticos atendidos en Nayarit (52).

En el país (52), 31% de estas unidades proporcionan atención de seguimiento en la comunidad, y el 4% cuenta con equipos móviles. Mientras tanto en Nayarit, el 25% de las unidades brinda atención de seguimiento, de igual forma el 25% tiene equipos móviles. Sin embargo, se debe destacar que esto se realiza de forma ocasional en ferias de la salud, por lo regular cada año.

Lo anterior, es opuesto a lo reportado por la literatura, primeramente en Reino Unido de acuerdo a Werbeloff et al. (26) se brinda atención en crisis en el hogar, esta busca que el usuario no ingrese a los servicios de hospitalización, prevenir recaídas y servicios más económicos. Por otro lado, Dieterich (27) reporta la

gestión intensiva de casos como un modelo comunitario, que incide en los determinantes sociales del usuario, su participación a nivel comunitario, y el continuo seguimiento de casos. De manera similar, Killaspy (28) evidencia la atención en el hogar denominado servicio de atención flotante para pacientes menos graves, que brinda visitas de profesionales al menos una vez por semana.

Los servicios ambulatorios en el país en 2011 (52), el 81-100% otorgaron una o más intervenciones psicosociales durante el último año a sus usuarios, dato que es semejante en el estado, en el mismo rango. Por otro lado, el 67% de las unidades a nivel nacional tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (52), a diferencia en Nayarit, que sólo el 25% de estas unidades disponen de estos medicamentos, mismos que cabe destacar se encuentran únicamente en la capital.

En relación al recurso humano en las unidades ambulatorias, sólo CESAME Tepic, cumple con el requisito de acuerdo al modelo Hidalgo (32), y es el único que cuenta con 1 psiquiatría, en comparación a los 8 especialistas que se evidenciaban en el informe de 2011 (52). Las demás unidades disponen de personal de forma heterogénea, coinciden únicamente en relación a psicólogos; todas disponen de al menos 1 profesional de esta índole que en total asciende a 24 psicólogos, en comparación a los 18 reportados en 2011 en el estado (52).

En relación a hospitales en el país (52), hay un total de 13 unidades de internamiento psiquiátrico en Hospitales Generales, Nayarit no dispone de ninguna unidad de internamiento, esto contrario a lo establecido en el modelo Hidalgo (32), y estudios como Babalola et al. (31) sugieren una estancia de hospitalización breve. Sin embargo, a pesar de ello se consideró pertinente realizar las comparaciones, debido a que se carece de la infraestructura al respecto, pero se brinda atención a pacientes que requieren internamiento en los hospitales del estado.

En este sentido en el país, el 8% (52) de estas unidades están reservadas para niños y adolescentes, en el estado de igual forma se carecen de ellas. La mayoría

de los pacientes hospitalizados del 51-80% recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año en México (52), en contraste con Nayarit de un 81-100% de los usuarios recibieron este tipo de atención en los diferentes hospitales.

En el país (52), el 100% de las unidades de internamiento dispusieron por lo menos de un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica, contrario a lo que ocurre en el estado, que sólo el 33% o su equivalente al Hospital General de la capital, es la única unidad que dispone de ellos. Por lo tanto, los usuarios de las comunidades y municipios más alejados de la capital presentan marcadas barreras geográficas para la obtención de psicofármacos.

En general, en el país la consulta con especialistas de SM es poco probable, debido a razones como dificultades geográficas, costos, distancia cultural, entre otras (52). Situación similar a la reportada en Nayarit por los entrevistados, donde las anteriores dificultades complican la atención sobre todo en municipios más alejados de la capital.

Desde luego, debe hacerse mención que únicamente se estudiaron los 3 Hospitales Generales, que se distribuyen a lo largo del estado, por lo que se dejaron fuera del estudio los módulos de atención SM, que se encuentran en los hospitales básicos de los SSN, mismos que por lo regular son atendidos por personal de psicología para atención en violencia intrafamiliar, y que son complejos de clasificar en el instrumento de la OMS para su estudio. En consecuencia, es de relevancia conocer a través de otros estudios, las acciones e impacto que generan este tipo de módulos, como elementos de atención y esfuerzos concentrados en la atención de los nayaritas.

Por otra parte, de acuerdo al modelo Hidalgo (32), se debe disponer de villas de transición hospitalaria que son áreas de características estructurales distintas al modelo asilar, y con miras hacia la reintegración social, de la cual se carece en el estado. Esto es sugerido por la literatura a nivel internacional y nacional, la tendencia en atención está orientada a la reinserción de las personas con trastornos mentales a la sociedad, a través de modelos como el de casa club (33)

y modelos de atención integral (34). Además, de acuerdo a Killaspy (27), se dispone de atención denominada hogar con apoyo emocional, que tiene atención las 24 horas (homóloga a los departamentos independientes propuestos por el modelo Hidalgo), y las residencias de atención (homólogas a las villas de transición del mismo modelo), dichas estructuras son funcionales en Reino Unido, y en México se disponen de muy pocas debido a la transición hacia la implementación del modelo.

De manera particular, en el año 2012 la evaluación al modelo de atención en SM Hidalgo (55), evidencia resultados favorables al modelo en una villa de transición hospitalaria, en comparación al modelo tradicional (hospital psiquiátricos), lo cual es congruente con la literatura, y donde no es posible obtener mayor análisis debido a la falta de estructuras institucionales de este tipo en el país, así como estudios en dichos contextos e instrumentos adecuados.

Las entrevistas realizadas, fueron adaptadas del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM - OMS) (53), su objetivo es evaluar los Sistemas de SM de los países. No obstante, se han seleccionado únicamente los reactivos que cuestionan sobre las características de las unidades disponibles en el estado. Es una herramienta para los países de bajos y medianos ingresos, por lo que se puede deducir la falta de contextualización.

Sin embargo, el instrumento es utilizado en diferentes países latinos e instituciones como: OMS, OPS y Secretaría de Salud en México, que lo han adoptado para evaluar el Sistema de SM. Los apartados tomados de esta herramienta fueron acordes con las unidades disponibles en el estado. Es de importancia aclarar, que las unidades con sus respectivos servicios que ofrecen a los usuarios, representan sólo una parte de la totalidad y complejidad, que implica la comprensión de un Sistema de Salud Mental de cualquier país.

Primeramente, en relación al apartado del instrumento para primer nivel de atención, se puede constatar la falta de reactivos en torno a las acciones en promoción y prevención, que son un elemento trascendental. Además se sugiere

por la literatura de acuerdo a Zhao et al. (21), las acciones orientan hacia modelos psicoeducativos aunado a los imperativos del modelo Hidalgo (32), que son las principales líneas en este nivel.

En segundo término, las unidades de salud ambulatoria (CISAME, CESAME), se vislumbra la falta de reactivos en relación a los tiempos para las citas a psiquiatría/psicología, profesionalización del recurso humano, costos, ONG's vinculadas a los servicios, cantidad de pasantes, programas vigentes, infraestructura (espacios pertinentes), todo esto acorde a lo reportado en las entrevistas con los directivos, así como observación directa.

En tercer lugar, los Hospitales Generales son un área compleja de tratar y comprender, acorde con los resultados se carece de unidades de internamiento psiquiátrico al interior de los hospitales del estado. En relación al instrumento (IESM - OMS) (53), se constata la carencia de reactivos en torno a la infraestructura de las unidades de internamiento, además de los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia el tercer nivel de atención.

Por otro lado, el análisis de los resultados se trabajó en comparación de dos elementos: reactivos de las entrevistas y el modelo Hidalgo (32), donde es de relevancia aclarar, que el IESM – OMS (53) no es una herramienta especializada para evaluar al modelo Hidalgo. Sin embargo, el instrumento es congruente con las disposiciones del mismo modelo (32), así como el programa e imperativos vigentes de la OMS (54) y los últimos programas nacionales (40, 41), además es la herramienta utilizada por los países e instituciones para la comprensión, análisis y toma de decisiones en SM.

A pesar de lo mencionado, se tiene que evidenciar que el instrumento dado su origen y objetivo, tiene descontextualizaciones con respecto a las particularidades de las unidades que dispone el país, y sus diferentes estados, con su amplia diferencia cultural. Por consecuencia, se debe realizar investigación que profundice en esta situación.

La cuestión legal es otro elemento fundamental, en México, a nivel normativo en salud, partimos de la Ley General de Salud (42), seguido de la regulación de la atención médico - psiquiátrica normada por la NOM-025-SSA2-2014 (43), dichos esfuerzos no han sido suficientes, por lo que se ha generado a nivel nacional la Iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley General de Salud Mental 2017 (45), que tiene como objetivo principal la implementación a nivel nacional del modelo Hidalgo (32), cabe destacar que la iniciativa se encuentra detenida en su proceso legislativo hasta la actualidad. En este sentido, países latinos como Colombia (46) desde 2013 disponen con estos mecanismos legales para la protección de la SM de su población.

Algunos estados del país, cuentan con leyes estatales en materia de SM. En Nayarit, en octubre de 2018 se propuso la iniciativa de proyecto de ley de Salud Mental del estado de Nayarit (47), la cual contenía 10 capítulos en los que se profundizaban las exigencias internacionales (54) y nacionales (32, 40, 41). Como resultado a la iniciativa, en septiembre de 2019 se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Nayarit, el decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley de Salud para el estado de Nayarit, en materia de Salud Mental (48). Las adiciones y reformas aprobadas, en comparación a la iniciativa original distan claramente.

Es indudable, que los componentes normativos juegan un papel valioso en las acciones realizadas en la atención en los diferentes niveles de salud. Por ello, a través de estos mecanismos se busca el visibilizar el problema, y el aumento del presupuesto a SM, que es bajo en comparación a los países de medianos ingresos.

En este sentido, el impacto al Sistema de Salud mexicano en relación a costos de la enfermedad mental, es otro de los elementos de relevancia, de acuerdo a estimaciones realizadas por Arredondo et al. (58), el costo total sólo de la atención a la esquizofrenia y la depresión para el año 2013 fue de USD 39.081.234.00. Para esquizofrenia fue de USD 18.119.877.00 y para depresión de USD

20.961.357.00. Por ello, se debe contar con mecanismos y acciones que permitan una atención con mayor eficiencia, para lo cual el marco legal es clave.

Finalmente, otra de las líneas de investigación que debe abordarse, son estos mecanismos normativos, con sus respectivos esfuerzos específicos generados en los diferentes estados del país, debido a que los mismos se han dado de manera heterogénea, lo cual es de importancia para el futuro de la atención.

VII. Conclusiones

Los Sistemas de Salud Mental de los países latinos tienen serias deficiencias. México no es la excepción, se considera de relevancia actualizar la evaluación del Sistema de Salud Mental mexicano, debido a que la última fue realizada en 2011, lo que implica casi una década de cambios y situaciones en el país que deben estudiarse, y generar acciones contundentes.

Las unidades con las que cuentan los Servicios de Salud de Nayarit para la atención a SM son: clínicas de primer nivel de atención, unidades ambulatorias CESAME y CISAME, y en segundo nivel los Hospitales Generales. No se dispone de unidades de tercer nivel para la atención en el estado.

El primer nivel de atención es medular para la detección temprana de trastornos mentales. En cuanto a recurso humano, todas las unidades estudiadas contaban con médico general y personal de enfermería a su cargo. Sin embargo, se evidencia una baja relación de colaboración del médico general con profesionales de la SM, así como una baja referencia a otros niveles de atención. Por otro lado, en cuestión de detección, la aplicación de escalas para el diagnóstico de los principales trastornos mentales es nula, debido a que no siempre se dispone del recurso, así como de espacios físicos y privados.

La disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, de cada categoría terapéutica en los centros de salud es del 0%, lo cual representa repercusiones en los usuarios, de diferente tipo: gasto de bolsillo, abandono de tratamiento, calidad de vida, entre otras. Aunado a ello, la información con la que cuenta el personal médico de las clínicas, en relación a la prescripción de psicofármacos es heterogénea, y como tal las actuaciones al respecto.

Además, de acuerdo a los entrevistados, los reportes epidemiológicos es otra de las situaciones a atender, debido a un 20% de las instituciones no realizan reportes en el tema. Y los mismos se realizan de manera heterogénea en los distintos centros de salud, por lo que la información reportada puede estar sesgada considerablemente.

Con respecto a los centros de salud, se observa que las acciones y esfuerzos de la atención a la SM son heterogéneos, además de desarticulados con los demás niveles de atención, esto en relación a referencia y contrarreferencia. Además en opinión de los informantes, reportan que las acciones para atender las problemáticas son escasas, por lo que se requiere un trabajo articulado con los demás niveles de atención, para acciones que orienten a la promoción y prevención en SM como recomienda la OMS, e incidir en los determinantes sociales.

Las unidades CESAME y CISAME, en esencia tienen las mismas funciones de atención ambulatoria a lo largo del estado. En general, se carece de recurso humano, que satisfaga los requisitos propios de estas unidades, y lo establecido en el modelo Hidalgo, ya que sólo CESAME Tepic cumple con estas necesidades. En consecuencia, las referencias a psiquiatría se realizan hacia la capital, lo que puede representar diversas barreras para la atención de los usuarios, tanto de tipo: económicas, geográficas, culturales y sociales.

El principal trastorno mental que atienden estas unidades de manera general, es la depresión, con más del 50% de los casos. En este sentido, en CESAME Tepic, los trastornos psicóticos crónicos van ganando terreno en la epidemiología estatal, tienen particularidades de interés, debido a la cronicidad del mismo, las afectaciones a la calidad de vida del paciente y familia, aunado a las implicaciones de su atención, ya que todos los pacientes se deben de trasladar a la capital a la consulta con especialista.

Por otra parte, el panorama se dificulta más, no sólo para los pacientes con trastornos psicóticos, sino para todas las patologías que requieren tratamiento farmacológico; la disponibilidad de psicofármacos de cada categoría terapéutica sólo se encuentra en CESAME Tepic.

En este mismo orden de ideas, las unidades realizan nulas acciones de seguimiento de pacientes y trabajo comunitario, lo cual puede repercutir en el abandono de tratamiento, adherencia terapéutica, calidad de vida entre otras.

Además de evidenciar una baja participación en la comunidad, en promoción y prevención de enfermedades mentales.

El nivel segundo nivel de atención en el estado, tienen serias privaciones por demás notorias. Primeramente, se carece de unidades de hospitalización psiquiátrica al interior de los hospitales. En cuanto a recurso humano, sólo en la capital se dispone de especialistas en psiquiatría, por lo tanto, los demás hospitales hacen las referencias hacia la capital, y en consecuencia los usuarios deben trasladarse hacia Tepic, cabe destacar que la población a la que atienden los SSN es la menos favorecida económicamente para la realización de estas acciones, que tienen un impacto directo en su bolsillo, y por ende el posible abandono de tratamiento, y repercusiones en su salud individual y familiar.

El segundo nivel, sólo tiene disponible psicofármacos de cada categoría terapéutica en la capital. Es alarmante, debido a que los municipios más alejados del estado, además de presentar barreras para la atención a especialista (psiquiatra), se suma las barreras geográficas para la disposición de psicofármacos. Lo que deja en claro la desprotección de la atención a la SM fuera de la capital. En este sentido, en cuanto a referencia al tercer nivel de atención, sólo desde la capital se puede ejecutar. Por lo tanto, la atención en el segundo nivel y el posible acceso al nivel especializado, está centralizado en la capital.

En relación a los sistemas de información hospitalaria, el tema es complejo, debido a que los mismos hospitales reportan serias deficiencias, como la desarticulación de la información al interior del mismo. Así como las notorias dificultades, para el acceso de la información en cuanto a datos duros requeridos en el estudio, lo cual es otra de las situaciones que se requieren atender para la comprensión detallada de la problemática en el estado.

En relación a la unificación de las unidades, que se encargan de la atención en el estado, hay una seria incomunicación y desarticulación de los centros de salud, con las unidades ambulatorias y hospitales, donde los esfuerzos ejecutados por cada una de ellas son aislados y desarticulados. Por lo que se requiere el trabajo

en colaboración y comunicación entre niveles de atención, con programas específicos que respondan a las necesidades estatales. Además de aumentar las acciones en atención fuera de la capital, con acciones que pueden llegar a las comunidades y municipios más alejados.

En cuestión del instrumento de la OMS, utilizado en el estudio, se debe trabajar en futuras investigaciones la contextualización del mismo, que este direccionado a la situación y demanda específica de nuestro Sistema de Salud, y la carga de enfermedad en el país, y en lo particular en cada estado, debido a las diferencias sociales y culturales presentes en México.

Además se debe trabajar en futuras investigaciones, que incluyan los demás apartados del instrumento de la OMS, así como estudios que aumenten la muestra en los SSN, e incluyan las demás instituciones del Sistema de Salud en el estado, como: IMSS, ISSSTE entre otras. Lo cual ampliará la comprensión de la problemática, y con ello la orientación de acciones pertinentes.

Finalmente, el estado debe proporcionar un marco legal que permita resolver las necesidades de su población, en este sentido, diferentes estados han generado sus leyes particulares para la visibilización de la problemática, y con ello buscar un mayor presupuesto en el tema. Nayarit, no es la excepción, debido a que recientemente se modificaron y adicionaron artículos a la Ley de Salud del Estado, en materia de SM. Lo que significa, y abre la posibilidad para estudios futuros en relación al marco legal nacional y estatal, mismo que últimamente ha tenido gran dinamismo y debe analizarse con mayor detenimiento.

VIII. Referencias

1. Bertolote J. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*. 2008;7(2):113-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/>
2. Restrepo O, Jaramillo E. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. 2012. 2012;30(2):10. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/20779736>
3. Hernández-Paz M, Torres-Herrera J, Espinosa-Gómez M, Lara-García B, Gutiérrez-Cruz S. El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2016;37:89-93. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/37/37_HdzPaz.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta 2016. [Recuperado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
5. Lopera J. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;32:(supl 1). Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/4499/1/LoperaJuan_2015_ConceptoSaludMental.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
7. Ovidio C, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(3):166–73. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v39n3/1020-4989-RPSP-39-03-166.pdf
8. González-Arratia, López-Fuentes N, Valdez J. Validez de la Escala de Salud Mental Positiva en Niños Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*. 2016;6(1):2368-83. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471916300564>
9. Martínez R, Pando M, León S, González R, Aldrete M, López L. Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*. 2015;18(33):78-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497551992008>

10. Quesada C, Fernández Barrio E. Historia de la psiquiatría 2009. In: Manual del Residente en psiquiatría Tomo 1 [Internet]. Madrid, España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; [5-12].

11. Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 2012;29(1):143-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255022>

12. Becerra-Partida OF. La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. Persona y Bioética. 2014;18(2):238-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594012>.

13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: OMS; 2001. Disponible en: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

14. Organización Mundial de la Salud. Políticas, planes y programas de salud mental. Ginebra, Suiza: OMS; 2005. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43526/8495076799_spa.pdf;jsessionid=D74D86C72EF6450742D288A222F84CD3?sequence=1

15. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible 2015 [Recuperado 20 abril de 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

16. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la Acción para la Salud y el Bienestar. Washington, D.C., EUA: OPS/OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Cuesta J, Saiz J, Roca M, Nogueira I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiquiatría Biológica. 2016;23(2):67-73. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416000105>

18. Muñoz C. Psicología, salud mental y salud pública. CES Psicol. 2014;7:184-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20113080201400020014&nrm=iso

19. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007193.pub2>

20. Villamil-Salcedo V, Vargas-Terrez BE, Díaz-Anzaldúa A. Collaborative Care model in mental health. Scope and experiences after three years of activity in Mexico City. *Primary Health Care Research and Development*. 2017;18(3):1-8. DOI: 10.1017/S1463423617000032
21. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(4). DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2
22. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S, et al. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):174-86. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30125-7.
23. Giacco D, Amering M, Bird V, Craig T, Ducci G, Gallinat J, et al. Scenarios for the future of mental health care: a social perspective. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(3):257-60. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30219-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30219-X)
24. Davey CG, McGorry PD. Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):267-72. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30292-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30292-X)
25. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, Sadler E, Cohen A, Kakuma R. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(1):78-92. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30125-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30125-7)
26. Werbeloff N, Chang CK, Broadbent M, Hayes JF, Stewart R, Osborn DP. Admission to acute mental health services after contact with crisis resolution and home treatment teams: an investigation in two large mental health-care providers. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):49-56. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30416-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30416-3)
27. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(1). DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3
28. Killaspy H, Priebe S, Bremner S, McCrone P, Dowling S, Harrison I, et al. Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(12):1129-37. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30327-3
29. Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):1013-22. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30382-1

30. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;3(3):Cd004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub5
31. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(1). DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3
32. Secretaría de Salud. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. Ciudad de México. 2015 [Recuperado 14 de Mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/mision.html>.
33. Tan Y-X, Yan H, Luo Y-H, Tang H, Wu H-S, Chen J-D. Mental rehabilitation in China: the club house model. The Lancet Psychiatry. 2018;5(5):386-7. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30047-6
34. Ramanuj P, Ferenchik E, Docherty M, Spaeth-Rublee B, Pincus HA. Evolving Models of Integrated Behavioral Health and Primary Care. Current psychiatry reports. 2019;21(1):4. DOI: 10.1007/s11920-019-0985-4
35. De Salvia D. Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir del año 1978. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria. 1986;VI(16):69-85. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14861/14729>
36. Evaristo P. La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011;31:345-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352011000200011&nrm=iso
37. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Publica. 2011;85:427-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000500002&nrm=iso
38. Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas: Amenazas y oportunidades. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2002:39-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000100005&nrm=iso
39. Dirección General de Rehabilitación Psicosocial. Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental IAP. Ciudad de México: FMREM; [Recuperado 20 mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgrppcdh/Fmprhdem.htm>.

40. Secretaría de Salud. Programa de acción específico salud mental 2013-2018. México D.F. 2013. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>.
41. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica. México, D.F. 2013. Disponible en: www.sap.salud.gob.mx/media/267193/PAE_Atención-Psiquiátrica.pdf.
42. Ley general de salud, DOF 07-II-1984 Ref. DOF última reforma publicada DOF 08-12-2017.
43. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. DOF. (2015).
44. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. DOF. (2018).
45. Palacio Legislativo de San Lázaro. Iniciativa con proyecto de decreto que expide la Ley General de Salud Mental, (2017). Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2017/12/asun_3636417_2017_1201_1512066886.pdf
46. Congreso de la República de Colombia. Ley No. 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones (2013). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
47. Congreso del Estado de Nayarit. Iniciativa de Ley de Salud Mental del Estado de Nayarit, (2018). Disponible en: <http://www.congresonayarit.mx/wp-content/uploads/Proceso-Legislativo/Iniciativas/1218919131.pdf>
48. Congreso del Estado de Nayarit. Decreto que reforma y adiciona diversos artículos de La Ley de Salud para el Estado de Nayarit en materia de Salud Mental. (2019). Disponible en: <http://www.congresonayarit.mx/wp-content/uploads/Proceso-Legislativo/Decretos/1217753627.pdf>
49. Real Academia Española. Caracterizar. 2019. [Citado 02 de junio de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/caracterizar?m=form>.
50. Hernández-Nariño A, Medina-León A, Nogueira-Rivera D, Negrín-Sosa E, Marquez-León M. La caracterización y clasificación de sistemas, un paso necesario en la gestión y mejora de procesos. Particularidades en organizaciones hospitalarias. Dyna [Internet]. 2014;81(184):193-200. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/496/49630405027.pdf>

51. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe Washington, D.C.: OPS/OMS; 2013. Disponible en: www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf.
52. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en México. México D.F: OPS/OMS; 2011. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf.
53. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza OMS; 2005. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1
54. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
55. Dirección General de Epidemiología y Consejo Nacional de Salud Mental. Evaluación al Modelo Nacional de Atención en Salud Mental "Miguel Hidalgo", en el Hospital Psiquiátrico "José Sayamo". Informe Final. México D.F: DGE/CONSAME; 2012. Disponible en: www.cofemersimir.gob.mx/expediente/17059/mir/37561/anexo/982420.
56. Berenzon S, Solano S, Icaza M, Basaurí A, Galván, Gorn S, et al. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? 2013;33. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258>
57. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Galván-Reyes J. Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. 2018;60(2,mar-abr):8. DOI: 10.21149/8673
58. Arredondo A, Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Arredondo P, Recaman AL. Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. Cad Saúde Pública. 2018;34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000105015&nrm=iso
59. Puga J. Perfil de riesgo al suicidio en Nayarit. Revista Fuente nueva época 2015;20:37-45. Disponible en: <http://dspace.uan.mx:8080/xmlui/handle/123456789/213>
60. Negrete MA, Olvera MA, Ibarra SN. Detección de factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes escolarizados en el estado de

Nayarit México. Cuba Salud 2018; 2018. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Detecci%C3%B3n-de-factores-de-riesgo-de-trastornos-de-en-Am%Alanez/b341a6e9bfca74c58d5d438ada8529e1110dab25>

61. Figueroa-Varela M, Lira-Renteria SG, González-Betanzos F. Factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de bachillerato en Nayarit, México. Health & Addictions/Salud y Drogas. 2019;19(2). Disponible en: <https://www.issup.net/files/201911/Factores%20de%20Riesgo%20para%20el%20Consumo%20de%20Alcohol%20y%20Drogas%20en%20Estudiantes%20de%20B>

62. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

63. Gómez-Dantés O, Frenk J. Neither myth nor stigma: Mainstreaming mental health in developing countries. Ni mito ni estigma: integrar la salud mental a los servicios de salud convencionales de los países en desarrollo. 2018;60(2):212-7. DOI: 10.21149/9244

64. Sandoval J. La Salud Mental en México. México D.F. : Camara de diputados LIX legislatura 2005. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

65. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Salud mental. Ciudad de México INEGI; 2016 [Recuperado 15 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>.

66. Natera R. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. 2015;38(Supl 1):2. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1724

67. Secretaría de Salud. Prevalencia de los trastornos mentales en el estado de Nayarit Tepic, Nayarit: Dirección General de Información en Salud (DGIS); 2016 [Recuperado 20 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/inicio>.

68. Departamento de Salud Mental de los Servicios de Salud de Nayarit (SSN). Estadísticas de suicidio. Tepic, Nayarit 2018.

69. Saavedra N, Berenzon S, Galván J. Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. Atención primaria. 2016;48(4):258-64. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>

70. Madrigal E. Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. Salud mental. 2016;39:235-7. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252016000400235&nrm=iso

71. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental. STCONSAME. Ciudad de México: Secretaria de salud 2016. [Recuperado 20 mayo de 2018]. Disponible en: http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/unidades/hospitalizacion_ua.

72. Heinze G, Chapa G, Carmona-Huerta J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. Salud mental. 2016;39:69-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252016000200069&nrm=iso

73. World Health Organization. Mental health atlas 2014. France: OMS; 2015. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/.

74. Servicios de Salud de Nayarit. Organigrama Tepic, Nayarit: SSN; 2017 [Recuperado 20 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ssn.gob.mx/Portal/index.php#>.

75. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Datos y cifras Ginebra, Suiza OMS; 2018 [Recuperado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

76. La Jornada. Sólo 3% de quienes tienen problemas mentales buscan ayuda. La Jornada. 2018. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2018/11/04/solo-3-de-quienes-tienen-problemas-mentales-buscan-ayuda-7791.html>

77. Velázquez E, Lino M. Depresión: en 2020 será la principal causa de discapacidad en México. Animal político 2018. Disponible en: https://www.animalpolitico.com/2018/07/depresion-2020-discapacidad-mexico/?fbclid=IwAR3XPPzcOAii3MalMmthwAUzCwvUI_pPLJpm7aJBnbv347VISPrz1G4rv0

78. Flores S, Medina R, Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. Salud mental. 2011;34(4):33-339. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400006

79. Grandón P, Saldivia S, Cova F, Bustos C, Turra V. Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. Universitas Psychologica. 2016;15(2):153-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64744107013>

80. Zamora-Carmona G. Servicios clínicos disponibles para niñas, niños y jóvenes con trastornos mentales en México. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv. 2013;11(1):163-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692715X2013000100010&lang=pt
81. Fathalla M, Fathalla M. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C.: OPS; 2008. Disponible en: www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PC620.pdf.
82. Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud pública de Mexico. 2011;53:s220-s32. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
83. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Salud y Seguridad Social. Derechohabienca. Cd. de México: INEGI; 2015 [Recuperado 05 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=18#tabMCcollapseIndicadores>
84. Gonzalo T. Diseños muestrales en la investigación. Semestre económico [Internet]. 2001; 4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5262273.pdf>.
85. Verdugo J, Ochoa S, Alevano J. Elaboración de cuestionarios. Colima, Colima: Universidad de Colima; 2006.
86. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. DOF. Última reforma publicada DOF 02-04-2014

IX. Anexo 1. Entrevista para centros de Salud Mental (CESAME).

Universidad Autónoma de Nayarit. Maestría en Salud Pública. Perteneciente al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACYT.



ENTREVISTA PARA CENTROS DE SALUD MENTAL (CESAME). ADAPTADA DEL INSTRUMENTO PARA SISTEMAS DE SALUD MENTAL DE LA OMS.

Unidad: _____ **Folio:** _____ **Fecha:** _____

Domicilio (municipio): _____

Días y horario de atención: _____

INSTRUCCIONES: Conteste lo que se le pide a continuación, subrayando, marcando con una cruz o en su defecto anexando la información requerida, de acuerdo con la pregunta.

- 1. ¿Cuántos usuarios son atendidos a través de esta unidad de Salud Mental?**

_____ Número

SD= se desconoce NA= no aplica

- 2. ¿Cuántas usuarias (mujeres) se atienden?**

_____ Número de mujeres atendidas

_____ Número de usuarios totales

SD= se desconoce NA= no aplica

- 3. ¿Tipos de diagnósticos de usuarios atendidos. Mediante diagnóstico CIE-10?**

1. Trastornos mentales y de conducta debido al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
2. Esquizofrenia, trastornos	Número de usuarios tratados:

esquizotípicos y delirantes (F20-F29).	<p>_____</p> <p>SD= se desconoce NA= no aplica</p>
3. Trastornos del estado de ánimo (F30-F39).	<p>Número de usuarios tratados:</p> <p>_____</p> <p>SD= se desconoce NA= no aplica</p>
4. Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48).	<p>Número de usuarios tratados:</p> <p>_____</p> <p>SD= se desconoce NA= no aplica</p>
5. Trastornos de personalidad y conducta adultos (F60-F69).	<p>Número de usuarios tratados:</p> <p>_____</p> <p>SD= se desconoce NA= no aplica</p>
6. Otros (ej. Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales cuya aparición generalmente ocurre en la infancia o adolescencia, trastornos de evolución psicológica).	<p>Número de usuarios tratados:</p> <p>_____</p> <p>SD= se desconoce NA= no aplica</p>

4. Número promedio de contactos (entrevista inicial, sesión de tratamiento, consulta de seguimiento, etc.) que involucra a un usuario y un miembro del personal.

_____ Número de contactos por usuario promedio.

_____ Número acumulativo de contactos ambulatorios brindados a través de establecimientos o dispositivos de Salud Mental ambulatorios (total de todos los usuarios en el último año).

SD= se desconoce

NA= no aplica

- 5. Número de usuarios de 17 años o menos, atendidos a través de la unidad.**

_____ Número de usuarios menores atendidos

SD= se desconoce

NA= no aplica

- 6. ¿Se tienen unidades de Salud Mental ambulatorias exclusivas para niños y adolescentes?**

Si _____ No _____

_____ Número de unidades

SD= se desconoce

- 7. ¿Cuentan con unidades de Salud Mental ambulatoria (fuera de instalaciones, visitas al hogar etc.) brindan atención comunitaria de seguimiento de rutina?**

Si _____ No _____

_____ Número de unidades

SD= se desconoce

- 8. ¿Se cuentan con equipos móviles de personal (para subsanar el acceso físico a una unidad de Salud Mental), que brinden atención periódica fuera de la unidad de Salud Mental?**

Si _____ No _____

_____ Número de equipos

SD= se desconoce

- 9. Porcentaje de usuarios que recibieron una o más intervenciones psicosociales (psicoterapia, apoyo social, consejería, etc., con una duración mínima de 20 minutos) en el último año.**

A= Ninguno (0%)
B= Pocos (1 – 20%)
C= Algunos (21 – 50%)
D= La mayoría (51 – 80%)
E= todos o casi todos (81- 100%)

SD= se desconoce NA= no aplica

- 10. ¿Se tiene disponibilidad de por menos una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica (anti-psicóticos, antidepresivos, estabilizadoras de estado de ánimo, ansiolítico y antiepilépticas)?**

Si: _____ No: _____ Algunas (cuáles): _____

SD= se desconoce NA= no aplica

- 11. ¿Cuál es la situación de demanda de los servicios de Salud Mental por parte de usuarios de la población rural?**

En proporción al tamaño relativo de la población, los usuarios rurales se encuentran:

A: Significativamente sub-representados en uso de los servicios ambulatorios.
B: Casi igualmente representados en su uso de los servicios ambulatorios.
C: Sobre-representados en su uso de los servicios ambulatorios.

SD= se desconoce NA= no aplica

- 12. ¿En la unidad se cuenta con estrategias específicas (intérpretes o traductor, etc.) para garantizar que las minorías lingüísticas tengan acceso a los servicios de Salud Mental en un idioma que dominen?**

Si: _____ No: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

13. ¿Cuál es la situación de utilización de servicios ambulatorios de Salud Mental por parte de grupos de minorías étnicas y religiosas?

En proporción al tamaño relativo de su población, los usuarios de minorías étnicas y religiosas están:

A= significativamente sub-representados en el uso de los servicios ambulatorios.

B= Casi igualmente representados en su uso de los servicios ambulatorios

C=Significativamente sobre-representados en su uso de los servicios ambulatorios.

SD= se desconoce NA= no aplica

14. ¿Cuáles considera son las diferencias significativas (es decir mayor al 50%) entre las unidades de Salud Mental administradas por el gobierno y las unidades de Salud Mental con fines de lucro?

1. Duración promedio de la lista de espera para una cita psiquiátrica ambulatoria inicial no considerada de urgencia.
2. Número promedio de minutos de una consulta ambulatoria con un psiquiatra.
3. Número de camas por cada enfermera en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

SD= se desconoce NA= no aplica

15. Número de recursos humanos que trabajan en la unidad.

1. Psiquiatras _____ Número
2. Otros médicos (no especializados en psiquiatría) _____ número
3. Enfermeros _____ número
4. Psicólogos _____ número
5. Trabajadores sociales _____ número
6. Terapeutas ocupaciones _____ número
7. Otros trabajadores de salud mental _____ número

16. ¿Qué tipo de información recogen y compilan regularmente?

1. Número de usuarios atendidos
2. Número de contactos por usuarios
3. Diagnósticos

SD= se desconoce NA= no aplica

17. ¿A quién se le reportan los datos epidemiológicos obtenidos?

SD= se desconoce NA= no aplica

Anexo 2. Entrevista para centros de salud.

Universidad Autónoma de Nayarit. Maestría en Salud Pública. Perteneciente al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACYT.



ENTREVISTA PARA CENTROS DE SALUD. ADAPTADA DEL INSTRUMENTO PARA SISTEMAS DE SALUD MENTAL DE LA OMS.

Institución: _____ **Folio:** _____ **fecha:** _____

Domicilio (municipio): _____

Días y horario de atención: _____

INSTRUCCIONES: Conteste lo que se le pide a continuación, subrayando, marcando con una cruz o en su defecto anexando la información requerida de acuerdo con la pregunta.

- 1. ¿Se les han impartido programas o cursos de actualización para los médicos en temas de psiquiatría o Salud Mental en el último año?**

Si: _____ No: _____

Cuántos y número de horas por curso: _____

Número de médicos que asistieron: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

- 2. ¿Instituciones dónde concluyeron sus estudios los médicos del centro de salud?**

- 3. ¿Tienen disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento (guías de la práctica clínica, manuales, NOM o videos) para condiciones claves de Salud Mental en centros de atención primaria que cuentan con médicos?**

Si: _____ No: _____

Especificar de qué se dispone: _____

SD= se desconoce NA: no aplica

4. ¿Realizan referencias hacia un nivel de atención más alto en Salud Mental, por parte de centros que cuenten con un médico, por lo menos una vez al mes?

Si: _____ No: _____

A dónde se refiere: _____

SD= se desconoce NA: no aplica

5. ¿Los médicos tienen interacción con algún profesional de Salud Mental por lo menos una vez al mes en el último año?

Si: _____ No: _____

Con qué tipo de profesional: _____

SD= se desconoce NA: no aplica

6. ¿Tienen autorizado los médicos del centro de salud la prescripción de medicinas psicotrópicas?

A= no está permitido

B= Se permite con restricciones (casos de urgencias).

C= Se permite sin restricciones

7. ¿Se tiene disponibilidad de por menos una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica (anti-psicóticos, antidepresivos, estabilizadoras de estado de ánimo, ansiolítico y antiepilépticas), en el centro de salud?

Si: _____ No: _____ Algunas (cuáles): _____

SD= se desconoce NA= no aplica

8. ¿Se les han impartido programas de actualización para los enfermeros en temas de psiquiatría o Salud Mental en el último año?

Si: _____ No: _____

Cuántos y número de horas por curso: _____

Número de enfermeros que asistieron: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

9. ¿Instituciones dónde concluyeron los estudios el personal de enfermería del centro de salud?

10. ¿Se ha impartido formación dedicada a temas relacionados con psiquiatría y Salud Mental para trabajadores no médicos y no enfermeros?

Si: _____ No: _____

Cuántos y número de horas por curso: _____

Número de trabajadores _____

SD= se desconoce NA= no aplica

11. ¿Tienen disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento (guías de la práctica clínica, manuales, NOM o videos) para condiciones claves de Salud Mental en centros de atención primaria de salud no brinda por un médico?

Si: _____ No: _____

Especificar de qué se dispone: _____

SD= se desconoce NA: no aplica

12. ¿Realizan derivaciones/referencias hacia un nivel de atención más alto en Salud Mental, por parte de centros que no cuenten con un médico, por lo menos una vez al mes?

Si: _____ No: _____

A dónde se refiere: _____

SD= se desconoce NA: no aplica

13. ¿Se tiene disponibilidad de por menos una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica (anti-psicóticos, antidepresivos, estabilizadoras de estado de ánimo, ansiolítico y antiepilépticas), en centros de salud que no cuentan con un médico?

Si: _____ No: _____ Algunas (cuáles): _____

SD= se desconoce NA= no aplica

14. ¿Tienen autorizado los enfermeros del centro de salud la prescripción de medicinas psicotrópicas?

A= no está permitido

B= Se permite con restricciones (casos de urgencias).

C= Se permite sin restricciones

15. ¿Tienen autorizado los trabajadores no médicos no enfermeros del centro de salud la prescripción de medicinas psicotrópicas?

A= no está permitido

B= Se permite con restricciones (casos de urgencias).

C= Se permite sin restricciones

16. ¿Tienen algún tipo de interacción (reuniones, revisión de casos, etc.) los centros de atención primaria que cuentan con un médico con profesionales alternativos, complementarios, tradicionales por lo menos una vez en el último año para tratar aspectos relacionados con la Salud Mental?

Si: _____ No: _____

Con quien: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

17. ¿Tienen algún tipo de interacción (reuniones, revisión de casos, etc.) los centros de atención primaria que no cuentan con un médico con profesionales alternativos, complementarios, tradicionales por lo menos una vez en el último año para tratar aspectos relacionados con la Salud Mental?

Si: _____ No: _____

Con quien: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

18. Número de recursos humanos que trabajan en la institución.

8. Médicos _____ número

9. Enfermeros _____ número

10. Psicólogos _____ número

- 11. Trabajadores sociales _____ número
- 12. Terapeutas ocupaciones _____ número
- 13. Otros trabajadores de salud mental _____ número

19 ¿A quién se le reportan los datos epidemiológicos obtenidos?

SD= se desconoce NA= no aplica

Anexo 3. Entrevista para Hospitales Generales.

Universidad Autónoma de Nayarit. Maestría en Salud Pública. Perteneciente al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACYT.



ENTREVISTA PARA HOSPITALES GENERALES. ADAPTADA DEL INSTRUMENTO PARA SISTEMAS DE SALUD MENTAL DE LA OMS.

Institución: _____ Folio: _____ fecha: _____

Domicilio (municipio): _____

Días y horario de atención: _____

INSTRUCCIONES: Conteste lo que se le pide a continuación, subrayando, marcando con una cruz o en su defecto anexando la información requerida, de acuerdo con la pregunta.

1. ¿Han recibido inspecciones por parte de los derechos humanos en el último año?

Si: _____ No: _____

SD= se desconoce

2. ¿El personal de Salud Mental ha recibido capacitaciones/cursos sobre protección de derechos humanos en los últimos 2 años?

Si: _____ No: _____

SD= se desconoce

3. ¿Cuántas camas tiene la unidad disponible para el internamiento de pacientes psiquiátricos?

_____ Número

SD= se desconoce NA= no aplica

4. ¿Cuál es el número de admisiones de pacientes de sexo femenino?

_____ Número

SD= se desconoce

5. ¿Tipos de diagnósticos de usuarios atendidos. Mediante diagnóstico CIE-10?

Trastornos mentales y de conducta debido a uso de sustancias psicoactivas (F10-F19)	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes (F20-F29).	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
Trastornos del estado de ánimo (F30-F39).	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48).	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
Trastornos de personalidad y conducta adultos (F60-F69).	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica
Otros (ej. Epilepsia, trastornos mentales orgánicos, retardo mental, trastornos conductuales y emocionales cuya aparición generalmente ocurre en la infancia o adolescencia, trastornos de evolución psicológica).	Número de usuarios tratados: _____ SD= se desconoce NA= no aplica

6. ¿Número de internamientos de manera involuntaria?

_____ Número

SD= se desconoce NA= no aplica

7. ¿Cuántos días en promedio permanece en hospitalización un paciente?

_____ Número de días

SD= se desconoce NA= no aplica

8. Porcentaje de pacientes que estuvieron restringidos físicamente o aislados en la hospitalización durante el último año.

A= Más de 20% de los pacientes estuvieron restringidos, contenidos o aislados.

B= 11 - 20% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.

C= 6 – 10% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.

D= 2-5% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.

E= 0- 1% de los pacientes estuvieron restringidos / contenidos o aislados.

SD= se desconoce

9. ¿Número de admisiones de niños y adolescentes que se tuvieron en la institución?

_____ Número

SD= se desconoce NA= no aplica

10. ¿Se tienen camas exclusivamente para niños y adolescentes?

Si: _____ NO: _____

Número: _____

SD= se desconoce NA= no aplica

11. Porcentaje de usuarios que recibieron una o más intervenciones psicosociales (psicoterapia, apoyo social, consejería, etc., con una duración mínima de 20 minutos) en hospital en el último año.

A= Ninguno (0%)

B= Pocos (1 – 20%)

C= Algunos (21 – 50%)

D= La mayoría (51 – 80%)

E= todos o casi todos (81- 100%)

SD= se desconoce NA= no aplica

12. ¿Se tiene disponibilidad de por menos una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica (anti-psicóticos, antidepresivos, estabilizadoras de estado de ánimo, ansiolítico y antiepilépticas), en el hospital?

Si: _____ No: _____ Algunas (cuáles): _____

SD= se desconoce NA= no aplica

13. Número de recurso humano que trabaja en la unidad en el área de Salud Mental.

1. Psiquiatras (Número): _____
2. Otros médicos (no especializados en psiquiatría) (número): _____
3. Enfermeros (número): _____
4. Psicólogos (número): _____
5. Trabajadores sociales (número): _____
6. Terapeutas ocupaciones (número) _____
7. Otros trabajadores de salud mental (número) _____

SD= se desconoce

14. ¿El sistema de información recopila la siguiente información?

1. Número de camas: Si:___ No:___
2. Número de admisiones: Si:___ No:___
3. Número de días de estancia en un hospital: Si:___ No:___
4. Número de admisiones involuntarias: Si:___ No:___
5. Número de pacientes que están restringidos/contenidos físicamente o aislados: Si:___ No:___
6. Diagnósticos: Si:___ No:___

15. ¿A quién se le reportan los datos epidemiológicos obtenidos?

SD= se desconoce NA= no aplica

Anexo 4. Oficio de registro de protocolo de investigación en Comisión Estatal de Bioética.



SSN
SERVICIOS DE SALUD
DE NAYARIT



**COMISIÓN ESTATAL
DE BIOÉTICA
NAYARIT**

AREA: COMISION ESTATAL DE BIOETICA.
Nº. DE OFICIO: 078/CEB/2019.
ASUNTO: REGISTRO DE PROTOCOLO DE
INVESTIGACION. 001994

Tepic, Nayarit; 14 de Mayo de 2019.

**C. ANGEL MANUEL ALDUENDA ROBLES.
P R E S E N T E.**

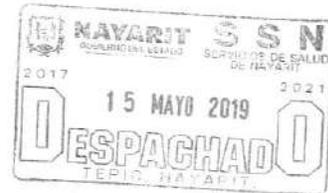
Por este conducto y derivado de la revisión que la Comisión Estatal de Bioética del Estado de Nayarit realizo al protocolo de investigación titulado: "**Caracterización de los Servicios de Salud Mental Disponibles en Secretaria de Salud de Nayarit**", misma que se llevara a cabo bajo su responsiva, se le asigna el siguiente No. de registro ante la CEBIOETICA de Nayarit.

CEBN/01/2019

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.



**DR. ANTONIO HERNANDEZ TABARES.
COMISIONADO ESTATAL DE BIOETICA**



C.c.p.- DR. RAUL SANTIAGO LOPEZ DIAZ. Secretario de Salud y Director General de los SSN. Edificio.
C.c..p.- MSP. VERONICA CRUZ GARCIA. Titular de la Unidad Estatal de Calidad y Educación en Salud. Ciudad.

AHT/sci

Anexo 5. Oficio de permiso en jurisdicción sanitaria I.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Tepic, Nayarit, 16 de mayo de 2019

Asunto: Solicitud de permiso

Dr. Luis Fermín Fletes Robles
Jurisdicción Sanitaria No. I

Por medio de la presente, me es grato saludarlo y comentarle; el grupo investigador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizan el proyecto denominado: **Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit**, solicita la autorización para la aplicación de una entrevista, adaptada del Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) sobre Sistemas de Salud Mental, misma que será administrada en los CESAME del estado, así como 10 unidades de primer nivel de atención de Tepic, y los cinco hospitales generales del estado. Se aplicará un instrumento por institución, a uno de los directivos o personal en turno de la institución, que se encuentre de responsable en el servicio de salud mental. El objetivo de la investigación es conocer las características de los servicios de atención en salud mental. Cabe destacar que la investigación no conlleva riesgo alguno para los usuarios, personal e institución. Por otra parte, se hará entrega de un informe de los resultados de la investigación a su institución, con la finalidad que puedan disponer de información para futuras intervenciones.

Sin otro asunto que tratar me despido, en la espera de una respuesta favorable para la recolección de información.

Responsable de la investigación: Angel Manuel Alduenda Robles

Directora de tesis: Dra. Martha Xitlalli Mercado Rivas

Co-director de tesis: Dr. Juan Fernando López Flores

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"

DR. ROGELIO ALBERTO FERNÁNDEZ ARGUELLES
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT
ÁREA DE CIENCIAS DE SALUD



COORDINACIÓN
DE LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA



**Área de Ciencias
de la Salud**
Coordinación de la
Maestría en Salud Pública

Edificio de la Unidad Académica de Medicina
Ciudad de la Cultura "Amado Nervo"
C.P. 63155, Tepic, Nayarit.

Tel. (311) 211-88-00
Ext. 8771

Anexo 6. Oficio de autorización de jurisdicción sanitaria I.



Tepic, Nayarit a 29 de Mayo del 2019

RESPONSABLES DE U.C.E. PRESENTE:

En base al oficio solicitado por el **C. ÁNGEL MANUEL ALDUENDA ROBLES**, estudiante de la Maestría de Salud Pública, se les informa que se autoriza la intervención del mismo en las U.C.E.: 2 de Agosto, Flores Magón, Valle de Matatipac, 26 de Septiembre, Ahuacate, Lo de Lamedo, Cuauhtémoc, Cuestabarios, CESSA Tepic y CESAME, para la aplicación del instrumento de la Organización Mundial de Salud (ISM), en base a proyecto de caracterización de los servicios de Salud Mental disponibles en los Servicios de Salud de Nayarit.

Se informa además que cuenta con el número de registro ante la C.E.BioeticadeNayaritC.E.B.N-01-209 para realización de la misma por lo que solicito brindarle las facilidades que se requieren.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.



JURISDICCION SANITARIA No.1
TEPIC
COORDINADOR DE
SERVICIOS DE SALUD

Luis Y. Toledo Bernal

DR. LUIS YAIRSINI TOLEDO BERNAL
COORDINADOR DE SERVICIOS DE SALUD DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 1 TEPIC

Anexo 7. Solicitud de permiso para Hospital General de Tepic.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Tepic, Nayarit, 28 de mayo de 2019

Asunto: Solicitud de permiso

Dr. Mario Gabriel Guevara Barraza
Jefe de enseñanza del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara

ATENCION: Dr. José Antonio Palacios Isaac.
Jefe de Salud Mental del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara

Por medio de la presente, me es grato saludarlo y comentarle; el grupo investigador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizan el proyecto denominado: **Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit**, solicita la autorización para la aplicación de una entrevista, adaptada del Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) sobre Sistemas de Salud Mental, misma que se pretende administrar en su institución Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara. Se aplicará solamente un instrumento en su institución, a uno de los directivos o personal en turno de la misma, que se encuentre de responsable en el servicio de salud mental. El objetivo de la investigación es conocer las características de los servicios de atención en salud mental. Cabe destacar que la investigación no conlleva riesgo alguno para los usuarios, personal e institución. (Se anexa una copia del registro en la Comisión Estatal de Bioética). Por otra parte, se hará entrega de un informe de los resultados de la investigación a su institución, con la finalidad que puedan disponer de información para futuras intervenciones.

Responsable de la investigación: Angel Manuel Alduenda Flores

Directora de tesis: Dra. Martha Xitlatl Mercado Rivas

Co-director de tesis: Dr. Juan Fernando López Flores





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Sin otro asunto que tratar me despido, en la espera de una respuesta favorable para la recolección de información.

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"

DR. ROGELIO ALBERTO FERNÁNDEZ ARGUELLES
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT
ÁREA DE CIENCIAS DE SALUD



COORDINACIÓN DE LA
MAESTRÍA EN SALUD
PÚBLICA

C.e.p./Dr. Alejandro Avalos Flores director del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara
C.e.p./Dr. José Antonio Palacios Isaac, Jefe de Salud Mental del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara

Edificio de la Unidad Académica de Medicina
Carretera de la Universidad, Toluca, México
C.P. 8355, Tepic, Nayarit

Tel: (52) 31 21 43 00 00
Ext. 3371



Área de Ciencias
de la Salud
Coordinación de la
Maestría en Salud Pública

Anexo 8. Oficio de autorización y registro por parte del Departamento de Calidad, Educación e Investigación en Salud del Hospital Civil.



SALUD
SERVICIOS DE
SALUD NAYARIT

HOSPITAL CIVIL
"DR. ANTONIO GONZALEZ GUEVARA"
DEPARTAMENTO DE CALIDAD,
EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

No. de Oficio: 0542
Asunto: **EL QUE SE INDICA**
Tepic, Nayarit; 03 de Junio del 2019

**C. ALDUENDA ROBLES ANGEL MANUEL
PRESENTE**

Por medio del presente le envié un cordial saludo, a la vez le notifico que su protocolo de investigación denominado: **"CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DISPONIBLES EN SECRETARÍA DE SALUD EN NAYARIT"**, quedó:

AUTORIZADO Y REGISTRADO

Ya que cumple con los Lineamientos necesarios para la regulación ética de la investigación clínica.

Y para fines administrativos se le otorga el siguiente número de registro:

HC20190306-01

Sin otro particular, reciba un cordial saludo

A T E N T A M E N T E



DR. MARIO GABRIEL GUEVARA BARRAZA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL CIVIL "DR. ANTONIO GONZALEZ GUEVARA"

C.c.p.- Archivo
MGGB / mgcp.

AV. ENFERMERIA S/N COL. CENTRO C.P. 63000 TEPIC, NAYARIT. TEL: (311) 2142346

Anexo 9. Oficio de solicitud de permiso para dirección de hospitales.

Tepic, Nayarit, 16 de julio de 2019

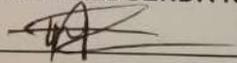
Asunto: Solicitud de permiso

Dra. Laura Ivone García Hernández
Titular de la Dirección de Atención Hospitalaria

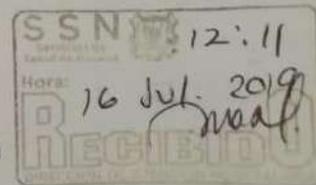
Por medio de la presente, me es grato saludarla y comentarle; el grupo investigador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizan el proyecto denominado: **Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit**, solicita la autorización para la aplicación de una entrevista, adaptada del Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) sobre Sistemas de Salud Mental, misma que se pretende administrar en los Hospitales Generales de San Francisco, Jesús María, Rosamorada y Santiago Ixcuintla. Se aplicará solamente un instrumento en cada hospital, a uno de los directivos o personal en turno de la misma, que se encuentre de responsable en el servicio de salud mental. Con ello se pretende concluir el proceso de recolección de información. El objetivo de la investigación es conocer las características de los servicios de atención en salud mental. Cabe destacar que la investigación no conlleva riesgo alguno para los usuarios, personal e institución. Se anexa una copia del registro en la Comisión Estatal de Bioética, copia de la autorización y registro del protocolo en el Departamento de Educación e Investigación en Salud del Hospital "Dr. Antonio González Guevara" y copia del Registro en la Dirección de la Unidad Estatal de Calidad y Educación en Salud. Por otra parte, se hará entrega de un informe de los resultados de la investigación, con la finalidad que puedan disponer de información para futuras intervenciones.

Sin otro asunto que tratar me despido, en la espera de una respuesta favorable.

ATENTAMENTE
ANGEL MANUEL ALDUENDA ROBLES



Estudiante de la Maestría en Salud Pública
De la Universidad Autónoma de Nayarit



Anexo 10. Oficio de autorización por parte de dirección de atención hospitalaria.

**NAYARIT**
GOBIERNO DEL ESTADO

**SSN**
SERVICIOS DE SALUD
DE NAYARIT

2019, AÑO DEL CAUDILLO DEL SUR, EMILIANO ZAPATA.

DIRECCION: ATENCIÓN HOSPITALARIA
DEPARTAMENTO: 2DO. NIVEL
Oficio: DAH/DSN/0601/2019.

011124

Tepic, Nayarit; a. 17 de julio del 2019.

C. ANGEL MANUEL ALDUENDA ROBLES
Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la UAN.
Presente.

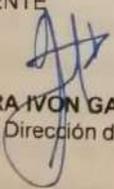
En relación a su atenta solicitud para la aplicación de encuestas de su proyecto de investigación denominado "Caracterización de los Servicios de Salud Mental disponibles en la Secretaría de Salud en Nayarit"; que fue autorizado por la *Comisión Estatal de Bioética* y registrado en el Departamento de Investigación de la *Unidad Estatal de Calidad y Educación en Salud* con número SSN/UECES/CPI/2019/018., no existe inconveniente por esta Dirección para autorizar se efectúe la mencionada encuesta en los Hospitales Generales de:

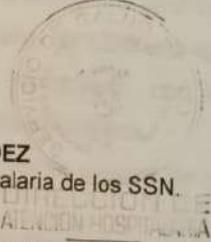
- ✓ Santiago Ixc.
- ✓ Rosamorada
- ✓ San Francisco

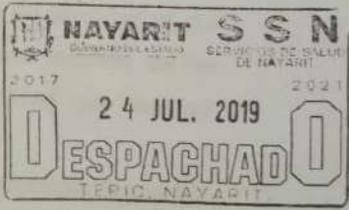
Así como en el Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara de Tepic.", debiendo presentarse con el Director de cada hospital o en quien delegue esta función, con este oficio.

Sin otro en particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DRA. LAURA IVON GARCÍA HERNÁNDEZ
Titular de la Dirección de Atención Hospitalaria de los SSN.


DIRECCIÓN DE
ATENCIÓN HOSPITALARIA


NAYARIT SSN
SERVICIOS DE SALUD DE NAYARIT
2017 2021
24 JUL. 2019
DESPACHADO
TEPIC, NAYARIT

C.c.p - Dr. Alejandro Avalos Flores.-Director del Hospital Civil Tepic.-Para su conocimiento.
C.c.p - Dr. Ander Payró Alegria.-Director del Hospital San Francisco.-Mismo fin.
C.c.p - Dr. Joel Páez Parra.-Director del Hospital General Santiago.-Mismo fin.
C.c.p - Dr. Eduardo Manjarrez López.-Director del Hospital General Rosamorada.-Mismo fin.
C.c.p - Minutario.
LIGH/JRRL/mecs


Dirección de Atención Hospitalaria
Calle Fructos No. 71 Sur, Otiliano Cantón,
Tepic, Nayarit, México CP. 63000
Instituto@ssn@nayarit.gob.mx

Anexo 11. Solicitud de permiso para jurisdicción sanitaria II.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Tepic, Nayarit; 10 de julio de 2019

Asunto: Solicitud de permiso

Dr. José Hernández Castillo
Jurisdicción Sanitaria No. II

Por medio de la presente, me es grato saludarlo y comentarle; el grupo investigador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizan el proyecto denominado: **Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit**, solicita la autorización para la aplicación de una entrevista, adaptada del Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) sobre Sistemas de Salud Mental, misma que será administrada en CESAME Tondoroque y CISAME Ixtlán del Río. Se aplicará un instrumento por institución, a uno de los directivos o personal en turno de la institución, que se encuentre de responsable en el servicio de salud mental. El objetivo de la investigación es conocer las características de los servicios de atención en salud mental. Cabe destacar que la investigación no conlleva riesgo alguno para los usuarios, personal e institución. Se adjunta una copia del registro de la Comisión Estatal de Bioética, y el registro y autorización de enseñanza del Hospital General de Tepic. Por otra parte, se hará entrega de un informe de los resultados de la investigación a su institución, con la finalidad que puedan disponer de información para futuras intervenciones.

Sin otro asunto que tratar me despido, en la espera de una respuesta favorable para la recolección de información.

Responsable de la investigación: Angel Manuel Alduenda Robles

Directora de tesis: Dra. Martha Xitlali Mercado Rivas

Co-director de tesis: Dr. Juan Fernando López Flores

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"

DR. ROGELIO ALBERTO FERNÁNDEZ ARGUELLES
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT
SECRETARÍA DE SALUD



COORDINACIÓN DE
MAESTRÍA EN SALUD
PÚBLICA



Anexo 12. Solicitud de permiso para jurisdicción sanitaria III.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

Tepic, Nayarit, 10 de julio de 2019

Asunto: Solicitud de permiso

Dr. Mel Valery Medina Jiménez
Jurisdicción Sanitaria No. III

Por medio de la presente, me es grato saludarlo y comentarle; el grupo investigador de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Nayarit, que realizan el proyecto denominado: **Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit**, solicita la autorización para la aplicación de una entrevista, adaptada del Instrumento de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) sobre Sistemas de Salud Mental, misma que será administrada en CESAME Tuxpan. Se aplicará solo un instrumento en la institución, a uno de los directivos o personal en turno de la misma, que se encuentre de responsable en el servicio de salud mental. El objetivo de la investigación es conocer las características de los servicios de atención en salud mental. Cabe destacar que la investigación no conlleva riesgo alguno para los usuarios, personal e institución. Se adjunta una copia del registro de la Comisión Estatal de Bioética, y el registro y autorización de enseñanza del Hospital General de Tepic. Por otra parte, se hará entrega de un informe de los resultados de la investigación a su institución, con la finalidad que puedan disponer de información para futuras intervenciones.

Sin otro asunto que tratar me despido, en la espera de una respuesta favorable para la recolección de información.

Responsable de la investigación: Angel Manuel Alduenda Robles

Directora de tesis: Dra. Martha Xitlali Mercado Rivas

Co-director de tesis: Dr. Juan Fernando López Flores

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"

DR. ROGELIO ALBERTO FERNÁNDEZ ARGUELLES
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Edificio de la Unidad Académica de Medicina
Ciudad de la Cultura "Amado Nervo"
C.P. 63155, Tepic, Nayarit.

Tel. (311) 211-88-00
Ext. 8771

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT
ÁREA DE CIENCIAS DE SALUD



COORDINACIÓN DE LA
MAESTRÍA EN SALUD
PÚBLICA



Área de Ciencias
de la Salud
Coordinación de la
Maestría en Salud Pública

Anexo 13. Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

LUGAR: _____ **FECHA:** _____

Por medio de la presente, autorizo participar en la investigación que lleva como título “Caracterización de los servicios de salud mental disponibles en Secretaría de Salud en Nayarit”.

Se me ha informado que el objetivo de la investigación y se me explicó claramente que mi participación consistirá en la aplicación de un instrumento. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre posibles inconvenientes, y que no habrá beneficios a mi persona derivados de la investigación.

Se me ha ofrecido información clara, oportuna y veraz de cómo responder a cualquier pregunta. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que así lo decida.

Finalmente, se me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio, y de los datos relacionados con mi identificación serán manejados en forma confidencial.

Firma del participante: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Anexo 14.

Tabla de resultados generales centros de salud Tepic.

Centros de salud	Ítems									
	A)	B)	C)	D)	E)	F)	G)	H)	I)	J)
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	De todos los tipos, excepto ansiolíticos.
2	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	Sólo diazepam (restringido a carrito rojo).
3	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X	Sólo antidepresivos (Sertralina y paroxetina).
4	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	X	
5	X	X	X	✓	X	X	X	✓	X	
6	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
9	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	
10	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	
Totales	Si = 40% No = 60%	Si = 40% No = 60%	Si = 20% No = 80%	Si: 90% No= 10%	Si = 60% No = 40%	Si = 30% No = 70%	Si = 10% No = 90%	No está permitido = 60% Se permite sin restricciones = 40%	Si = 0% No = 100%	

Símbolos: ✓ = si, X= no

A) Impartición de cursos en el último año para médicos.

B) Impartición de cursos en el último año para enfermeros.

- C) Impartición de cursos en el último año para otro tipo de personal.
- D) Disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento.
- E) Referencias hacia un nivel de atención más alto en salud mental por lo menos una vez al mes.
- F) Interacción con algún profesional de SM por lo menos una vez al mes en el último año.
- G) Interacción (reuniones, revisión de casos, etc.) con profesionales alternativos, complementarios y tradicionales.
- H) ¿Tienen autorizado los médicos del centro de salud la prescripción de medicinas psicotrópicas?
- I) Disponibilidad de por menos una medicina psicotrópica de cada categoría terapéutica.
- J) ¿De cuáles medicamentos se dispone?