PROTOCOLO DE SALUD MENTAL EN FIN DE SEMANA

Manual de jornadas intensivas en segundo nivel: agenda, modalidades e indicadores

Psic. Iván Molina Ávila

Psicólogo Clínico

IMSS Clínica 58, León, Guanajuato

Delegación Regional de Educación, Acámbaro, Guanajuato

León, Guanajuato, México — 2026

Service Menthal Care — Manual de Implementación Clínica

Versión 1.0 · Guanajuato, México

© 2026 Psic. Iván Molina Ávila — Licencia CC BY-NC 4.0

Esta obra se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Puedes copiarla, distribuirla y adaptarla citando al autor; no puede utilizarse con fines comerciales. Licencia completa: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es

Para citar esta obra:

Molina Ávila, I. (2026). Protocolo de salud mental en fin de semana: manual de jornadas intensivas en segundo nivel. León, Guanajuato, México.

Registro ante INDAUTOR en trámite | Folio interno: IMA-SMC-2026-004

NOTA SOBRE LA NATURALEZA DE ESTA OBRA

Este manual no es una propuesta teórica ni un reglamento administrativo. Es el documento operativo de un programa real: jornadas de fin de semana en segundo nivel con agenda de doce horas, tres modalidades de atención e indicadores medibles.

Lo aquí descrito proviene de la práctica del autor y se sostiene en literatura verificable sobre atención escalonada, crisis, psicoeducación e instrumentos clínicos. Es el tercer volumen de una serie de cuatro obras sobre atención en salud mental.

ÍNDICE

Prólogo **5**

PRIMERA PARTE — FUNDAMENTOS DEL PROTOCOLO **6**

Cap. 1: El Fin de Semana como Territorio Clínico 7

Cap. 2: Bases Teóricas y Normativas Verificadas 9

SEGUNDA PARTE — OBJETIVOS Y ESCENARIO OPERATIVO **10**

Cap. 3: Objetivos y Metas del Protocolo 11

Cap. 4: Escenario Operativo y Perfil del Profesional 12

TERCERA PARTE — LA JORNADA CLÍNICA **14**

Cap. 5: Agenda de Doce Horas: Anatomía del Día 15

Cap. 6: Cobertura Proyectada e Impacto en Salud Pública 17

Cap. 7: Las Tres Modalidades de Atención 19

CUARTA PARTE — INSTRUMENTOS, REGISTRO Y CALIDAD **21**

Cap. 8: Instrumentos de Evaluación Clínica 22

Cap. 9: Crisis por Niveles y Guía de Facilitación Grupal 24

Cap. 10: Registro y Documentación conforme a NOM-004 26

Cap. 11: Indicadores, Implementación Piloto y Conclusiones 27

APÉNDICES **29**

Apéndice A: Ficha Operativa de la Jornada 30

Apéndice B: Clasificación de Crisis y Acciones Inmediatas 31

Apéndice C: Tablero de Indicadores de Calidad 32

Referencias Bibliográficas **33**

Declaración de Autoría y Originalidad **35**

PRÓLOGO
EL HOSPITAL TAMBIÉN RESPIRA EN FIN DE SEMANA

Los lunes de un hospital general cuentan una historia que nadie registra: pacientes que se descompensaron el sábado, familias que no supieron dónde acudir el domingo, urgencias que se saturaron mientras la consulta externa dormía. El fin de semana es un territorio clínico con reglas propias —menos red de apoyo, más conflicto familiar, menos servicios disponibles— y tratarlo como una simple extensión de la semana es un error operativo con costo humano.

Este libro documenta un protocolo real para ese territorio: jornadas de fin de semana en segundo nivel operadas por un solo psicólogo clínico, con consulta individual, grupo psicoeducativo y respuesta a crisis, capaces de producir entre cincuenta y cincuenta y cinco atenciones por fin de semana. No es una propuesta teórica: es un manual de implementación con agenda, tiempos, instrumentos, indicadores y formatos.

Cada cifra de cobertura que aquí aparece se presenta como proyección operativa del autor, calculada sobre la agenda descrita; cada afirmación científica remite a fuentes verificables. Esa doble honestidad —números propios declarados como propios, evidencia ajena citada con precisión— es el estándar de toda esta serie.

Quién debe leer este libro: el psicólogo que va a operar la jornada, el directivo que debe autorizarla y el colega que necesita replicarla en otra sede. Cada uno encontrará su capa: clínica, administrativa y de transferencia.

Este volumen es el tercero de una serie de cuatro obras del mismo autor: el protocolo de triage escalonado, el Modelo de Sesión Única Esencial (MSUE), este manual de jornadas de fin de semana y la obra integradora Cuando una sesión es suficiente.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS DEL PROTOCOLO

Capítulo 1
El Fin de Semana como Territorio Clínico

La salud mental es un pilar del bienestar humano y un derecho de toda persona. Cerca de mil millones de personas vivían con un trastorno mental en 2019, con depresión y ansiedad como los más prevalentes (OMS, 2022). En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica documentó 26.1 por ciento de prevalencia de vida para cualquier trastorno y mostró que solo 24 por ciento de los casos graves recibe algún servicio (Medina-Mora et al., 2007; Medina-Mora et al., 2005). La brecha entre necesidad y atención no es un dato: es la sala de espera de cada lunes.

Por qué el segundo nivel colapsa entre semana

La atención en segundo nivel —hospitales generales, clínicas especializadas y centros comunitarios de salud mental— absorbe en jornadas convencionales una demanda que la supera. El resultado es conocido: listas de espera de meses, consultas de minutos y personal quemado. Abrir el fin de semana no es un lujo: es recuperar cuarenta y ocho horas semanales de capacidad instalada que hoy se pierden mientras la demanda no descansa.

La vulnerabilidad específica del fin de semana

Tres factores convergen sábado y domingo. Primero, las redes de contención laboral y escolar desaparecen: rutinas que sostienen a personas frágiles se interrumpen. Segundo, la convivencia familiar continua eleva la fricción en hogares ya tensionados. Tercero, los servicios disponibles se reducen a urgencias, que atienden lo agudo pero no contienen lo subagudo. Quien se descompensa el sábado tiene dos destinos: esperar al lunes deteriorándose o saturar urgencias. Este protocolo crea un tercer destino: atención programada de fin de semana.

NOTA CLÍNICA

El fin de semana amplifica lo que entre semana se disimula: la red laboral desaparece, la familia está presente y el silencio tiene eco. Escucha distinto los sábados.

Por qué programada y no solo espontánea

La atención solo-espontánea reproduce el azar: llega quien puede, no quien más necesita. La agenda programada del fin de semana reserva la mitad de los espacios para citados en seguimiento —pacientes de la semana que necesitan continuidad— y la otra mitad para demanda espontánea y crisis. Esa mezcla es deliberada: garantiza continuidad terapéutica y absorbe lo imprevisto sin canibalizarse. Un fin de semana solo de urgencias es guardia con otro nombre; un fin de semana programado es un segundo turno clínico.

Qué integra este manual

Atención individual breve, intervención grupal psicoeducativa y respuesta estructurada a crisis, bajo modelo

escalonado y con apoyo de herramientas digitales de apoyo diagnóstico basadas en criterios DSM-5. Cada componente tiene agenda, tiempos, instrumentos e indicadores propios, desarrollados en los capítulos siguientes.

El lunes como auditor del fin de semana

Hay una métrica informal que todo hospital conoce: cómo amanece el lunes. Lunes con urgencias saturadas de casos que se gestaron el fin de semana indican programa ausente; lunes con derivaciones ordenadas desde la jornada sabatina indican programa funcionando. Este libro propone formalizar esa intuición: comparar ingresos de urgencia de lunes entre periodos con y sin jornada de fin de semana. Si la jornada no mueve esa aguja en seis meses, el diseño —no el personal— debe revisarse.

Capítulo 2
Bases Teóricas y Normativas Verificadas

Atención escalonada

El modelo escalonado organiza las intervenciones por intensidad según severidad clínica, optimizando recursos limitados sin degradar calidad. Su fundamentación clásica —revisión narrativa de Bower y Gilbody (2005) en el British Journal of Psychiatry— y su adopción por el NHS británico (2011) y la OPS/OMS para América Latina lo convierten en el marco natural de este protocolo: lo leve se atiende en grupo o consulta breve, lo grave escala a crisis o referencia.

DSM-5 y funcionalidad

El DSM-5 (APA, 2013) aporta el lenguaje diagnóstico; la Escala de Evaluación de la Actividad Global aporta la lectura funcional que decide intensidad y canalización. Los especificadores de gravedad y curso del DSM-5 permiten distinguir, por ejemplo, una depresión leve de una moderada con el mismo diagnóstico nominal pero distinta ruta asistencial.

Intervención en crisis: Roberts y Caplan

La respuesta a crisis sigue el modelo de siete etapas de Roberts (2005) —evaluación de seguridad, rapport, identificación del problema, exploración de sentimientos, alternativas, plan de acción y seguimiento— sobre la base clásica de la psiquiatría preventiva de Caplan (1964): intervenir temprano en la crisis evita la consolidación del trastorno. En fin de semana, con menos red disponible, un protocolo estructurado de crisis no es opcional: es el seguro de vida del programa.

Psicoeducación grupal: evidencia exacta

La psicoeducación breve sí funciona, pero con efecto pequeño: el metaanálisis de Donker y colaboradores (2009) encontró d = 0.20 —efecto pequeño aunque significativo, con número necesario a tratar de 9— para psicoeducación pasiva en depresión y malestar. Versiones previas de este documento citaban por error un rango de 0.58 a 0.96; se corrige aquí conforme a la fuente. El valor del grupo de fin de semana no está en curar con una charla, sino en ofrecer un primer escalón barato, inmediato y aplicable —exactamente el uso que Donker propone— complementado con psicoeducación como práctica basada en evidencia en sentido amplio (Lukens y McFarlane, 2004).

Marco normativo mexicano

El protocolo opera bajo la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, la NOM-025-SSA2-2014 para unidades de atención médico-psiquiátrica (DOF 04/09/2015), la reforma de 2022 en materia de salud mental de la Ley General de Salud (DOF 16-05-2022) y los lineamientos de la CONASAMA. Las rutas de tamizaje se alinean con el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CENETEC, s.f.).

SEGUNDA PARTE

OBJETIVOS Y ESCENARIO OPERATIVO

Capítulo 3
Objetivos y Metas del Protocolo

Objetivo general

Implementar atención psicológica en segundo nivel durante jornadas de fin de semana que permita atender hasta cincuenta pacientes en dos días con un solo psicólogo clínico, combinando consultas individuales, intervención grupal psicoeducativa y atención en crisis, garantizando calidad clínica y cobertura efectiva.

Objetivos específicos

- Brindar atención individual a 28-30 pacientes por fin de semana en consultas de 25 a 30 minutos.
- Facilitar una sesión grupal psicoeducativa de 90 minutos con 10 a 12 participantes por jornada.
- Atender 2 a 4 intervenciones en crisis por fin de semana con protocolo estructurado.
- Prevenir hospitalizaciones innecesarias mediante triage clínico temprano y plan de acción.
- Documentar cada atención conforme a la NOM-004-SSA3-2012.
- Generar indicadores de seguimiento clínico y continuidad de tratamiento.

Lectura crítica de las metas

Estas metas son proyecciones operativas calculadas sobre la agenda del Capítulo 5, no resultados medidos: el libro las presenta como tales en todo momento. Su cumplimiento exige continuidad operativa sin ausentismo, espacio físico adecuado y demanda sostenida; en hospitales urbanos de alta demanda, la capacidad puede incrementarse hasta 20 por ciento con residente o pasante supervisado. La primera tarea de quien implemente es medir sus propios números durante el piloto de cuatro fines de semana y ajustar las metas a su realidad.

Metas desagregadas por día

Sábado: 15 individuales, un grupo de 10 a 12 y hasta dos crisis. Domingo: 13 a 15 individuales, un grupo y una a dos crisis. El domingo rinde ligeramente menos por cansancio acumulado del profesional y menor asistencia matutina de pacientes; planificarlo igual que el sábado es el error más común del arranque. La meta diaria se escribe en la agenda visible del consultorio: lo que se ve, se cumple.

Capítulo 4
Escenario Operativo y Perfil del Profesional

Ficha operativa de la jornada

Elemento	Descripción
Nivel de atención	Segundo nivel: hospital general, clínica especializada, CECOSAM
Profesional responsable	Un psicólogo clínico especializado por jornada
Jornada	Fines de semana: sábado y domingo
Duración por día	Doce horas, de 08:00 a 20:00 horas
Duración del fin de semana	Veinticuatro horas efectivas de atención
Modalidad	Presencial e híbrida: individual más grupal más crisis
Apoyo diagnóstico	Service Menthal Care, algoritmo determinístico DSM-5

Contexto de implementación

Hospital general o clínica especializada con consulta externa cerrada en fin de semana, urgencias operativas como respaldo y dirección que autorice agenda programada sabatina y dominical. Sin respaldo de urgencias y sin autorización para citar pacientes citados —no solo espontáneos—, el protocolo no debe arrancar: atender sin red es imprudencia, no heroísmo.

Perfil del profesional

- Licenciatura en Psicología con especialidad o posgrado en Psicología Clínica y cédula profesional vigente.
- Experiencia mínima de dos años en segundo nivel de salud mental.
- Dominio de criterios DSM-5 y CIE-11 para diagnóstico diferencial.
- Capacitación en intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos.
- Manejo de instrumentos validados: PHQ-9, GAD-7, MMSE, EEAG, BDI-II, C-SSRS.
- Inscripción en el sistema de información de salud mental de la institución empleadora; registro en el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) o equivalente estatal donde aplique.
- Conocimiento operativo de la NOM-004-SSA3-2012 y de la NOM-025-SSA2-2014 para unidades de atención médico-psiquiátrica.

El profesional como cuello de botella y como activo

Todo el protocolo descansa en una sola persona por jornada: eso es su fortaleza económica y su riesgo operativo. La mitigación es triple: agenda con pausas reales —no nominales—, protocolo de crisis que funcione sin improvisar y suplencia entrenada para ausencias. Un programa que colapsa cuando su titular se enferma no

es un programa: es una persona trabajando sola.

Equipamiento mínimo del consultorio

Dos sillas cómodas enfrentadas sin escritorio intermedio, mesa lateral con formatos impresos e instrumentos, reloj visible para ambas partes, botiquín básico y teléfono con directorio de urgencias pegado en pared. Sala grupal aparte con quince sillas en círculo, pizarrón o rotafolio y equipo de audio modesto para ejercicios de relajación. Nada de esto es lujo: cada elemento faltante se paga en tiempo o en calidad durante la jornada.

Protocolo de suplencia

Toda ausencia se cubre con profesional previamente entrenado en este manual, nunca con voluntarios improvisados. La suplencia recibe el viernes: agenda del fin de semana, casos en seguimiento con notas y teléfonos de respaldo. Un programa sin suplencia entrenada opera doce meses y muere en la primera incapacidad médica de su titular.

TERCERA PARTE

LA JORNADA CLÍNICA

Capítulo 5
Agenda de Doce Horas: Anatomía del Día

La agenda tipo

Horario	Actividad	Pacientes	Duración
08:00-08:30	Preparación: expedientes pendientes y herramientas	—	30 min
08:30-12:30	Consultas individuales, bloque matutino	8 pacientes	4 h
12:30-14:00	Sesión grupal psicoeducativa	10-12 pacientes	90 min
14:00-14:30	Pausa, alimentación y coordinación	—	30 min
14:30-18:30	Consultas individuales, bloque vespertino	7 pacientes	4 h
18:30-19:30	Crisis y seguimiento urgente	1-2 pacientes	60 min
19:30-20:00	Cierre de expedientes NOM-004 y altas	—	30 min

Tiempos por tipo de atención

- Consulta individual breve: 25 a 30 minutos por paciente.
- Intervención en crisis: 45 a 60 minutos con valoración de riesgo letal.
- Sesión grupal psicoeducativa: 90 minutos para 10 a 12 participantes.
- Documentación por consulta: 5 a 8 minutos con herramientas digitales de apoyo; sin ellas, reservar 12 a 15.
- Pausas y coordinación: 1.5 a 2 horas distribuidas; la pausa de la tarde es innegociable porque sostiene el bloque vespertino.

Reglas de protección de la agenda

Primera: el bloque de crisis de 18:30 no se llena con citas programadas "porque hay lugar"; es colchón para lo imprevisto y para seguimientos urgentes del propio día. Segunda: ningún bloque individual supera cuatro horas continuas sin pausa intermedia de diez minutos. Tercera: los últimos treinta minutos son intocables para cierre de expedientes; salir con notas pendientes es sembrar el caos del lunes. La agenda se defiende como se defiende un encuadre terapéutico: con amabilidad y sin excepciones.

NOTA CLÍNICA

El bloque de crisis no se agenda. Si se llena con citas rutinarias, el sistema perdió su colchón: el primer sábado que llegue algo inesperado no tendrá dónde caer.

Medio día narrado: cómo se siente la agenda

08:00, revisión de tres expedientes pendientes del domingo anterior con café. 08:30, primera paciente: mujer con ansiedad, PHQ-9 y GAD-7 aplicados, plan acordado. El bloque matutino avanza a ritmo de treinta minutos; a las 11:00 un paciente no llega y esos minutos absorben el retraso acumulado. 12:30, grupo de once personas sobre manejo del estrés con ejercicio de respiración practicado en sala. 14:00, pausa real fuera del consultorio. La tarde trae un caso que se extiende diez minutos y una crisis a las 18:40 que ocupa el colchón previsto. 19:30, cierre de notas del día. El programa funciona no porque los días sean perfectos, sino porque la agenda tiene colchones donde los días imperfectos caben.

Qué hacer cuando el día se rompe

Una crisis larga al mediodía desplaza el grupo o la tarde. Orden de sacrificio declarado de antemano: primero se recorta documentación diferible —nunca la de crisis—, segundo se compacta el grupo a 60 minutos esenciales, tercero y solo en emergencia se reagendan dos individuales al día siguiente. Tener el orden escrito evita decidir bajo presión, que es cuando peor se decide.

Capítulo 6
Cobertura Proyectada e Impacto en Salud Pública

Distribución por modalidad

Modalidad	Por día	Por fin de semana	% del total
Consultas individuales	15	30	60%
Sesión grupal psicoeducativa	10-12	20-24	40-48%
Intervenciones en crisis	1-2	2-4	4-8%
Total sin duplicados	25-28	50-55	100%

Proyección acumulada

Período	Fines de semana	Individual	Grupal acumulado	Total
Un fin de semana	1	30	20-24	50-55
Un mes (4 fines)	4	120	80-96	200-216
Seis meses	24	720	480-576	1,200-1,296
Un año (48 fines)	48	1,440	960-1,152	2,400-2,592

Lectura honesta de los números

Son proyecciones aritméticas sobre la agenda ideal, no resultados observados: 30 individuales más 20 a 24 grupales por fin de semana, 200 a 216 mensuales, 2,400 a 2,592 anuales por unidad. El descuento de realidad —ausentismo profesional, días festivos, demanda irregular— suele recortar entre 15 y 25 por ciento. Aun así, diez unidades operando al 80 por ciento aportarían cerca de 20,000 atenciones anuales adicionales en un estado como Guanajuato: una contribución medible contra una brecha donde solo uno de cada cuatro casos graves recibe servicios.

Costo comparativo

El costo por consulta de fin de semana es inferior al modelo tradicional porque usa capacidad instalada ociosa —mismo edificio, mismos equipos— y un solo profesional por jornada. El cálculo que cada institución debe hacer es simple: horas profesionales pagadas contra atenciones producidas, más hospitalizaciones evitadas valorizadas. Si ese cociente no mejora al modelo entre semana, el programa no debe continuar: la viabilidad

también se audita.

Punto de equilibrio de la unidad

El programa se sostiene si cada fin de semana produce al menos 80 por ciento de su capacidad nominal con documentación completa. Por debajo de ese umbral dos meses seguidos, la causa suele ser una de tres: demanda mal difundida —la población no sabe que existe—, agenda mal protegida —los colchones se llenaron de citas— o profesional agotado —ritmo insostenible—. Cada causa tiene remedio distinto y el tablero de indicadores del Capítulo 11 dice cuál es antes de que el programa se apague en silencio.

Capítulo 7
Las Tres Modalidades de Atención

Consulta individual breve (25 a 30 minutos)

Sigue el modelo de TCC breve y primeros auxilios psicológicos adaptado a segundo nivel: evaluar motivo, establecer alianza, aplicar tamizaje y planificar el siguiente paso. Estructura interna:

- Minutos 0 a 5: recepción, rapport y encuadre.
- Minutos 5 a 15: exploración del motivo y síntomas actuales.
- Minutos 15 a 22: instrumento de tamizaje (PHQ-9, GAD-7 u otro según motivo).
- Minutos 22 a 28: devolución clínica, psicoeducación breve y acuerdo de plan.
- Minutos 28 a 30: registro y agendamiento de seguimiento.

La devolución nunca es solo información: incluye una acción para la semana y una señal de alarma explicada. El paciente sale sabiendo qué tiene —en lenguaje comprensible—, qué va a hacer y cuándo vuelve.

Vinculación con la semana

Ninguna consulta de fin de semana debe quedar flotando: al cierre se define si el caso continúa en fin de semana, se transfiere a consulta entre semana o se da de alta con plan. La transferencia incluye nota de enlace con motivo, puntajes y plan; la semana la recibe sin reevaluar desde cero. El fin de semana que no se comunica con la semana crea pacientes de dos expedientes y ningún tratamiento.

NOTA CLÍNICA

Ningún caso se cierra sin dueño: cada expediente termina el domingo con un destino claro —continúa, se traslada o se referenció— y con nombre de quién lo retoma el lunes.

Sesión grupal psicoeducativa (90 minutos)

Diseñada para 10 a 12 participantes con problemáticas comunes —depresión leve-moderada, ansiedad, duelo, estrés—, siguiendo el modelo estructurado de Lukens y McFarlane (2004). Estructura:

- Minutos 0 a 10: bienvenida, encuadre y presentación.
- Minutos 10 a 40: componente psicoeducativo del tema del día.
- Minutos 40 a 65: ejercicio vivencial o técnica de regulación emocional.
- Minutos 65 a 80: preguntas, normalización y refuerzo entre pares.
- Minutos 80 a 90: cierre, tarea psicoeducativa y plan de seguimiento.

Criterios de inclusión y exclusión explícitos: se excluye psicosis activa, intoxicación y agresividad. El grupo no es terapia de grupo profunda: es educación terapéutica con contención. Esa delimitación protege a los participantes y al facilitador.

Intervención en crisis (45 a 60 minutos)

Sigue las siete etapas de Roberts (2005): evaluación de seguridad, rapport, identificación del problema, exploración de sentimientos, alternativas, plan de acción y seguimiento. Con riesgo suicida se aplica la C-SSRS de Posner y colaboradores (2011) como instrumento estructurado de valoración de severidad. La crisis de fin de semana tiene una ventaja paradójica: el paciente suele llegar acompañado por familia disponible —se incorpora a la red desde el primer minuto en lugar de citarla para después—.

Articulación entre modalidades

Un mismo paciente puede transitar las tres en un fin de semana: crisis contenida el sábado que deriva a grupo psicoeducativo el domingo y a consulta individual de seguimiento. Las modalidades no son silos sino circuitos; el expediente único y la reunión de cierre diario del profesional —quince minutos de revisión de los casos del día— los conectan.

Grupos difíciles: maniobras de facilitación

El monopolizador: agradecer el aporte y redirigir con pregunta al grupo —"¿alguien más vivió algo parecido?"—. El silencioso total: no exhibirlo; ofrecerle la palabra una vez y respetar su escucha, que también es participación. El que trae crisis aguda al grupo: contener brevemente, validar y ofrecer atención individual al cierre sin expulsarlo. El que cuestiona el formato: convertir la objeción en tema —"esa duda la tienen varios, hablemos de qué sí puede dar un grupo"—. Facilitar es sostener el encuadre sin rigidez y la calidez sin perder el tema.

De la crisis a la hospitalización, paso a paso

Cuando el Nivel 4 confirma traslado: uno, informar al paciente y familia qué va a pasar y por qué, en lenguaje directo. Dos, llamada clínica a urgencias receptoras con resumen estructurado, no solo envío de papel. Tres, acompañamiento físico hasta la transferencia firmada; el psicólogo no abandona en la puerta. Cuatro, nota completa el mismo día con hora de cada decisión. Cinco, seguimiento a las 72 horas del ingreso para verificar recepción y plan. Un traslado sin estos pasos es un abandono con ambulancia.

CUARTA PARTE

INSTRUMENTOS, REGISTRO Y CALIDAD

Capítulo 8
Instrumentos de Evaluación Clínica

Todos los instrumentos recomendados cuentan con validación publicada y propiedades psicométricas sólidas; varios están validados en población hispanohablante. Su función en este protocolo es triple: objetivar severidad, apoyar el diagnóstico diferencial y monitorear evolución.

Instrumento	Siglas	Constructo	Ítems	Tiempo
Patient Health Questionnaire	PHQ-9	Depresión mayor	9	3-5 min
Generalized Anxiety Disorder Scale	GAD-7	Ansiedad generalizada	7	3 min
Beck Depression Inventory II	BDI-II	Severidad depresiva	21	10 min
PTSD Checklist for DSM-5	PCL-5	Estrés postraumático	20	10 min
Depression Anxiety Stress Scales	DASS-21	Depresión, ansiedad, estrés	21	10 min
Mini-Mental State Examination	MMSE	Estado cognitivo	30 reactivos	10 min
Escala de Evaluación Actividad Global	EEAG	Funcionalidad global	1 ítem	2 min
Columbia Suicide Severity Rating Scale	C-SSRS	Riesgo suicida	6	5 min

Reglas de uso en jornada intensiva

Un instrumento por consulta como regla, dos como excepción: aplicar baterías completas en 25 minutos es imposible y finge rigor. El tamizaje se califica en el acto —nunca "lo reviso después"— porque la devolución de la Fase 4 lo necesita. Todo puntaje se registra con fecha para construir la curva del paciente; un PHQ-9 aislado informa, tres PHQ-9 en el tiempo deciden.

Instrumentos que este protocolo no usa

Proyectivas, pruebas de personalidad extensas o neuropsicología completa no caben en la jornada de fin de semana: requieren tiempo, condiciones y pericia que el formato no ofrece. Derivar su aplicación al seguimiento entre semana es criterio de calidad, no limitación.

Flujo de tamizaje en 25 minutos

Minuto 0 a 3: motivo en palabras del paciente. Minuto 3 a 8: exploración focal de síntomas y funcionamiento. Minuto 8 a 13: instrumento elegido según motivo —PHQ-9 para ánimo, GAD-7 para ansiedad, C-SSRS ante cualquier señal de riesgo, EEAG siempre—. Minuto 13 a 16: calificación inmediata y formulación. Minuto 16 en adelante: devolución y plan. El instrumento nunca se aplica "para llenar tiempo" ni se deja sin calificar: un cuestionario aplicado y no leído es peor que no aplicarlo, porque finge evaluación.

Curva del paciente: tres puntos mínimo

Un puntaje aislado informa; tres en el tiempo deciden. La curva mínima útil es basal, intermedia a las cuatro semanas y de control a los tres meses, graficada en el expediente para que el paciente la vea. Mostrar la curva al paciente convierte el número en motivación: "mira de dónde vienes". La medición que el paciente nunca ve es burocracia; la que ve es tratamiento.

Capítulo 9
Crisis por Niveles y Guía de Facilitación Grupal

Clasificación del nivel de crisis

Nivel	Descripción	Acción inmediata
Nivel 1 Verde	Malestar sin riesgo letal, funcionalidad preservada	Consulta individual, psicoeducación, seguimiento 72 h
Nivel 2 Amarillo	Ideación pasiva sin plan, disfunción moderada	Intervención 45 min, contacto familiar, cita 24 h
Nivel 3 Naranja	Ideación activa con plan, riesgo moderado	Intervención extendida, acuerdo de seguridad, psiquiatría
Nivel 4 Rojo	Plan con intención, riesgo inminente	Urgencias psiquiátricas con acompañamiento hasta transferencia

Nota operativa: en Nivel 4 el psicólogo no deja solo al paciente hasta su recepción por urgencias o familiar responsable, y documenta toda la intervención. Los niveles 2 y 3 exigen contacto de seguimiento fechado antes de que el paciente salga: 24 horas para el 2, evaluación psiquiátrica programada para el 3.

Guía de facilitación: temario mensual

- Semana 1: ¿Qué es la depresión? Mitos y realidades, señales de alerta y búsqueda de ayuda.
- Semana 2: Manejo del estrés y la ansiedad; respiración y mindfulness básico practicado en sala.
- Semana 3: Duelo, pérdida y reorganización emocional.
- Semana 4: Relaciones interpersonales y comunicación asertiva con ensayo de frases.
- Sesión especial mensual: prevención del suicidio —señales, mitos y cómo ayudar a alguien—.

Cada tema cierra con tarea escrita mínima y material impreso para llevar. La rotación mensual permite que un paciente complete el ciclo en cuatro visitas.

Materiales y logística del grupo

Guía mhGAP-IG 2.0 en español (OPS, 2017) como respaldo temático; infografías descargables de la plataforma Service Menthal Care; fichas de asistencia con consentimiento informado de participación grupal; cuestionario anónimo de satisfacción de tres ítems al cierre. Sala para quince con sillas en círculo, sin mesas intermedias: la geometría también facilita.

Niveles 3 y 4: guion de actuación

Nivel 3: extender la sesión a 60 minutos, construir acuerdo de seguridad escrito con señales, estrategias y contactos, citar a evaluación psiquiátrica en 72 horas y avisar a un familiar con consentimiento del paciente.

Nivel 4: activar traslado inmediato, acompañar hasta transferencia, documentar cada hora de decisión y programar verificación a las 72 horas. En ambos, la familia presente se convierte en aliada operativa el mismo día: se le explica qué vigilar, qué decir y a dónde llamar, por escrito y verificado. La red informada es el mejor estabilizador entre la crisis y la cita.

Capítulo 10
Registro y Documentación conforme a NOM-004

Cada atención queda documentada en expediente con nota de primera vez o de evolución que incluya: motivo de consulta, exploración del estado mental, diagnóstico presuntivo o definitivo codificado en DSM-5/CIE-11, plan terapéutico y pronóstico.

Estructura mínima de la nota de evolución

- Fecha y hora de la consulta.
- Nombre del paciente, edad, sexo, número de expediente.
- Motivo de consulta y síntomas actuales (subjetivo).
- Exploración del estado mental y resultados de instrumentos (objetivo).
- Diagnóstico diferencial con criterios DSM-5 (evaluación).
- Plan: intervención realizada, indicaciones, fecha de seguimiento.
- Nombre, cédula y firma del profesional responsable.

El tiempo de documentación como indicador

Con herramientas digitales de apoyo diagnóstico el registro baja de 15-20 minutos a 5-8 por consulta; sin ellas, la agenda debe reservar el tiempo real, no el deseado. Fingir que documentar no toma tiempo es la causa más común de expedientes incompletos. La plataforma Service Menthal Care genera reportes con formato NOM-004, pero la responsabilidad clínica de lo firmado sigue siendo del profesional: la herramienta propone, el psicólogo dispone y firma.

Ejemplo de nota mínima completa

Fecha y hora. Paciente femenina de 34 años, expediente 12345. Motivo: "no duermo desde hace un mes por preocupaciones del trabajo". Objetivo: ánimo ansioso, GAD-7 de 12 (moderado), EEAG 65, sin ideación suicida. Evaluación: trastorno de ansiedad generalizada leve-moderada, diferencial con estrés adaptativo. Plan: psicoeducación sobre ansiedad, respiración diafragmática practicada en sesión, tarea de registro de preocupaciones, cita en dos semanas. Firma y cédula. Seis líneas que contienen todo lo exigible: lo breve, cuando está completo, es suficiente.

Capítulo 11
Indicadores, Implementación Piloto y Conclusiones

Tablero de indicadores

Indicador	Fórmula	Meta
Cobertura por jornada	Atendidos sobre capacidad máxima por 100	90% o más
Tasa de crisis	Crisis sobre total de consultas por 100	Menos de 10%
Adherencia a seguimiento	Regresos en fecha sobre citados	70% o más
Satisfacción del usuario	Promedio en escala de 1 a 5	4.0 o más
Tiempo de documentación	Minutos promedio por expediente	8 min o menos
Reducción de síntomas	Diferencia PHQ-9/GAD-7 basal y seguimiento	30% o más
Hospitalización evitada	Crisis manejadas ambulatoriamente sobre total	80% o más

Cada indicador se mide mensual y se revisa en junta trimestral con la dirección de la unidad. Un indicador sin responsable de mirarlo es decoración: el tablero tiene dueño —el responsable del protocolo— y fecha de revisión fija.

Implementación piloto

- Operar en piloto durante cuatro fines de semana consecutivos antes de escalar.
- Espacio físico: consultorio individual con privacidad acústica y sala grupal para quince personas.
- Protocolo de comunicación escrito con urgencias del hospital para Niveles 3 y 4, con teléfonos directos.
- Capacitar al personal administrativo en detección temprana y canalización inicial: la primera cara del programa no es clínica.
- Criterios escritos de inclusión y exclusión para el grupo, visibles en recepción.

Conclusiones

El protocolo es operativamente viable para un solo psicólogo clínico capacitado, con capacidad proyectada de 50 a 55 usuarios por fin de semana en modalidad mixta y de 2,400 a 2,592 atenciones anuales por unidad. La integración de herramientas digitales basadas en criterios DSM-5 reduce el tiempo de documentación hasta en 60 por ciento, liberando tiempo clínico para atención directa. El modelo es replicable en otras unidades de segundo nivel con ajustes proporcionales al contexto: la agenda es la misma, los números se calibran en el piloto de cada sede.

Escalar sin romper

Escalar significa replicar en más unidades, no forzar más pacientes en la misma agenda: la jornada de doce horas es techo, no piso. Cada sede nueva repite el piloto de cuatro fines de semana con sus propios números. La tentación de exprimir la agenda que funciona —"si atiendes 55, atiende 70"— destruye en meses lo construido en años. El crecimiento del programa se mide en sedes sostenibles, no en récords de un fin de semana.

Nota del autor y lo que sigue

Este protocolo nació de una constatación simple: los fines de semana no dejan de producir crisis solo porque el sistema reduce su capacidad de respuesta. Cada horario, cada instrumento y cada indicador de este manual fue pensado para que un solo psicólogo clínico, sin recursos adicionales, sostenga una jornada completa. Se comparte para usarse, cuestionarse y mejorarse —y como tercer volumen de una serie cuya obra integradora, Cuando una sesión es suficiente, explica el sistema del que esta jornada es una pieza.

APÉNDICES

Instrumentos operativos del protocolo

Apéndice A
Ficha Operativa de la Jornada

Elemento	Descripción
Nivel de atención	Segundo nivel: hospital general, clínica especializada, CECOSAM
Profesional responsable	Un psicólogo clínico especializado por jornada
Jornada	Fines de semana: sábado y domingo
Duración por día	Doce horas, de 08:00 a 20:00 horas
Duración del fin de semana	Veinticuatro horas efectivas de atención
Modalidad	Presencial e híbrida: individual más grupal más crisis
Apoyo diagnóstico	Service Menthal Care, algoritmo determinístico DSM-5

Fijar esta ficha en el consultorio durante la jornada. Contiene lo mínimo para operar sin abrir el manual: nivel, responsable, horario, modalidad y herramienta de apoyo.

Apéndice B
Clasificación de Crisis y Acciones Inmediatas

Nivel	Descripción	Acción inmediata
Nivel 1 Verde	Malestar sin riesgo letal, funcionalidad preservada	Consulta individual, psicoeducación, seguimiento 72 h
Nivel 2 Amarillo	Ideación pasiva sin plan, disfunción moderada	Intervención 45 min, contacto familiar, cita 24 h
Nivel 3 Naranja	Ideación activa con plan, riesgo moderado	Intervención extendida, acuerdo de seguridad, psiquiatría
Nivel 4 Rojo	Plan con intención, riesgo inminente	Urgencias psiquiátricas con acompañamiento hasta transferencia

Llevar impresa en portapapeles. El nivel se determina por el peor indicador presente, nunca por el promedio: basta un criterio de Nivel 4 para activar la ruta roja.

Apéndice C
Tablero de Indicadores de Calidad

Indicador	Fórmula	Meta
Cobertura por jornada	Atendidos sobre capacidad máxima por 100	90% o más
Tasa de crisis	Crisis sobre total de consultas por 100	Menos de 10%
Adherencia a seguimiento	Regresos en fecha sobre citados	70% o más
Satisfacción del usuario	Promedio en escala de 1 a 5	4.0 o más
Tiempo de documentación	Minutos promedio por expediente	8 min o menos
Reducción de síntomas	Diferencia PHQ-9/GAD-7 basal y seguimiento	30% o más
Hospitalización evitada	Crisis manejadas ambulatoriamente sobre total	80% o más

Revisar mensualmente. Todo indicador fuera de meta genera una acción correctiva escrita con responsable y fecha, no un comentario verbal que se olvida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. British Journal of Psychiatry, 186(1), 11-17. https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11

Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2022). Ley General de Salud: reforma en materia de salud mental (DOF 16-05-2022). México.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (s.f.). Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Secretaría de Salud, México: Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Recuperado de https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comite-nacional-de-guias-de-practica-clinica-cngpc

Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. BMC Medicine, 7, 79. https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention, 4(3), 205-225. https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine, 35(12), 1773-1783. https://doi.org/10.1017/S0033291705005672

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. British Journal of Psychiatry, 190(6), 521-528. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841

Ministerio de Sanidad y Consumo (España). (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con

Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan de Calidad para el SNS.

NHS (National Health Service). (2011). Talking Therapies: A Four-Year Plan of Action. London: Department of Health.

Organización Mundial de la Salud. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS.

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Gould, M. S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. American Journal of Psychiatry, 168(12), 1266-1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Roberts, A. R. (Ed.). (2005). Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Secretaría de Salud. (2012). NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. México.

Secretaría de Salud. (2015). NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (DOF 04/09/2015). Diario Oficial de la Federación. México.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine, 166(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

El presente documento constituye una obra original de autoría del Psic. Iván Molina Ávila, psicólogo clínico, quien declara bajo protesta de decir verdad que:

1. La totalidad del contenido textual, conceptual y estructural de esta obra —incluidas la agenda de doce horas, las proyecciones de cobertura, las tablas operativas y los formatos de registro— es original y no ha sido publicada previamente bajo ningún otro título ni registro.

2. Las afirmaciones científicas se sustentan en literatura verificable debidamente citada con identificadores digitales; donde versiones previas contenían datos imprecisos —efecto de la psicoeducación, clave de la NOM-025, edición del mhGAP—, fueron corregidos conforme a las fuentes primarias.

3. Los instrumentos psicométricos mencionados son herramientas validadas de referencia metodológica, sin reproducción de sus reactivos protegidos.

4. El autor se reserva todos los derechos de propiedad intelectual conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor.