PROTOCOLO DE TRIAGE ESCALONADO EN SALUD MENTAL

Rutas clínicas de detección, canalización y atención por niveles de cuidado

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 triage escalonado en salud mental. León, Guanajuato, México.

Registro ante INDAUTOR en trámite | Folio interno: IMA-SMC-2026-002

NOTA SOBRE LA NATURALEZA DE ESTA OBRA

Este protocolo no es un tratado teórico ni un texto académico convencional. Es un documento operativo: una herramienta pensada para leerse en equipo, discutirse en junta clínica y aplicarse en la consulta misma.

Los criterios aquí organizados provienen de la práctica clínica diaria del autor en unidades de primer y segundo nivel, integrados con los marcos diagnósticos y funcionales reconocidos internacionalmente. Es complemento operativo del libro Cuando una sesión es suficiente.

ÍNDICE

Prólogo **5**

PRIMERA PARTE — FUNDAMENTOS DEL MODELO ESCALONADO **6**

Cap. 1: El Problema que Motiva un Triage Escalonado 7

Cap. 2: Principios Rectores del Protocolo 9

Cap. 3: Los Dos Instrumentos Base: DSM-5 y EEAG 11

SEGUNDA PARTE — LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN **13**

Cap. 4: Primer Nivel: Detección, Contención y Cuidado Básico 14

Cap. 5: Segundo Nivel: Especialización Ambulatoria 16

Cap. 6: Tercer Nivel: Hospitalización y Alta Especialidad 18

TERCERA PARTE — RUTAS DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA **20**

Cap. 7: Criterios de Referencia al Segundo Nivel 21

Cap. 8: Criterios de Referencia al Tercer Nivel 23

Cap. 9: Coordinación Interinstitucional y Contrarreferencia 25

CUARTA PARTE — CLASIFICACIÓN CLÍNICA POR NIVELES **27**

Cap. 10: Trastornos Atendibles en Primer Nivel 28

Cap. 11: Trastornos Atendibles en Segundo Nivel 30

Cap. 12: Trastornos que Requieren Tercer Nivel 32

Cap. 13: Alternativas de Intervención por Nivel 33

QUINTA PARTE — INTERVENCIONES E IMPLEMENTACIÓN **35**

Cap. 14: Implementación Institucional del Protocolo 36

Cap. 15: Fundamento Metodológico y Límites del Protocolo 38

APÉNDICES **40**

Apéndice A: Tabla Operativa de la EEAG por Rango y Nivel 41

Apéndice B: Lista de Cotejo para Decisión de Canalización 42

Apéndice C: Formato Único de Referencia Interinstitucional 43

Referencias Bibliográficas **44**

Declaración de Autoría y Originalidad **46**

PRÓLOGO
DE LA CLASIFICACIÓN A LA RUTA

Hay una pregunta que todo personal de salud mental se hace a diario y que rara vez está escrita en alguna parte: ¿este caso es para mí o es para otro nivel?

Este protocolo nació de esa pregunta. No surgió de un escritorio académico sino de la práctica cotidiana en unidades donde la demanda supera con creces la capacidad, donde cada decisión de canalización afecta el tiempo de espera de otras personas, y donde carecer de criterios compartidos significa que cada profesional inventa su propio sistema —con la mejor voluntad, pero también con resultados inconsistentes—.

La lógica del documento es simple de enunciar y exigente de aplicar: clasificar según severidad sintomática, funcionalidad psicosocial medida con la EEAG y riesgo clínico; atender cada cuadro en el nivel que corresponde; canalizar con documentación completa cuando el caso supera al nivel; y sostener la continuidad asistencial mediante contrarreferencia efectiva.

Este volumen es complemento operativo del libro Cuando una sesión es suficiente. Aquello explica por qué un sistema escalonado importa; esto muestra cómo construirlo y operarlo día a día. Puede leerse completo o consultarse por capítulos: los criterios están diseñados para encontrarse rápido en medio de una jornada intensa.

Nada aquí pretende sustituir el juicio clínico. Todo aquí busca organizarlo, compartirlo y hacerlo entrenable. Un equipo que clasifica igual el lunes que el viernes, que canaliza con la misma documentación cualquiera que sea quien guarnece el turno, protege mejor a sus pacientes y cuida mejor a su propio personal.

Ese es el propósito de estas páginas: convertir una buena intención —atender bien en contextos difíciles— en una rutina institucional verificable.

Este volumen es el primero de una serie de cuatro obras del mismo autor: el protocolo de triage escalonado que aquí se desarrolla, el Modelo de Sesión Única Esencial (MSUE), el manual de jornadas de fin de semana en segundo nivel y la obra integradora Cuando una sesión es suficiente. Cada libro conserva su estructura propia y puede leerse de forma independiente; juntos forman un sistema completo de atención en salud mental para contextos de alta demanda.

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS DEL MODELO ESCALONADO

Capítulo 1
El Problema que Motiva un Triage Escalonado

Cada unidad de salud que recibe personas con sufrimiento emocional enfrenta la misma pregunta operativa: ¿a quién atiendo primero, con qué intensidad y cuándo debo canalizar? En un sistema con recursos limitados, esa pregunta no puede quedar librada a la intuición de cada turno. Necesita criterios compartidos, documentados y entrenables.

La magnitud del problema en México está documentada y conviene repetirla porque define el contexto de este protocolo. La Encuesta Nacional de Comorbilidad reportó una prevalencia de vida de 26.1 por ciento para cualquier trastorno mental —aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos— y mostró además una subutilización extrema de servicios: solo 24 por ciento de los casos graves recibe alguna atención (Medina-Mora et al., 2005; Medina-Mora et al., 2007). La consecuencia directa es una doble saturación: los segundos niveles reciben casos leves que podrían resolverse en primer nivel, mientras los casos graves compiten por espacios con demandas que no requerían especialización.

Este desorden tiene un costo clínico concreto. El paciente con depresión leve que espera tres meses para ser visto llega, muchas veces, convertido en un paciente con depresión moderada. El paciente con psicosis incipiente que no es identificado a tiempo pierde la ventana temprana en que la intervención es más eficaz. Y el personal de primera línea, sin rutas claras, termina actuando por ensayo y error en decisiones que afectan vidas.

El triage escalonado existe precisamente para romper ese patrón. No es un filtro burocrático ni un mecanismo para negar servicios: es un instrumento de justicia clínica que busca que cada persona sea atendida en el nivel correcto, en el tiempo correcto y con el profesional correcto.

Este protocolo fue desarrollado desde la práctica diaria en unidades de primer y segundo nivel, y está pensado como documento operativo: debe poder leerse en una reunión de equipo, discutirse en una junta clínica y aplicarse el mismo día.

Qué es y qué no es este protocolo

Es una guía estructurada para clasificar, atender y canalizar. No es un sustituto del DSM-5 ni un texto de psicoterapia, ni una norma jurídicamente vinculante. Es una herramienta de trabajo que organiza el juicio clínico; no lo reemplaza.

> **NOTA CLÍNICA**
> Este protocolo no sustituye el juicio clínico. Es una herramienta de apoyo a la decisión que estandariza criterios de ingreso y referencia; la responsabilidad diagnóstica y terapéutica final corresponde siempre al profesional tratante.

Su aplicación debe adaptarse a los recursos reales de cada institución: lo que en una comunidad rural es viable puede no serlo en una clínica urbana, y viceversa. Por eso cada capítulo distingue entre el criterio clínico central, que no cambia, y su forma operativa, que se adapta.

El costo de no clasificar

Cuando no existen criterios compartidos, cada profesional improvisa su propio sistema de priorización. El resultado es predecible: variabilidad injustificada. Dos pacientes con el mismo cuadro reciben rutas distintas según el turno que les toque, y nadie puede auditar por qué. La lista de espera crece sin orden clínico —el que insiste más avanza, no el que más lo necesita— y los casos graves compiten con demandas que otro nivel habría resuelto en semanas.

Hay además un costo menos visible: el desgaste del personal. Decidir sin criterios, todos los días, ante una sala llena, agota. El triage escalonado protege también al clínico, porque traslada la decisión del terreno de la intuición solitaria al terreno del criterio institucional compartido. Clasificar bien es una forma de cuidar a quien cuida.

Capítulo 2
Principios Rectores del Protocolo

Todo protocolo de salud mental descansa sobre valores explícitos o implícitos. Este documento hace explícitos los suyos, porque de ellos derivan las reglas operativas de los capítulos siguientes.

Claridad operativa

Un criterio que nadie entiende no protege a nadie. Cada sección de este protocolo está escrita para responder preguntas concretas: ¿qué señales busco?, ¿qué puntaje me orienta?, ¿con quién puedo atender esto y con quién no?, ¿en cuánto tiempo y hacia dónde canalizo?

Sensibilidad humana y dignidad

Clasificar a una persona jamás debe convertirse en reducirla a un puntaje. El triage escalonado ordena servicios, no personas. La entrevista inicial debe transmitir que ser clasificado en un nivel u otro no significa que su sufrimiento valga más o menos: significa que el sistema se organiza para ofrecerle la mejor respuesta disponible.

Seguridad clínica primero

Ante cualquier duda entre eficiencia y seguridad, gana la seguridad. La presencia de riesgo suicida activo, riesgo homicida o psicosis desorganizada modifica inmediatamente la ruta: esos casos van al tercer nivel o a urgencias, sin importar trámites previos.

NOTA CLÍNICA

Ante la duda, escala. Un paciente clasificado de mayor riesgo del que realmente presenta nunca fue dañado por una referencia excesiva; el camino inverso sí puede costar una vida.

Viabilidad institucional

Un protocolo que exige recursos inexistentes se abandona en semanas. Por eso las intervenciones aquí propuestas son deliberadamente realistas: psicoterapia breve, psicoeducación grupal, coordinación entre niveles existentes. La mejora continua importa más que la perfección inicial.

Continuidad asistencial

Canalizar no es despedir. Quien refiere mantiene corresponsabilidad hasta que la contrarreferencia confirma que el otro nivel tomó el caso. La interrupción de la continuidad es uno de los fracasos más frecuentes y evitables de los sistemas escalonados.

Ética, derechos humanos y confidencialidad

Toda decisión se documenta conforme a la normativa vigente —en México, la NOM-004-SSA3-2012 para el expediente clínico— y bajo estricto respeto de la confidencialidad. Ningún dato clínico viaja entre instituciones sin consentimiento informado ni legítimo interés asistencial documentado.

El triage como acto clínico

Clasificar no es un trámite administrativo previo a la clínica: es el primer acto clínico. La forma en que se recibe, se escucha y se explica la ruta determina la adherencia posterior. Un paciente que entiende por qué va a primer nivel y qué va a recibir ahí llega comprometido; uno que solo recibe un papel con un sello llega a la defensiva.

Por eso el lenguaje de la clasificación importa. Se recomienda explicar la ruta en términos de ajuste, nunca de gravedad comparada: "por lo que me cuentas, el lugar donde mejor podemos ayudarte ahorita es...", en lugar de "tu caso no es grave". El sufrimiento no se jerarquiza delante del paciente; se organiza detrás, en el equipo.

Proporcionalidad de la respuesta

Cada escalón del sistema debe ofrecer la intervención menos intensiva que tenga probabilidad razonable de funcionar. Esta regla protege en dos direcciones: evita medicalizar problemas que se resuelven con contención breve, y evita retener en niveles bajos cuadros que requieren especialización. La proporcionalidad se revisa en cada contacto, porque los cuadros cambian y las rutas deben cambiar con ellos.

Capítulo 3
Los Dos Instrumentos Base: DSM-5 y EEAG

El protocolo apoya sus decisiones en dos herramientas complementarias. El DSM-5 aporta el marco diagnóstico: qué tiene la persona, con qué severidad y con qué curso esperado. La EEAG aporta la lectura funcional: cuánto impacta ese cuadro en su vida diaria. Ninguna de las dos, por sí sola, determina el nivel de atención; usadas en conjunto, orientan una decisión que siempre confirma el juicio clínico.

Qué aporta el DSM-5 y qué no

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, proporciona criterios diagnósticos oficiales: síntomas requeridos, duración mínima, criterios de severidad y especificadores. Esa estandarización permite que dos profesionales hablen el mismo idioma clínico y que las canalizaciones se documenten con precisión.

Sin embargo, el DSM-5 no clasifica por nivel de atención. Describe trastornos, no rutas de servicio. Un mismo diagnóstico puede manejarse en primer nivel si es leve y estable, o en segundo si es refractario al tratamiento inicial. Por eso este protocolo nunca decide el nivel a partir del diagnóstico por sí solo: lo cruza siempre con funcionalidad y riesgo.

La EEAG como brújula funcional

La Escala de Evaluación de la Actividad Global puntúa del 1 al 100 el funcionamiento psicosocial global: laboral o escolar, familiar, social y el autocuidado. No mide síntomas, mide consecuencias. Esa es su virtud operativa: obliga a preguntarse cómo está viviendo realmente esta persona.

Para efectos de este protocolo se adoptan cuatro rangos operativos:

- 81 a 100: funcionamiento superior o bueno; problemática leve o situacional.
- 61 a 80: funcionalidad conservada con afectación moderada; territorio del primer nivel.
- 31 a 60: disfunción significativa en áreas importantes; territorio del segundo nivel.
- 30 o menos: incapacidad marcada o riesgo; territorio del tercer nivel.

Instrumentos breves complementarios

En la práctica, la entrevista estructurada breve tipo MINI y las escalas de tamizaje —PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, AUDIT-C para consumo de alcohol— agilizan la clasificación sin saturar la consulta. El principio es simple: instrumentos cortos para decisiones de ruta, evaluaciones profundas solo cuando el nivel de atención lo justifica.

Advertencia metodológica

Ningún puntaje sustituye la entrevista clínica ni el criterio profesional. La EEAG orienta, no dictamina. Ante discrepancia entre instrumento e impresión clínica —por ejemplo, un puntaje alto en alguien con riesgo encubierto— prevalece la valoración integral y la regla de seguridad del capítulo anterior.

Un ejemplo de lectura combinada

Considere un paciente de 34 años con ánimo bajo de tres meses, insomnio y ausentismo laboral parcial. El DSM-5 permite formular un episodio depresivo leve-moderado según número de síntomas y duración. La EEAG, al preguntar por funcionamiento real —¿sigue trabajando?, ¿cómo está su relación de pareja?, ¿se cuida?—, ubica el caso en 62: funcionalidad conservada con afectación moderada. La lectura combinada dice primer nivel con psicoterapia breve y seguimiento mensual, más reevaluación a las seis semanas. Si en esa revisión el puntaje cae a 55 y aparece ideación pasiva, la misma lógica combinada indica segundo nivel. El instrumento no decidió solo: organizó la decisión y dejó rastro auditable de por qué se tomó.

Errores frecuentes al puntuar la EEAG

Primero, puntuar el peor momento histórico en lugar del mes previo: infla la gravedad y satura el segundo nivel. Segundo, puntuar síntomas en lugar de funcionamiento: un paciente muy sintomático pero funcional no es igual que uno descompensado. Tercero, omitir la evidencia: todo puntaje debe acompañarse de dos hechos observados que lo justifiquen. Un número sin hechos es una opinión con formato.

SEGUNDA PARTE

LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

Capítulo 4
Primer Nivel: Detección, Contención y Cuidado Básico

El primer nivel es la puerta de entrada del sistema y, en un modelo escalonado bien funcionando, el lugar donde se resuelve la mayoría de las demandas. Comprende centros de salud, medicina familiar y psicología comunitaria. Sus profesionales habituales son el médico general, el psicólogo clínico y el trabajador social.

Criterios de atención

Corresponden al primer nivel los cuadros con las siguientes características:

- Trastornos mentales leves o en fase inicial.
- Puntaje EEAG entre 61 y 80.
- Funcionalidad social y laboral conservada.
- Ausencia de riesgo suicida activo y de sintomatología psicótica.

La concurrencia de estos cuatro elementos permite atender con confianza en primer nivel. Si dos o más fallan simultáneamente, conviene valorar canalización temprana aunque el cuadro parezca leve.

Diagnósticos frecuentes

- Trastornos de ansiedad leves: fobias específicas, ansiedad social leve, crisis esporádicas sin agorafobia consolidada.
- Episodio depresivo leve sin ideación suicida.
- Trastornos adaptativos: duelo no complicado, estrés escolar o laboral.
- Insomnio primario sin causa médica subyacente.
- Somatización sin riesgo ni causa orgánica grave.
- Inquietud por imagen corporal sin criterios completos de trastorno alimentario.

Intervenciones recomendadas

La caja de herramientas del primer nivel debe ser breve, efectiva y entrenable:

- Psicoterapia breve individual o grupal, centrada en soluciones y con técnicas cognitivo-conductuales básicas.
- Psicoeducación estructurada para pacientes, familias, docentes y grupos comunitarios.
- Grupos de apoyo y autocuidado con manejo de estrés.
- Seguimiento mensual programado, no a demanda.
- Canalización oportuna ante cualquier agravamiento documentado.

Señales para reevaluar el nivel

Toda evolución debe revisarse en cada contacto. Motivan reevaluación inmediata: aparición de ideación suicida, deterioro funcional visible, incumplimiento terapéutico persistente, cronificación más allá del tiempo esperable del cuadro, o respuesta adversa que sugiera necesidad de manejo farmacológico especializado.

Cuando el primer nivel no basta aunque el cuadro parezca leve

Hay presentaciones que cumplen criterios de levedad pero esconden complejidad: el duelo que a los ocho meses no cede y empieza a parecerse a una depresión mayor; la ansiedad "leve" sostenida por consumo diario de alcohol que el paciente no reportó en la primera entrevista; el insomnio que resulta ser la punta de un trastorno bipolar no diagnosticado. La regla práctica es interrogar siempre tres zonas antes de confirmar la ruta de primer nivel: consumo de sustancias, antecedentes familiares de trastorno mental grave y eventos recientes de pérdida o violencia. Cinco minutos de preguntas dirigidas evitan meses de tratamiento en el nivel equivocado.

Criterios de alta del primer nivel

El alta no es la desaparición del paciente sino una decisión documentada: remisión sintomática sostenida al menos ocho semanas, EEAG igual o superior a 70, plan de recaídas explicado al paciente y cita de verificación a los tres meses. Todo egreso sin estos elementos es una pérdida de seguimiento, no un alta.

Capítulo 5
Segundo Nivel: Especialización Ambulatoria

El segundo nivel comprende hospitales generales y clínicas especializadas. Su equipo típico integra psiquiatra, psicólogo clínico especializado y médico internista. Su función central es ofrecer especialización ambulatoria: diagnóstico complejo, farmacoterapia supervisada y psicoterapias estructuradas para cuadros que superan la capacidad del primer nivel.

Criterios de atención

- Trastornos mentales moderados a graves.
- Puntaje EEAG entre 31 y 60.
- Disfunción significativa en áreas sociales, familiares o laborales.
- Síntomas persistentes o refractarios a manejo inicial.

Diagnósticos frecuentes

- Episodio depresivo moderado a grave, incluida ideación suicida pasiva sin planificación activa.
- Trastorno bipolar tipo II en fase hipomaníaca o depresiva.
- Trastorno de ansiedad generalizada severa.
- Trastorno obsesivo-compulsivo con interferencia funcional.
- Psicosis compensada, sin riesgo inmediato.
- Trastornos de personalidad de intensidad moderada: evitativo, dependiente, entre otros.
- Trastornos neurocognitivos leves a moderados.
- Consumo problemático de sustancias sin dependencia física establecida.

Intervenciones recomendadas

- Evaluación psiquiátrica completa con formulación diagnóstica diferencial.
- Farmacoterapia ambulatoria con seguimiento programado de adherencia, efectos adversos y respuesta.
- Psicoterapias especializadas: cognitivo-conductual estructurada, dialéctico-conductual para desregulación emocional, terapia interpersonal para depresión recurrente.
- Evaluación psicológica profunda cuando el caso lo requiera: baterías estandarizadas e instrumentos clínicos específicos.
- Intervención familiar o sistémica cuando el contexto mantenga o agrave el cuadro.
- Coordinación formal con el primer nivel que refirió, para sostener la continuidad.

El principio de reversibilidad

Un acierto del segundo nivel no es retener casos sino devolverlos estabilizados. Todo egreso hacia primer nivel debe incluir contrarreferencia con diagnóstico, tratamiento vigente, señales de alarma y fecha sugerida de

reevaluación. La especialización es un recurso caro; su uso racional protege a quienes más lo necesitan.

La refractariedad como criterio objetivo

Declarar un cuadro refractario exige método, no impresión. Se requieren dos intervenciones completas y documentadas —psicoterapia estructurada de al menos ocho sesiones o ensayo farmacológico con dosis y duración adecuadas— sin mejoría clínicamente significativa medida con instrumentos. Solo entonces la etiqueta de refractariedad justifica escalar recursos. Este rigor protege al paciente de dos errores opuestos: escalar demasiado pronto, medicalizando lo tratable, o persistir demasiado en lo ineficaz por inercia terapéutica.

Coordinación con medicina interna

Buena parte de los casos del segundo nivel trae comorbilidad médica —diabetes descontrolada por depresión, dolor crónico con ansiedad— que ningún psicofármaco resuelve solo. La coordinación con medicina interna debe ser formal: interconsulta escrita, metas compartidas y revisión conjunta trimestral de los casos complejos. La salud mental no ocurre en un cuerpo aparte.

Tres supuestos que sostienen el modelo

La formulación clásica de la atención escalonada individualizada descansa en tres supuestos: distintas personas requieren distintos niveles de cuidado; encontrar el nivel correcto depende de monitorear resultados; y moverse entre niveles según la respuesta observada aumenta la efectividad y reduce costos (Von Korff y Tiemens, 2000). Este protocolo es la traducción operativa de esos tres supuestos al contexto mexicano de salud pública.

Capítulo 6
Tercer Nivel: Hospitalización y Alta Especialidad

El tercer nivel agrupa hospitales psiquiátricos y unidades de alta especialidad. Su equipo multidisciplinario incluye psiquiatra hospitalario, psicólogo clínico, enfermería psiquiátrica, neurología, trabajo social y medicina especialista según el caso. Aquí se atiende lo que ningún otro nivel puede contener con seguridad.

Criterios de atención

- Puntaje EEAG de 30 o menos.
- Riesgo suicida u homicida activo, con planificación, medios disponibles o intentos recientes.
- Psicosis desorganizada: alucinaciones, delirios, pérdida del juicio de realidad.
- Trastornos graves de personalidad con riesgo social o legal en curso.
- Trastornos neurocognitivos severos con desorientación y pérdida del autocuidado.
- Dependencia severa de sustancias con abstinencia de riesgo médico.
- Comorbilidad médica grave que exige manejo hospitalario conjunto.
- Autismo severo con desregulación conductual que desborda manejo ambulatorio.

Intervenciones esperadas

- Hospitalización psiquiátrica con vigilancia clínica continua.
- Evaluación multidisciplinaria integrada desde el ingreso.
- Estabilización farmacológica intensiva bajo monitorización.
- Terapias especializadas cuando están indicadas: electroconvulsivoterapia, neuropsicología clínica, contención emocional estructurada.
- Plan de egreso con reintegración progresiva: familia, escuela o trabajo, red comunitaria.
- Seguimiento post-hospitalario en segundo nivel como regla, no como excepción.

La puerta de urgencias

Cuando un paciente llega en crisis al tercer nivel sin referencia previa, se atiende primero y se clasifica después. Ningún criterio administrativo de este protocolo retrasa la atención de una emergencia psiquiátrica. El protocolo ordena el flujo cotidiano; nunca interfiere con la urgencia real.

Criterios de egreso hospitalario

Nadie debe egresar por presión de camas sino por criterios: riesgo agudo contenido con plan de seguridad viable, síntomas psicóticos en remisión parcial con insight recuperado, red de apoyo identificada y contactada, cita de seguimiento en segundo nivel dentro de los siete días posteriores al alta y medicación garantizada para ese intervalo. El egreso que no cumple estas condiciones no es un alta: es un reingreso programado por omisión.

Romper la puerta giratoria

El reingreso en menos de treinta días casi siempre señala falla del egreso, no del paciente: seguimiento tardío, familia no preparada, medicación interrumpida. Cada reingreso debe auditarse con tres preguntas: ¿se cumplió el plan de egreso?, ¿qué falló primero?, ¿qué cambia esta vez? El tercer nivel que no aprende de sus reingresos está condenado a repetirlos.

TERCERA PARTE

RUTAS DE CANALIZACIÓN Y REFERENCIA

Capítulo 7
Criterios de Referencia al Segundo Nivel

La referencia al segundo nivel es la decisión de canalización más frecuente y, por eso mismo, la que más errores acumula cuando carece de criterios. Este capítulo fija los indicadores que justifican referir y la forma correcta de hacerlo.

Indicadores clínicos de referencia

Basta uno de estos indicadores para iniciar el proceso de referencia; dos o más lo hacen prioritario:

- Síntomas persistentes o refractarios tras tratamiento estructurado en primer nivel.
- Ideación suicida pasiva sin planificación activa.
- Disfunción social o laboral significativa documentada.
- Comorbilidad médica moderada que complejiza el manejo psicofarmacológico.
- Fracaso terapéutico verificable: dos o más intervenciones breves completadas sin mejoría.
- Necesidad de evaluación psiquiátrica especializada para ajuste farmacológico o diagnóstico diferencial.

Cómo documentar una referencia adecuada

Una referencia útil contiene como mínimo:

1. Motivo explícito de referencia, citando los indicadores presentes.
2. Diagnóstico de trabajo con criterios DSM-5 y puntaje EEAG actual.
3. Resumen cronológico de intervenciones realizadas y su resultado.
4. Tratamiento vigente, dosis y adherencia observada.
5. Datos de contacto del paciente y del profesional que refiere.
6. Urgencia estimada: programada, prioritaria o prioritaria con riesgo.

Tiempos sugeridos

Referencia programada: cita ideal dentro de treinta días. Prioritaria: dentro de diez. Con ideación suicida pasiva: valoración en setenta y dos horas como meta institucional. Los tiempos son metas de gestión; ningún tiempo administrativo sustituye la evaluación inmediata cuando la evolución clínica se deteriora mientras se espera.

Ejemplo de referencia bien y mal documentada

Referencia débil: "Se envía a psiquiatría por depresión. Urge." Nadie puede priorizar eso: no hay severidad, ni funcionalidad, ni historia de tratamiento, ni urgencia estimable. Referencia útil: "Mujer de 41 años, episodio depresivo moderado-grave (DSM-5, 7/9 síntomas, 4 meses), PHQ-9 de 17, EEAG 52, dos ciclos de psicoterapia breve completados sin mejoría, sin ideación activa, adherencia parcial a sertralina 50 mg. Se solicita evaluación psiquiátrica para ajuste farmacológico. Prioritaria." La segunda se puede programar, auditar y defender. La

diferencia entre ambas no es talento: es formato. Por eso el Apéndice C existe.

Gestión de la lista de espera

Toda lista de espera debe ordenarse por criterio clínico, no por orden de llegada. Se recomienda revisión quincenal de la lista por el responsable del protocolo: ¿algún caso se deterioró?, ¿alguno ya se resolvió y puede depurarse?, ¿los prioritarios avanzan al ritmo previsto? Una lista que nadie revisa es una sala de espera invisible donde los pacientes se deterioran sin testigos.

Capítulo 8
Criterios de Referencia al Tercer Nivel

La referencia al tercer nivel es menos frecuente pero de mayor gravedad asistencial. Aquí los errores por omisión cuestan vidas; los errores por exceso solo cuestan recursos. Ante la duda, referir.

Indicadores clínicos de referencia

- Riesgo suicida u homicida activo: planificación concreta, acceso a medios, intento reciente o amenazas directas.
- Psicosis desorganizada con pérdida parcial o total del juicio de realidad.
- Puntaje EEAG igual o inferior a 30 con deterioro del autocuidado básico.
- Autolesiones graves recurrentes en trastornos de personalidad con descontrol en curso.
- Demencia avanzada con crisis conductuales que desbordan el manejo familiar o residencial.
- Abstinencia severa de sustancias con riesgo médico: convulsiones previas, delirium, inestabilidad autonómica.

Qué hacer mientras se concreta la referencia

El intervalo entre la decisión y la recepción efectiva es la franja más peligrosa. Protocolo mínimo de contención:

1. Informar a la familia o red de apoyo sobre señales de alarma y qué hacer ante ellas.
2. Retirar o asegurar medios letales accesibles, cuando sea posible y legalmente procedente.
3. Establecer contacto directo con la unidad receptora: llamada clínica entre profesionales, no solo papel.
4. Programar contactos puente: el nivel que refiere no deja al paciente sin seguimiento hasta el ingreso.
5. Documentar cada contacto y decisión en el expediente conforme a la NOM-004.

Urgencia psiquiátrica: ruta corta

Con riesgo activo confirmado no hay proceso de canalización: hay ruta de urgencias. Ambulancia, urgencias generales o ingreso directo según la infraestructura local. El protocolo formal se reconstruye después, cuando el paciente está seguro.

Evaluación estructurada del riesgo suicida

Ante cualquier sospecha, la entrevista debe cubrir en orden: ideación (¿ha pensado que estaría mejor muerto?), planificación (¿ha pensado cómo lo haría?), medios (¿tiene acceso a esos medios?), intento previo (¿lo ha intentado antes, cuándo, cómo?), factores protectores (¿qué lo detiene hoy?) e inestabilidad próxima (¿qué cambió en los últimos días?). Cada respuesta afirmativa en planificación, medios o intento reciente eleva el nivel de respuesta. Esta secuencia cabe en diez minutos y debe quedar registrada textual o resumida en el expediente: el riesgo no documentado es riesgo no evaluado.

Plan de seguridad breve

Mientras se concreta la referencia, todo paciente con riesgo recibe un plan escrito mínimo: señales personales de alarma, tres estrategias de afrontamiento que ya le hayan funcionado, dos personas a quienes llamar con teléfonos reales, medios letales asegurados o retirados, y fecha del próximo contacto con nombre del profesional responsable. Un papel con estos cinco elementos reduce el riesgo del intervalo más de lo que sugiere su simplicidad.

Capítulo 9
Coordinación Interinstitucional y Contrarreferencia

Un sistema escalonado vive o muere por su circuito de retorno. La referencia sin contrarreferencia convierte la ruta clínica en vía de un solo sentido donde los pacientes desaparecen. Este capítulo define el circuito completo.

El ciclo de referencia completa

1. Primer nivel identifica y refiere con documentación mínima estandarizada.
2. Segundo nivel recibe, valora y comunica acuse dentro de quince días.
3. Se atiende en segundo nivel hasta estabilización o alta terapéutica.
4. Contrarreferencia escrita al nivel originario: diagnóstico final, tratamiento, alarma, pronóstico.
5. Primer nivel retoma seguimiento mensual y vigila adherencia y recaídas.
6. Reingreso rápido si reaparecen indicadores de especialización: la puerta nunca se cierra.

Instrumentos de coordinación

- Expediente compartido mínimo: identificación, diagnósticos activos, medicamentos, alergias, contactos clave.
- Reunión mensual de casos entre niveles cuando la geografía lo permite; telefónica o videollamada cuando no.
- Directorio vivo de unidades receptoras con teléfonos clínicos directos.
- Formato único de referencia y contrarreferencia —véase Apéndice C—.

Confidencialidad en el intercambio

Los datos viajan por necesidad asistencial documentada, con consentimiento informado siempre que sea posible. La regla práctica: transmite lo que el otro profesional necesita para atender bien, no todo lo que sabes. La historia clínica pertenece al paciente; el acceso es un préstamo regulado por su cuidado.

Indicadores del circuito

Un circuito sano se mide: porcentaje de referencias con acuse en quince días, porcentaje de contrarreferencias recibidas, tiempo promedio hasta primera cita receptora, recaídas con reingreso oportuno. Lo que no se mide, no se corrige.

Criterios de descenso y contrarreferencia

El descenso de nivel exige: estabilización sintomática sostenida de cuatro a ocho semanas, EEAG por encima del umbral del nivel superior, ausencia de riesgo activo, funcionalidad recuperada para manejo ambulatorio y plan de transición documentado y comunicado entre ambos profesionales. La contrarreferencia queda asentada en expediente con fecha, criterios y nombre de quien autoriza.

Recuperación de casos perdidos

Todo sistema pierde pacientes en el circuito: el que no llegó a su cita receptora, el que egresó y nunca retomó seguimiento. Se recomienda un barrido mensual de casos sin contacto en noventa días, con intento activo de localización por el nivel originario. Cada caso recuperado es una recaída grave potencialmente evitada. Cada caso no buscado es una falla silenciosa del sistema que nadie registra.

La reunión de enlace

Donde la geografía lo permite, una reunión mensual de una hora entre representantes de los tres niveles —presencial o virtual— resuelve más fricciones que cualquier reglamento: casos atascados, criterios dudosos, teléfonos desactualizados. El circuito funciona cuando las personas de cada nivel se conocen por nombre. Los papeles canalizan; las relaciones sostienen.

CUARTA PARTE

CLASIFICACIÓN CLÍNICA POR NIVELES

Capítulo 10
Trastornos Atendibles en Primer Nivel

Esta parte organiza los principales cuadros del DSM-5 según el nivel clínico más adecuado, considerando severidad, funcionalidad, riesgo y necesidad de intervención especializada. La lista orienta; el caso concreto manda.

Cuadros atendibles en primer nivel

- Trastornos de ansiedad leves: fobias específicas y ansiedad social leve, con funcionalidad conservada.
- Episodio depresivo leve sin ideación suicida, de reciente aparición.
- Trastornos adaptativos: duelo no complicado, estrés escolar o laboral con recuperación esperable.
- Insomnio primario sin causa médica ni psiquiátrica subyacente.
- Somatización sin causa orgánica grave ni deterioro funcional marcado.
- Inquietud por imagen corporal sin criterios completos de anorexia o bulimia.

Notas operativas para cada grupo

Ansiedad leve: responder bien a técnicas de relajación estructurada, reestructuración cognitiva básica y psicoeducación. Revisar a las cuatro semanas.

Depresión leve: psicoterapia breve como primera línea; actividad física programada como coadyuvante. PHQ-9 al inicio y mensual para objetivar curso.

Adaptativos: el tiempo y la contención son aliados. Definir desde el inicio un horizonte de resolución; si el cuadro se cronifica más allá de lo esperable, reevaluar nivel.

Insomnio: higiene del sueño formal antes que hipnóticos. Descartar apnea y consumo de estimulantes.

Somatizaciones: evitar estudios repetidos innecesarios; agenda médica regular con foco funcional funciona mejor que la peregrinación diagnóstica.

Banderas rojas por grupo en primer nivel

Cada grupo tiene su señal de alarma específica que obliga a reevaluar el nivel de inmediato. En ansiedad: aparición de agorafobia consolidada o crisis con visitas repetidas a urgencias. En depresión leve: cualquier ideación suicida, aunque sea pasiva y reciente. En adaptativos: cronificación más allá de seis meses sin mejoría. En insomnio: somnolencia diurna con riesgo laboral o de conducción, o sospecha de apnea. En somatización: pérdida de peso no explicada, déficit neurológico focal o cualquier signo de alarma orgánica. En imagen corporal: pérdida de peso acelerada, vómitos autoinducidos o ejercicio compulsivo diario. La bandera roja no espera a la próxima cita programada: adelanta la reevaluación.

Especificadores DSM-5 típicos del primer nivel

Diagnóstico	Especificador DSM-5 típico
Ansiedad: fobias, ansiedad social leve	Leve, sin agorafobia
Depresión leve sin ideación suicida	Episodio único o recurrente, leve
Adaptativos: duelo, estrés	Con ánimo deprimido o ansioso
Insomnio primario	Sin comorbilidad psiquiátrica mayor
Síntomas somáticos leves	Sin causa médica identificada

Capítulo 11
Trastornos Atendibles en Segundo Nivel

- Depresión moderada a grave, incluida ideación suicida pasiva sin planificación.
- Trastorno bipolar tipo II en fase hipomaníaca o depresiva.
- Ansiedad generalizada severa con interferencia funcional significativa.
- Trastorno obsesivo-compulsivo con rituales consumidos de tiempo o deterioro real.
- Psicosis compensada: diagnóstico esquizofreniforme o delirante estable sin riesgo inmediato.
- Trastornos de personalidad moderados: evitativo, dependiente, histriónico con descompensaciones controlables.
- Trastornos neurocognitivos leves a moderados con soporte familiar adequado.
- Consumo problemático de sustancias sin dependencia física ni abstinencia de riesgo.

Notas operativas

Depresión moderada-grave: combinar farmacoterapia y psicoterapia estructurada; nunca una sola si hay ideación pasiva. Evaluar riesgo en cada cita.

Bipolar II: psicoeducación del trastorno bipolar como intervención obligada —mejora adherencia y detecta recaídas—. Cuidado con antidepresivos en monoterapia.

TAG severa: TCC estructurada con exposición e inhibición de respuesta donde aplique; manejo farmacológico según respuesta.

TOC: la exposición con prevención de respuesta es específica e insustituible; derivar a quien la domine.

Psicosis compensada: seguimiento longitudinal, alianza con la familia, plan escrito de señales de recaída.

Personalidad moderada: marcar marco terapéutico claro; DBT en habilidades cuando exista desregulación emocional.

Neurocognitivos: orientar al cuidador tanto como tratar al paciente; valorar deterioro funcional periódico.

Consumo problemático: entrevista motivacional breve; tamizar siempre otros consumos y riesgo legal-laboral.

Diagnóstico diferencial que más se omite en segundo nivel

Tres confusiones cuestan caro. Primera, hipotiroidismo o anemia grave simulando depresión: todo cuadro depresivo de inicio tardío o atípico merece perfil tiroideo y biometría antes de escalar psicofármacos. Segunda, trastorno bipolar mal clasificado como depresión unipolar: interrogar siempre hipomanía previa antes de prescribir antidepresivo en monoterapia. Tercera, consumo de sustancias negado que explica la refractariedad: tamizaje toxicológico cuando la evolución no cuadra con el diagnóstico. El segundo nivel que no descarta lo médico y lo oculto construye tratamientos sobre diagnósticos equivocados.

Especificadores DSM-5 típicos del segundo nivel

Diagnóstico	Especificador DSM-5 típico
Depresión moderada a grave con ideación pasiva	Con características ansiosas o melancólicas
Trastorno bipolar tipo II	Fase hipomaníaca o depresiva
Ansiedad generalizada	Severa
Trastorno obsesivo-compulsivo	Con introspección buena o aceptable
Psicosis compensada	Sin síntomas activos

Capítulo 12
Trastornos que Requieren Tercer Nivel

- Esquizofrenia con síntomas activos: alucinaciones, delirios, desorganización conductual.
- Trastorno bipolar tipo I en fase maníaca o mixta.
- Depresión mayor con intento suicida reciente o riesgo activo persistente.
- Trastornos graves de personalidad: límite con autolesión severa en curso, antisocial con riesgo legal activo.
- Alzheimer avanzado y demencias con pérdida del autocuidado o crisis conductuales graves.
- Dependencia severa de sustancias con abstinencia crítica de riesgo médico.
- Autismo severo con desregulación conductual que desborda manejo ambulatorio.

Tabla resumen por nivel

Criterio	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Rango EEAG	61-80	31-60	30 o menos
Riesgo clínico	Ausente	Pasivo / controlado	Activo o inminente
Funcionalidad	Conservada	Disfunción significativa	Pérdida de autocuidado
Tratamiento previo	Primera línea	Refractario a 1er nivel	Descompensación grave
Profesional tipo	Méd. general, psicólogo	Psiquiatra, psicól. esp.	Equipo multidisciplinario
Modalidad	Ambulatoria breve	Ambulatoria especializada	Hospitalización

La lógica de la tabla

Tres variables ordenan la clasificación completa: funcionalidad medida con EEAG, riesgo clínico presente o latente, y respuesta a tratamientos previos. Cuando las tres apuntan al mismo nivel, la decisión es directa. Cuando se contradicen —funcionalidad aceptable con riesgo alto, por ejemplo— prevalece siempre la variable de mayor peso asistencial: primero riesgo, después funcionalidad, después historia de respuesta.

Derivación inmediata por grupo

Esquizofrenia activa con desorganización o riesgo: ingreso directo sin pasar por agenda ambulatoria. Manía con psicosis, insomnio total o conducta de riesgo financiero, sexual o físico: contención hospitalaria hasta remisión de la fase aguda. Intento suicida reciente: hospitalización o vigilancia estrecha con plan de seguridad y contacto en 24 horas, sin excepciones. Autolesión severa en curso: evaluación el mismo día en unidad con capacidad de contención. Demencia con vagabundeo, agresividad o pérdida total del autocuidado: valoración geriátrica-psiquiátrica conjunta y definición del entorno de cuidado antes del egreso. Abstinencia con convulsiones, delirium o inestabilidad autonómica: manejo médico-psiquiátrico conjunto desde el primer contacto.

Capítulo 13
Alternativas de Intervención por Nivel

Cada nivel no solo atiende distintos cuadros: trabaja con herramientas distintas, proporcionales a su complejidad. Este capítulo detalla el repertorio operativo de cada nivel.

Repertorio del primer nivel

- Psicoterapia breve centrada en soluciones y técnicas cognitivo-conductuales básicas.
- Talleres psicoeducativos para padres, docentes y estudiantes en entornos escolares y comunitarios.
- Grupos de apoyo comunitario con temática estructurada: duelo, ansiedad, crianza.
- Actividades programadas de autocuidado y manejo de estrés.
- Derivación oportuna ante agravamiento, con formato estandarizado.

Repertorio del segundo nivel

- Psicoterapias especializadas: CBT, DBT, terapia interpersonal, sistémica familiar.
- Farmacoterapia ambulatoria con seguimiento psiquiátrico programado.
- Evaluación psicológica profunda: baterías estandarizadas e instrumentos clínicos específicos.
- Coordinación formal con primer nivel para continuidad terapéutica.

Repertorio del tercer nivel

- Hospitalización psiquiátrica con vigilancia médica continua.
- Terapias intensivas: electroconvulsivoterapia indicada y regulada, neuropsicología clínica, contención emocional estructurada.
- Evaluación multidisciplinaria integrada: psiquiatría, neurología, trabajo social, enfermería especializada.
- Plan de egreso con reintegración progresiva a familia, estudio o trabajo.
- Seguimiento post-hospitalario obligado en segundo nivel.

Cuándo intensificar la intervención

La regla transversal: dos intentos razonables sin respuesta justifican subir de nivel; mejoría sostenida justifica bajarlo. El sistema debe poder fluir en ambas direcciones sin burocracia punitiva ni resistencia territorial.

Dosificación y frecuencia por modalidad

La intensidad debe prescribirse como cualquier tratamiento. Psicoterapia breve en primer nivel: seis a ocho sesiones semanales o quincenales con meta escrita desde la primera. Grupos psicoeducativos: ocho sesiones temáticas con temario fijo —qué es el trastorno, manejo de síntomas, adherencia, señales de recaída, red de apoyo— y asistencia registrada. Psicoterapia especializada en segundo nivel: doce a veinte sesiones con evaluación intermedia de progreso. Farmacoterapia: revisión a las dos, cuatro y ocho semanas del inicio o

ajuste, luego trimestral en mantenimiento. Hospitalización: revisión diaria de criterios de permanencia; nadie permanece ingresado sin justificación clínica renovada cada día.

Temario base de psicoeducación

Un ciclo mínimo útil de ocho sesiones cubre: naturaleza del trastorno y curso esperado; identificación de síntomas propios; uso correcto de medicamentos y qué hacer ante efectos adversos; higiene del sueño y activación conductual; manejo de crisis en casa; señales tempranas de recaída; derechos del paciente y rutas de ayuda; y sesión de cierre con plan personal escrito. Este temario sirve igual en sala comunitaria que en hospital: cambia el público, no el contenido esencial.

QUINTA PARTE

INTERVENCIONES E IMPLEMENTACIÓN

Capítulo 14
Implementación Institucional del Protocolo

Un protocolo que no se implementa es literatura. Este capítulo convierte los criterios anteriores en un plan de trabajo para cualquier unidad de salud, escuela o centro comunitario.

NOTA CLÍNICA

Si un mes después nadie sabe cuántas referencias se hicieron ni cuánta gente se quedó en el camino, el protocolo no se implementó: se archivó. Medir es parte del tratamiento del sistema.

Pasos de implementación

1. Diagnóstico de recursos: inventariar personal capacitado, espacios, horarios y unidades receptoras reales.

2. Designar responsable del protocolo: una persona con nombre, no un comité sin rostro.

3. Capacitar al personal en detección, uso de EEAG y llenado de formatos; con casos simulados, no solo diapositivas.

4. Adoptar formatos estandarizados: DSM-5 como lenguaje, EEAG como métrica, MINI y escalas breves como tamizaje.

5. Publicar la ruta: cartelera, folleto o intranet con la ruta de canalización visible para todos.

6. Documentar cada caso respetando confidencialidad y normativa vigente.

7. Evaluar el protocolo anualmente con indicadores objetivos.

8. Promover coordinación interinstitucional formalizada por escrito.

Indicadores mínimos de funcionamiento

- Tiempo promedio desde primera consulta hasta clasificación de nivel.
- Porcentaje de referencias con acuse de recibo en quince días.
- Porcentaje de contrarreferencias efectivamente recibidas.
- Reconsultas por descompensación dentro de los noventa días posteriores al alta.
- Cobertura: proporción de la demanda atendida frente a demanda total estimada.

Auditoría de la referencia: cinco indicadores

Indicador	Fórmula	Meta
Pertinencia de la referencia	Confirmadas por receptor sobre total, por 100	90 por ciento o más
Tiempo de referencia	Días entre decisión y primera cita receptora	10 días hábiles o menos
Tasa de contrarreferencia	Contrarreferidos sobre altas de nivel superior	60 por ciento o más

Indicador	Fórmula	Meta
Reingreso temprano	Regresos al nivel superior en 8 semanas	Menos de 10 por ciento
Completitud documental	Notas con seis campos completos sobre total	100 por ciento

Errores frecuentes de implementación

Capacitar solo a psicólogos cuando el triage lo decide también médicos generales. Adoptar formatos sin capacitar su lectura clínica. Medir productividad de consultas pero nunca resultados funcionales. Y el más grave: tratar la referencia como trámite administrativo en lugar de acto clínico compartido.

Cronograma de implantación en 90 días

Días 1 a 30: diagnóstico de recursos, designación del responsable y adopción de formatos. Días 31 a 60: capacitación por perfiles —médicos generales en detección y EEAG, psicólogos en psicoterapia breve y documentación, trabajo social en rutas y seguimiento— con casos simulados y evaluación práctica. Días 61 a 90: operación piloto con supervisión semanal y registro de indicadores base. Día 91: primera revisión formal con ajustes. Un protocolo que no tiene fecha de arranque no existe; tiene buenas intenciones.

Capacitación diferenciada por perfil

El médico general necesita detección, clasificación y referencia: no psicoterapia. El psicólogo necesita psicoterapia breve, documentación NOM-004 y manejo de grupos. Trabajo social necesita mapas de ruta, seguimiento de casos perdidos y enlace familiar. Enfermería necesita señales de alarma y contención inicial. Capacitar a todos en todo es capacitar a nadie en nada.

Capítulo 15
Fundamento Metodológico y Límites del Protocolo

La transparencia metodológica es parte de la honestidad clínica. Este capítulo declara sobre qué descansa este documento y hasta dónde llega su alcance.

Fuentes integradas

- Criterios diagnósticos del DSM-5 como marco oficial de identificación, severidad y curso de los trastornos.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG/GAF) como métrica de funcionalidad psicosocial orientadora del nivel de atención.
- Guías clínicas del IMSS, la Secretaría de Salud y la OPS/OMS, que establecen rutas de atención, perfiles profesionales y criterios de referencia en México y América Latina.
- Modelos internacionales de atención escalonada —NHS del Reino Unido, sistema canadiense, protocolos universitarios— que promueven atención progresiva según complejidad, riesgo y respuesta terapéutica.

Adaptación institucional

La clasificación fue organizada para facilitar su uso en protocolos escolares, comunitarios y clínicos. Se priorizó la claridad operativa, la sensibilidad humana y la viabilidad en contextos reales. Es una herramienta flexible, editable y validable, pensada para ser enriquecida por cada institución según sus necesidades y recursos.

Criterios clínicos considerados

Severidad sintomática: intensidad, duración y frecuencia. Funcionalidad psicosocial medida con EEAG. Riesgo clínico: suicida, homicida, autolesivo, psicótico o social. Comorbilidad médica o psiquiátrica. Historial de respuesta terapéutica.

Las cinco dimensiones en una tabla operativa

Dimensión	Instrumento / Fuente	Función en la clasificación
Severidad sintomática	Especificadores DSM-5	Naturaleza, intensidad y curso del trastorno
Funcionalidad psicosocial	EEAG / GAF	Nivel de atención: 61-80, 31-60, 30 o menos
Riesgo clínico	Evaluación de riesgo suicida u homicida	Puede escalar el nivel sin importar el EEAG
Comorbilidad	Historia clínica	Manejo conjunto con otras especialidades
Respuesta terapéutica	Expediente clínico	Referencia por fracaso en el nivel actual

Límites declarados

Este protocolo no sustituye el juicio clínico individual ni la normativa institucional vigente. Sus rangos son

orientaciones operativas, no fronteras absolutas. Su aplicación debe contextualizarse según los recursos, capacidades y necesidades de cada institución. La evidencia evoluciona: este documento debe revisarse anualmente y actualizarse sin apego a versiones.

Agenda de revisión anual

Cada doce meses el responsable del protocolo convoca revisión con tres insumos obligados: indicadores del año, casos centinela —los que salieron mal y por qué— y actualización bibliográfica mínima. El producto es una minuta de cambios con fecha y versión. Un protocolo sin versión fechada es un documento muerto que nadie sabe si sigue vigente.

De la operación al conocimiento

Todo protocolo en operación genera datos: tiempos de espera, tasas de canalización adecuada, recaídas, puntajes de entrada y salida. Sistematizar esos datos convierte la operación en evidencia local y la evidencia local en mejora del protocolo. Este es el puente natural hacia la plataforma Service Menthal Care, desarrollada por el mismo autor para sostener con tecnología lo que este documento sostiene con criterio: que cada persona llegue al nivel correcto, a tiempo y con continuidad.

Nota final del autor

Este protocolo fue desarrollado con el objetivo de ofrecer una herramienta clara, funcional y humanizada para la atención de trastornos mentales en contextos educativos, comunitarios y clínicos. La estructura por niveles permite una atención escalonada, eficiente y ética, adaptada a las capacidades reales de cada unidad. Agradezco a quienes colaboran en su implementación y reitero mi disposición a seguir construyendo soluciones que dignifiquen la atención en salud mental.

Lo que sigue en la serie

Este protocolo ordena a quién corresponde cada caso. El siguiente volumen de la serie —Modelo de Sesión Única Esencial, MSUE— responde qué hacer cuando el caso ya está en tus manos y solo tienes cuarenta minutos. Y la obra integradora, Cuando una sesión es suficiente, cuenta por qué todo esto importa. Cada libro se sostiene solo; juntos forman un sistema.

APÉNDICES

Instrumentos operativos del protocolo

Apéndice A
Tabla Operativa de la EEAG por Rango y Nivel

La siguiente tabla condensa la lectura operativa de la Escala de Evaluación de la Actividad Global utilizada en este protocolo.

Puntaje EEAG	Descripción funcional	Nivel de atención sugerido
81-100	Actividad superior o buena; síntomas leves transitorios	Prevención / psicoeducación
61-80	Funcionalidad conservada con afectación moderada en algunas áreas	Primer nivel
31-60	Dificultades serias en áreas social, laboral o familiar; incapacidad parcial	Segundo nivel
1-30	Incapacidad marcada: riesgo de autolesión, comunicación mínima o nula	Tercer nivel

Reglas de uso: puntúe siempre el mes previo a la evaluación, no el mejor ni el peor momento histórico. En discrepancia entre subáreas, puntúe el funcionamiento global predominante. Anote junto al número los dos hechos observados que lo justifican: un puntaje sin evidencia es una opinión, no un dato clínico.

Apéndice B
Lista de Cotejo para Decisión de Canalización

Complete en orden. La primera respuesta afirmativa define la ruta; no continúe más allá.

No.	Pregunta clave	Si es SÍ
1	¿Riesgo suicida u homicida activo con planificación o medios?	Urgencias / tercer nivel
2	¿Psicosis desorganizada o pérdida del juicio de realidad?	Tercer nivel
3	¿EEAG igual o menor a 30 o pérdida del autocuidado?	Tercer nivel
4	¿Ideación suicida pasiva sin planificación?	Segundo nivel prioritario (72 h)
5	¿Dos tratamientos breves completados sin mejoría?	Segundo nivel programado
6	¿Comorbilidad médica que complejiza manejo?	Segundo nivel coordinado
7	¿Síntomas leves, funcionalidad 61-80, sin riesgo?	Atender en primer nivel

Instrucciones de uso: aplique en primera consulta y reevalúe en cada contacto relevante. El formato cabe en media página a propósito: si el triage requiere más tiempo que la consulta, nadie lo usará. Documente el resultado con fecha, nombre y cédula del profesional que decide.

Apéndice C
Formato Único de Referencia Interinstitucional

Campos mínimos que debe contener toda referencia entre niveles conforme a este protocolo:

Campo	Contenido requerido
Identificación del paciente	Nombre completo, edad, sexo, CURP o folio institucional
Unidad originaria	Nombre, nivel, profesional que refiere, cédula, contacto directo
Motivo de referencia	Indicadores clínicos presentes según capítulos 7 u 8
Diagnóstico de trabajo	DSM-5 con severidad + puntaje EEAG actual con fecha
Intervenciones previas	Tratamientos realizados, duración, respuesta observada
Tratamiento vigente	Fármacos, dosis, adherencia; psicoterapia en curso
Urgencia estimada	Programada / prioritaria / prioritaria con riesgo
Datos de contacto	Teléfonos del paciente y familia; domicilio referencial
Acuse de recibo	Fecha, unidad receptora, profesional que recibe

El acuse de recibo debe regresar al nivel originario dentro de quince días naturales. Sin acuse, la referencia se considera no recibida y corresponde al nivel originario dar seguimiento telefónico directo a la unidad receptora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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.

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

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of General Psychiatry, 33(6), 766-771.

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.

Hoyt, M. F., Bobele, M., Slive, A., Young, J., & Talmon, A. (Eds.). (2018). Single-Session Therapy by Walk-In Sessions. New York: Routledge.

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

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.

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.

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.

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.

OMS / mhGAP. (2016). Mental Health Gap Action Programme: Intervention Guide, version 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

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.

Secretaría de Salud. (2012). NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. 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.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. Journal of Clinical Psychiatry, 59(suppl 20), 22-33.

Von Korff, M., & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. Western Journal of Medicine, 172(2), 133-137. https://doi.org/10.1136/ewjm.172.2.133

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 es original y no ha sido publicado previamente bajo ningún otro título ni registro.

2. Los criterios clínicos, rutas de canalización y formatos aquí propuestos fueron desarrollados por el autor a partir de su práctica profesional y de la revisión crítica de fuentes académicas e institucionales debidamente citadas.

3. Las referencias bibliográficas corresponden a fuentes reconocidas —DSM-5, EEAG/GAF, guías del IMSS, Secretaría de Salud, OPS/OMS y modelos internacionales de atención escalonada— incorporadas conforme al uso legítimo académico, sin reproducción textual de obras protegidas.

4. Los instrumentos psicométricos mencionados son herramientas de uso público o con licencia de uso clínico, validadas internacionalmente, empleadas aquí únicamente como referencias metodológicas.

5. El autor se reserva todos los derechos de propiedad intelectual conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor, sin perjuicio de las adaptaciones institucionales expresamente autorizadas por escrito.