



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

**“Proyecto de desarrollo institucional para el diagnóstico temprano y seguimiento de ansiedad infantil en los Centros de Salud de los Servicios de Salud de Nayarit”**

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

**Aspirante: Karla Airam Osuna Ríos**

**Directora de TRT: Dra. Psic. Martha Xitlali Mercado Rivas**

**Co-directora: M. en C. Martha Karina Jalomo Ortiz**

**Trabajo realizado con el apoyo de una beca nacional de CONACYT**



**10 de junio del 2021**



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

**“Proyecto de desarrollo institucional para el diagnóstico temprano y seguimiento de ansiedad infantil en los Centros de Salud de los Servicios de Salud de Nayarit”**

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

**Aspirante: Karla Airam Osuna Ríos**

**Directora de TRT: Dra. Psic. Martha Xitlali Mercado Rivas**

**Co-directora: M. en C. Martha Karina Jalomo Ortiz**

Trabajo realizado con el apoyo de una beca nacional de CONACYT



10 de junio del 2021

## Índice

Contenido de cuadros y figuras.....	4
Contenido de ANEXOS .....	5
Lista de abreviaturas .....	6
I. Introducción.....	8
II. Diagnóstico.....	9
2.1 Diagnóstico Externo .....	9
2.1.1 Entorno Internacional .....	9
2.1.1.1 Antecedentes de los Servicios de Salud Mental .....	9
2.1.1.2 Estadísticas a Nivel Mundial .....	11
2.1.1.3 Nuevas Estrategias de Atención en Ansiedad Infantil.....	13
2.1.2 Entorno Nacional.....	15
2.1.2.1 Antecedentes de los Servicios de Salud Mental en México .....	15
2.1.2.2 Estadísticas en México .....	17
2.1.2.3 Estrategias de Atención de Ansiedad Infantil en México. ....	23
2.1.3 Entorno Local: Nayarit.....	25
2.1.3.1 Servicios de Salud Mental en el estado.....	25
2.1.3.2 Estadísticas en el estado .....	27
2.1.4 Impacto social, económico y salubrista .....	28
2.2 Diagnóstico Interno. Servicios de Salud de Nayarit en Salud Mental.....	30
2.2.1 Generalidades, procesos y producción. ....	31
- Generalidades.....	31
- Procesos y Productividad.....	32
2.2.2 Recursos.....	37
a) Recursos Humanos .....	37
b) Recursos Materiales .....	39
c) Recursos financieros .....	40
2.2.3 Análisis del diagnóstico local en los Servicios de Salud en Nayarit de Salud Mental. ....	40
2.2.3.1 Análisis de los involucrados .....	41
2.2.3.2 Árbol de problemas.....	46

2.2.3.2	Árbol de los objetivos.....	48
2.2.3.3	Alternativas.....	49
III.	Objetivos y prioridades.....	50
3.1	Objetivo General .....	50
3.2	Objetivos específicos .....	50
IV.	Las estrategias.....	50
4.1	Descripción de las estrategias.....	53
4.1.1	Estrategia 1: Atención Primaria de la Salud Mental en ansiedad infantil dentro las Unidades de Primer Nivel. ....	54
4.1.1.1.	Primera Actividad. Capacitación del personal no especializado en los centros de salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad. 54	
4.1.1.2	Segunda Actividad. Campañas de Tamiz en edad infantil. ....	56
4.1.2	Estrategia 2: Capacitar y ejecutar en el protocolo diagnóstico y de seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil. ....	59
4.1.2.1	Tercera Actividad. Protocolo de atención: Intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0 .....	59
4.1.2.2	Cuarta Actividad. Protocolo de atención: Intervenciones psicosociales en grupo.....	64
V.	Previsión de recurso .....	68
VI.	Metas e indicadores.....	70
6.1	Descripción de las metas e indicadores. ....	71
6.1.1	Medición de la Primera Actividad. “Capacitación del personal no especializado en los Centros de Salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad” .....	71
6.1.2	Medición de la Segunda Actividad. “Campañas de Tamiz en edad Infantil”.....	71
6.1.3	Medición de la Tercera Actividad. “Protocolo de atención: Intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0”.....	72
6.1.4	Medición de la Cuarta Actividad. “Protocolo de atención: Intervenciones psicosociales en grupo”. ....	72
VII.	Seguimiento y evaluación .....	73

<b>7.1 Estrategia 1: Atención Primaria de la Salud Mental en ansiedad infantil dentro las Unidades de Primer Nivel.....</b>	<b>74</b>
<b>7.1.1 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Capacitación del personal no especializado en los centros de salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad”.....</b>	<b>74</b>
<b>7.1.2 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Campañas de tamiz en edad infantil”.....</b>	<b>76</b>
<b>7.2 Estrategia 2: Capacitar y ejecutar en el protocolo diagnóstico y de seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil.....</b>	<b>77</b>
<b>7.2.1 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Protocolo de atención: intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0”.....</b>	<b>77</b>
<b>7.2.2 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Protocolo de atención: intervenciones psicosociales en grupo”.....</b>	<b>78</b>
<b>VII. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>79</b>
<b>IX. Anexos .....</b>	<b>87</b>

## Contenido de cuadros y figuras

- **Cuadro 1.** Descripción de los tipos de ansiedad con mayor incidencia en la etapa infantil.....17
- **Figura 1.** Recurso humano de salud mental en los servicios de salud en Nayarit.....32
- **Cuadro 2.** Descripción del análisis de los involucrados.....36
- **Figura 2.** Stakeholders identificados para el desarrollo del PDI.....37
- **Cuadro 3.** Agrupación de los involucrados por finalidades.....37
- **Figura 3.** Mapa de relaciones del PDI.....38
- **Figura 4.** Árbol de problemas.....40
- **Figura 5.** Árbol de objetivos.....42
- **Cuadro 4.** Construcción de la matriz del marco lógico.....45
- **Cuadro 5.** Matriz del marco lógico del PDI.....46
- **Cuadro 6.** Diferencias entre trastornos del desarrollo y trastornos emocionales.....53
- **Cuadro 7.** Protocolo de ansiedad para los centros de salud en los SSN.....56
- **Cuadro (s) 7.** Descripción del recurso humano, tangible intangible necesario para el desarrollo del PDI.....61

## Contenido de ANEXOS

I.	<b>ANEXO I</b>	
	ORGANIGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE NAYARIT.....	81
II.	<b>ANEXO II</b>	
	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: "Proyecto de desarrollo institucional en salud para el diagnóstico temprano y seguimiento de ansiedad en población infantil".....	82
III.	<b>ANEXO III</b>	
	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE ANSIEDAD EN ETAPA INFANTIL ESCOLAR PARA EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD.....	83
IV.	<b>ANEXO IV</b>	
	MATERIAL DE APOYO PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ANSIEDAD INFANTIL	
	Primera línea estratégica: Promoción de diagnóstico oportuno de ansiedad.....	86
	a) Carteles.....	86
	b) Folletos.....	87
	c) Infografías.....	89
	d) Historietas.....	90
	o Elsa Temerosa	
	o Arturo el Ansioso	
	o Cayetana la Callada	
V.	<b>ANEXO V</b>	
	INSTRUMENTOS DE APOYO PARA TAMIZAJE.	
	Segunda línea estratégica: Campañas de Tamiz en edad infantil.....	93
VI.	<b>ANEXO VI</b>	
	DIAGRAMA DE FLUJO.	
	Guía para paso I: EVALUACIÓN basado en el mhGAP 2.0.....	97
VII.	<b>ANEXO VII</b>	
	INSTRUMENTO DEL PASO III: <i>SEGUIMIENTO</i> con base al mhGAP 2.0.....	100
VIII.	<b>ANEXO VIII</b>	
	PLAN DE TRABAJO	

Intervenciones psicosociales en grupo según el programa FRIEND's para infantes en etapa escolar de entre 6 y 12 años de edad.....101

#### Lista de abreviaturas

- **AEI:** Ansiedad en Etapa Infantil
- **SM:** Salud Mental
- **APS:** Atención Primaria a la Salud
- **SSM:** Servicios de Salud Mental
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **TDHA:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de Salud
- **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association)
- **CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- **PIB:** Producto Interno Bruto
- **IESM-OMS:** Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
- **ENEP:** Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica
- **PAE:** Programa de Acción Específico en Salud Mental
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- **ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- **SSN:** Servicios de Salud en Nayarit
- **CESAME:** Centro de Salud Mental
- **DSME:** Departamento de Salud Mental Estatal
- **CEREDI:** Centro Regional de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana
- **CAPA:** Centro de Atención Primaria en Adicciones

- **CESSA:** Centro de Salud Juan Escutia
- **SUIVE:** Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
- **MhGAP:** Mental Health Gap Action Programme (Programa de acción para superar las brechas en salud mental)
- **MML:** Metodología del Marco Lógico
- **CBTD:** Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico
- **SCAS:** Escala de ansiedad para niños de Spence
- **PDI:** Proyecto de Desarrollo Institucional
- **RAE:** Real Lengua Española
- **CDI:** Instituto Infantil de la Mente (Child Mind Institute )
- **CDC:** Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)

## I. Introducción

La promoción de la salud mental ha tenido un progreso a nivel mundial, el cual ha impactado en las sociedades y la atención en los servicios de salud. Este fenómeno ha impulsado al deslinde de tabúes y estigmatización a personas con problemas de esta índole, pues en consideración a su tratamiento ya no solo se busca enfatizar en la rehabilitación propia sino a otras vertientes que intervengan a disminuir estos problemas mediante prevención, atención primaria a la salud y tratamientos inclusivos.

No obstante, dichos avances siguen heterogéneos en comparativa de países como México, en donde aún existe la precariedad y la escasez de estrategias, estructuraciones y voluntades que permitan un diagnóstico y atención asequible a este tipo de población, aunando a la diversidad de limitaciones económicas, políticas y sociales para el alcance de dicha atención.

En este enfoque, existen innumerables brechas que han explicado que este problema de Salud Pública esté rezagado en soluciones, y en potencial creciente de casos. Por ello, se consideró pertinente realizar un proyecto orientado a población infantil, el cual permita diagnosticar de manera oportuna trastornos mentales, en específico el de ansiedad. Considerando así la previsión de un mayor impacto en un futuro, el cual razona que tratar de manera oportuna aportará a evitar crecimientos y agravamientos desmesurados en lapsos próximos, más directos en la adolescencia, etapa donde los problemas en salud mental van en creciente.

Es necesario considerar que alcanzar salud mental en la población, como también ofertar atención oportuna de ansiedad infantil implica de diversas variables, los servicios de salud son una parte elemental que diagnostica, brinda la atención y rehabilita a quien padece. Por ello se optó por realizar un Proyecto de Desarrollo Institucional en Salud, el cual aporte a la ocupación necesaria mediante la APS y el diagnóstico oportuno en unidades de primer nivel. En este proyecto se dará a conocer el por qué es necesario priorizar la atención temprana en este grupo vulnerable, asociado a propuestas de estrategias que contrarresten tal problema.

## II. Diagnóstico

### 2.1 Diagnóstico Externo

#### 2.1.1 Entorno Internacional

##### 2.1.1.1 Antecedentes de los Servicios de Salud Mental

La atención en los Servicios de Salud Mental desde el enfoque de priorización, promoción y prevención, son elementos relativamente nuevos, su alcance e importancia inician apenas tanto a nivel gerencial en salud como a nivel comunitario.

Como antecedente se sabe que los enfermos mentales en épocas pasadas eran considerados desde aspectos mágicos y religiosos, los vetaban de ser “normales” y se les consideraba malditos o poseídos, estas creencias impulsaron desde entonces un trato discriminatorio y estigmatizado hacia sus personas.<sup>(1)</sup>

La importancia de la implementación de estructuras hospitalarias en salud mental, se convirtió a través del tiempo en un modelo imprescindible para el alcance de control de los enfermos mentales, perfilándose en primera instancia como manicomios. Su inauguración se consolidaba en el internamiento de hombres y mujeres que reunían los requisitos para ser considerados como “locos” y merecedores de un tratamiento psiquiátrico,<sup>(2)</sup> donde en la mayoría de casos se incluía malos tratos y vejaciones, tristemente la tortura era disfrazada como la forma ideal de curación.<sup>(3)</sup> A través del tiempo ésta se denominó como atención institucionalizada, teniendo como referencia al primer hospital psiquiátrico en el mundo fundado en Real de Berthlem Inglaterra en el año 1247,<sup>(4)</sup> no obstante, años después iniciaron propuestas de nuevas modalidades en tratamientos y atención.

Gran Bretaña fue pionero de la atención social en 1940,<sup>(5)</sup> caracterizada por integrar en la sociedad a los centros de atención y tratamiento, sin necesidad de aislar a los enfermos mentales en un hospital. Dicha atención fue adoptada por otros países Europeos. Posterior a 1970 se incluye otra variable enfocada a la psiquiatría comunitaria, la cual propone adjudicar responsabilidad e integrar a la

sociedad durante la rehabilitación de los enfermos mentales, y no sólo ello sino también al proceso de aceptación y no estigmatización.

Dicha evolución en la atención de salud mental muestra un campo inmenso que requiere de estrategias integrales dentro de los servicios. En ejemplo, la atención psiquiátrica comunitaria propone integrar y hacer participe a profesionales sin ser necesariamente especialistas, esto incluye accionar en distintos ámbitos, en donde sin duda alguna la Atención Primaria a la Salud (APS), definida textualmente como: *"La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables"*<sup>(6)</sup> propone ser una estrategia factible para el alcance de salud mental en la población, y directamente en sus comunidades o servicios de salud que frecuentan. Para ello es necesario seguir profundizando en el diagnóstico general de incidencias, brechas y estrategias para la fundamentación de propuestas factibles y pertinentes.

La concepción de la salud mental se transformó, de tal manera que hoy en día se considera que es un fragmento potencial para el alcance pleno de bienestar, la importancia de su estudio radica en ello: *"Sin salud mental no hay salud"*.<sup>(7)</sup> El *plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* propuesto por la OMS,<sup>(8)</sup> reconoce a la salud mental como un elemento esencial para el bienestar de todas las personas bajo la bandera: *"Sí a la atención, no a la exclusión"*.<sup>(8)</sup> En este documento también se puntualiza priorizar la atención de salud mental mediante la búsqueda de estrategias óptimas para una mayor cobertura y seguimiento de la población sin exclusión y estigmatización, e incluso aporte al impacto respecto a casos que se prevén. Desde esta perspectiva es importante considerar la prevención como una prioridad en la materia, pues actualmente se conoce que en el mundo el 14% de la carga de enfermedades se adjudica a ésta condición, y se prevé que las consecuencias económicas relacionadas a trastornos mentales serán de 16,3 billones en pérdidas entre 2011 y 2030, según la OMS.<sup>(9)</sup> Esta misma organización propone que dentro de las generalidades de enfermedades mentales, es necesario considerar la mejora de herramientas para *personas y*

*comunidades mediante acciones enfocadas al fomento de bienestar mental y la prevención de trastornos mentales.*<sup>(10)</sup>

### **2.1.1.2 Estadísticas a Nivel Mundial**

Las estadísticas mundiales esclarecen que toda población está expuesta a factores de riesgo asociados a diagnósticos de enfermedad mental, tales como adquirir una adicción, vivir un evento traumático o complejidades como el abandono, aislamiento, violencia, situación de calle, precariedad y vulnerabilidad,<sup>(11)</sup> esto ha acelerado su crecimiento, pues se notificó que en un lapso de 20 años las enfermedades mentales aumentaron a nivel mundial del 5,4% en 1990 al 7,4% en 2010.<sup>(12)</sup> En relación a ello algunos otros autores citan que las condiciones de alta exposición a estrés, pueden dar como resultado presencia de trastornos de ansiedad y depresión, además de potencializar trastornos diversos como lo son el bipolar, déficit de atención e hiperactividad, siendo estos los mayormente identificados en incidencia y prevalencia,<sup>(13)</sup> añadido que este último (TDHA) tiene el primer lugar de incidencia dentro de edades infantiles, teniendo cómo segunda a la ansiedad infantil.<sup>(14,15)</sup>

Desde la perspectiva mundial, investigaciones han ultimado que los trastornos mentales aparecen antes de los 14 años, la OMS señala que 1 de cada 5 niños y adolescentes padecen de algún trastorno mental.<sup>(10,16)</sup>

En estudios referentes a la ansiedad infantil, se puntualiza que dicha afección es de los trastornos más comunes en la etapa infantil y adolescente, pues se calcula una *prevalencia de entre 3 y 31%* con asociaciones a problemas en ámbitos *sociales como también académicos.*<sup>(17,18)</sup> Se añaden también investigaciones de múltiples asociaciones u organizaciones en salud, una de ellas es el Center for Disease Control and Prevention (CDC), el cual señala que *el 7.1% de niños entre 3 y 17 años de edad*, han sido diagnosticados con ansiedad. A dichas estadísticas se agrega que en el lapso de un año se aumentó del 5,5% al 6,4% el diagnóstico de ansiedad.<sup>(19)</sup> Al conocer los datos mencionados, se puede identificar una creciente de incidencia de ansiedad en etapa infantil (AEI), en este sentido, un ejemplo más, es la concurrencia de tratamientos contra la ansiedad en Estados

Unidos, dónde se identifica que se oferta un aproximado de 59,3% de tratamientos, es decir, 6 de cada 10 niños reciben tratamiento contra la ansiedad.<sup>(19)</sup>

El análisis y estudio de la AEI, empieza a tener auge a nivel mundial, claro que más en unos países que en otros. Lo anterior se relaciona al recurso invertido, no obstante, esta será una variable a analizar más adelante.

El Child Mind Institute (CMI), ha invertido en investigaciones de afecciones mentales. En la AEI se identificó desde el 2008 al 2018 un aumento de diagnósticos, acrecentándose del 3,5% al 4,1% en niños y adolescentes.<sup>(18)</sup>

Los datos preliminares conllevan a un común denominador; el aumento de ansiedad infantil a nivel mundial, pero no sólo a ello, sino también a identificar una oportunidad de mejora. La cual incita a la aplicación de acciones directas de promoción y diagnóstico oportuno en edades infantiles, es decir, sí se piensa en un futuro y se considera poner en práctica acciones con estas características, aportará al decremento en edades próximas dentro problemas de esta índole.

Se sabe también que los trastornos mentales obstruyen trascendentalmente la capacidad de aprendizaje en niños y su funcionamiento en la familia y su entorno.<sup>(20)</sup> Agregándose así más variables y consecuencias inter e intrapersonales, que afectan la calidad de vida de niños que padecen este tipo de afecciones.

En este contexto, y a pesar del desarrollo de atención de los servicios de salud mental (SSM), en dónde se ha tenido una transición ya no sólo de atención rehabilitadora, sino de una conjunción con la atención preventiva y promotora.<sup>(6,7,8)</sup>

Ambas atenciones; curativa y preventiva parecen ser aún insuficientes. Ejemplo de ello, es que a nivel mundial, y específicamente en países de ingresos bajos y medios existe la escasez de médicos psiquiatras con la existencia de tan sólo 0,5 por cada 100,000 habitantes, respecto enfermeras especialistas en el área la situación no difiere de mucho pues se estiman 0,43 por cada 100,000 habitantes.<sup>(11)</sup>

### 2.1.1.3 Nuevas Estrategias de Atención en Ansiedad Infantil.

Dicha escasez hace el llamado continuo a lo que se ha propuesto por algunas organizaciones; incluir e integrar a profesionales no necesariamente especializados, pero sí capacitados y expertos en la identificación de sintomatologías de patologías mentales. Aquí se puede hacer alusión a lo que propone realizar la psiquiatría comunitaria y social: *la integración y consideración de esferas interdisciplinarias*, además de acciones antecesoras o preventivas.

La concepción de propuestas con este énfasis tiene su origen en documentos de la OMS y la OPS, tal como la declaración de Caracas, el cual en 1990 fue pionero en proponer innovar la atención en salud mental y también fortalecer mediante la reestructuración y la aplicación de atención primaria en ámbitos descentralizados, participativos, integrales y *preventivos*,<sup>(21)</sup> dando así herramientas para contrarrestar las debilidades y carencias de esta área. Años posteriores se integraron otros documentos que enriquecieron esta hipótesis, entre ellos los principios de Brasilia y también los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental de las Américas.<sup>(22)</sup>

Todas estas primicias en salud mental abrieron el panorama al reconocer que tratándose de atención de enfermedades mentales, centrarse en los tratamientos, tendría que dejar de ser la fase prioritaria e indispensable. Al dar la razón a la necesidad de incluir otras vertientes dentro de las estrategias para la atención en enfermedades mentales, se percató la necesidad de un cambio trascendente que ha adoptado apostar ahora por la atención oportuna mediante la promoción y prevención.

La OMS ha buscado ofertar diversas herramientas a los países para poner en práctica ésta nueva visión de la atención a la Salud Mental. Entre sus indicadores se encuentra, "El plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020",<sup>(8)</sup> cómo también el "Programa de acción para superar las brechas en salud mental" (mhGAP), en dos versiones. Este último especifica acciones concretas para la detección, evaluación y seguimiento de diversos trastornos, y por supuesto el de ansiedad infantil. Entre las múltiples características de las propuestas, establece

incluir a personal no necesariamente especializado e incluso a familiares, lo cual contrarresta la problemática del poco personal especialista con el que se cuenta en la mayoría de los países, además de la ejecución de atención oportuna.

Lo ideal es que a nivel mundial se adopten estas nuevas pero olvidadas y muy necesarias acciones en el campo de la salud mental. Ejemplos aplicados se pueden conocer en países de primer mundo tales como Reino Unido y España, los cuales han incluido e implementado acciones propuestas por la OMS en "El plan estratégico de Salud Mental 2013-2020", que aluden diversas responsabilidades de crecimiento de atención mediante acciones integrales que comprenden, y donde textualmente incitan a la *"Innovación de servicios sociales y comunitarios, reestructuración de políticas y leyes que influyan directamente a la realización de planes, estrategias y programas en todos los niveles, los cuales busquen ser asequibles a poblaciones vulnerables"*.<sup>(9)</sup>

Precisamente los países antes mencionados han buscado incrustar dentro de sus políticas a prácticas dentro los servicios de salud y ámbitos educativos, a través de programas como: "Time to chance" o "Green Paper",<sup>(23,24)</sup> en donde especialmente el último propone trabajar en etapas escolares (es decir en niños de entre 6 y 12 años de edad). Estas buscan educar y dar herramientas para el reconocimiento de enfermedades mentales propias, tales como ansiedad, orientados a saber contactar y protestar su situación de salud.<sup>(24)</sup>

España por otro lado ha implementado acciones muy parecidas, a través de su priorización por la SM con estructuras de planes estratégicos actualizados cada tres años.<sup>(25)</sup> Las acciones mencionadas tienen un común denominador, y es la atención oportuna mediante la promoción, prevención y diagnóstico oportuno, además de la unión de directrices políticas, sociales, educativas y científicas.

El diagnóstico externo es una muestra de la necesidad innegable y existente, que requiere el compromiso de distintos departamentos para resanar esta problemática de Salud Pública, la cual compromete a factores integrales que incluyen también a servicios de salud de todos los niveles y las decisiones de altos

mandos gerenciales. Desde este aspecto es importante subrayar el trabajo realizado en edades tempranas, en donde las estrategias demuestran que al priorizar la atención a este grupo etario, (la cual toma en cuenta estimaciones futuras sobre incrementos de enfermedades mentales), fortalecerá a este tipo de atención como estrategia ideal. Teniendo así una estrategia que inhiba a la identificación de debilidades, como lo son; los pocos especialistas, la falta de diligencia en la estructura, metodologías contextualizadas y planeaciones o proyectos para la atención en salud mental específica.

## **2.1.2 Entorno Nacional**

### **2.1.2.1 Antecedentes de los Servicios de Salud Mental en México**

El inicio de atención institucionalizada en México fue a través de la inauguración del hospital la Castañeda en 1910,<sup>(26)</sup> No obstante, el país se estancó respecto a la actualización de atención, pues cuando algunas naciones ya aplicaban la atención comunitaria, a la par el país apenas abrazaba la atención tradicional. Además de las incorrectas administraciones y vejaciones realizadas a las personas mediante sus “tratamientos”, pues hoy no son ajenas las acciones realizadas en recintos hospitalarios los cuales eran absolutamente alejados a parámetros de atención salud mental, sumados los usos inadecuados a la finalidad.<sup>(2)</sup>

Con el antecedente de malos tratos, algunas acciones iniciaron a proteger a los enfermos mentales, de nuevo México de forma tardía abraza esta acción pues no es hasta el año 1994 con la NOM-025-SSA2-1994 “Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica”, que tiene una normatividad la cual protege a los enfermos mentales durante su estancia y tratamiento meramente curativo.<sup>(27)</sup> No obstante, la normativa sigue vigente, algunas agregaciones se realizaron en el año 2014, pero hasta la fecha sigue tal cual, rezagada en el tema de atención institucionalizada y carente de diversas características integrales, pues recordando las fases de atención que prosperaron ya hace algunos años, en comparativa, el país se ha quedado atrás en la toma de decisiones.

Algunos autores describen una realidad certera en el ámbito de la salud mental, donde se logra identificar un *posicionamiento a segundo plano dentro las políticas de salud.*<sup>(28)</sup> Esto trae consigo diversas repercusiones, en ejemplo, la normatividad vigente sigue influyendo a la carente estructuración de políticas públicas en salud mental más integrales, *las cuales limitaran en el ejercicio de derecho a la salud,*<sup>(28)</sup> limitando a evolucionar acorde a lo que es favorable para la sociedad, contextualizado a las necesidades reales en donde apenas se inicia a atender esta esfera y aún no se ve claro el sendero a seguir.

Otra variable importantísima, es la comunidad, las personas que vivencian los trastornos mentales se encuentran en un nicho de desconocimiento, dado que gran porcentaje de la población no tiene información respecto a la diversidad de enfermedades mentales, mucho menos al reconocimiento de necesidad de diagnósticos tempranos que respondan y den el seguimiento pertinente a personas con condición de enfermedad mental.<sup>(29)</sup>

Es innegable reconocer que el campo de la SM en México carece de distintas perspectivas e insuficiencias en los servicios de salud enfocado por muchos años en el nivel curativo, desde aspectos estructurales, organizacionales, de atención, y de un sinfín de limitaciones que hacen de este una de las áreas no priorizadas por el sistema de salud, la normatividad y los altos mandos gerenciales.

Prueba de este atraso es el bajo *presupuesto asignado a la salud mental* en 2017, el cual señaló a *sólo 2.2%, del PIB*<sup>(30)</sup> con diferencia al 10% idealmente recomendado por la OMS. Es decir de la media obtenida en los últimos años del PIB del 6% invertido en salud, ni siquiera una décima parte es invertida en SM. Esto relacionado a las diferentes crisis económicas que el país ha atravesado, teniendo como resultado un recurso limitado a cubrir necesidades específicas, entre ellos la atención de la salud mental poblacional. No se pretende llegar a una contextualización fatalista, pero si necesaria en reconocer que la atención en salud mental es un ente desdeñado por parte de la salud pública. El conocimiento a estas realidades incita a cambios de gestión que incluyan acciones que tomen en cuenta las carencias del país, incluido el bajo presupuesto.

En México, no existe un plan actual sobre salud mental a nivel nacional, sin embargo, en el sexenio 2013-2018 se hizo referencia a la implementación del Plan Nacional de Salud que abordó el PAE,<sup>(31)</sup> en donde mediante el *Modelo Hidalgo* se propuso como punto de partida formular, ejecutar y consolidar para constituirlo como plan nacional. Este mismo tiene un principio interesante, el cual básicamente alude al fortalecimiento de acciones que aumenten la promoción de la SM a través de los Centros de Salud y los Centros de Atención Mental (CESAMES).<sup>(31)</sup> El modelo fue presentando y propuesto pero la mayoría de los Estados de la República no lo pusieron en práctica, mientras que otros adoptaron solo algunos elementos, principalmente los últimos mencionados.

Es cierto que no se tiene una organización bien estructurada, pues aún existe la falta de información y planificación del sistema de salud en donde se consideren perspectivas mentales, aunada la ausencia de líderes en diferentes niveles,<sup>(32)</sup> que estén capacitados e interesados a aportar al crecimiento educativo dentro poblaciones y profesionales de salud. Es incuestionable la necesidad de iniciativas, y sobre todo acciones puestas en práctica, sin embargo, sería apresurado decretar que el país mexicano está en total austeridad, pues a pesar del aparente panorama negativo, la investigación en salud mental busca estar de pie y dar herramientas que proponen soluciones. Es indiscutible que actualmente no es prioridad, pero que indudablemente es una potencial problemática de salud necesitada de una labor ardua.

#### **2.1.2.2 Estadísticas en México**

Se puede considerar que en la actualidad, México vive una transición epidemiológica en donde van en creciente las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas las enfermedades mentales. Esto es muestra de que la atención en servicios de salud mental requiere un cambio de paradigma, el cual focalice a este como un problema de salud pública prioritario. Aunando que problemas de esta índole tienen efectos relacionados a la carga de enfermedades, y fenómenos sociales como la estigmatización y altos costos económicos.<sup>(33)</sup>

Con anterioridad se tocaron algunas generalidades de la atención en salud mental en el país. En este sentido, se reconoce que aún existen discrepancias en la vigilancia y aportación del tratamiento, manifestando que en los países de ingresos bajos y medios entre 76% y 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento adecuado,<sup>(34)</sup> México es parte de este listado de escasez desde las perspectivas del brindado de atención. Se pueden también identificar profundas brechas en creciente, pues en datos de la OPS del año 2013 se revelan que 82,2% de los tratamientos en niños y adolescentes son irregulares,<sup>(35)</sup> los datos no son recientes sin embargo, son un aporte para el conocimiento del panorama sobre la austeridad y falta de seguimiento en los servicios de atención mental.

Actualmente los servicios de salud mental, siguen siendo brindados por recintos hospitalarios, contando con 24 hospitales psiquiátricos en el país. No obstante, se ha incluido atención en las unidades y centros de salud especializados; contando con 9 de estos a nivel nacional,<sup>(7)</sup> además de 51 CESAMES. Desde estas perspectivas se identificaron datos que informan incrementos en la atención dentro grupos etarios de niños y adolescentes, con aumentos de un 27% en unidades ambulatorias y 6% en hospitales psiquiátricos, según un informe sobre el sistema de salud mental en el país.<sup>(16)</sup> Conocer estas realidades ultiman la necesidad de enfocar atención en edades tempranas.

La atención a la SM es un inmenso campo, en donde están comprometidas infinidad de variables. En este sentido es ideal explorar la contextualización del país, es decir, conocer cuáles son las patologías con mayor incidencia y relevancia en la población mexicana.

Los trastornos mentales en México van en aumento. Según la Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada en 2001-2002, observó que 28.6% de la población presentó alguna enfermedad mental y solamente uno de cada diez recibió atención,<sup>(36)</sup> confirmando la ausencia de servicios de salud óptimos. También en investigaciones más recientes se notifica que dentro los trastornos mentales más comunes en la población mexicana, se encuentra en primer lugar la

ansiedad (específicamente fobias), seguido por depresión, y estrés post-traumático, por mencionar algunos. Lo que llama la atención es que este mismo revela que la afección que encabeza la lista, es decir la ansiedad, tiene su mediana de inicio sintomatológico en la *etapa infantil escolar aproximada a los 9 años de edad.*<sup>(37)</sup>

Aunado que la ansiedad afecta alrededor de 10% al 20% de niños y adolescentes,<sup>(38)</sup> siendo congruente dichos resultados con el análisis de aumento en trastornos de infantes en 2011 por IESM-OMS.<sup>(16)</sup> En esta misma línea de AEI se siguen sumando variables, las cuales identifican su relación a otras consecuencias, pues la ansiedad infantil influye durante la adolescencia al abuso de sustancias nocivas, al igual a la correlación de otras patologías mentales como por ejemplo *ataques de pánico, trastornos depresivos, trastornos alimenticios; obesidad, bulimia, anorexia, trastorno por atracón, problemas cognitivos, trastornos del sueño, suicidio e irritabilidad,* por mencionar algunos.<sup>(38,39,40,41,42)</sup>

Se puede entrever que hay acrecentamientos de investigación de AEI en el país. En ejemplo, el INPRF en su informe del 2018, denota la importancia e iniciativa de acciones y actividades enfocadas en edades tempranas, donde entre sus prioridades toman en cuenta a la AEI. Se expone textualmente, la necesidad del *reforzamiento en los procesos de investigación, para garantizar una mejor atención* en los SSM, y como iniciativa se empiezan ya a incluir el estudio de impacto en implementaciones de guías clínicas para detección y seguimiento de ansiedad en niños y adolescentes,<sup>(43)</sup> dando auge y atención a este tipo de intervención.

En refuerzo al tema, se dio a conocer en un estudio por la UNAM enfocado a un conglomerado de niños mexicanos de entre 6 y 12 años de edad, que *un 35.1% de los menores se identificaron con síntomas de ansiedad.*<sup>(44)</sup> Se anudan resultados de otra investigación, la cual analizó diversas recopilaciones sobre la frecuencia de trastornos mentales en niños, identificando un considerable aumento de prevalencia e incidencia en AEI en México.<sup>(45)</sup> Los ejemplos citados, han sido

resultados con evidencia científica que demuestran la trascendencia de la problemática identificada.

En lo que respecta a estadísticas recientes de AEI en el país, no existen datos duros o concretos generales, sin embargo, esto no quiere decir que no sea una problemática de salud pública. Pues como se ha descrito en los antecedentes y estadísticas internacionales, cómo también en la investigación e iniciativas dentro del país, la ansiedad en niños es y debe ser una prioridad a resolver, donde se utilicen estrategias que consideran las esferas en el desenvolvimiento y desarrollo de los infantes, para la prevención y diagnóstico oportuno de AEI.

#### ○ **Tipos de Ansiedad en Etapa Infantil**

Conocidas algunas generalidades del trastorno central de estudio, es necesario también concebirlo desde su definición y concepto. La ansiedad según la RAE es definida cómo *un estado de agitación, inquietud o zozobra de ánimo*.<sup>(46)</sup> Algunos otros autores lo equiparan con conceptos cómo temores, miedos, angustias e incluso estrés y tensión.<sup>(47)</sup> No obstante, el DSM-5 refiere a la ansiedad cómo un trastorno mental que conlleva síntomas o características de *miedo excesivo*, las cuales *incluyen alteraciones conductuales asociadas*, en conjunto también describe que la ansiedad, suele ser una respuesta anticipatoria a una amenaza del futuro.<sup>(48)</sup> Por último, la CIE-11 define a la ansiedad como *temor o cierta presencia de peligro o desgracia, la cual incluye preocupación, angustia o síntomas de tensión*.<sup>(49)</sup> Todas las anteriores son certeras, no obstante, para poderlo clasificar cómo un trastorno es necesario, precisar la temporalidad y frecuencia, cómo también la identificación ciertas características.

Se conoce que los tipos de ansiedad con mayor incidencia en niños son los trastornos de *ansiedad por separación, generalizada y trastorno de ansiedad social*.<sup>(38)</sup> Estos se distinguen por distintas causas y las características de contextos en los que se puedan vivir los infantes, que bien puede ser relacionado a inestabilidades dentro de la familia, entorno escolar y amistades, en si a todo lo concerniente a su desenvolvimiento social y emocional.

Es importante esclarecer que a pesar de que en su mayoría los trastornos de ansiedad infantil suelen tener altibajos en el tiempo, en ejemplo, la mezcla de diversos factores cómo el rechazo escolar con algún padecimiento de ansiedad (en específico por separación), puede considerarse como una urgencia psiquiátrica.<sup>(38)</sup>

Para mayor comprensión sobre los tipos de trastorno de ansiedad en etapa infantil, se presenta un concentrado sobre la definición, descripción y sintomatologías de los tipos de ansiedad con mayor incidencia en niños. Se tomó como referencia a dos de las clasificaciones más populares en el mundo. Por un lado el DSM-V elaborado por la APA, tomado en cuenta por ser el más utilizado a nivel internacional en enfermedades mentales,<sup>(50)</sup> y por otro la CIE-11 propuesta por la OMS, la cual en años recientes se ha comprobado cómo idónea y certera en implementación para diagnósticos mentales a nivel global.<sup>(51)</sup>

Existe diversidad de comentarios en respecto a dichas clasificaciones, en dónde se hacen comparativos en la estructuración de ambas, por una parte lo cabal que puede ser en especificaciones sintomatológicas el DSM-V, lo cual puede ser motivo de confusión por personal no especializado. Y en contraparte lo extenso en contenido que refieren del CIE-11, mostrándose una variable dual; como ventaja y desventaja. Las conceptualizaciones de ambas son basadas en evidencia científica, y han pasado por múltiples modificaciones en el recorrer de años, relacionado al desarrollo investigativo.<sup>(50,52,53,54)</sup>

Sin embargo, no se pretende determinar si una es mejor que otra, pues cada cual tiene sus cualidades cómo también sus deficiencias. Lo que se buscó con DSM-V y CIE-11, fue ampliar el conocimiento y conceptualización del trastorno central de estudio en etapa infantil, mediante la conjunción de información de ambas partes

A continuación se muestra el cuadro informativo:

**CUADRO 1. DESCRIPCIÓN DE LOS TIPOS DE ANSIEDAD CON MAYOR INCIDENCIA EN LA ETAPA INFANTIL.**

<b>TIPO DE ANSIEDAD</b>	<b>DEFINICIÓN SEGÚN EL DSM-V</b>	<b>DESCRIPCIÓN SEGÚN LA CIE-11</b>	<b>SINTOMAS</b>	<b>ESPECIFICACIONES</b>
<b>Ansiedad por separación</b>	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.	Caracterizada por ansiedad y miedo marcados y excesivos por la separación de figuras de apego específica, en el caso de los niños son los padres, cuidadores o familiares cercanos.	a) Reticencia a ir a la escuela, negación a dormir lejos de su figura de apego, pesadillas recurrentes. b) Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación. b) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego. c) Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos)	*El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes *La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<b>Ansiedad Generalizada</b>	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	Caracterizada por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos varios meses, preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos.	a) Dificil controlar la preocupación. b) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. c) Fácilmente fatigado. d) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. e) Irritabilidad. f) Problemas de sueño	*La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<b>Trastorno de ansiedad</b>	Miedo o ansiedad intensa en una	Caracteriza por un temor o ansiedad marcados y	En los niños, el miedo o la ansiedad se puede	*En los niños, la ansiedad se puede producir en las

<b>social (fobia social)</b>	o <i>más situaciones sociales</i> en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.	excesivos que suceden sistemáticamente en una o varias situaciones sociales	<i>expresar</i> Con: llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.	reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos. * Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. * El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura <i>típicamente seis o más meses.</i>
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaboración propia. Con base al DSM-5 y CIE-11<sup>(48,49)</sup>

Conocer las descripciones y completar las características por el DSM-V y por la CIE-11, aporta a tener una mejor visión y diferenciación de los tipos de ansiedad mayormente identificados en niños. Además, se puede identificar una alta relación con diversas variables, las cuales confabulan a posibles complicaciones. Aún más en *una población vulnerable representada por el 30% del total de población nacional*,<sup>(55)</sup> describiendo una vez más la necesidad de acciones preventivas de los futuros escenarios adversos.

### 2.1.2.3 Estrategias de Atención de Ansiedad Infantil en México.

Se ha hecho mención sobre la situación en el país en respecto a la inexistencia de un plan actual para la atención a trastornos mentales, pues el último fue el PAE en el sexenio 2013-2018, mismo que no fue implementado en su totalidad por las entidades de México. De la misma forma no existen guías clínicas de atención actualizadas. No obstante, en el año 2010 se propuso por el INPRF una Guía Clínica par Trastorno de Ansiedad para Niños y Adolescentes.<sup>(56)</sup> Dicha guía muestra generalidades de atención en ansiedad, al analizar el documento se puede entrever un contenido completo, pues concentra información desde generalizaciones de los tipos de trastornos hasta la evaluación, diagnóstico y recomendaciones para el seguimiento.

Sin embargo, al ahondar en el impacto de la aplicación de ésta guía no se encontró información. Añadiendo que la misma fue creada hace ya algunos años, enfatiza la falta de actualización en la clasificación de trastornos, en ejemplo, la creación del documento es basado en el DSM-IV y en la CIE-10. Esto confirma que algunas de las clasificaciones son obsoletas; pues el trastorno de angustia ya no es considerado como tal, así como también el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), ya no son clasificados en la categoría de ansiedad.<sup>(48,49)</sup>

Cabe recalcar que hay datos vigentes, además de información equiparable a recomendaciones internacionales, tales como la integración de la psi coeducación, inclusión de padres de familia en la detección y seguimiento, capacitación de personal de la salud cómo también la factibilidad de la terapia cognitivo conductual.<sup>(56)</sup> En este sentido, se tomaron algunos aspectos como base para la construcción del documento, pues no se implementará cómo tal la guía en el desarrollo del proyecto, con la finalidad de identificar literatura más actualizada.

Hasta aquí, se puede vislumbrar que México no está en completa nulidad en intervenciones tempranas de ansiedad, sin embargo, se ha identificado una brecha de oportunidad; la ausencia en el seguimiento, fomento, promoción y difusión de la atención a infantes. Pues las guías en salud mental, además de ser muy escasas no son lo suficientemente conocidas por el personal de salud. Identificar esta problemática parte de la necesidad de reconocer qué es lo que está haciendo la gerencia, pues ciertamente no se ha manifestado lo suficiente como una prioridad y estrategia factible de los SSM, la cual se eligió como opción que el diagnóstico temprano en esta etapa aportará al control y disminución de casos en un futuro y con ello posibles complicaciones

En apoyo a esta noción, algunas investigaciones reflexionan que atender a la salud mental infantil es una prioridad necesaria a considerar. Un autor menciona que algunos trastornos como la ansiedad contribuyen a *mayores riesgos para la presencia de psicopatologías a hijos de quien la padece*,<sup>(45)</sup> aunando otros factores que van en creciente y aportan a magnificar el problema. Es por ello la

necesidad de un nuevo enfoque que proponga acciones distintas, como la aplicación de tamizajes en etapa infantil, con el objetivo de atender estratégicamente.

El resultado del diagnóstico nacional arroja aspectos de las necesidades reales en seguimiento de los SSM, aunadas las correlaciones existentes a otras enfermedades con alta incidencia, como obesidad, adicciones y trastornos alimenticios. Requiriendo así del conjunto de acciones en salud dentro los niveles de atención más cercana a la población, mediante la promoción y el diagnóstico, donde no sólo se tendrá impacto en aspectos mentales, sino en una serie multidimensional de problemas de salud.

### **2.1.3 Entorno Local: Nayarit.**

#### **2.1.3.1 Servicios de Salud Mental en el estado.**

Nayarit es una población conformada por 1,181,050 habitantes, de los cuales 50,4% son mujeres y 49,6% hombres.<sup>(57)</sup> Ubicado en la zona occidente del Estado de la República, por población es uno de los estados más pequeños a nivel nacional.

La atención en SM dentro el estado, es ofertado a través de hospitales generales y establecimientos ambulatorios, pues carece de recintos especializados de segundo o tercer nivel de atención. Además cuenta sólo con once médicos especialistas en psiquiatría, adscritos a diferentes instituciones como IMSS, ISSSTE y Secretaria de Salud.<sup>(58)</sup> Estos datos constan una vez más del poco personal especializado y el enfoque meramente rehabilitador que se vive en todo el país, de donde es necesario mirar a otras alternativas que aporten a la solución de este creciente problema.

Una parte sustancial para la mejora de atención en servicios de salud, son las bases normativas. Se sabe que en el año 1994 se publicó la Ley General de Salud en Nayarit,<sup>(59)</sup> en ésta se consideran distintos rubros, entre ellos el de salud mental. En realidad los marcos son muy generales al igual que sus disposiciones, la última reforma fue en el año 2012 y no se reflejaron cambios extraordinarios en

comparación a lo que actualmente se recomienda a nivel mundial respecto a la atención y tratamiento. Sin embargo, recientemente se propuso aprobar 15 reformas a la Ley de salud mental en el Congreso del Estado, donde se busca legislar este rubro debido a la alta incidencia de personas con este tipo de padecimiento, basándose en datos oficiales de Secretaria de Salud en Nayarit en donde citan más de los 63,000 personas con padecimientos mentales registrados, de estos 17,500 sujetos, deambulan por los municipios de Nayarit.<sup>(58)</sup>

Ante esto han existido pocas propuestas de mejora, pero entre ellas la presidenta del Comité de Salud dentro el Congreso del Estado propuso junto con su equipo realizar la estructuración mediante dos esferas; la primera es el fortalecimiento de *redes de salud pública y la segunda el núcleo familiar, en ellas se plantea realizar asistencia, asesoría, orientación, capacitación y conocimiento en el tema de la salud mental.*<sup>(60)</sup> El decreto entró en vigor 180 días después de la fecha aceptada es decir el 18 Septiembre del 2019.<sup>(61)</sup> Entre las distintas modificaciones realizadas, se reestructuró el artículo 66, el cual define a la salud mental como: "El bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales que le permiten el despliegue óptimo de sus potenciales individuales para la convivencia, en trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad."<sup>(61)</sup> En dicha definición se engloban diferentes aspectos, y además enfocan la importancia de atenderlos para el alcance de la salud mental en la población.

Se espera que este cambio constitucional tenga respuestas favorables en el brindado de atención mediante los servicios de salud, ahora corresponde actuar bajo estas premisas protegidas por el ámbito legal, las cuales dan funcionalidad a elaborar diversas acciones, y entre ellas la atención primaria a la salud, prevención primaria y secundaria en ámbitos de salud mental. Bien, eso es lo que se espera, pero ¿qué es lo que está haciendo en el estado, para la atención primaria a la salud mental, el seguimiento, contra-referencia y referencias? Aunado a los análisis y proyectos que tomen en cuenta al contexto real y el

recurso humano en salud. A esto se buscará dar respuesta en un diagnóstico más profundo en los Servicios de Salud en Nayarit, que se desarrollará más adelante.

En el sentido de atención especializada a edad infantil, en Nayarit son escasos los planes o recintos especializados, a excepción de CEREDI y CAPA, ambos ubicados en Tepic. En sí la misión de la primera es centrada en la atención a autismo y enfermedades mentales relacionadas al desarrollo cognitivo y el segundo centro, en la atención de adicciones en diferentes etapas de vida, no sólo en la infancia o pre-adolescencia. A pesar de que ambos establecimientos están relacionados implícitamente a la AEI, estos siguen priorizando a un tipo de atención rehabilitadora, esto no quiere decir que sean intrascendentes, pero es necesario priorizar en el estado la atención primaria en los primeros niveles de atención.

#### **2.1.3.2 Estadísticas en el estado**

Las estadísticas de enfermedades mentales en Nayarit son escasas a nivel general, aún más en categorías por grupo etario. Pese a ello, en la aplicación de la IESM-OMS para la evaluación de SSM en México, se notificó que en Nayarit desde el año de fundación de centros ambulatorios hasta 2011, se registraron 63,805 personas con síntomas de ansiedad, demencia, depresión, esquizofrenia, bipolaridad y trastornos mentales diversos.<sup>(16,58)</sup> Clasificando de nuevo a los trastornos de ansiedad y depresión en los primeros lugares de incidencia en el estado nayarita, al igual que a nivel nacional.

Respecto a datos y estadísticas en edad infantil dentro el estado se carece de información, aun así, más adelante se encontrará un análisis en los SSN, el cual brindará información, que si bien no es general, aportará al reflejo de un panorama en Nayarit.

La escasez de información, llama a atender esta arista, que sin duda alguna impactará de manera sobresaliente a problemas de salud poblacional en el estado, pues ante la inminente realidad el re direccionamiento de los servicios de salud mental es sumamente necesario.

#### 2.1.4 Impacto social, económico y salubrista

Los trastornos mentales significan un problema de salud pública con un gran costo social, pues todo tipo de población está sujeta a padecer alguna afección mental. Desde aspectos meramente *epidemiológicos la salud mental tiene una carga global de enfermedades de alrededor del 12% y a nivel nacional del 18%*, se sabe que además afecta hasta en un 28% de años vividos con discapacidad.<sup>(62,63)</sup> Números con constantes aumentos, pues también se ha relacionado a las afecciones mentales con enfermedades crónicas, VIH y obstáculos en adherencias al tratamiento, expresándolos como un binomio inseparable que aumenta la carga mundial y afecta también al desarrollo del funcionamiento social o laboral de las personas.<sup>(64,65)</sup> Esto indiscutiblemente tendrá un impacto negativo en la población que influirá no sólo en la economía y el desarrollo social del país, sino también en los requerimientos de SSM.

Desde la investigación científica sobre salud mental, se han identificado impactos y agravamientos de las enfermedades mentales, específicamente en ansiedad se conoce que ha ido en creciente la aparición de patologías duales, es decir la relación de la enfermedad mental con adicciones a sustancias nocivas para la salud. La cual potencializa la hipótesis que establece que la ansiedad infantil es antecesor de la ansiedad en la adolescencia, y aún menos importante que *la ansiedad predice problemas de abuso de sustancias en la adolescencia y la edad adulta.*<sup>(45)</sup>

Según datos del informe del consumo de drogas 2019, en México hay aumento de ingesta en el grupo de adolescentes de un 6.4% desde 2011 y en la media de población general en aspectos de consumo mínimo de “alguna vez en la vida” incremento del 10.3%.<sup>(66)</sup> No es desconocida la situación en el campo de adicciones, las múltiples consecuencias inter e intrapersonales de quien lo padece, y que ha derivado a este como otra problemática de salud pública, la cual afecta de manera extremada a la sociedad y los servicios de salud en México. Esta es una muestra de que la ansiedad puede influir en considerable porcentaje al consumo de sustancias tóxicas, reconociendo así la dualidad existente.

No obstante, las adicciones no son los únicos posibles impactos de la ansiedad, entre otros agravamientos se encuentran los trastornos de sueño; que a su vez contribuyen a un *deterioro cognitivo, falta de concentración y trastornos neuro-psiquiátricos, por ejemplo depresión o problemas alimenticios*,<sup>(39,40)</sup> Ahondando aún más en el último punto, se ha identificado que la ansiedad puede generar dichos trastornos alimenticios como bulimia y anorexia, además de trastornos por atracón, causante de obesidad, y correlacionada al apareamiento de *enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad coronaria entre otros*,<sup>(41,42)</sup> grandes problemas de la salud poblacional y de la agenda de los servicios de salud. La obesidad en México tiene el segundo lugar a nivel mundial, su prevalencia en la población está alcanzando rápidamente altos números pues tan sólo entre 2012 y 2018 *aumentó 60 % en adolescentes y 10% en población adulta*,<sup>(67)</sup> aunando que diabetes mellitus e hipertensión arterial van también en ascenso y se encuentran en las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional.<sup>(67,68)</sup>

Algunas de las consecuencias o impactos descritos son multi-causales, pero en lo que respecta a la ansiedad y su posible potenciación por el trastorno, debe ser atendido y priorizado. Si se llega antes, es decir en el diagnóstico de lo que está aquejando y ha orillado a la persona a ingerir este tipo de sustancias, alimentarse de manera inadecuada, no saber controlar su ansiedad o tener complicaciones patológicas, y además, se deriva de manera oportuna, pertinente y eficiente, indiscutiblemente tendrá un mayor impacto en la disminución de casos, pues en esta suposición se estarían brindando las herramientas adecuadas aún más factible en edades tempranas.

La prevención y diagnóstico temprano en salud tiene la tarea de intervenir de manera oportuna a quien lo requiera. Desde este fundamento, y remarcando que en la actualidad se demuestra que las patologías mentales empiezan antes de los 14 años y que además algunas otras son iniciales en etapas infantiles, se fortalece la importancia de considerar dentro las estructuras y estrategias a la priorización de salud mental a estos grupos de edad. Una limitante podría ser el bajo

presupuesto designado de tan sólo 2% del PIB para este rubro, no se está en la mejor posición en el país en cuanto financiamiento, pero también sería erróneo creer que las altas cantidades financieras contrarrestaran la vulnerabilidad de trastornos mentales, pues ningún país por más rico que fuere *puede ofertar todos los servicios e intervenciones existentes a su población.*<sup>(69)</sup> Es aquí donde se deben utilizar estrategias de priorización con funciones específicas a realizar.

Una opción totalmente acertada es la inversión en acciones de promoción y prevención de enfermedades, al igual que el diagnóstico temprano, pues éstas también *representan una medida de contención de gasto,*<sup>(70)</sup> siendo también una opción ideal ante la influencia de los crecimientos esperados de enfermedades mentales y su dualidad con otras patologías.

En específico se conoce que en el mundo *40% de la población padece de algún trastorno de ansiedad y sus síntomas pueden generar regularmente inquietudes o preocupaciones,*<sup>(71)</sup> además de diversas consecuencias como las que se mencionaron anteriormente. Esta problemática va en ascenso y es cada vez más recurrente, de ahí la pertinencia de realizar un proyecto de diagnóstico en edades tempranas que tenga intención de aportar educación, detección y tratamiento oportuno para quien lo requiera, y con ello evitar complicaciones e inconvenientes cada vez mayores dentro del país en aspectos salubristas, económicos y sociales.

Si el problema en México y Nayarit es la escasez de personal especializado, el bajo presupuesto económico y las insuficientes unidades de atención especializadas, es necesario dar un giro a la priorización de atención primaria con prevención y promoción en salud mental. La APS mental a través de las unidades de primer nivel de atención es una estrategia factible, que sin duda alguna influenciará en el impacto de disminución en distintas comorbilidades.

## **2.2 Diagnóstico Interno. Servicios de Salud de Nayarit en Salud Mental.**

Los resultados de los diagnósticos situacionales desde nivel internacional hasta el local arrojan resultados homogéneos, en donde se pueden entrever ausencia de

priorización en temas de salud mental, aún más en edades tempranas. Para profundizar en el contexto nayarita, se realizó un diagnóstico interno en los Servicios de Salud de Nayarit (SSN), encargado de ofertar servicios generales a la población que carece de seguridad social, oscilante de hasta un 51% del total. El compromiso es extenso, por ello la visión debe girar a una constante mejora, aún más en las brechas y crecientes identificadas respecto a temas de salud mental, y en específico la ansiedad.

### 2.2.1 Generalidades, procesos y producción.

#### - Generalidades

El órgano central de organización designado dentro los Servicios de Salud de Nayarit es Secretaría de Salud, como se puntualiza en la Ley General de Salud.<sup>(72)</sup> En Nayarit el área que lidera es el Departamento de Salud Mental correspondiente a la Dirección de Salud Pública y Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades dentro del organigrama actual de los Servicios de Salud de Nayarit.<sup>(73)</sup> (ANEXO I)

Los servicios de atención en mayoría son ambulatorios, entre ellos se encuentra; CESAME, CESSA y CAPA.<sup>(74)</sup> En lo que respecta al segundo nivel, la atención no es en un recinto único especializado, dado que se oferta en Hospitales Generales. En el estado hay cuatro: HG Tepic único que cuenta con psiquiatría, aunados los hospitales en Santiago, San Francisco y Rosamorada, los cuales sólo cuentan con módulos de salud mental. Cabe recalcar que se carece de recintos hospitalarios especializados en salud mental de segundo y tercer nivel de atención.

Entre los documentos organizacionales de los SSN, se encuentra el Reglamento Interior. El artículo 64 es dirigido al Departamento de Salud Mental y a través de XII fracciones se puntualizan las responsabilidades a desarrollar. La fracción II y X *enmarcan elaborar diagnósticos de los problemas de salud mental en el estado, y además promover la capacitación, formación y actualización de recursos humanos de programas que accionen en prevenir, tratar y rehabilitar en los trastornos mayormente identificados.*<sup>(75)</sup> Precisamente el manual de procedimientos más reciente del departamento objetiva homogéneamente, pues propone identificar los

padecimientos más recurrentes en Nayarit, y en respuesta crear medidas estratégicas en atención y prevención.<sup>(76)</sup>

Vinculado a esta estructura organizacional, el manual general de organización dentro la SSN puntualiza fines en salud, específicamente en SM se plasmó el siguiente objetivo: *"Implementar los mecanismos necesarios para prevenir el desarrollo de problemas de salud mental y trastornos mentales y así mismo, reducir los índices de uso y abuso de sustancias que causan adicciones, mediante la realización de campañas y conferencias preventivas a la población en general"*.<sup>(77)</sup> Dicho objetivo destaca la importancia de la prevención, sin embargo, es compleja la estructuración. Las perspectivas de implementación de acción son conjuntas entre salud mental y adicciones, dejando en claro la necesidad de planes de acción individualizados. A pesar de la indudable relación de ambos problemas de salud pública, es necesario aislar las necesidades propias.

En relación a las necesidades identificadas a niveles externos sobre la escasez de atención primaria a la salud, procesos específicos y priorización de afecciones mentales, se indagó en los procedimientos existentes durante la atención de salud mental en los SSN.

#### - **Procesos y Productividad**

Los SSM en mayoría son brindados a través de unidades ambulatorias especializadas, pues como se había señalado con anterioridad Nayarit no cuenta con recintos especializados de segundo o tercer nivel.

Los procesos de diagnóstico presentados serán divididos en los tres tipos de atención existentes en los SSN, iniciando con el nivel mayor hasta el primario. Conformado por la interpretación de resultados de una investigación antecedente, además de visitas, entrevistas e indagaciones exploratorias por parte del investigador al Departamento de Salud Mental.

#### **I. Hospitales Generales**

Se dará inicio a la exploración de procesos de atención en salud mental, en donde se derivan todas las complicaciones surgidas que no pueden ser atendidas en

unidades de primer nivel de atención. Es decir los hospitales de segundo nivel dentro del estado, pues son quienes cuentan con hospitalización, especialidades y son más equipados que los centros de salud.

Los Servicios de Salud de Nayarit según *el reporte de Unidades y Hospitales de Dirección Hospitalaria* cuenta con cuatro Hospitales Generales, un Hospital Mixto, un Hospital Básico Comunitario y siete Hospitales Integrales.<sup>(78)</sup> No obstante, sólo el Hospital General de Tepic cuenta con Psiquiatras, los demás sólo con personal de psicología a excepción del Hospital Integral de Tondoroque.

Un Hospital General es diferenciado al integrar especialidades básicas y complementarias.<sup>(72)</sup> Los existentes en los SSN se encuentran distribuidos en Tepic, Santiago, San Francisco y Rosamorada. En el sentido de la atención en salud mental se señala que ninguno de los recintos hospitalarios cuenta con camas específicas para la atención a afecciones mentales, en relación a lo brindado se detalla que por parte de los hospitales más pequeños (Santiago y San Francisco) se referencia al Hospital Civil en Tepic, al señalarse como el mayormente equipado y formulado por especialistas de nivel más alto.<sup>(74)</sup>

Al recibir las referencias por parte de todos los municipios, se ahondó dentro los procesos de atención en el Hospital General de Tepic, se señala ser el único que ofrece estancia hospitalaria por razones psiquiátricas, aunque sólo entre un 2 al 5%, de los pacientes con diagnóstico mental estuvieron restringidos o aislados, acompañados de tratamientos psiquiátricos. Además el Hospital Civil es el único que formaliza valoraciones psiquiátricas, para derivar a un tercer nivel de atención. Los psiquiatras y psicólogos tienen programadas las citas y seguimientos de pacientes y lo ofertan dentro de la institución. Cuando son necesarias atenciones más especializadas se derivan a instituciones de tercer nivel fuera del estado.<sup>(74)</sup>

La labor de quienes atienden en el segundo nivel es amplia, y los servicios de salud mental aunque no cubre todas las brechas, son eficientes en su objetivo: la curación en lo que le es posible y en los seguimientos o referencias requeridas. ¿Suficientes?, tal vez nunca si se sigue apostando por incrementar los servicios

en este tipo de atención. Es erróneo enfocarse sólo al sentido rehabilitador, pues se debe re-direccionar a un sistema que tome en cuenta lo que ocurre antes de la participación de los establecimientos hospitalarios.

## ***II. Unidades Ambulatorias Especializadas: CESAME/CISAME***

En seguimiento a los procesos de servicios ofrecidos, se unen las unidades especiales para la atención de salud mental dentro los Servicios de Salud del estado, es decir los CESAME, ubicados dos en Tepic y Tuxpan; y dos más denominados Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) en Ixtlán del río y Bahía de Banderas, ambos con los mismos objetivos y estructura ambulatoria.

Se especifica que en el 75% de los centros, *no refieren tener establecimientos o planes de intervención fuera de la institución, los cuales complementen el tratamiento.*<sup>(74)</sup> Lo cual centra la recuperación sólo en las instalaciones y los seguimientos en los profesionales especializados, mermando así la rehabilitación extra institucional, como modelos internacionales y organizaciones especializadas lo recomiendan.

Para conocer los procesos a profundidad, se realizaron visitas al CESAME ubicado en Tepic. Activo en recurrencia de atención mental hacia todo tipo de población, enfoca su misión en: *“Promover y garantizar el desarrollo de las acciones para fomentar y proteger la Salud Mental, individual y colectiva de la Población Nayarita, de índole psicológica y psiquiátrica y de trabajo social. Así como jornadas de prevención por medio de conferencias y talleres. Brindando un trato humano con calidad y calidez.*<sup>(79)</sup>

Los procesos según el organigrama de CESAME son realizados en primer contacto por el Servicio de Intervención en Crisis, seguido por la intervención médica. La secuencia indica que la primera opción de intervención es realizada por el psiquiatra y los médicos capacitados, en unión con profesionales de enfermería. Después de ello se delega y da seguimiento al paciente, dependiente de su diagnóstico y tratamiento se conjuga o adjudica solamente al área de psicología. La atención a edades infantiles es semejante a la descrita, y sus procesos son afines al personal que atiende, pues cabe recalcar que dentro del

centro no existen manuales de procedimientos y atención específicos a este grupo etario.

Tepic es la única sede que cuenta con especialización médica en psiquiatría, y en asistencia a los procesos de diagnóstico para la población, se utilizan algunos instrumentos por parte del personal, entre ellas se encuentra la escala de *Hamilton* enfocada en medir depresión y el *instrumento Guillermo Calderón Narvéez* también utilizada para la misma afección. Se especificó que CESAME no cuenta con algún tipo de departamento o protocolo especializado en salud mental para niños y adolescentes, sin embargo detallan atender a niños a partir de 6 años, la situación en las otras sedes es homogénea.<sup>(74)</sup>

En la organización de lo SSN y CESAME, está incluido el SUIVE. Este es un reporte estatal que da información sobre la productividad y atención brindada, la cual se actualiza semanalmente. Los datos epidemiológicos del año 2019 arrojaron que se atendieron en totalidad a 13,364 pacientes, en donde con mayor frecuencia se diagnosticaron los trastornos mentales de depresión con 3,914 casos, seguido por trastornos de ansiedad generalizada con 2,309 casos y en tercer lugar los trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia con 882 casos.<sup>(80)</sup> Los casos en los SSN no son desemejantes a los presentados e identificados a nivel nacional e internacional, a lo que se ultima la necesidad de atender con prioridad a estos mayormente presentados, en concreto ansiedad.

Entre los años 2018 y 2019 se identificaron 455 niños reportados en solicitud de algún tipo de atención mental a CESAME y de estos 190 fueron diagnosticados con ansiedad generalizada, según el reporte estadístico anual.<sup>(80)</sup> Lo que llama la atención es la identificación de un solo tipo de ansiedad, dejando de lado las otras dos más recurrentes, es decir ansiedad por separación y fobia social. Estos datos convocan a preguntar ¿Qué está pasando con los profesionales durante la atención especializada a niños? ¿Están capacitados? ¿Por qué no se da una clasificación de diagnóstico infantil más específica?

Dentro el grupo etario infantil las incidencias son homogéneas a las de edades adultas, pues se logra identificar que los trastornos con mayor ocurrencia en edades infantiles en los servicios de salud ambulatorios son los trastornos emocionales y de comportamiento (TDHA), entre los primeros tres la ansiedad, siendo equiparables a datos de nivel internacional y nacional.

CESAME es un centro especializado y por ende rehabilitador, a pesar de tener una gran demanda de atención, busca solventar a las necesidades, acompañado de actividades y campañas de promoción. No obstante, la integralidad de los SSM no sólo debe ser enfocada solo a centros especialistas. En relación a esta noción, se indagó en los procesos en quienes tienen primer acercamiento con la población, es decir las unidades de primer nivel de atención.

### ***III. Unidades de Primer Nivel de Atención. Centros de Salud.***

Las unidades de primer nivel de atención son establecimientos que tienen la finalidad de brindar atención *médica oportuna y eficiente* en beneficio de la población abierta, por lo regular se cuenta con recurso humano para la salud básico; médicos, enfermeras, nutriólogos, odontólogos o trabajadores sociales, pero no con especialistas, además al ser ambulatorios no disponen de servicios de hospitalización.<sup>(77,81)</sup>

Conocidos como Centros de Salud dentro los Servicios de Salud de Nayarit, existen 224 unidades de primer nivel de atención y 24 constan en la capital nayarita.<sup>(74)</sup> Un antecesor de la atención y seguimiento especializado en la identificación de casos, es decir el diagnóstico oportuno, indudablemente pueden ser encontrados en los Centros de Salud pues son quienes tienen el primer contacto con la población. Ahondado en el contexto de estas unidades, llama la atención diversos aspectos entre los resultados de la investigación antecedente. Respecto a la capacitación en temas de salud mental se describe que por lo regular estos sólo son dirigidos a médicos y enfermeros, de los cuales el 60% de diez unidades entrevistadas no lo han recibido en el último año, y el 40% restante lo ha hecho pero son temáticas mayormente dirigidas a violencia intrafamiliar.<sup>(74)</sup> Estas condiciones indiscutiblemente limitan a referenciar de manera oportuna a centros especializados o dar seguimiento pertinente, pues se carece de la

capacitación y actualización continua. Sin embargo, se puntualiza que por lo menos hay una referencia al mes a los centros de atención ambulatorios, en apoyo hasta el 70% *aplica escalas para detección de ansiedad*, sólo cuando se es posible y se dispone del material pero no se especifica qué es lo que se realiza con los resultados.<sup>(74)</sup> Asimismo no se tiene detallada la atención a edades infantiles, pues se deriva con el mismo mecanismo.

En relación a los procesos se dio a conocer que 90% del personal, cuenta con Guías de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana de Salud Mental, no obstante, han sido propiamente adquiridas e independientes de la institución.<sup>(74)</sup> También se identificó que los reportes o derivación de casos son realizados de forma esporádica, pues no se cuenta con protocolos oficiales por parte de la institución, igualmente no se especifica cuáles son los diagnósticos preliminares y los grupos etarios mayormente identificados,<sup>(74)</sup> pues no se tiene el conocimiento y ordenamiento de hacerlo, donde sin duda alguna se limita la correcta y oportuna atención de afecciones mentales, aún mayor en edades tempranas.

Los resultados del diagnóstico en las unidades de primer nivel de atención, denotan hasta la fecha una heterogeneidad e inexistencia de procesos específicos y estandarizados de APS en SM.

Por último, en visita con el Departamento de Salud Mental se puntualizó que meses atrás se capacitaron a 21 psicólogos a nivel federal, con base al Programa MhGAP de la OMS, precisamente para habilitar al personal de las unidades de primer nivel de atención, no obstante, aún no se han implementado las actividades y gestiones específicas para reproducir la capacitación.

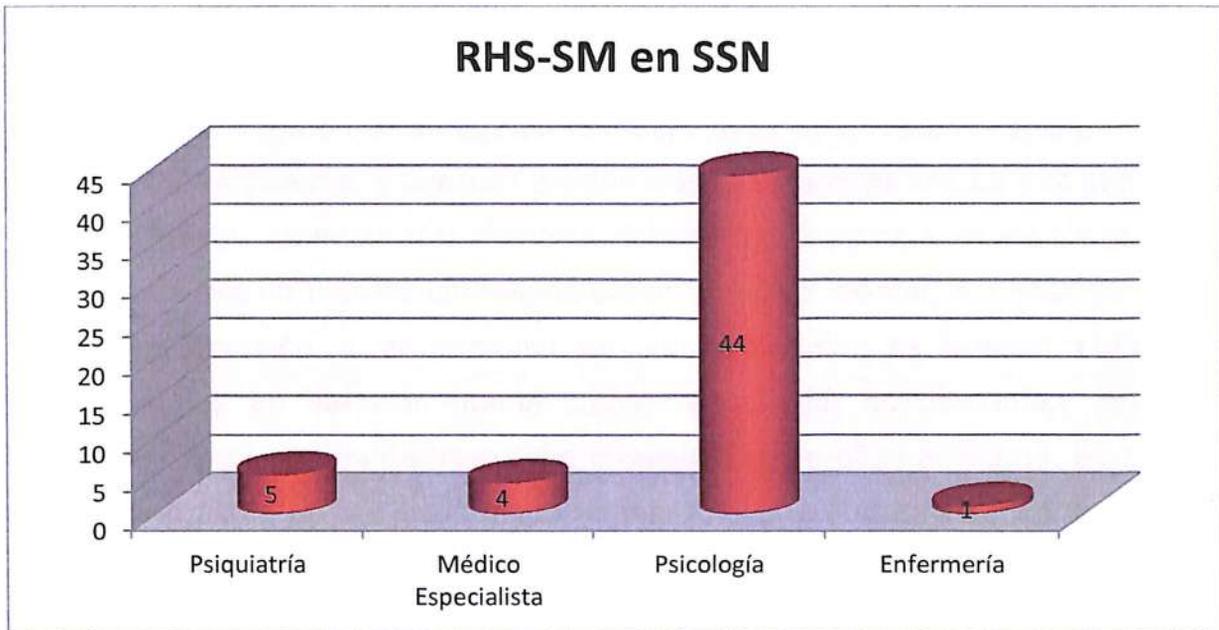
## **2.2.2 Recursos**

### **a) Recursos Humanos**

El recurso humano es imprescindible para la atención a la población. Los Servicios de Salud en Nayarit tienen un total de 5,322 plazas, de dónde aproximadamente el 60% es personal de salud, entre médicos, enfermeros, psicólogos, etcétera.<sup>(82)</sup>

Para una mayor practicidad se presenta mediante una gráfica sólo al recurso humano en salud, enfocado a la atención mental en los SSN.

**FIGURA 1. RECURSOS HUMANO EN SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN NAYARIT**



Elaboración propia con base a: Caracterización de las unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud en Nayarit, 2020.

Se conoce que de los once psiquiatras habidos en el estado, cinco son parte de los SSN. Tres de ellos laboran en el Hospital General, uno es parte del equipo en CESAME Tepic y uno más es parte de CISAME Tondoroque. Se suman a ello cuatro médicos especialistas, distribuidos en los establecimientos previamente mencionados.<sup>(74)</sup>

Sobre el personal de psicología se tiene una agenda de cuarenta y cuatro profesionales. Veinte son parte de los Hospitales Generales; dieciséis están inscritos en Tepic, tres en Santiago y uno en San Francisco. Los veinticuatro restantes son parte de los CESAME/CISAME, la mayor cantidad de psicólogos se encuentran en la capital nayarita con diecinueve, dos más en Tuxpan, otros dos en sucursal bahía y uno sólo en CISAME Ixtlán.<sup>(74)</sup>

El personal de enfermería delegada a la atención en salud mental es escaso, pues en todo los SSN, sólo hay una enfermera encomendada a este tipo de atención,

ubicada de CESAME Tepic, respecto a Trabajo Social, hay cuatro en total, tres en Tepic y uno más en Tuxpan.

Con la finalidad de ahondar en la distribución de recurso humano, se visitó CESAME Tepic, al ser el centro de atención especializada ambulatoria más equipado de los SSN. Actualmente está formado por equipos multidisciplinarios: dos médicos generales y capacitados en el área, un Psiquiatra, diecinueve Psicólogos, se señala que se cuenta con especialistas en niños. También hay un personal de enfermería, y además existen tres trabajadores sociales al pendiente de los procesos, respecto a la atención durante los fines de semana se describe ser ofrecida por un médico con especialidad en salud mental. A pesar de que el centro es pequeño y el personal no es numeroso, se buscan cubrir los requerimientos en atención mental dentro el estado, no obstante, ante los inminentes crecimientos de trastornos mentales, entre ellos ansiedad, es posible que a corto plazo ambos sean insuficientes, a lo que son necesarias estrategias que reivindiquen los servicios de atención mental no sólo en la etapa rehabilitadora.

#### **b) Recursos Materiales**

Los recursos materiales en atención de SM en los SSN son escasos, algunos han sido mencionados durante el diagnóstico.

De inicio la oficina del Departamento Estatal de Salud Mental, ubicado en la capital nayarita y liderado actualmente por el Psicólogo Ricardo Robles Rosales. De donde emana también la organización, programación y coordinación de los modelos de atención de la salud mental.<sup>(75)</sup>

A ello se suma la atención a través del Hospital General Tepic, brindada en tres consultorios; uno de psiquiatría y dos de psicología. Cada uno con estructura estrecha, un escritorio y tres sillas, uno de ellos con cama clínica.

Se unen también los cuatro centros de atención ambulatoria CESAME/CISAME, en específico se tiene la información del ubicado en Tepic. Los recursos materiales se inician con la estructura del establecimiento con coordenadas

21°30'02.6"N 104°53'19.1"W y medidas aproximadas de 20x150 metros cuadrados. Se cuentan con dos accesos, la primera puerta de entrada cuenta con un área de recepción, una sala de espera cómoda con televisión y mesas administrativas. En el centro están dispersos cinco consultorios de psicología, donde cada uno cuenta con escritorios, sillas y sofás. En este punto cabe destacar que ninguno está ajustado para la atención a pacientes infantiles. El consultorio médico, cuenta con mesa y sillas para el paciente, además de pequeños lavabos, igual que el consultorio de psiquiatría.

Se desconoce la estructura de los tres CESAME/CISAME restantes, a pesar de ello al obtener la información durante la visita se mencionan no ser tan desiguales.

Entre algunos de los materiales tangibles identificados, se encuentran los realizados para la promoción y prevención; entre ellos infografías y folletos, agregando que se denota escasez en cuanto material de apoyo educativo en etapa infantil.

### **c) Recursos financieros**

El presupuesto y programación de proyectos en Salud Mental en los Servicios de Salud en Nayarit son organizados por el Departamento de Salud Mental Estatal, incluido su financiamiento. Donde se notificó el bajísimo presupuesto para el rubro aproximado a tan sólo \$200,000.00 anuales.<sup>(83)</sup>

### **2.2.3 Análisis del diagnóstico local en los Servicios de Salud en Nayarit de Salud Mental.**

Para un mayor conocimiento de los procesos de atención y la estructuración de un proyecto eficiente y eficaz, se aplicará la Metodología del Marco Lógico, pues cuenta con elementos que aumentan la *posibilidad de impactar positivamente en la salud de la población con recursos de ingreso bajos*,<sup>(84)</sup> tal es la situación en el área de la salud mental.

Se conoce también que la MML se orienta por objetivos y dirige a los grupos beneficiarios a *proveer la participación y la comunicación entre las partes*

interesadas, integrando así a los elementos esenciales del proyecto,<sup>(85)</sup> propósitos similares a los idealizados en el presente PDI.

El análisis situacional en los SSN ha llevado a reconocer conjeturas en los servicios de salud mental dentro del estado, donde se unen variables como la poca inversión económica en el área, escasos especialistas, desvalorizaciones a proyectos en salud mental, enfoque meramente rehabilitador, aunada la falta de priorización mediante promoción y diagnóstico oportuno, aún más en edades tempranas. No obstante, se pretende ejecutar la metodología para identificar si estos son los únicos existentes o se agregan otras, pero sobre todo para dar permanencia en lo propuesto.

En apoyo se ha utilizado como guía al manual de la *Metodología del Marco Lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyecto y programas* propuesto por la CEPAL.<sup>(85)</sup>

### 2.2.3.1 Análisis de los involucrados

La parte inicial de la MML toma en cuenta como factor impredecible a la participación de los involucrados, pues considerar a quien es parte del fenómeno *aportará a dar mayor objetividad al proceso de planificación.*<sup>(85)</sup> El análisis de los involucrados auxilia también a identificar a los indirecta o directamente involucrados en la problemática dentro los servicios de salud mental en los SSN.

**CUADRO 2. DESCRIPCIÓN DEL ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS**

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
<b>Servicios de Salud en Nayarit (Departamento de Salud Mental Estatal)</b>	Ofrecer servicios de salud a los Nayaritas (incluida la salud mental), que no cuenten con seguridad social.	*Alta demanda *Bajo presupuesto en Salud Mental (SM) *Insuficiencia de especialistas en SM *Escasez de establecimientos de atención en SM *Ausencia de protocolos	* 224 Unidades de Primer nivel de atención *Más del 60% es personal de salud, en mayoría médicos y enfermeros.

		de Atención Primaria a la Salud en materia de SM *Acrecentamiento de comorbilidades y problemas salubristas	
<b>Población</b>	Alcanzar un bienestar físico, <b>mental</b> y social, para poder desarrollarse de manera plena en las áreas de vida.	*Aumento en incidencia de ansiedad *Mediana de inicio sintomatológico de ansiedad en la edad infantil *Complicaciones a otras enfermedades mentales, crónicas, y/o adicciones. *Requerimiento de atención de mayor nivel en los Servicios de Salud.	*Requerimientos de servicios de salud mental
<b>Niños</b>			

Los principales grupos incrustados en la atención de servicios en salud mental son dos; los Servicios de Salud en Nayarit y la población. En este sentido, se identificaron consecuentemente a los posibles involucrados durante el proyecto dirigido a ansiedad, algunos autores les nombran stakeholders y los considerados son los plasmados en el siguiente diagrama:

**FIGURA 2. STAKEHOLDERS IDENTIFICADOS PARA EL DESARROLLO DEL PDI**



La figura número 2, muestra a los involucrados para el desarrollo del PDI en AEI, que cómo se puede entrever se conforma de dos variables generales; por una parte quienes brindarán y ejecutarán el proyecto; los SSN, el DSME, las Unidades de primer nivel de atención y el personal no especializado. Cómo por otra, a los beneficiados directamente es decir la sociedad en general, los padres de familia y por supuesto los niños con trastornos de ansiedad.

No obstante, los presentados son los identificados durante los primeros resultados del diagnóstico, sin embargo, la metodología recomienda agruparlos de acuerdo a las características y atribuciones homogéneas, con la finalidad de equiparar y en consecuencia ordenar las aportaciones de cada cual durante el proyecto,<sup>(85)</sup> por lo que se realizó el siguiente cuadro:

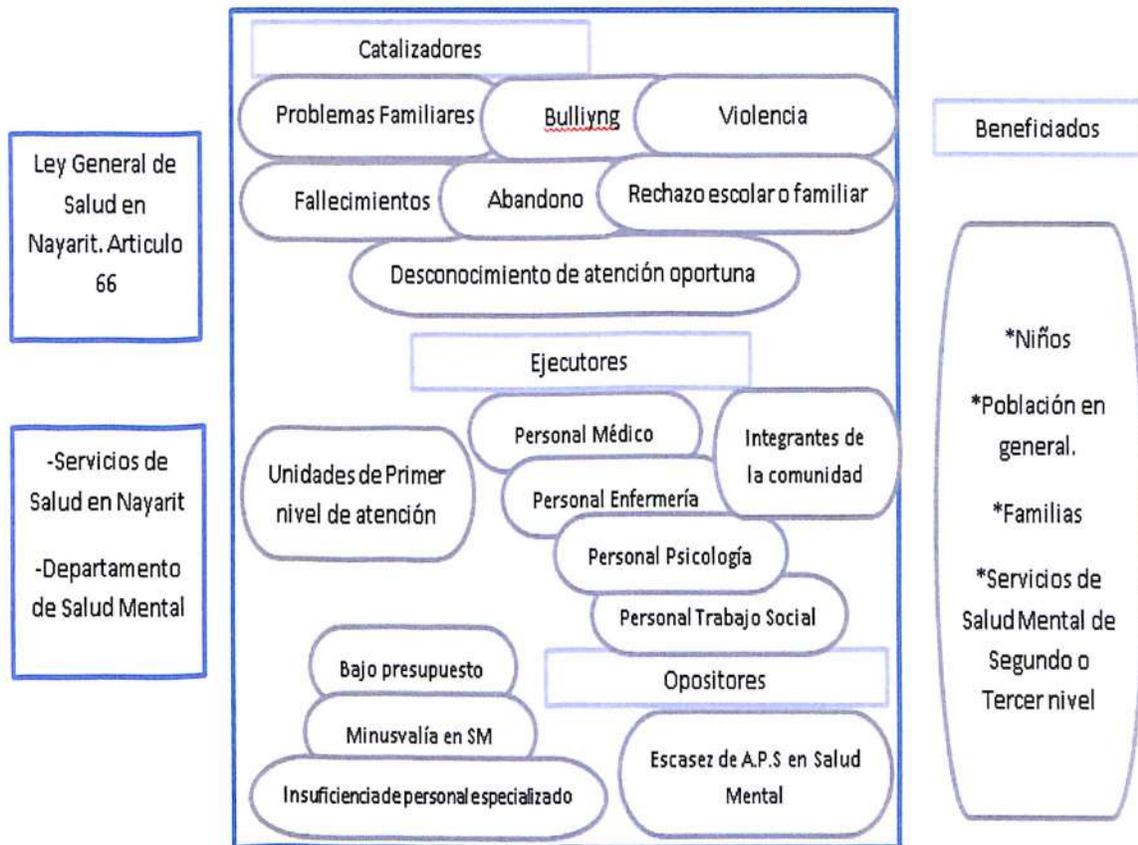
**CUADRO 3. AGRUPACIÓN POR FINALIDADES DE LOS INVOLUCRADOS.**

<b>Entes Organizacionales</b>	<b>Establecimientos para los Servicios en Salud</b>	<b>Brindadores del Servicio</b>	<b>Beneficiados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicios de Salud en Nayarit</b></li> <li>• <b>Departamento de Salud Mental Estatal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de Primer Nivel de Atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales de Salud no Especializados</li> <li>• Integrantes claves de la comunidad interesados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños</li> <li>• Padres de Familia</li> <li>• Sociedad</li> </ul>

Los entes organizacionales del proyecto propuesto son los Servicios de Salud en Nayarit y el Departamento de Salud Mental. En este sentido, remarcar que se propone tomar en cuenta a las unidades de primer nivel de atención como establecimientos preliminares a la implementación del proyecto, como también a los profesionales de salud no especializados. Además se entrevisté que se inicia a incluir a niños como población beneficiada, dado que como se había mencionado con anterioridad, los trastornos mentales inician antes de los 14 años y además la ansiedad tiene su inicio de mediana sintomatológica a los 9 años de edad.<sup>(10,16,37)</sup>

La clasificación de intereses dentro los involucrados dan pie a caracterizarlos según *su posición, fuerza e intensidad frente al proyecto.*<sup>(85)</sup> En refuerzo a esta noción, como estrategia se estructuró un mapa de relaciones, el cual se muestra a continuación.

**FIGURA 3. MAPA DE RELACIONES DEL PDI.**



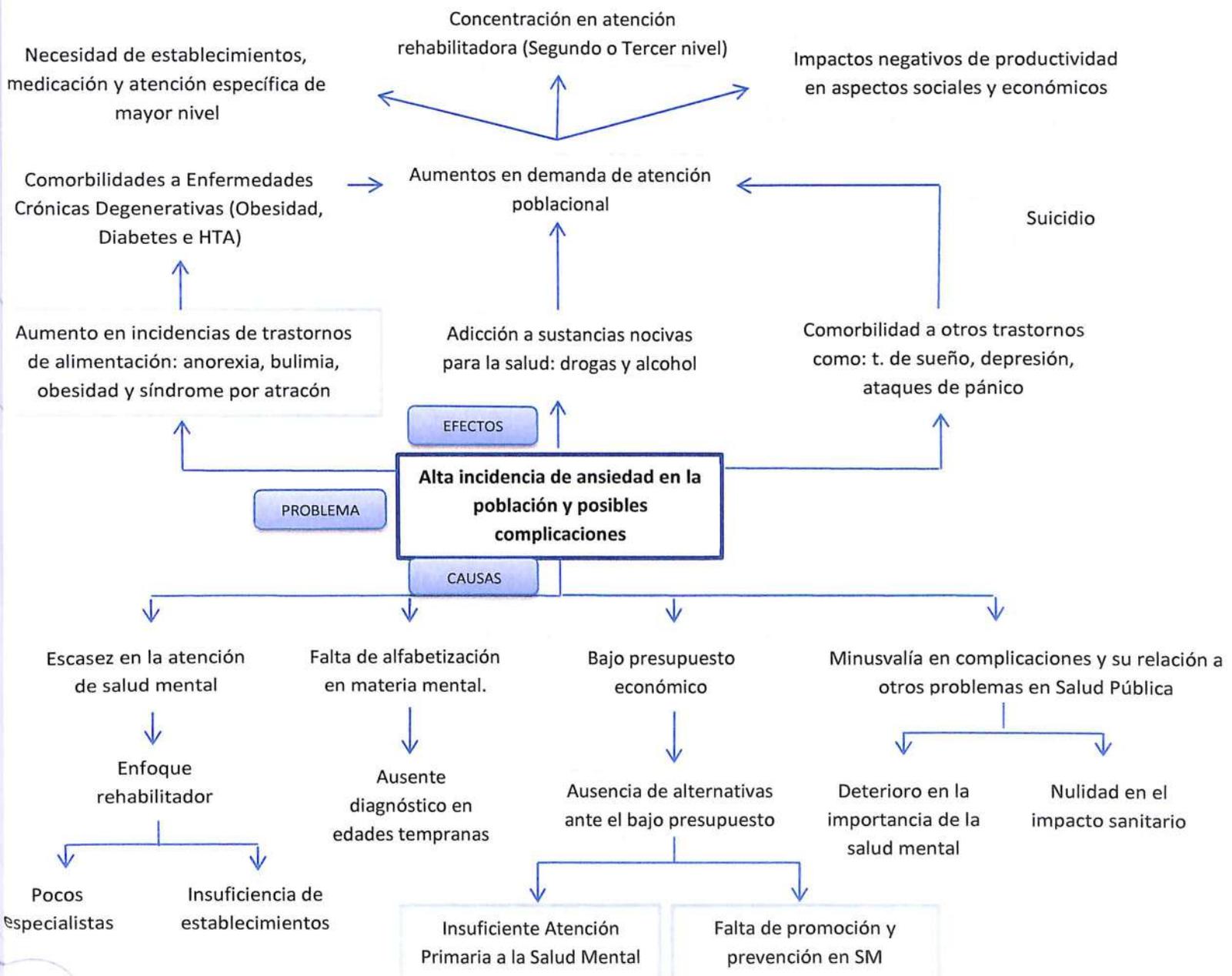
La base normativa dentro del estado de Nayarit para la ejecución del proyecto es la Ley General de Salud, específicamente el artículo 66. Los Ejecutores directos son los Servicios de Salud en Nayarit, al ser la médula y líder de salud en el estado, cómo también quien oferta la atención a la población que no cuenta con seguridad social. También se actuará en conjunto con quién es el *encargado de coordinar la operación de los modelos de SM en el organismo*, es decir el Departamento de Salud Mental.<sup>(75)</sup>

A través del mapa de relaciones se pueden identificar a los posibles catalizadores de la ansiedad infantil, en contra parte a los ejecutores para la enmienda de la problemática identificada. Es claro que en el análisis de factibilidad, se debe de considerar a quienes son los opositores del problema, para buscar soluciones que los contrarresten. Además se puntualiza en los beneficiados directos al accionar en lo propuesto, no obstante, esto da inicio a un análisis más profundo.

### 2.2.3.2 Árbol de problemas

El árbol de problemas, conocido también como análisis situacional, está definido como una herramienta que permite identificar el problema, *mediante el señalamiento de las causas que lo generan y sus efectos.*<sup>(86)</sup> Entre sus múltiples ventajas se encuentra la facilitación de realizar uno de los objetivos centrales de esta propuesta, es decir, la planificación de un protocolo mediante el alcance de los objetivos específicos. A continuación se presenta un árbol de problemas realizado bajo el análisis contextual de los servicios de salud de la capital nayarita.

**FIGURA 4. ÁRBOL DE PROBLEMAS**



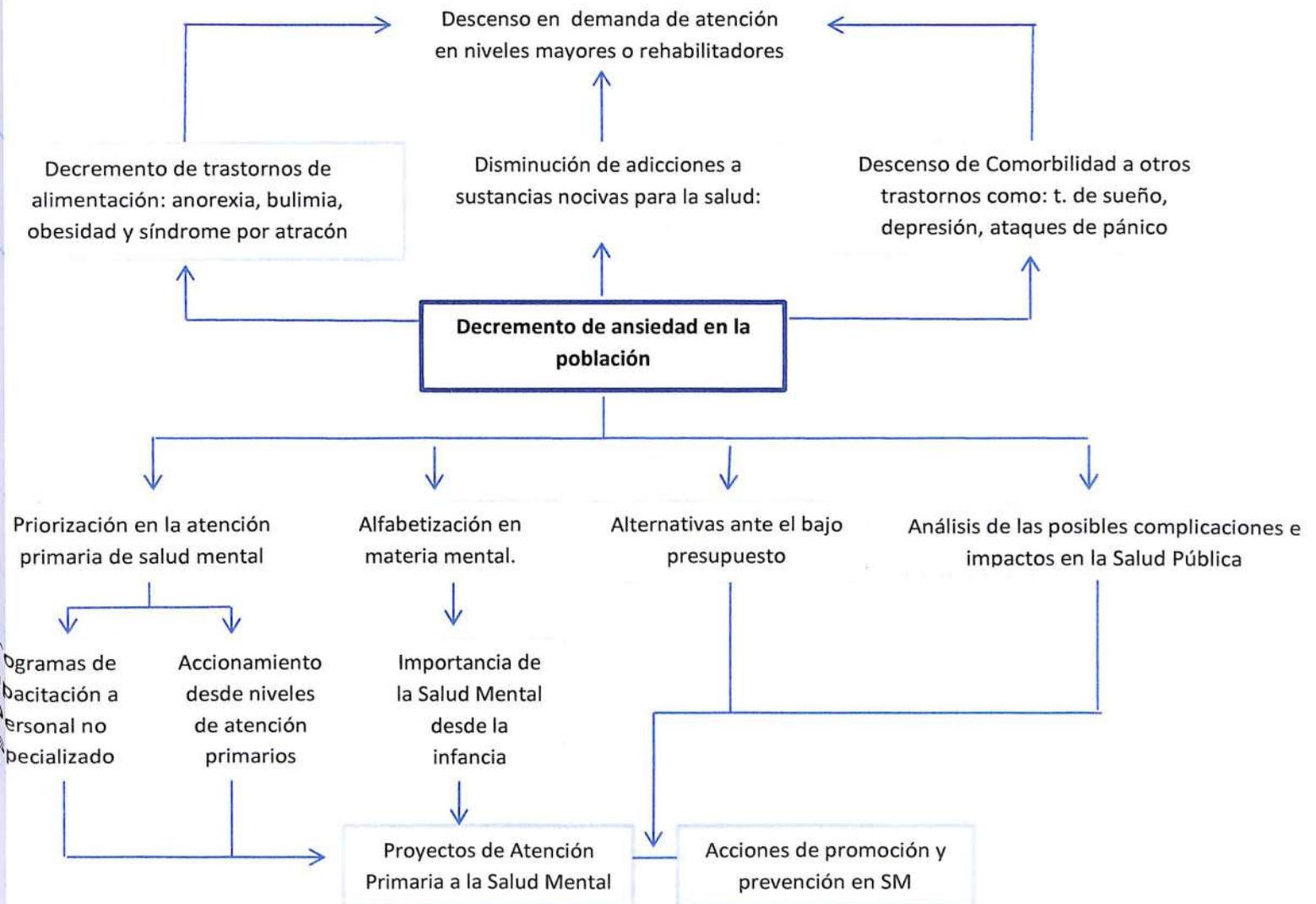
Los diversos efectos relacionados a ansiedad se unen a afecciones que también son problemas de salud pública emergentes. Se puede entrever una articulación de comorbilidades que influirán en la transición epidemiológica en Nayarit, la cual requerirá a mediano plazo mayor demanda en servicios de salud de alto nivel, recayendo una vez más al sentido rehabilitador.

Es necesario emplear acciones para contrarrestar las causas de ansiedad, pero también ir al antes, durante y después de ellas. En el árbol de problemas se desarrollaron cómo causas (aunque no son directas al apareamiento de la AEI), a todas las carencias en la atención específica de ansiedad. Las cuales, son detonantes a la magnificación del problema, pues se unifican a la escasez de priorización en la atención de salud mental en los servicios de salud, señalada a en la falta de alfabetización, carencia en atención primaria a la salud, la promoción y prevención, aunada la raquítica práctica de protocolos diagnósticos en edades tempranas, dado que todavía no se enfatiza y prioriza en esta dirección.

### 2.2.3.2 Árbol de los objetivos

Como siguiente paso de la metodología seleccionada, se recomienda plasmar el árbol de objetivos. Básicamente consta de graficar a los posibles medios y fines que darán solución al problema identificado. La literatura recomienda en primera instancia positivar lo estructurado en el árbol de problemas, es decir transformar *las condiciones negativas a positivas*,<sup>(85)</sup> ésta acción influye a identificar fines y medios para solucionar lo que se pretende a través del proyecto.

**FIGURA 5. ÁRBOL DE OBJETIVOS**



Elaboración propia con base al diagnóstico nacional, estatal y local en los SSN

### 2.2.3.3 Alternativas

Durante la estructuración del esquema de objetivos, se analizaron las posibles alternativas de solución a la problemática sobre incidencia de ansiedad. Al transformar las causas a soluciones se pudieron identificar opciones clave para accionar en dicho problema de salud pública, las cuales fueron las siguientes:

- Ejecutar a la Atención Primaria en Salud Mental dentro todos los niveles de atención.
- Realizar acciones de promoción y prevención de ansiedad a la población en general.
- Re direccionar en el diagnóstico temprano y seguimiento desde edades infantiles.
- Necesaria capacitación a profesional no especializado, ante la carencia del que si lo está.
- Brindar atención de Salud Mental en las Unidades de Primer Nivel, dado que son quienes tienen el primer contacto con la población.

Ante las posibles alternativas, es necesario identificar que es factible y alcanzable en los Servicios de Salud, algunos de los puntos señalados se buscaron unificar para la enmienda del problema identificado.



Dando continuidad, en el siguiente apartado se especificarán los objetivos a desarrollar, los cuales aportaran al cambio de la situación actual, a la situación esperada.

### III. Objetivos y prioridades

#### 3.1 Objetivo General

Diseñar un Proyecto de Desarrollo Institucional enfocado al diagnóstico temprano y seguimiento de ansiedad en niños de entre 6 y 12 años de edad, en las Unidades de Primer Nivel de atención de los Servicios de Salud en Nayarit.

#### 3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Definir un protocolo actualizado para el diagnóstico y atención temprana en niños con trastornos de ansiedad.
- 3.2.2 Especificar las estrategias que se implementaran mediante una matriz de marco lógico.
- 3.2.3 Describir cada una de las estrategias, sus actividades y desarrollo.
- 3.2.4 Detallar la previsión de recurso necesario para la implementación.
- 3.2.5 Definir las metas e indicadores en las unidades de primer nivel de atención.
- 3.2.6 Describir los procedimientos para el seguimiento y evaluación del protocolo.

### IV. Las estrategias

El Proyecto de Desarrollo Institucional (PDI) para el diagnóstico temprano de ansiedad en niños, es una planeación que requiere de estrategias para lograr objetivos, las cuales describen cómo alcanzarlo.

Específicamente las estrategias determinan el *curso de las acciones que la institución necesita fomentar para avanzar al logro de los objetivos.*<sup>(87)</sup> En continuidad a la metodología seleccionada, se tiene como siguiente paso la estructuración de la matriz de marco lógico, la cual influirá como una herramienta para alcanzar lo esperado mediante tácticas analizadas, básicamente consta de resumir los pasos anteriormente desarrollados a través del siguiente cuadro:

**CUADRO 4. CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO DEL PDI.**

	<b>RESUMEN NARRATIVO</b>
<b>FIN</b>	-Reducir la incidencia de ansiedad y comorbilidades relacionadas, que requieran de servicios de atención en salud de mayor nivel.

<b>PROPÓSITO</b>	<p><b>P1.</b> Contribuir al diagnóstico temprano de ansiedad en edad infantil.</p> <p><b>P2.</b> Disminuir la incidencia de ansiedad.</p>
<b>COMPONENTES</b>	<p><b>C1.</b> Brindar atención primaria de la salud mental sobre ansiedad infantil en las unidades de primer nivel.</p> <p><b>C2.</b> Capacitar y ejecutar en el protocolo de diagnóstico y seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil.</p>
<b>ACCIONES</b>	<p><b>A1.</b> Capacitar a personal no especializado en salud mental, incluidos miembros claves de la comunidad, específicamente en el tema de trastorno de ansiedad infantil.</p> <p><b>A2.</b> Presentar instrumentos, programas y guías sobre ansiedad infantil.</p> <p><b>A3</b> Realizar actividades de promoción y prevención sobre la ansiedad infantil y sus consecuencias, dentro y fuera de las unidades del primer nivel de atención.</p> <p><b>A4.</b> Efectuar campañas de tamiz de ansiedad en niños.</p> <p><b>A5.</b> Presentar y habilitar al personal de salud en la guía MhGAP 2.0, acondicionada y desarrollada al trastorno de ansiedad.</p> <p><b>A6.</b> Capacitar en un programa de apoyo grupal para el seguimiento de ansiedad.</p>

La matriz del marco lógico esclarece ser conformada por distintas partes, que al conjugarlas y accionarlas llegarán al fin deseado.<sup>(85)</sup> La literatura puntualiza una secuencia durante el proceso, es decir, que la aplicación de las acciones son cruciales para el alcance de los componentes, pues llevarán a cabo el cumplimiento del propósito y por ende el del fin. En este caso el de disminuir la incidencia de ansiedad, en dualidad a complicaciones o agravamientos en edades futuras, que tengan por raíz a dicho trastorno mental.

**CUADRO 5. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO del PDI**

	OBJETIVO	INDICADORES	FORMULA DE CALCULO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Contribuirá a reducir la incidencia de ansiedad, además de las complicaciones que tengan como raíz a este trastorno mental.	-Difícil de medir a mediano plazo	Comparativa de incidencia del escenario actual, al futuro.	-Registro de incidencia en los SSN	- Se realiza consecuentemente, APS en Salud Mental, mediante el diagnóstico oportuno, promoción y prevención en los SSN.
<b>PROPOSITO</b>	Fomentar el diagnóstico temprano de ansiedad en edad infantil.	Promedio de indicadores de los componentes y actividades, del PDI.	Suma de los porcentajes obtenidos en el seguimiento y Evaluación.	Supervisión y auditorias por parte del M.S.P delegado del proyecto	Se ejecutó el PDI, en los Centros de Salud de los SSN.
<b>COMPONENTES</b>	<b>C1.</b> Brindar atención primaria de la salud mental sobre ansiedad infantil en las unidades de primer nivel. <b>C2.</b>	<b>-Porcentaje de indicadores cumplidos durante las auditorias en las actividades 1 y 2.</b> <b>- Porcentaje de indicadores cumplidos durante las</b>	<b>- Promedio de lo obtenido en el seguimiento y evaluación. de cada actividad implementadas.</b>	<b>Supervisión y auditorias por parte del M.S.P delegado del proyecto</b>	<b>Ejecución eficiente del PDI para el diagnóstico y seguimiento de ansiedad en etapa infantil.</b>

	<p>Capacitar y ejecutar en el protocolo de diagnóstico y seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil.</p>	<p>auditorias en las actividades 3 y 4.</p>			
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--	--	--

Al analizar la estructura de la matriz del marco lógico comparada con la modalidad escogida, es decir el PDI, se percataron homogeneidades dentro su estructuración. Por lo que el cuadro anterior se presenta como síntesis de los siguientes apartados del proyecto.

En continuidad, es importante recalcar que las estrategias descritas son los componentes y actividades del matriz marco lógico.

#### 4.1 Descripción de las estrategias

Se planea realizar el diseño de un proyecto delimitado a infantes de entre 6 y 12 años, este intervalo de edad es denominado como “etapa escolar”. Las intervenciones propuestas fueron diseñadas para niños que tienen un proceso cognitivo más desarrollado y con límite a la etapa adolescente. El mismo, será dividido en las siguientes líneas estratégicas: *el brindado de atención primaria de la salud mental en ansiedad infantil en las unidades de primer nivel, además de la capacitación y la ejecución del protocolo diagnóstico y de seguimiento sobre el trastorno de ansiedad en etapa infantil.*

Las actividades específicas de las estrategias serán efectuadas por el personal que labora en las Unidades de Primer Nivel de Atención, denominadas también

Centros de Salud por los SSN, y serán las siguientes: *capacitación del personal no especializado; promoción y prevención del diagnóstico oportuno de ansiedad, campañas de tamiz en edad infantil, intervenciones oportunas con base del mhGAP 2.0 e intervenciones psicosociales en grupo.*

La capacitación del recurso humano para implementación del proyecto será realizada por un Maestrante en Salud Pública, el cual tendrá el conocimiento del proyecto de desarrollo institucional y de dichas estrategias, teniendo una duración total de seis meses. En el ANEXO II se explica cada una de las especificaciones en tiempo.

Cabe destacar las propuestas están realizadas bajo fundamento científico, posturas de organizaciones mundiales en el tema y expertos en el área. A continuación se presenta las especificaciones de cada una de las estrategias.

#### **4.1.1 Estrategia 1: Atención Primaria de la Salud Mental en ansiedad infantil dentro las Unidades de Primer Nivel.**

La Atención Primaria de la Salud busca dar *asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad*,<sup>(88)</sup> en el proyecto de salud mental se buscará ofrecerlo a través de los Centros de Salud, en donde sean partícipes tanto el personal de salud y miembros de la comunidad. La promoción y prevención en ansiedad infantil son esenciales para un diagnóstico oportuno, por ello, como inicio de este proyecto se ha planeado realizar dos actividades enfocadas a estos.

##### **4.1.1.1 Primera Actividad. Capacitación del personal no especializado en los centros de salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad.**

La promoción se planea realizar en los turnos existentes del centro de salud tanto el matutino, vespertino y fines de semana. En primera instancia se debe capacitar a los trabajadores del centro pues se planea que sean ellos mismos los que pongan en práctica la actividad promotora y diagnóstica, no obstante, es ideal que en conjunto se integren autoridades directas de los infantes, tales como padres de familia, docentes, profesores y entrenadores de la comunidad interesados.

Se realizarán capacitaciones previamente permitidas por el Departamento de Salud Mental del estado de Nayarit, con duración de un mes, fragmentadas en dos sesiones semanales de una hora, y estarán conformadas por las siguientes temáticas:

- I. Introducción de la importancia en la promoción y prevención de los trastornos mentales desde edades tempranas.
  - 1.1 Generalidades de ansiedad
- II. ¿Por qué la ansiedad?
  - 2.1 Tipos de Ansiedad más recurrentes en edades infantiles
    - a) Generalizada
    - b) Por Separación
    - c) Fobia Social
  - 2.2 Estadísticas, sintomatología e identificación.
- III. "Una visión diferente"
  - 3.1 Enfoque en la Atención Primaria a la Salud Mental en niños.
- IV. "La ansiedad y su relación con otros problemas de Salud Pública."
  - 4.1 Adicciones a sustancias nocivas para la salud
  - 4.2 Trastornos alimenticios; bulimia, anorexia, síndrome por atracón.
  - 4.3 Obesidad y Diabetes Mellitus
  - 4.4 Complicaciones cognitivas
- V. "Proyecciones a futuro sobre las necesidades de los Servicios de Salud Mental en Nayarit"
  - 5.1 El porqué de las comorbilidades.
  - 5.2 ¿Qué servicios de salud requerirá la población en su transición epidemiológica?
- VI. Presentación de prueba tamiz en ansiedad para edad infantil
  - 6.1 Contenido del tamizaje
  - 6.2 Instrumentos de tamizaje
- VII. Esclarecimiento del protocolo de atención para el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en etapa infantil.
  - 7.1 Manual MhGAP 2.0 basado en la OMS, acondicionado a ansiedad.
- VIII. Esclarecimiento del protocolo de atención para el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en etapa infantil. (II parte)
  - 8.1 Explicación e implementación del programa FRIEND's

Los temas anteriormente mostrados describen la primera parte del proyecto, en el ANEXO III se detalla su propuesta de implementación.

Si bien es cierto que el punto esencial es el desarrollo de un proyecto de diagnóstico y atención temprana de ansiedad en infantes, esta parte es sustancial pues se conoce que la promoción y educación es básica, ya que crea el conocimiento y la consciencia del problema de salud. Lo que se busca alcanzar en la implementación de esta primera estrategia, es actualizar al personal de salud no especializado, y concientizar en la capacidad de influencia que puede tener en la población general. Invitando incluso en esta actividad a personas claves de la comunidad cercanas a los infantes, tales como los padres de familia, docentes, entrenadores de deportes o actividades lúdicas.

En segunda instancia se prevé que mediante las actividades implementadas durante la capacitación, se actualice y se promocióne el tema de salud mental, específicamente ansiedad infantil, a toda la población que colinde con el centro de salud, para que no sólo sea centrado en la unidad. Se sugiere que el material didáctico sea renovado paulatinamente con información basada en evidencia científica. De inicio se utilizará la ofertada en la capacitación y preparación del personal de salud y los integrados, algunos ejemplos de lo que se planea efectuar se encuentran en el ANEXO IV.

Se cree necesaria la integración de equipos multidisciplinarios, por ello en el cronograma de capacitación se considera durante el proceso a otras áreas como la administrativa, trabajo social y enfermería, además de la influencia implícita de apoyo educación por parte de quien labora en el centro (sea quien fuere), además de partícipes activos de la comunidad. Todo ello con la finalidad de mejorar el seguimiento y cuando sean necesarias las referencias y canalizaciones a los especialistas; médicos especialistas o psicólogos.

#### **4.1.1.2 Segunda Actividad. Campañas de Tamiz en edad infantil.**

Se propone realizar campañas de tamiz en edad infantil dentro de las unidades de primer nivel y sus alrededores, por lo menos una semana cada seis meses, a través de la promoción e invitación a padres de familia sobre la importancia de

ejecución del tamizaje, enfatizando en los beneficios e impactos de diagnóstico oportuno, en esta actividad se pretende seguir incluyendo a personas claves de la comunidad para su implementación.

El tamiz de salud mental en etapa infantil fue promovido inicialmente en México por Javier Caraveo, especialista que dio pie al análisis de la relación de estudios psicopatológicos con el desarrollo de problemas y trastornos durante la infancia persistente en edades adultas, los cuales también se han asociado a otros trastornos psiquiátricos.<sup>(89)</sup> El mismo autor realizó una propuesta de tamizaje diseñado para población mexicana nombrada Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), este tiene el objetivo de ser aplicada en estudios epidemiológicos, sin embargo dentro de las consideraciones se menciona ser también una herramienta útil tanto en servicios de atención primaria y de especialistas, instrumento adecuado a los objetivos previamente establecidos en el proyecto.

Es importante recalcar que la propuesta de esta estrategia no sólo predice el diagnóstico, sino que da inicio a la continuidad del tratamiento y seguimiento que se busca dar en los centros de salud.

El tamiz tiene la finalidad de conseguir información que posibilite alguna de las características del tipo de trastorno manifestado por el infante. Una investigación avala que es necesario evaluar las reacciones de la ansiedad las cuales básicamente tienen tres dimensiones; *la cognitiva, fisiológica y conductual, además de otros parámetros como la intensidad, duración y frecuencia.*<sup>(90)</sup> Estos datos podrían ser suficientes para una subsecuente derivación de seguimiento en el protocolo de atención y tratamiento debido. Por ello se ve acertada la implementación de este instrumento, el cual permite al personal de salud *identificar tempranamente las manifestaciones de una posible condición de riesgo en la salud mental de los niños.*<sup>(89)</sup>

Con anterioridad se citó a la implementación conveniente del CBTD en población mexicana, sin embargo, se debe aclarar que toma en cuenta ocho cúmulos de las

enfermedades mayormente identificadas y no sólo es centrado en ansiedad, por lo cual solamente se precisará en las características del trastorno central para la aplicación del tamizaje en combinación con la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS), la cual tiene evidencia científica de confiabilidad en su aplicación y además ha sido traducida al español.<sup>(91,92)</sup>

Para la aplicación del tamizaje es importante la comodidad, confort y confianza del niño, donde sin duda alguna será necesario el permiso y acompañamiento del padre o tutor. Se propone realizar inspección y preguntas previas para la identificación del instrumento apto para el caso, estos se dividirán en dos partes realizadas con apoyo del personal sanitario.

Es importante recalcar que el CBTD será considerado como la parte inicial del diagnóstico de tamizaje, la cual deberá de ser contestada con ayuda del padre o tutor. Los *instrumentos A* constan de dos cuestionarios; uno para ansiedad generalizada y otro para trastornos de ansiedad por inhibición, éste último puede aplicarse para trastornos *por separación o ansiedad social*. Cada uno constituye de entre cinco o diez reactivos con respuesta dicotómica si/no, además de síntomas claves para la ayuda del personal que este aplicando el tamiz en la identificación del tipo de ansiedad. Se puntualiza que el menor debe de presentar dos o más reactivos con respuesta "si" para su posterior canalización, en el instrumento estos reactivos o preguntas son nombrados como *síntomas adicionales* (ANEXO V; instrumentos A).

Los siguientes cuestionarios deben ser aplicados al infante como lo recomienda la escala Spence (SCAS). Esta segunda parte del tamizaje consta de 3 distintos instrumentos uno para cada tipo de ansiedad estudiada (por separación, social o generalizada), todos están formulados por seis preguntas con respuestas dicotómicas de *sí o no* (ANEXO V; instrumentos B). Al igual que el anterior debe de presentar al menos dos respuestas de "si" para su posterior canalización, además de su corroboración con el instrumento A previamente aplicado. Preferentemente deben de realizarse ambos A y B para una mayor certeza en el tamizaje, además de la aserción doble del tipo de ansiedad sospechada. Los

tamizajes serán implementados por el personal de salud previamente capacitado, posterior se derivará para una continuidad de intervención o exclusión en su caso.

## **Estrategia 2: Capacitar y ejecutar en el protocolo diagnóstico y de seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil.**

### **4.1.2.1 Tercera Actividad. Protocolo de atención: Intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0**

La primera actividad de la segunda estrategia, presenta la aplicación de un modelo completo que explica *acciones de evaluación, manejo y seguimiento de enfermedades mentales*,<sup>(93)</sup> fue publicada por la OMS en conjunto con OPS nombrada "*Guía de intervención mhGAP versión 2.0*", una gran cualidad es que la puede aplicar personal de salud sin ser especialista, además esta guía posee un capítulo específico para niños y adolescentes.

La intención del PDI es dirigida a niños en etapa infantil escolar la cual oscila de entre los 6 y 12 años de edad, la guía mhGAP trabaja con especificaciones a este grupo, solo que lo diferencia con el nombre de mediana infancia. El trastorno de ansiedad está en la clasificación de *trastornos emocionales* y se encuentra entre las principales causas de carga de salud mental en edades tempranas.<sup>(93)</sup> Las adaptaciones presentadas se realizaron con la finalidad de enfocarse al trastorno central, dejando en claro que los pasos desarrollados tienen como base a la guía mhGAP 2.0.

#### **- Primer paso: Evaluación**

De inicio es importante evaluar y descartar si existe algún problema de desarrollo en el infante, se puede efectuar mediante la diferenciación de características de trastornos emocionales. En apoyo a esta noción, se presenta a continuación una tabla con algunas particularidades entre los trastornos del desarrollo y trastornos emocionales.

## **CUADRO 6. DIFERENCIAS ENTRE TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y TRASTORNOS EMOCIONALES**

Mediana Infancia	Trastornos del desarrollo	Trastornos emocionales
6-12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retraso en aprender a leer y escribir</li> <li>➤ Retraso en el autocuidado (por ejemplo, vestirse y bañarse solo, cepillarse los dientes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Síntomas físicos recurrentes e idiopáticos (por ejemplo, dolor de estómago, cefalea, náuseas)</li> <li>➤ Renuencia o negativa a ir a la escuela</li> <li>➤ Timidez extrema o cambios en el funcionamiento (por ejemplo, volver a orinarse o defecarse encima o chuparse el pulgar)</li> </ul>

Con base al MhGAP 2.0 <sup>(93)</sup>

Después de descartar alguna presencia de trastornos de desarrollo, y en caso de un necesario seguimiento, prosigue evaluar si hay en existencia trastornos emocionales en el infante, y en específico ansiedad.

En éste paso pueden corroborarse datos de los instrumentos previamente realizados en el tamiz, y en caso de ser necesario tomarlo como guía para una evaluación más profunda en el infante o simplemente reafirmar el diagnóstico. Dentro del manual mhGAP se recomienda preguntar directamente al niño lo siguiente:

- ¿Es a menudo irritable, se molesta fácilmente, está deprimido o triste?
- ¿Ha perdido el interés o el placer en las actividades?
- ¿Tiene muchas preocupaciones o a menudo parece preocupado?
- ¿Tiene muchos temores o se asusta fácilmente?
- ¿A menudo se queja de cefalea, dolor de estómago o enfermedad?
- ¿A menudo se ve infeliz, deprimido o lloroso?
- ¿Evita o le disgustan mucho ciertas situaciones (por ejemplo, la separación de sus cuidadores, conocer a otras personas, o estar en espacios cerrados)?<sup>(93)</sup>

Posterior a ello es necesario seguir considerando si existen dificultades en el funcionamiento diario dentro el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de algún otro tipo que esté afectando emocionalmente al niño. En conjunto es importante descartar si la situación en el comportamiento, ha sido aguda (en un lapso relativamente corto) o crónica (mayor a meses). Así se aprenderá a diferenciar si la situación está siendo un *problema emocional* o un *trastorno emocional* cuando hay mayor recurrencia y repercusiones.

Ya que se empieza a diagnosticar el trastorno emocional, en este caso el ansiedad, es necesario *descartar afecciones físicas que puedan asemejarse a los trastornos emocionales o exacerbarlos.*<sup>(93)</sup> En apoyo se puede profundizar mediante la indagación de signos o síntomas que sugieran presencia de los siguientes ejemplos:

- ✓ Enfermedades tiroideas
- ✓ Enfermedades infecciosas, incluida la infección por el VIH/SIDA
- ✓ Anemia
- ✓ Obesidad
- ✓ Desnutrición
- ✓ Asma
- ✓ Efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, de corticosteroides o medicamentos inhalados contra el asma)

Si es así debe de sugerirse un seguimiento para tratar la *enfermedad física*, en caso de ser necesario ofertar y derivar el apoyo psicológico diferente al proyecto de ansiedad en infantes.

En contraparte si no se ha hecho presente alguna sospecha de las patologías anteriormente mencionadas, es necesario indagar y *evaluar* el entorno doméstico y escolar, en apoyo se pueden utilizar las siguientes consideraciones

1. Entorno doméstico

*Algún factor estresante grave reciente o en curso (por ejemplo, la enfermedad o la muerte de un familiar, condiciones de vida y circunstancias económicas difíciles o si es víctima de acoso o agresiones).*

## 2. Entorno escolar

*¿Es incapaz de participar y aprender? ¿No quiere o se rehúsa asistir a la escuela?*

Claro que se pueden añadir algunas por el profesional tratante con la condición de que sean en la misma línea.

Aunado a ello la guía mhGAP 2.0 menciona que es necesario tomar en cuenta algunas especificaciones y manifestaciones, sobre temores y ansiedades recurrentes en niños de mediana infancia como por ejemplo: *temor a monstruos, fantasmas, gérmenes, desastres naturales, enfermedades físicas y lesiones graves. Además de ansiedad acerca de la escuela o de actuar ante otras personas.*

Si todas las descripciones se hacen presentes se considera la presencia de trastorno de ansiedad sea por separación, generalizado o fobia social, esto se especificará con la preparación previa del personal sanitario para así dar continuidad con el segundo paso (*el manejo*).

Lo anteriormente descrito se encuentra en un diagrama de flujo en este mismo documento (ANEXO VI), el cual facilita la aplicación de evaluación con mayor practicidad dentro del campo por parte del personal de salud.

### - **Segundo paso: Manejo**

El siguiente recuadro tiene información de las acciones a proceder después de haber realizado el diagnóstico de ansiedad, las consideraciones han sido avaladas por el *Mental Health Gap Action Programme*<sup>(93)</sup> y se han acondicionado al trastorno de ansiedad y también al contexto de los centros de salud. El protocolo se estableció en las siguientes siete consideraciones:

## **CUADRO 7. PROTOCOLO DE ANSIEDAD PARA LOS CENTROS DE SALUD EN LOS SSN**

## Protocolo de manejo para Ansiedad

- **NO considere recetar un tratamiento Farmacológico como tratamiento de primera línea.**
- **NO recete un tratamiento farmacológico a niños menores de 12 años.**
- **Brinde orientación sobre el bienestar del niño a su padre o tutor**
- **Proporcione psicoeducación a la persona y sus Cuidadores. (Considere ofrecer formación en habilidades para padres, cuando sea factible.)**
- **Considere la derivación a otro servicio para la Intervención conductual o la terapia interpersonal, continuada en referencia a psicólogos.**
- **Asegure el seguimiento apropiado con sesiones una vez al mes o más frecuentes, de ser necesario.**

Elaboración propia y acondicionada, basada en el MhGAP 2.0 (93)

### - **Tercer paso: Seguimiento**

El mhGAP es dirigido al personal perteneciente a primeros niveles de atención, por ello propone un tercer paso enfocado en el seguimiento del paciente. El propuesto consta de tres acciones; *la evaluación para determinar si hay mejoría, en segunda instancia las evaluaciones de rutina, y cuando sea necesario concluir con la monitorización del tratamiento farmacológico.* El instrumento de seguimiento es muy práctico, pues especifica paso a paso las acciones a realizar, el diagrama se encuentra en el ANEXO VII de este mismo documento.

Es una alternativa viable que el personal no especializado sea competente para poder llevar a cabo el seguimiento de primera instancia. De hecho este es una de las propuestas y beneficios del proyecto. Sin embargo, no se debe de minimizar la canalización a especialistas; psicólogos o psiquiatras especializados en cuanto sean percatadas complicaciones o involuciones.

#### 4.1.2.2 Cuarta Actividad. Protocolo de atención: Intervenciones psicosociales en grupo.

El proyecto plantea considerar un complemento durante la intervención, el cual ha tenido reconocimiento de eficacia durante la prevención y el tratamiento de trastornos emocionales, considerando entre ellos a la ansiedad. Estos son enfocados en procedimientos *cognitivos conductuales grupales*, pues son útiles durante su implementación dado que influyen ampliamente a la reducción de sintomatologías de ansiedad.<sup>(94,95)</sup>

Con base a ello, en esta segunda parte del protocolo de atención se ha decidido describir algunas estrategias de intervención psicosocial, ejecutadas mediante el seguimiento de intervenciones grupales con la finalidad de contribuir a la mejoría y apoyo de niños diagnosticados con trastornos de ansiedad.

La terapia cognitivo conductual *permite examinar patrones confusos y distorsionados de pensar en el niño, influyendo así en su actuar y en el manejo de ansiedad.*<sup>(96)</sup> Esta terapia básicamente consta de tres componentes; el principal *la reestructuración cognitiva*, esta tiene la finalidad de debatir los pensamientos negativos y modificarlos por más positivo a través de la educación, identificación de factores que generan el evento y el conocimiento de formas de verbalización para la confrontación de momentos críticos de ansiedad. El segundo elemento es *hacer frente a situaciones que generen ansiedad*, para aprender a identificar los factores que generan los síntomas de menos a más y así aprender a exponerse a ellos de forma gradual. Y el último elemento que debe tener es el *entrenamiento en técnicas de relajación.*<sup>(90)</sup> Básicamente la terapia cognitiva conductual debe de poseer estas características para las intervención psicosocial planeada.

En este sentido ya existen diversos programas que han trabajado con esta tipología, algunos autores mencionan que la implementación de esta con participación de familiares aumentan la eficacia,<sup>(90)</sup> por ello se consideraron algunas opciones que poseyeran la combinación de dichas características.

En la búsqueda de un protocolo de intervención con las particularidades descritas se encontraron algunos, como por ejemplo; intervenciones en adolescentes con

fobia social, intervención psico-educativa y tratamiento para bullying y sus efectos, además de una llamado Copping Cat, este último dio base a la estructuración del programa FRIEND's nacido en Australia y basado en evidencia científica de eficacia en ansiedad en niños desde hace algunos años. Tiene componentes cognitivos conductuales y ha sido reconocido por buenos sus resultados en su implementación. Éste tiene el objetivo de que el niño *identifique y comprenda los síntomas de la ansiedad, las respuestas fisiológicas, las ideas distorsionadas o pensamientos obstructivos sustentadores de estados ansiosos*, trabajando en conjunto con familiares.<sup>(97)</sup>

Entre las cualidades del programa cognitivo-conductual de FRIEND's, es que posee de distintas versiones, entre ellas una específica para etapa escolar, es decir en niños entre 6 y 12 años. Sus referencias encuadran a básicamente 12 sesiones donde las dos últimas son reforzadoras, también se tienen dos opciones de empleo, la primera consta de refuerzo familiar es decir de acompañamiento de los padres de familia, la cual se empleara en el proyecto, haciéndolos parte de las sesiones. Para finalizar y dar a conocer la estructuración del programa es importante mencionar las técnicas empleadas, en el programa son *psico-educación, ejercicios de relajación, exposición, entrenamiento en habilidad de resolución de problemas y entrenamiento y ejercicios de apoyo social de reestructuración cognitiva*.<sup>(90)</sup>

El responsable e impartidor del programa FRIEND's en la unidad, será designado por el Director(a) Delegado(a) del centro de salud, y deberá de contar con las siguientes características:

- Ser Médico o Enfermero, de preferencia con formación en la línea de Salud Mental (especialidad, maestría o diplomado).  
*Nota:* El seleccionado debe tener noción del tipo de atención grupal, sino se cuenta con el perfil, se puede delegar a otro profesional.
- Tener facilidad para dirigirse con las personas, y crear vínculos de comunicación y confianza.
- Afinidad a la atención con niños.

- Ser un agente de cambio e iniciativa.
- Disposición a la innovación en la atención.

Posterior a la elección, el Maestro(a) en Salud Pública encargado de capacitar al personal sobre el "Proyecto de Desarrollo Institucional", también instruirá al delegado del programa FRIEND's. El adiestramiento tendrá duración de una semana de 5 días hábiles, el primer día se verán las generalidades del programa FRIEND's; tales como los antecedentes y el contenido en general. Y así el segundo se entregará y presentará el plan de trabajo sobre las 10 o 12 sesiones. Posterior a ello, los tres días restantes se explicarán los objetivos, metas y actividades de cada una de las sesiones en orden consecuente.

Es importante recalcar al encargado de FRIEND's, que el proyecto será empleado esencialmente en las primeras 10 sesiones, si es necesario se reforzará con las dos extras. Todas tendrán una duración aproximada de entre 40 y 60 minutos con un máximo de 15 niños por grupo y un acompañante, el cual puede ser el padre o tutor.

En las primeras cuatro sesiones se buscará presentarse, tener apertura a identificar la ansiedad, a la educación emocional, también las manifestaciones clínicas y verbalizaciones negativas que acrecientan la ansiedad, para así buscar formas para contrarrestar y controlar los eventos. Dando continuidad a las siguientes sesiones se trabajará en el aporte de habilidades, contribuciones y reconocimientos para solucionar los distintos problemas que aparezcan, además de ejercicios sobre la importancia de implementarlos en su vida personal y su entorno, dichas estrategias serán compartidas mediante experiencias y situaciones propias.

El tratamiento grupal tendrá duración de un mes y medio, con un total de entre 10 y 12 sesiones (dependiente el caso), se propone que se realicen 2 sesiones por semanas. Las especificaciones de empleo se encuentran en el anexo proporcionado, donde también se hallará la descripción de cada una de las

sesiones con algunas adaptaciones, además de sus objetivos, metas y actividades correspondientes. (ANEXO VIII).

La implementación de esta última parte del proyecto con orientación del programa FRIEND's, será realizado dentro del centro de salud por el personal designado a él. No se ha identificado una diferenciación en la aplicación de este tratamiento por prototipo de ansiedad, por lo tanto esta propuesta puede ser utilizada en los tipos de ansiedad mayormente incidentes en niños; *ansiedad por separación, fobia social y ansiedad generalizada*.

Todas las estrategias son parte del PDI, por lo tanto deben aplicarse gradualmente en un lapso aproximado de seis meses. Estas son un conjunto organizado de actividades, pues para implementar un proyecto es necesario la integración de procesos expresados en estrategias relacionadas y coordinadas entre sí,<sup>(87)</sup> para poder alcanzar así el objetivo, en este caso, el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en niños de Tepic, en las unidades de primer nivel de los SSN.

## V. Previsión de recurso

Se ha hablado de la escasa agenda financiera para los Servicios de Salud Mental en el país y en el estado, sin embargo, para la realización del proyecto es evidentemente necesario el recurso humano, material y financiero. Cabe destacar, que gran porcentaje de lo que se requerirá es ya existente, principalmente los establecimientos, pues el proyecto será implementado en los Centros de Salud. Además de que quién lo emplee será personal de salud previamente capacitado, contribuyente del mismo centro.

No obstante, el recurso financiero para gastos del material de promoción, diseño, impresión e instrumentos de aplicación serán bajados del recurso designado para el Departamento de Salud Mental, por ello se gestionará y justificará el recurso mediante acercamientos, la demostración de la pertinencia y defensa del proyecto de Desarrollo Institucional en las unidades de primer nivel de atención en Tepic de los Servicios de Salud en Nayarit.

### CUADRO(S) 8. DESCRIPCIÓN DEL RECURSO HUMANO, TANGIBLE E INTANGIBLE, NECESARIO PARA EL DESARROLLO DEL PDI.

#### Recurso Humano necesario por Centro de Salud

PERSONAL DE SALUD	CANTIDAD
Medicina	1
Enfermería	3
Trabajo Social	2
*Voluntarios de la Comunidad	3

#### A. Recursos tangibles por Centro de Salud

##### B.1 Existentes

FÍSICO	CANTIDAD
Consultorio	1
Escritorio	1

Silla	4
Computadora	1

## B.2 Materiales que necesitan ser financiados en pesos mexicanos.

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO
<b>Impresiones:</b>		Total: \$1,000
-Instrumentos de tamiz	250	
-Guías mhGAP	250	
-Lonas	5	
-Historietas	300	
-Folletos	300	
-Infografías	100	
Hojas blancas	500	\$80.00
Libretas	2	\$30.00 c/u
Plumas, lápices	25/25	\$75.00
Reglas, tijeras	6/6	\$50.00
Papel mache/china, letras, fomi.	El necesario	\$300.00
Pegamentos/Silicón	6/6	\$80.00
Stand	1	\$500.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$2,225.00</b>

## B. Recursos Intangibles

Autorización del Proyecto

Tecnología

Apertura

Disposición y facilitación de trabajo con Infantes

## VI. Metas e indicadores

Ya se ha hecho mención de las distintas repercusiones que pueden tener los problemas de salud mental en etapas infantiles, en específico, se ha notificado que de estos casos el 10% entre niños y jóvenes tienen impactos hasta la edad adulta,<sup>(98)</sup> trayendo consigo complicaciones y agravamientos, por ello la meta principal es la disminución de impacto negativos en edades mayores además de la aparición de otras comorbilidades. Medirlo a corto plazo es imposible en relación a la temporalidad requerida, por ello se establecerán algunas opciones de metas que han sido fructíferas en otras investigaciones o programas, en combinación con las propias líneas establecidas.

Las metas son la expresión cuantitativa de los objetivos, es decir describen la realización de un objetivo en cierto tiempo, pero además expresa puntualmente los compromisos que la institución realizará.<sup>(87)</sup> Dentro de este proyecto las metas serán medidas durante los seis meses de implementación, el cronograma de actividades y su ejecución se encuentran en el ANEXO II, se hace mención pues particularmente se planea describir y medir las metas por actividad de cada estrategia.

La meta general es intervenir por lo menos 500 niños en todo el proyecto, de donde entre 20 y 25 niños serán la meta por Centro de Salud. No se está buscando que muchos niños padezcan de ansiedad sino que se lleven a cabo las acciones de promoción, prevención y diagnóstico. Además cada una de las estrategias será monitorizada con parámetros (indicadores), los cuales permitirán medir el grado de avance del proyecto.<sup>(87)</sup> Dichos indicadores toman como base algunas generalidades de programas empleados como el Observatorio Nacional de Salud Mental (ONMS)<sup>(99)</sup> de Colombia y por supuesto la medición de las metas propias.

Se planea que las metas e indicadores descritos, sean implementados por centro de salud, que ponga en práctica el PDI.

## 6.1 Descripción de las metas e indicadores.

### 6.1.1 Medición de la Primera Actividad. “Capacitación del personal no especializado en los Centros de Salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad”

- **Meta:** “Capacitar a profesionales de salud no especializados, en conjunto promover y difundir actividades que lleven conocimiento a la población en general sobre la importancia del diagnóstico oportuno de ansiedad en niños de entre 6 y 12 años de edad”.
- **Indicadores**
  - a) Realizar el taller de formación y actualización de ansiedad en infantes, en los profesionales interesados o designados a laborar en el proyecto. *Mínimo en el 60% del personal.*
  - b) Integrar a por lo menos 3 miembros de la comunidad a la capacitación y actividades de prevención y promoción. Bien pueden ser padres de familia, líderes escolares de zona o urbanos, entre otros.
  - c) Crear material informativo sobre la *ansiedad infantil mensualmente* y realizar promoción en el Centro de Salud y sus alrededores.
  - d) Efectuar apoyo educación sobre la *ansiedad infantil* en el *90% de* pacientes asistentes al centro.
  - e) Elaborar material y actividades sobre la importancia de detección oportuna de ansiedad, por lo *menos una vez a la semana en grupo infantil.*

### 6.1.2 Medición de la Segunda Actividad. “Campañas de Tamiz en edad Infantil”

- **Meta:** “Detectar a los niños que padezcan alguno de los tipos de trastorno de ansiedad descritos, para así poder brindar un tratamiento y seguimiento oportuno, y con ello evitar en mayor medida secuelas en edades próximas”
- **Indicadores**
  - a) Realización por lo menos *dos campañas de tamiz* antes de la evaluación final a los seis meses.
  - b) Porcentaje de población intervenida entre los 25 niños propuestos como meta en el proyecto por Centro de Salud.

- c) Realización del 100% del cronograma de actividades a realizar durante la campaña.
- d) Existencia del 95% de los registros de tamizajes (encuestas) empleados.
- e) Porcentaje de prevalencia de seguimiento entre todos los intervenidos durante la campaña.
- f) Porcentaje de derivaciones entre todos los intervenidos durante la campaña

#### 6.1.3 Medición de la Tercera Actividad. “Protocolo de atención: Intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0”

- **Meta:** “Identificar con mayor certeza el tipo de trastorno de ansiedad presentado en por lo menos 10 niños en un lapso de seis meses. El cual busque dar un seguimiento pertinente, donde si es necesario un tratamiento específico se derive al personal especializado”
- **Indicadores**
  - 1) Realizar el pre-registro del 100% de los *intervenidos*. Contendrá: datos personales, origen de procedencia, tipo de ansiedad evaluada, tipo de seguimiento o derivación.
  - 2) Listado del 100% de los *intervenidos* sobre su procedencia; sea por actividades de promoción o campañas de tamiz.
  - 3) Listado del 100 % de los *intervenidos* sobre la derivación o seguimiento de su tratamiento.
  - 4) Brindar oportunidad en la asignación de cita de medicina especializada: Psicología o Psiquiatría, cuando sea necesario.

#### 6.1.4 Medición de la Cuarta Actividad. “Protocolo de atención: Intervenciones psicosociales en grupo”.

- **Meta:** “Construcción de por lo menos dos grupos en un lapso de seis meses, los cuales apoyen al tratamiento de ansiedad mediante intervenciones psicosociales en grupo con terapia cognitiva conductual, capaz de aportar al manejo y mejoría del trastorno en el niño”

➤ **Indicadores**

- a) Realización del *100% de registro* de los pacientes que ingresan al grupo. Se acordará un nombre entre los participantes para registrar al grupo.
- b) *Calendario de todas las sesiones* por tema, día y horario de la reunión.
- c) *50% de evidencia* sobre material realizados en las sesiones por parte de los participantes.
- d) *90% de evidencias* fotográficas/videos de las sesiones realizadas
- e) *90%* de la bitácora de evolución durante el tratamiento por paciente.
- f) *50%* de evidencias sobre experiencias propias de los pacientes, en relación a su tratamiento grupal.

Las anteriores metas e indicadores están sujetas a cambios y reestructuraciones. Se planea evaluar cada una de las actividades implementadas para conocer la productividad y alcance de las metas descritas en seis meses, desde el inicio del proyecto hasta su culminación, pues uno de los planes a largo plazo es aplicar un diseño específico para otras enfermedades mentales.

Sin quitar la mirada del objetivo central a ansiedad, es importante reconocer que cada una de las estrategias y sus metas son parte substancial para la implementación del proyecto que considera a la promoción y la prevención para la plenitud del objetivo central; el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en niños de Nayarit.

## **VII. Seguimiento y evaluación**

La finalidad del PDI sobre diagnóstico temprano de ansiedad en niños busca aportar a la disminución de problemas sobre salud mental en edades adultas, sin duda alguna, la medición de este indicador se da en un lapso mayor. Pero esto no quiere decir que no se lleve una continuidad en los indicadores menores, los cuales aportarán al alcance de este objetivo, para ello no es suficiente la estructuración de objetivos generales y específicos, estrategias, metas e indicadores si no se tiene un seguimiento. La labor *de un seguimiento aporta a*

*hacer efectiva la responsabilidad en el uso de los recursos destinados al plan de desarrollo.*<sup>(87)</sup> Los cuales son varios comprometidos, al ser realizados en uno de los centros de atención ambulatorio de salud mental en el estado.

Básicamente, el seguimiento supervisa sistemáticamente los procesos para poder revisar y también valorar de qué manera se está implementando un proyecto, algunos expertos mencionan que el seguimiento, influye también a corregir lo que no está siendo empleado de manera correcta. Sin duda alguna, debe ser ejercida por la gerencia estatal, en este caso el Departamento de Salud Mental de Nayarit (ANEXO I). Éste último delegará a un Maestro(a) en Salud Pública para realizar el seguimiento y evaluación, puede ser el mismo que realizó la capacitación al personal del Centro de Salud.

Es ideal que el/la MSP ejerza ambas acciones; la de capacitación, seguimiento y evaluación, pero además permanezca externo durante la aplicación de las líneas estratégicas del proyecto, pero sujeto a las siguientes premisas:

- Las visitas de seguimiento serán mensuales, es decir durante la implementación del proyecto con duración de seis meses se realizará un mínimo de seis visitas de seguimiento y evaluación concluida con la evaluación final.
- El seguimiento y evaluación se ejecutará por actividad propuesta las cuales conforman a las estrategias, y será de la siguiente manera:

## **7.1 Estrategia 1: Atención Primaria de la Salud Mental en ansiedad infantil dentro las Unidades de Primer Nivel.**

### **7.1.1 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Capacitación del personal no especializado en los centros de salud: prevención y promoción del diagnóstico oportuno de ansiedad”.**

Esta primera actividad da inicio a la implementación del proyecto, su aplicación se debe realizar en dos partes; el primer mes se capacita al personal, pero la evaluación y seguimiento en las acciones concretas de promoción deben permanecer en los meses restantes. En apoyo se utilizará los siguientes indicadores:

➤ <b>Seguimiento de los indicadores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Se realizó el taller de formación y actualización de los profesionales interesados o designados a laborar en el proyecto? <sup>(100)</sup> <b>Mínimo el 80% del personal</b>		
2. ¿Se integró a por lo menos 3 personas claves de la comunidad (padres de familia, profesores, entrenadores)?		
3. ¿Se ejecutó la difusión con material informativo? <b>Mínimo el 80% en Centro de Salud y alrededores</b>		
4. ¿Se realizó la orientación sobre la ansiedad a la población asistente al centro y sus alrededores?		
5. ¿Se actualizó el material de promoción y prevención sobre los tipos de ansiedad, por parte del personal <b>por lo menos mensualmente?</b>		
6. ¿Se elaboró el material sobre la importancia de detección oportuna de ansiedad en grupo infantil?		

➤ **Apoyo de evaluación:**

Se notificará la asistencia y participación a la capacitación del proyecto, descrito en la estrategia 1 de este mismo documento. Avalado mediante el desempeño mínimo del 80% de los indicadores con el cumplimiento y presentación de las:

- Listas de asistencia
- Realización de material de promoción
- Evidencia de los sitios de expendio del material informativo
- Evidencia de los espacios de colocación de carteles de prevención
- Las evidencias pueden ser fotografías, videos o audios.

El proceso de seguimiento conjuga a la evaluación, ésta básicamente se trata de analizar *si el diseño, objetivos y resultados del plan fueron adecuados.*<sup>(87)</sup> Por lo que los productos encomendados en cada una de las estrategias se sumarán a la evaluación final.

### 7.1.2 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Campañas de tamiz en edad infantil”.

En la propuesta del proyecto se plantea la realización mínima de dos campañas dentro de los seis meses de implementación. Se planea que durante la primera campaña se dé seguimiento y evaluación para la mejoría de las posteriores.

➤ <b>Seguimiento de los indicadores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Realización de por lo menos dos campañas de tamiz antes de la evaluación de los seis meses.		
2. ¿Hay evidencia descrita del cronograma de actividades a realizar en la campaña?		
3. ¿Existe evidencia de las actividades (fotografías, material) incluido el stand de la campaña?		
4. ¿Hay en existencia el registro de los tamizajes (encuestas) aplicadas?		
5. ¿Hay registro de la lista sobre acciones de seguimiento o derivación de los pacientes?		

#### ➤ **Apoyo de evaluación:**

Se notificará la realización de las campañas de tamiz y de cada uno de los indicadores descritos por lo menos en un 95% de cumplimiento. Además de los siguientes requerimientos:

- Evidencia de las fechas cuando se realizó la campaña
- Copias de la descripción de actividades de la campaña
- Fotografías o videos del brindado de la promoción y prevención primaria durante la campaña
- Muestreo del registro de los tamizajes e instrumentos aplicados

- Copias de las acciones de seguimiento o derivación por paciente

## 7.2 Estrategia 2: Capacitar y ejecutar en el protocolo diagnóstico y de seguimiento del trastorno de ansiedad en etapa infantil.

### 7.2.1 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Protocolo de atención: intervención oportuna en niños con trastorno de ansiedad basado en el mhGAP versión 2.0”.

El inicio de la actividad tres se implementará en la segunda parte del semestre, es decir en el cuarto mes. Su seguimiento y evaluación será apoyado con:

➤ Seguimiento de los Indicadores	Si	No
1. ¿Se realizó el registro de pre-expediente que contengan; datos personales, origen de procedencia, ¿cómo se enteró del proyecto?, tipo de ansiedad evaluada, tipo de seguimiento o derivación?		
2. ¿Existe la identificación de procedencia de los intervenidos: sea por actividades de promoción o campañas de tamiz?		
3. ¿Existe evidencia del registro de seguimiento o derivación?		

#### ➤ Apoyo de evaluación:

Se deberán realizar por lo menos el 100% de los siguientes cotejos:

- Notificación y copias de cada una de las partes realizadas del protocolo a través de su registro, se requerirá uno para cada cual; evaluación, manejo y seguimiento o derivaciones del tratamiento
- Listados de procedencia
- Evidencias fotográficas de la prevención secundaria que se está realizando
- Existencia del pre-expediente

7.2.2 Seguimiento y evaluación de la actividad. “Protocolo de atención: intervenciones psicosociales en grupo”.

➤ Seguimiento de Indicadores	Si	No
1. ¿Se realizó el registro de pacientes y nombramiento de cada grupo?		
2. ¿Hay registro de los días de reunión y horario?		
3. ¿Existe evidencia del material realizado en las sesiones por parte de los participantes?		
4. ¿Hay evidencias fotografías o videos de mínimamente 10 sesiones realizadas?		
5. ¿Se realizó la nota de evolución personal durante el tratamiento por paciente?		
6. ¿Existe alguna evidencia de experiencias propias de los pacientes sobre dicho tratamiento?		

➤ Apoyo de evaluación:

Como se puntualizó la implementación de esta actividad tiene como base el programa FRIENDS, por ello se deben de presentar mínimamente 95% de evidencias de *cualquier tipo* (Material realizado, evidencia de actividades, etc) por parte de los pacientes (niños/padre), sobre todas las sesiones. En apoyo se pedirán los siguientes productos:

- Evidencias de sesiones
- Copias de los registros; de los pacientes, del grupo, de días y horarios de reunión
- Entrega de la evidencia realizada por parte del paciente sobre su experiencia y progreso durante el tratamiento.

## VII. Referencias bibliográficas

1. González De Rivera JL. Evolución histórica de la Psiquiatría [Internet]. Vol. 19, Psiquis. 1998 [citado el 29 de junio de 2019]. Disponible en: [http://www.psicoter.es/\\_arts/98\\_A155\\_02.pdf](http://www.psicoter.es/_arts/98_A155_02.pdf)
2. Ríos Molina A. Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso Del Manicomio la castañeda, 1910. Antípoda Revista. Antropológica y Arqueológica. 2018;(6):73–90.
3. Millán R. El Tratamiento de los Trastornos Mentales a través de la Historia [Internet]. ActivaMent Catalunya Associacion. 2015 [citado el 29 de junio de 2019]. p. 2. Disponible en: <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.NHw32prX.dpbs>
4. Chaney S, Walke J. Life and luxury in Monks Orchard: from Bethlem Hotel to community care, 1930–2000. 2015 [citado el 24 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/>
5. Knapp M. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. 1ra. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Madrid España: Observatorio Europeo de Políticas Sanitarias; 2007. 26,27,50.
6. Esneda Martínez G. Atención primaria de salud: valoración del estado de salud. 1°. Organización Panamericana de la salud, editor. Washington, D.C: OPS; 1990. 466 p.
7. Secretaria de Salud de México. Programa de Acción en Salud Mental. Gobierno de México [Internet]. 2014;1–186. Disponible en: [file:///C:/Users/Gen/Downloads/SALUD MENTAL. PROGRAMADEACCION.PDF](file:///C:/Users/Gen/Downloads/SALUD%20MENTAL.PROGRAMADEACCION.PDF).%5Cn[http://salud.edomex.gob.mx/html/descarga.php?archivo=Medica/SALUD MENTAL. PROGRAMA DE ACCION.PDF](http://salud.edomex.gob.mx/html/descarga.php?archivo=Medica/SALUD%20MENTAL.PROGRAMA%20DE%20ACCION.PDF)
8. Gallardo M. Manual de recursos sobre la salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS. [Internet]. Ginebra, Suiza.; 2006 [citado el 29 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. WHO. Washington D.C: World Health Organization; 2014 [citado el 25 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
10. Organización Mundial de Salud. Generalidades: Salud mental [Internet]. OMS. 2019 [citado el 2 de marzo de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
11. Organización Mundial de la Salud. | 10 datos sobre la salud mental [Internet]. 2015 [citado el 27 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index7.html](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index7.html)

12. Murray C, Lozano R. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;0(2197):197–223.
13. Fagundes Júnior HM, Desviat M, Silva PRF. Reforma Psiquiátrica Rio de Janeiro: Situación actual y perspectivas futuras. *Cien Saude Colet* [Internet]. mayo de 2016 [citado el 27 de junio de 2019];21(5):1449–60. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501449&lng=pt&tlng=pt)
14. Centers for Disease Control and Prevention. Datos y estadísticas sobre Salud Mental infantil | CDC [Internet]. CDC. 2019 [citado el 2 de marzo de 2020]. p. 3–4. Disponible en: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
15. National Institute of Mental Health. NIMH. Los niños y la salud mental [Internet]. 2018 [citado el 2 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-ninos-y-la-salud-mental/index.shtml>
16. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Evaluación del Sistema Mental en México. 2011;1(43546–3214):54. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1)
17. Ochoaño Perales G, Cancio Peris SP. Actuañización de la ansiedad de la edad pediátrica. Vol 1, *Pediatría*. Hospital Universitario y Politécnico. Madrid, España.; 2017.
18. Martinelli K, Cohen Y, Kimball H, Miller C. Understanding Anxiety in Children and Teens [Internet]. Estados Unidos; 2018 [citado el 22 de Febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.infocoonline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
19. Centers for Disease Control and Prevention. Data and Statistics on Children's Mental Health [Internet]. CDC. 2021 [citado el 22 de Febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
20. Organización Panamericana de Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington, DC; 2018 [citado el 2 de marzo de 2020]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
21. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamerica de Salud. Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela; 1990.
22. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamerica de Salud. Principios de Brasilia. Brasilia.; 2005.
23. Global Anti-Stigma Alliance. Time To Change [Internet]. 2019 [citado el 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.time-to-change.org.uk/>
24. Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper [Internet]. 2017 [citado el 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/>
25. Servicio Andaluz de Salud. III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 [Internet]. 2016 [citado el 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>
26. Escotto Morett J, Ángeles Llerenas A, Domínguez Esponda R, Márquez

- Caraveo ME. Procesos de atención a menores de 20 años en La Castañeda: Evolución del concepto de infancia en psiquiatría. *Salud Publica Mex.* 2017;59(4):468–76.
27. Secretaria de Salud. Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria médico-Psiquiátrica [Internet]. Norma Oficial Mexicana, NOM--025--SSA2--2014 Secretaria de Salud; 2014 p. 1. Disponible en:  
[http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11\\_C/salud3a11\\_C.htm](http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.htm)
  28. Hernández Paz MT, De la Torre Herrera JN, Espinosa Gómez MD. El concepto de salud mental desde la visión del estado mexicano. *Universidad de Guadalajara [internet]*. Abril de 2016 [citado el 24 de Febrero de 2021];1–5. Disponible en:  
[https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/37/37\\_HdzPaz.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/37/37_HdzPaz.pdf)
  29. Treserra Torres J. VII Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicosocial “Espacios de Inclusión: Atención Residencial e Inserción Laboral en Personas con Trastornos Mentales Graves”. En: *Informaciones psiquiátricas*. 1a ed. Hermanas Hospitalarias; 2018. p. 79–80.
  30. Centro de Investigación Económica y presupuestaria. Judith Senyacen Méndez Méndez. Gasto en salud mental [Internet]. CIEP. 2017 [citado el 27 de junio de 2019]. p. 1. Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-mental/>
  31. Sectorial De Salud. Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018 [Internet]. México; 2013 [citado el 1 de julio de 2019]. p. 86. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
  32. Díaz Castro L, Arredondo A, Pelcastre Villafuerte BE, Hufty M. Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gac Sanit [Internet]*. el 1 de julio de 2017 [citado el 5 de marzo de 2020];31(4):305–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116301947>
  33. Gorn SB, Solano NS, Icaza ME, Basauri VA, Reyes JG. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* abril de 2013;33(4):252–8.
  34. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra, Suiza.; 2018 [citado el 27 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disord>
  35. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en la Región de las Américas [Internet]. OMS-AIAM. Washington, D.C.; 2013 [citado el 27 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es)
  36. Madrigal de León EÁ. Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Ment.* julio de 2016;(ISSN: 0185-3325):235–7.
  37. Backhauss Duhne M. *Salud Mental en México*. INCyTU. 2018;6.
  38. Sadock K. *Psiquiatría Infantil*. En: James Ensor V, editor. *Sinopsis de Psiquiatría*. 11a ed. Barcelona, España: Ilustración cubierta; 2015. p. 2726–30.
  39. Arenas DJ, Thomas A, Wang JC, DeLisser HM. Una revisión sistemática y un metaanálisis de la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño en adultos estadounidenses con inseguridad alimentaria. *Revista de Medicina Interna*

- General [Internet]. el 1 de diciembre de 2019 [citado el 19 de octubre de 2020];34(12):2874–82. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05202-4>
40. Sakamoto K, Yamamoto S, Egi Y, Miyazaki K, Oishi K. Disfunción de la memoria y comportamiento similar a la ansiedad en un modelo de ratón. Trastornos crónicos. *Biochem Biophys Res Commun*. 20 de agosto de 2020;529(2):175–9
  41. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Bann CM, et al. Trastorno por atracón en adultos. *Revista Medicina Interna [Internet]*. 20 de septiembre de 2016 [citado el 19 de octubre de 2020];165(6):409. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M15-2455>
  42. Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimagen en la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón: una revisión sistemática [Internet]. Vol. 6, *Revista Eating Disorders*. Centra Bio Medic .; 2018 [citado el 19 de octubre de 2020]. p. 1–24. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s40337-018-0187-1>
  43. Madrigal de León EÁ. Informe de autoevaluación del director general del 1 de enero al 31 de diciembre del 2018 [internet]. Cdmx; 2018 [citado el 24 de Febrero de 2021]. Disponible en: [http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/INFO\\_AUTOEVALUACION\\_IN\\_PSIQ\\_2018.pdf](http://inprf.gob.mx/transparencia/archivos/pdfs/INFO_AUTOEVALUACION_IN_PSIQ_2018.pdf)
  44. Roque Hernández M, López Rojas V, Cobos González SA, Tirado Lara PJ. Identificación temprana de ansiedad infantil en escolares de bajos recursos en México. En: Núñez Pérez JC, Molero Jurado M del M, Gázquez Linares JJ, editores. *Atención a las necesidades comunitarias para la Salud [Internet]*. SCINFOPER. SCINFOPER; 2017 [citado el 24 de Febrero de 2021]. p. 79–87. Disponible en: [https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO\\_atencion-a-las-necesidades.pdf#page=79](https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO_atencion-a-las-necesidades.pdf#page=79)
  45. Caraveo Anduaga JJ, Martínez Velez NA. Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Publica Mex*. 2019;61:514–23.
  46. Diccionario de la lengua española . Definición de Ansiedad [Internet]. RAE. [citado el 18 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ansiedad>
  47. Barrera Gómez NA, Liseth J, Meneses R. Revisión literaria del trastorno de ansiedad un abordaje desde los enfoques de la psicología. [Internet]. Colombia; 2020 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16713/3/2020\\_trastorno\\_ansiedad.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16713/3/2020_trastorno_ansiedad.pdf)
  48. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 5a ed. Burg Translations I., editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Chicago (EEUU): American Psychiatric Publishing; 2014. 17–49 p.
  49. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. OMS. 2020 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>
  50. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología. 2014;32:65–74.
  51. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, Keeley JW, Elena Medina Mora M, Gureje O,

- et al. El estudio de campo del desarrollo de la CIE-11 sobre la confiabilidad de los diagnósticos de trastornos mentales de alta carga: resultados entre pacientes adultos en entornos de salud mental de 13 países. *World Psychiatry*. el 1 de junio de 2018;17(2):174–86.
52. Marie Knaul F, González Pier E, Gómez Dantés O, García Junco D, Arreola Ornelas H, Barraza Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Glob Heal Sci*. 2012;380(1):1259–79.
  53. De Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones DSM-5 y CIE-11. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. el 1 de octubre de 2014;7(4):179–85.
  54. Valle R. Esquizofrenia en CIE-11: Comparación CIE-11 y DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. el 1 de abril de 2020;13(2):95–104.
  55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de Salud Pública. Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2018 [Internet]. Cuernavaca, Morelos; 2018 [citado el 2 de abril de 2020]. Disponible en: [www.inegi.org](http://www.inegi.org)
  56. Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De La Peña F, Berenzon S, Del Bosque J, et al. Guía clínica para la atención de trastorno de ansiedad en niños. México; 2010 abril.
  57. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Número de habitantes en Nayarit. [Internet]. 2015 [citado el 29 de junio de 2019]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nay/poblacion/>
  58. Rodríguez C. Buscan construir hospital de salud mental en nayarit. *Periodico, Vida Pública*, *Vida Pública* [Internet]. 2018 [citado el 29 de junio de 2019];1. Disponible en: <http://vidapublicanay.com/buscan-construir-hospital-de-salud-mental-en-nayarit>
  59. Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit. LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE NAYARIT. 1994.
  60. LaYuntaTepic. Cuenta Nayarit con mejor ley para atender la Salud mental [Internet]. 2018 [citado el 24 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.layuntadetepic.com/2019/09/cuenta-nayarit-con-mejor-ley-para-atend/>
  61. Congreso del Estado. Decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la ley de salud para el estado de nayarit, en materia de salud mental. Tepic, Nayarit; 2019 p. 1–7.
  62. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental. IESM-OMS. Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México. México; 2011.
  63. Lozano R, Gómez DH, Garrido Latorre F, Jiménez Corona A, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México.
  64. Gomez Ayala AE. Salud Física y Salud Mental, un binomio indisoluble. *Farma Abierta* [Internet]. Enero de 2017 [citado el 5 de mayo de 2020];21:53–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13108595>
  65. Zamorano A, Muñoz M, Ausín B, Pérez E. Relación entre la Salud Mental y el Nivel de Funcionamiento de las Personas Mayores de 65 Años de la

- Comunidad de Madrid. Clínica y Salud [Internet]. abril de 2019 [citado el 5 de mayo de 2020];30(2):63–71. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/clysa2019a8>
66. Varela JA, Leticia DN, Melgoza F, Aristides L, Bautista B, Lizbeth M, et al. Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México
  67. Shamah T, Campos I, Cuevas L, Hernández L, Morales M, Rivera J, et al. Sobrepeso y obesidad en población mexicana en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k . Salud Pública [Internet]. 2019 [citado el 20 de abril de 2020];61. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10585>
  68. Gutiérrez P, Heredia I, Hernández I, Pelcastre B, et al. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Salud Pública [Internet]. el 3 de abril de 2019 [citado el 20 de abril de 2020];61. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10561>
  69. Center W. Financiamiento de un Sistema Unico de Salud. Reflexiones y propuestas para la planeación de Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México; 2019.
  70. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Presupuesto para prevención y control de enfermedades [Internet]. CIEP. 2019 [citado el 3 de mayo de 2020]. p. 1–6. Disponible en: <https://ciep.mx/presupuesto-para-prevencion-y-control-de-enfermedades/>
  71. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Terapias psicologicas para el tratamiento de trastornos mentales en países de ingresos bajos y medianos afectados por crisis humanitarias: revisión sistematica. Base de datos Cochrane [Internet]. 5 de julio de 2018 [citado el 26 de mayo de 2019];(7). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
  72. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. México; 2014. p. 33
  73. Secretaria de Salud; Servicios de Nayarit. Organigrama [Internet]. Tepic, Nayarit; 2017 [citado el 30 de junio de 2019]. Disponible en: <http://ssn.gob.mx/pdf/Organigrama2017.pdf>
  74. Alduenda Robles ÁM. Caracterización de las unidades de Salud Mental en los Servicios de Salud de Nayarit. Universidad Autónoma de Nayarit; 2020.
  75. Organo del Gobierno del Estado de Nayarit. Reglamento Interior de los Servicios de Salud en Nayarit. XIX Nayarit, México: CAPITULO XIX; 2017 p. 50–60.
  76. Servicios de Salud de Nayarit, SSN. Manual de procedimientos del Departamento de Salud Mental. Tepic; 2013. Reporte No. 4.
  77. Dirección de planeación. Manual General de Organización. [Internet]. Tepic, Nayarit.; 2014 [citado el 1 de julio de 2019]. Disponible en: <https://transparencia.nayarit.gob.mx/resources/uploads/ssn/pdfs/manual.pdf>
  78. Servicios de Salud de Nayarit. SSN. UNIDADES Y HOSPITALES DE DIRECCIÓN HOSPITALARIA [Internet]. Tepic; 2020 [citado el 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ssn.gob.mx/Portal/UNIDADES-y-HOSPITALES.pdf>
  79. CESAME Tepic. Misión y Visión. Tepic, Nayarit; 2002.
  80. CESAME Tepic. SUIVE 2019. Tepic, Nayarit; 2019.

81. Secretaria de Salud Nayarit. Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017 [Internet]. Tepic, Nayarit.; 2011 [citado el 29 de junio de 2019]. Disponible en: [http://www.ssn.gob.mx/evaluacion\\_desempeno\\_FASSA2014/41](http://www.ssn.gob.mx/evaluacion_desempeno_FASSA2014/41). Programa Estrategico Institucional/1 Programa Integral de Salud 2011-2017.pdf
82. Servicios de Salud de Nayarit. SSN. Cuadro: Recurso Humano en Salud de los SSN. 2020
83. Congreso del Estado de Nayarit. Informe individual definitivo servicios de salud de nayarit cuenta pública 2017 [Internet]. Tepic; 2017 [citado el 6 de marzo de 2020]. Disponible en: [www.asen.gob.mx](http://www.asen.gob.mx)
84. Cotonieto ME. Aspectos generales en el diseño de políticas y programas de salud pública. Educación y Salud Boletín Científico. Instituto Ciencias la Salud Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. 5 de diciembre de 2019;8(15):141–3
85. Ortegón E, Pacheco JF, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. CEPAL. [Internet]. Nueva York; 2015 abr [citado el 26 de octubre de 2020]. Disponible en: [www.cepal.org/es/suscripciones](http://www.cepal.org/es/suscripciones)
86. Nariño AH, Alvarez CL, Hernández AC, Narváez RP de L. Diseño de un proyecto para mejorar la gestión de la innovación y la calidad en salud. Uniandes episteme. el 1 de abril de 2019;6(2):180–93.
87. Universidad Nacional Autónoma de México. Departamento de Planeación. Guía mínima para la elaboración de planes de desarrollo institucional. México, D.F.; 2008. Report No.: 1.
88. Vargas GW. Atención primaria de salud en acción [Internet]. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2006, editor. Costa Rica: Soluciones Litográficas S.A; 2006 [citado el 20 de junio de 2019]. 232 p. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
89. Caraveo Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. Medigraphic. 2006;29:1–8.
90. González Mengíbar N, Espinosa Fernandez L. Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adoelscentes [Internet]. [Andalucía, España]: Universidad de Jaén; 2019 [citado el 7 de mayo de 2020]. Disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/9812/1/Gonzlez\\_Mengbar\\_Nuria\\_TFG\\_Psicologa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/9812/1/Gonzlez_Mengbar_Nuria_TFG_Psicologa.pdf)
91. Direktör C. Ensayo de un programa de ansiedad, basado en comportamiento cognitivo-conductual para una escuela de inmigrantes de cuarto grado. Revista Psicología. 1 de octubre de 2019;35(3):417–23.
92. Lorenz K, Hernández Guzmán F, Montesinos G, Jorge M, Villalobos A, Guajardo G. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Rev Latinoamericana Psicología [Internet]. 2010 [citado el 7 de mayo de 2020];42(1):13–24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880002>
93. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. Mental Health Gap Action Programme, Guía de intervención mhGAP. Versión 2.0. Whashington. D.C; 2017.

94. Coto Lesmes R, Fernández Rodríguez C, González Fernández S. Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática . *Ter Psicológica* [Internet]. 2020 [citado el 12 de mayo de 2020];38(0718–4808):63–84. Disponible en: <http://www.teps.cl/index.php/teps/article/view/271/321>
95. Antón Menárguez V, Jareño B, Lara Espejo I, Redondo Jiménez M, García Marín P. Efectividad de la intervención psicológica por grupos de Atención Primaria. *Revista Semergen*. 1 de marzo de 2019;45(2):86–92.
96. Martínez Ortiz AL, Fernández Aguirre CE, Navarro Machuca IG. Guía clínica. Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad [Internet]. 2010 [citado el 7 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia\\_Trastornos\\_de\\_Ansiedad.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia_Trastornos_de_Ansiedad.pdf)
97. Garcia LMR, Toni S, Batista AP, Zeggio L. Evaluación de la eficacia del programa Fun FRIEND's. *Trends Psychol*. 2019;27(4):925–41.
98. Membride H. Salud Mental: Intervención temprana y prevención en niños y jóvenes. *Br J Nurse*. 2016;25(10):552–7.
99. Observatorio Nacional de Salud Mental. Indicadores de Salud mental [Internet]. MinSalud. 2020 [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://onsaludmental.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>
100. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Finalidades de la SEAS [Internet]. SEAS. 2013 [citado el 13 de mayo de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/seas/objetivo.htm>
101. Caraveo Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda Parte. *Medigraphic*. 2007;30:2–8.



II. ANEXO II

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

"Proyecto de desarrollo institucional en salud para el diagnóstico temprano y seguimiento de ansiedad en población infantil"

Duración total: 6 meses. Lugar: Centro de Salud de los SSN

E S T R A T E G I A S		TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN	SESIONES O ACTIVIDADES	TIEMPO DE LAS SESIONES O ACTIVIDADES	¿A QUIÉN VA DIRIGIDA?
	Actividad 1.	- <i>Primera parte:</i> 1 mes capacitación al personal  - <i>Segunda parte:</i> 5 meses restantes de promoción del diagnóstico oportuno	*2 sesiones semanales	• 1 hora cada sesión	- Personal de Salud del Centro de Salud e integrantes claves de la comunidad.  - A toda la comunidad colindante al Centro de Salud.
	Actividad 2.	-1 Semana de Campaña. (Mínimamente una cada semestre, sin embargo pueden ser más)	*7 días intensos	• Variado en los tres turnos: matutino, vespertino y fines de semana.	- Población en general, aplicación específica a infantes en edad escolar de entre 6 y 12 años
	Actividad 3.	-4 meses y medio  Se planea empiece a aplicarse posterior a las dos primeras líneas estratégicas.	*Dependent es a la demanda en los 4 meses y medio	- 4 meses y medio durante los tres turnos: matutino, vespertino y fines de semana.	- Aplicación específica a infantes en edad escolar de entre 6 y 12 años
	Actividad 4.	-1 mes y medio  (La descripción es referida al tiempo de intervención en un grupo)	*10 a 12 sesiones	• 40 a 60 minutos cada una	- Aplicación específica a infantes en edad escolar de entre 6 y 12 años, más padre o tutor.

III. ANEXO III

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE ANSIEDAD EN ETAPA INFANTIL ESCOLAR PARA EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SALUD

MES DE CAP. No. De Semana	SESIÓN	PARTICIPANTES	TEMÁTICA	ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN
<b>Semana 1</b>	<u>Sesión 1</u>	Todo Personal  **Personas claves de la comunidad	I. "Introducción a la importancia de la promoción y prevención de las Enfermedades Mentales en edades tempranas" 1.1 Generalidades de ansiedad	-Realización y diseño de carteles, folletos y/o infografías. Sobre la importancia de prevenir e identificar la ansiedad en etapa infantil.
	<u>Sesión 2</u>	Enfermería y Medicina.  **Personas claves de la comunidad	II. "¿Por qué la ansiedad?" 2.1 Tipos de Ansiedad más recurrentes en edades infantiles a) Generalizada b) Por Separación c) Fobia Social 2.2. Estadísticas, sintomatología e identificación	-Realización y diseño de material ilustrativo, sobre los tipos de ansiedad y sus consecuencias.
<b>Semana 2</b>	<u>Sesión 3</u>	Todo personal  **Personas claves de la comunidad	III. "Una visión diferente" 3.1 Enfoque en la Atención Primaria a la Salud Mental en niños. 3.2 La experiencia de otros países	-Acciones de APS en Salud Mental dentro el Centro de Salud

	<u>Sesión 4</u>	Enfermería y Medicina.  **Personas claves de la comunidad	IV. "La ansiedad y su relación con otros problemas de Salud Pública." 4.1 Adicciones a sustancias nocivas para la salud 4.2 Trastornos alimenticios; bulimia, anorexia, síndrome por atracón. 4.3 Obesidad y Diabetes Mellitus 4.4. Complicaciones cognitivas	-Apoyo educación a visitantes del centro. Implementados mediante estrategias de comunicación visual, auditiva y kinestésica.
<b>Semana 3</b>	<u>Sesión 5</u>	Todo personal  **Personas claves de la comunidad	V. "Proyecciones a futuro sobre las necesidades de los Servicios de Salud Mental en Nayarit" 5.1 El porqué de las comorbilidades. 5.2 ¿Qué servicios de salud requerirá la población en su transición epidemiológica?	N/A
	<u>Sesión 6</u>	Enfermería y Medicina.  **Personas claves de la comunidad	VI. Presentación de prueba tamiz en ansiedad para edad infantil 6.1 Contenido del tamizaje 6.2 Instrumentos de tamizaje	-Semana de campaña para su aplicación
<b>Semana 4</b>	<u>Sesión 7</u>	Enfermería y Medicina	VII, Esclarecimiento del protocolo de atención para el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en etapa infantil. 7.1 Manual MhGAP 2.0 basado en la OMS, acondicionado a ansiedad.	

	<u>Sesión 8</u>	Enfermería y Medicina	VIII. Esclarecimiento del protocolo de atención para el diagnóstico y seguimiento temprano de ansiedad en etapa infantil. 8.1 Explicación e implementación del programa FRIEND's	N/A
--	-----------------	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Elaboración propia. Con base en los antecedentes, diagnósticos, evolución e información del documento

IV. ANEXO IV

MATERIAL DE APOYO PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ANSIEDAD INFANTIL.

Primera línea estratégica: Promoción de diagnóstico oportuno de ansiedad.

a) Carteles:

- Cartel 1.



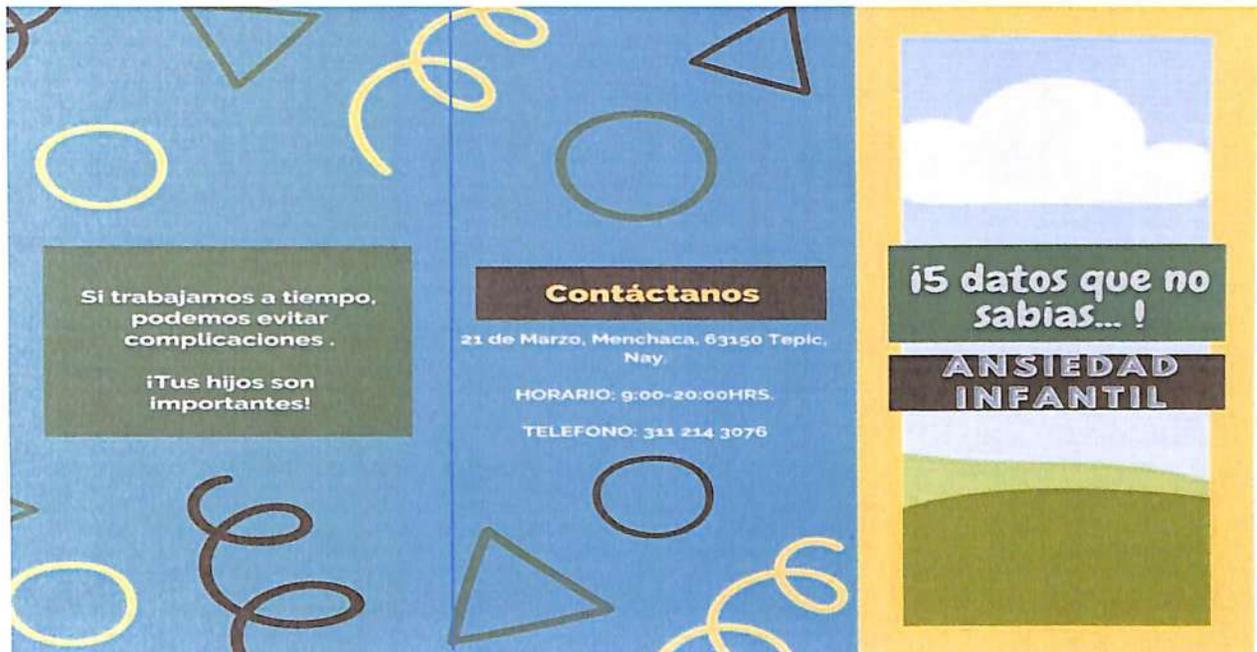
- Cartel 2.



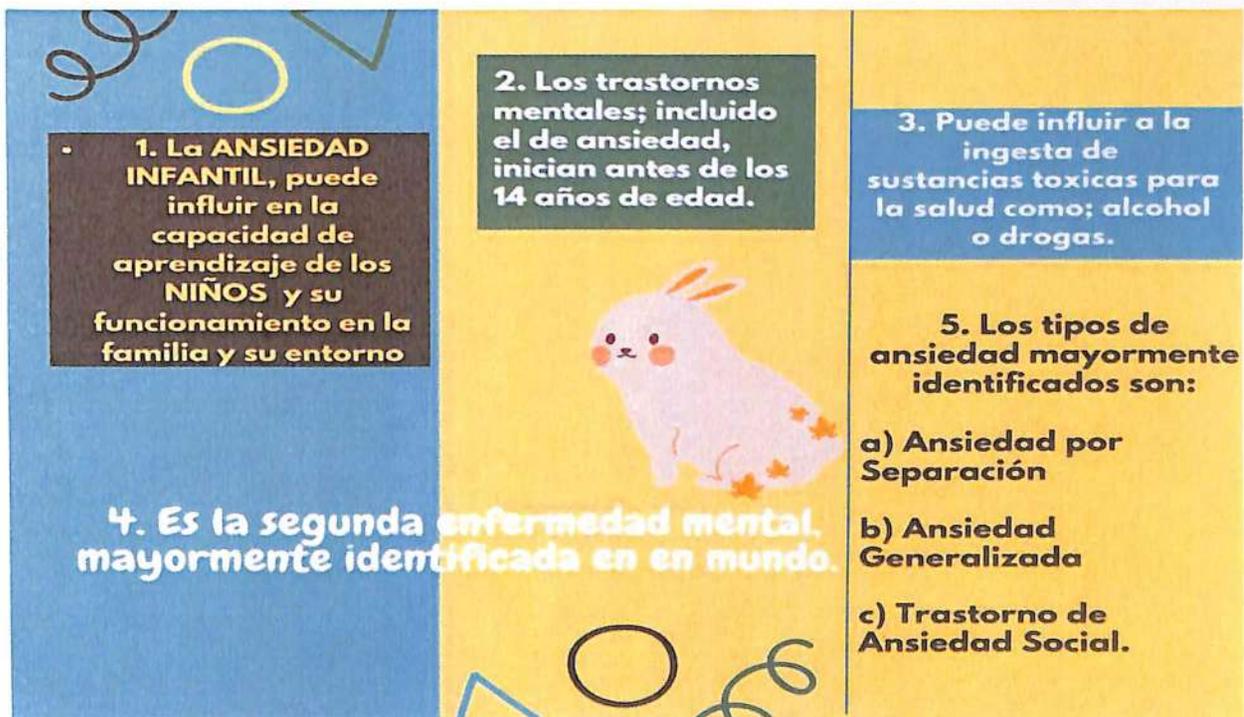
[Elaboración propia]

## b) Folletos

- Folleto 1. ¡5 Datos que no sabías! Ansiedad Infantil



Parte Frontal



Parte Interna

[Elaboración propia]

- Folleto 2. ¿Qué está pasando con el más pequeño de mi familia?

**¡Escuchar antes de tiempo, evita complicaciones!**



**CENTRO DE SALUD**  
21 de Marzo, Menchaca, 63150  
Tepic, Nay.  
HORARIO: 9:00-20:00HRS  
TELEFONO: 311-214-30-76



**¿QUÉ ESTÁ PASANDO COMO EL MÁS PEQUEÑO DE MI FAMILIA?**  
**Ansiedad Infantil**

**Parte Frontal**



**¿HAS IDENTIFICADO ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?**

- Inquietud
- Miedos excesivos
- Preocupaciones Constantes
- Trastornos de sueño
- Irritabilidad
- Dificultad para concentrarse

**PODRÍA PADECER DE ANSIEDAD...**

Cada vez es más común que los niños presenten trastornos de ansiedad. Los más frecuentes en este grupo de edad son: **por separación, generalizada y fobia social.** Estos pueden ser ocasionados por distintas circunstancias familiares, personales o escolares.

**Parte Interna**

[Elaboración propia]

c) Infografías

- Infografía 1: Síntomas de Ansiedad Infantil.



- Infografía 2: ¿Sabías qué?; "2 datos sobre ansiedad"

**2 Cosas que no conocías sobre la ansiedad**

- #1: Puede iniciar en la etapa infantil
- #2: Puede influir al uso y abuso de sustancias nocivas para la salud.

*¿Sabías qué?*

[Ilustración de un niño pensando]

[Elaboración propia]

d) Historietas impresas

Las historietas presentadas son realizadas con base al DSM-5. A continuación se muestra cada ejemplo de los tres tipos de ansiedad mayormente presentados en niños:

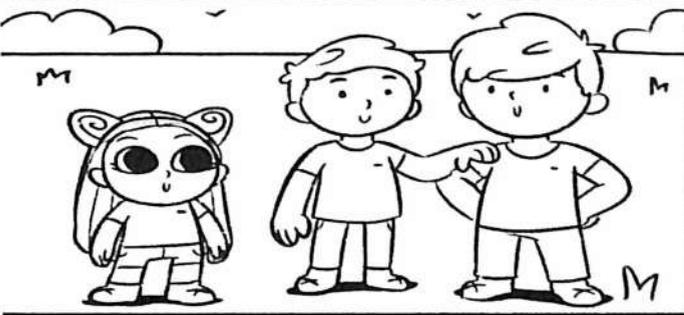
a) *Historieta 1: Trastorno de Ansiedad por Separación*

# ELSA TEMEROSA.

POR: KARLA AIRAM

Elsa era una niña hermosa con ojos grandes y relucientes, era muy amada y feliz, la más pequeña de tres hermanos.

Pero un día por diferentes circunstancias sus papás decidieron separarse.



Cuando esto pasó Elsa empezó a experimentar malestar general muy seguido. También había un miedo recurrente que le pasaría algo a los que más quería, que se fueran, se enfermaran o tuvieran un accidente, además no quería salir de casa a ningún lado, ni siquiera a la escuela o a jugar por miedo a no poder regresar.

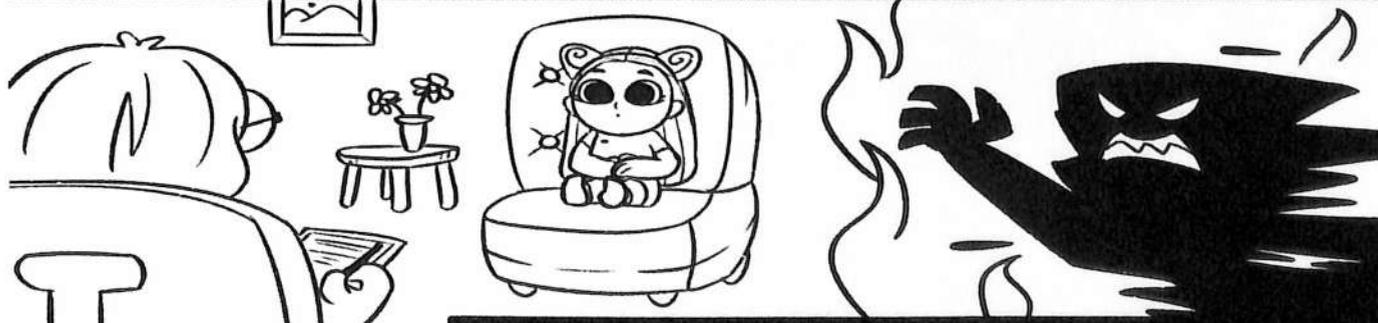


Con el tiempo empezaron ahora a aparecer dolores de cabeza, estómago y vómitos.

Papá que era con quien Elsa vivía se empezó a preocupar cada vez más y la llevó con el médico.



El diagnóstico que era ansiedad pues habían transcurrido algunas semanas desde que la pequeña presentaba los síntomas que además coincidían con las fechas de separación de los padres.



Elsa fue dirigida con un especialista y ellos la ayudaron para que los miedos empezaran a desaparecer.

b) Historieta 2: Trastorno de Ansiedad Generalizada

# ARTURO EL ANSIOSO.

POR: KARLA AIRAM

Un día se manchó de pegamento una de sus maquetas, él se empezó a preocupar mucho por ese detalle, estaba inquieto y con mucho nerviosismo, momentos después se enojó y la rompió.



Arturito era un niño sumamente aplicado y responsable en sus actividades escolares. Pero algo pasaba cuando venían las épocas de exámenes u ocurría algún incidente con sus tareas.

Su hermana mayor se dio cuenta que tenía este actuar los últimos meses desde que ocurrió un accidente con Mamá. Lo peor vendría en épocas de exámenes pues Arturo no podía dormir ni concentrarse.

Por lo que no tuvo muy buenas calificaciones. Esto fue un signo de alerta para la familia, pues el actuar no era normal.



Entonces decidieron ayudarlo y buscar a la psicóloga del colegio. Por suerte ella trabajaba con trastornos de ansiedad, y aportó a darle seguimiento y tratamiento a Arturito.



# CAYETANA LA CALLADA

POR KARLA AIRAM



La pequeña Cayetana se crió con su abuelita materna.

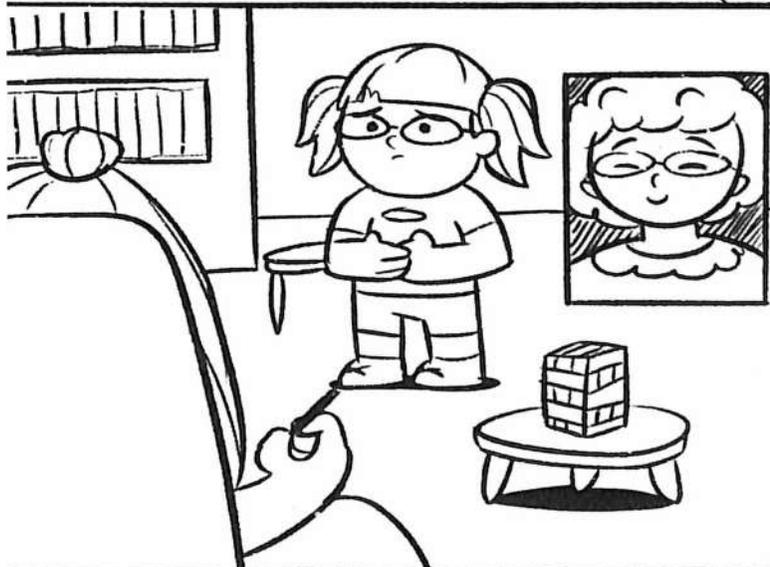
Su lejanía y timidez iba más allá pues su miedo era demostrado con llanto encogimiento corporal y enojos repentinos.



Cuando entro a la primaria su Maestra se dio cuenta que no tenia un actuar normal, pues era una niña callada y alejada de sus compañeros, tanto que ni Hola les podía decir.



Muchos de sus compañeritos fueron aconsejados por la psicóloga de la primaria, que empezó a tratar a Cayetana.



Poco a poco se fue tratando junto con su abuelita, pues se dieron cuenta que en Cayetana existía una fobia social acompañada de mucho temor por ser rechazada.

Cayetana aprendió a trabajar en su problema de salud, y constantemente asiste a terapia.



**V. ANEXO V**

**INSTRUMENTOS DE APOYO PARA TAMIZAJE.**

Segunda línea estratégica: Campañas de Tamiz en edad infantil.

- **INSTRUMENTOS A (BASADO EN EL CUESTIONARIO BREVE DE TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO)(101)**

**- INSTRUMENTO A.1 "ANSIEDAD GENERALIZADA"**

<b>A.1 Ansiedad Generalizada</b>	<i>Síntomas adicionales</i>	Si	No
<p><u>Síntoma Clave:</u> Es muy nervioso o miedoso sin haber una buena razón</p> <p>*NOTA: El menor debe presentar dos o más de los síntomas adicionales, para ser canalizado.</p>	1) No se puede estar quieto y siempre se está moviendo		
	2) Muchas veces está de mal humor		
	3) Es irritable y geniuado		
	4) Tiene problemas para dormir		
	5) Tiene pesadillas con frecuencia		

**- INSTRUMENTO A2. "TRASTORNO DE ANSIEDAD CON INHIBICIÓN"**

<b>A.2 Trastorno de Ansiedad con Inhibición</b> (Se puede aplicar en trastorno de ansiedad por separación o trastorno de ansiedad social)	<i>Síntomas adicionales</i>	Si	No
<p><u>Síntoma Clave:</u> Es demasiado dependiente o apegado a los adultos</p>	1) Dolores de cabeza frecuentes		
	2) Le da miedo ir a la escuela		
	3) Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico		

<p>*NOTA: El menor debe presentar dos o más de los síntomas adicionales, para ser canalizado.</p>	4) Tiene problemas para dormir		
	5) Tiene bajo peso porque rechaza la comida		
	6) Come demasiado y tiene sobrepeso		
	7) Se niega ir a la escuela		
	8) Es lento para aprender en comparación con otros niños		
	9) Se aísla casi y casi nunca juega con otros niños		
	10) No se puede estar quieto en su asiento y siempre se está moviendo		

➤ **INSTRUMENTOS B (BASADO EN LA ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE (SCAS)(92)**

**- INSTRUMENTO B.1 "ANSIEDAD POR SEPARACIÓN"**

<b>B.1 Ansiedad por separación</b>	<i>Preguntas</i>	Si	No
<p>*NOTA: El menor debe presentar dos o más de los síntomas adicionales, para ser canalizado.</p>	1) Me daría miedo estar sólo(a) en casa		
	2) Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres		
	3) Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia		
	4) Siento miedo si tengo que dormir solo(a)		
	5) Antes de ir a la escuela me siento nervioso (a)		
	6) Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa		

**- INSTRUMENTO B.2 "TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL"**

<b>B.2 Trastorno de ansiedad social (Fobia Social)</b>	<i>Preguntas</i>	Si	No
	1) Me da miedo presentar un examen		
	2) Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos		
	3) Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente		

*NOTA: El menor debe presentar dos o más de los síntomas adicionales, para ser canalizado.	4) Me preocupa hacer un mal trabajo en la escuela		
	5) Me preocupa lo que otras personas piensen de mi		
	6) Me da miedo tener que hablar frente a mi salón		

**- INSTRUMENTO B.3 "ANSIEDAD GENERALIZADA"**

<b>B.3 Ansiedad Generalizada</b>	<i>Preguntas</i>	Si	No
*NOTA: El menor debe presentar dos o más de los síntomas adicionales, para ser canalizado.	1) Hay cosas que me preocupan		
	2) Cuando tengo un problema siento raro en el estomago		
	3) Siento temor		
	4) Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte		
	5) Me preocupa algo malo pueda pasarme		
	6) Cuando tengo un problema me siento nervioso		

VI. ANEXO VI. DIAGRAMA DE FLUJO.

Guía para paso I: EVALUACIÓN basado en el mhGap 2.0

1

**Evalúe para detectar trastornos del desarrollo**

**Evalúe todos los indicadores del desarrollo motor, cognitivo, social, de la comunicación y de la adaptación.**

**Para los niños mayores y los adolescentes:** ¿Tienen dificultades en la escuela (en el aprendizaje, en leer y escribir), en comunicarse e interactuar con otros, en el autocuidado y las actividades domésticas diarias?

NO

SI

Continúa en el  
paso 2

**Sospecha que existe un retraso o trastorno del desarrollo**

**Hay signos/síntomas que sugieren alguna de las siguientes afecciones:**

- Carencia nutricional, incluida la carencia de yodo
- Anemia
- Desnutrición
- Enfermedad infecciosa aguda o crónica, incluidas una infección en el oído y por VIH/SIDA

NO

SI

- Derive a centro especialista del estado ( )
- Trate los trastornos usando las directrices de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)  
([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adole](http://www.who.int/maternal_child_adole))

2

**Evalúe para determinar si hay trastornos emocionales (ANSIEDAD)**

**Preguntar al niño directamente:**

- es a menudo irritable, se molesta fácilmente, está deprimido o triste;
- ha perdido el interés o el placer en las actividades;
- tiene muchas preocupaciones o a menudo parece preocupado;
- tiene muchos temores o se asusta fácilmente;
- a menudo se queja de cefalea, dolor de estómago o enfermedad;
- a menudo se ve infeliz, deprimido o lloroso; y si
- evita o le disgustan mucho ciertas situaciones (por ejemplo, la separación de sus cuidadores, conocer a otras personas, o estar en espacios cerrados).



¿Hay considerables dificultades en el funcionamiento diario en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo?



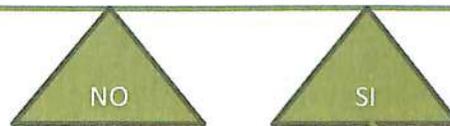
Considere que puede haber **PROBLEMAS EMOCIONALES**

Considere que puede haber **TRASTORNOS EMOCIONALES**

**Descarte afecciones físicas que puedan asemejarse o los trastornos emocionales o exacerbarlos.**

**Investigue si hay signos o síntomas que sugieran la presencia de:**

- Enfermedades tiroideas
- Enfermedades infecciosas, incluida la infección por el VIH/SIDA
- Anemia
- Obesidad
- Desnutrición
- Asma
- Efectos secundarios de medicamentos (por ejemplo, de corticosteroides o medicamentos inhalados contra el asma)



Canalice para tratar la enfermedad física



**A) EVALUE EL ENTORNO DOMESTICO**

Algún factor estresante grave reciente o en curso (por ejemplo, la enfermedad o la muerte de un familiar, condiciones de vida y Circunstancias económicas difíciles o si es víctima de acoso o Agresiones.

**B) EVALUE EL ENTORNO ESCOLAR**

¿Es incapaz de participar y aprender? ¿No quiere o se rehúsa asistir a la escuela?



**CONSIDERE PROBABLE**

SI A) = Trastorno de ansiedad por separación  
SI A) o B) = Trastorno ansiedad generalizada  
SI B) = Trastorno ansiedad social (fobia social)

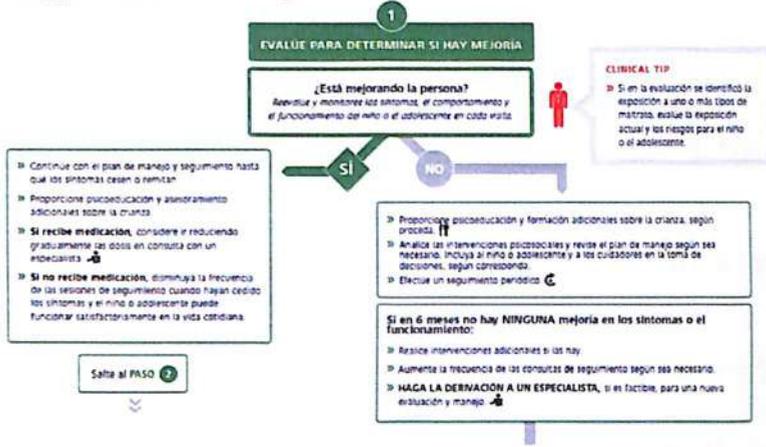


**NOTA. TEMORES Y ANSIEDADES ADECUADOS PARA LA EDAD EN NIÑOS DE MEDIANA INFANCIA**

— Temor a monstruos, fantasmas, gérmenes, desastres naturales, enfermedades físicas y lesiones graves.  
— Ansiedad acerca de la escuela o de actuar ante otras personas.

VII. ANEXO VII  
**INSTRUMENTO DEL PASO III, SEGUIMIENTO CON BASE AL MHGAP 2.0**

**MCÓN 3 » Seguimiento**



**TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

- No ha ninguna mejora, o aparecen un riesgo de recaída al pasar un período de 6 meses o más desde el diagnóstico por último.
- Señale al especialista para una nueva evaluación y asesoramiento sobre el plan de manejo.
- NO considere realizar un diagnóstico farmacológico.

**TRASTORNOS EMOCIONALES**

- No ha ninguna mejoría y se está deteriorando el funcionamiento psicosocial por al menos 6 meses.
- Señale al especialista.
- NO hacer un diagnóstico farmacológico.

**TRASTORNOS CONDUCTUALES**

- No ha ninguna mejora o se prevé un período de 6 meses de deterioro.

**CONSEJO CLÍNICO**

- Cuando la vida de un adolescente avanza entre los cuidados de su padre o cuidador durante parte de la semana de seguimiento. Agrade la naturaleza confidencial de la discusión sobre la atención de salud, entre lo que se incluye en qué circunstancias se suministrarán información a los padres o a otros adultos.

**2**  
**REALICE EVALUACIONES DE RUTINA**

**En cada visita:**

- Cuando son niños menores de 5 años, monitoree el desarrollo del niño.
- Investigue para detectar la presencia de cualquier problema o síntoma nuevo relacionado con el estado de ánimo, el comportamiento o el desarrollo y el aprendizaje. En los adolescentes, investigue si hay un empeoramiento del estado de ánimo irritado, se enoja fácilmente o se siente frustrado, deprimido o triste o la existe ideación suicida. Registre el Paso 4 de "Evaluación" para información sobre el empeoramiento del estado de ánimo. Vaya al módulo SII para los pensamientos suicidas.
- Explora y aborde los factores psicosociales estresantes en el hogar, la escuela o el entorno de trabajo, incluida la exposición a la violencia u otras formas de maltrato.
- Evalúe las oportunidades para el niño o el adolescente de participar en la vida familiar y social.
- Evalúe las necesidades de los cuidadores y el apoyo de que dispone la familia.
- Vigile la adherencia a la medicación.
- Revise el plan de manejo y monitoree la observancia de las intervenciones psicoeducativas.
- Si recibe medicación, examine la observancia, los efectos secundarios y la dosificación del tratamiento farmacológico.

**3**  
**MONITOREE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CUANDO PROCEDA**

**Seguimiento adicional si se ha prescrito fluoxetina al adolescente**

- Tome nota de los detalles de la prescripción y la administración.
- Semanalmente en el primer mes, luego cada mes: vigile si se han informado efectos secundarios y cambios en el estado de ánimo y otros síntomas.
- Consulte al especialista si detecta graves efectos secundarios de la medicación o sucesos adversos (por ejemplo, pensamientos suicidas nuevos o más graves, comportamiento suicida o de autolesión, agitación, irritabilidad, ansiedad o insomnio).
- Recomiende al adolescente que continúe la medicación aunque se sienta mejor. La medicación debe continuar durante 9 a 12 meses después de que hayan remitido los síntomas para reducir el riesgo de padecer una recaída.
- Adviértale que no debe suspender repentinamente la medicación.
- Si los síntomas han remitido durante 9 a 12 meses: Analice con el adolescente y los cuidadores los riesgos y los beneficios de disminuir la medicación. Reduzca el tratamiento gradualmente en un lapso mínimo de 4 semanas y vigile estrechamente para detectar la recurrencia de síntomas.

**Seguimiento adicional si se ha prescrito metilfenidato al niño**

- Tome nota de los detalles de la prescripción y la administración.
- Vigile la posibilidad de un uso indebido y de derivación del medicamento a otro uso.
- Cada tres meses: monitoree y registre la talla, el peso, la presión arterial, y los efectos secundarios y cambios en el comportamiento comunicados.
- Consulte al especialista si observa efectos secundarios de la medicación (por ejemplo, no tener los aumentos esperados del peso y la talla, la presión arterial más alta, agitación, ansiedad e insomnio grave).
- Después de un año de tratamiento: Consulte al especialista con respecto a la continuación de la administración de metilfenidato.

VIII. ANEXO VIII

PLAN DE TRABAJO

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN GRUPO SEGÚN EL PROGRAMA FRIEND'S PARA INFANTES EN ETAPA ESCOLAR DE ENTRE 6 Y 12 AÑOS DE EDAD.

- **Especificaciones.**
- Duración total de la intervención: 1 mes y medio
- Número de sesiones: Entre 10 o 12 sesiones con duración de 40 a 60 minutos.
- Participantes: Niños con diagnóstico de ansiedad y padre de familia o tutor.

SESIÓN	OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	TIEMPO
Primera Sesión  <i>Primer día de la primera semana.</i>	a) Realizar la presentación de los miembros del grupo	-Presentarse -Entrar en confianza	a) Realización de un gafete diseñado por ellos mismos y presentación.	15 minutos
	b) Formular una carta compromiso o alianza terapéutica donde se plasmen los compromisos de apertura, asistencia y permanencia.	-Comprometerse -Tener apertura	b) Se realizará con apoyos de temáticas (súper héroes, dibujos animados) entre los participantes.	15 minutos
	c) Dar inicio a charla mediante un guión que regirá la intervención.	-Dominio conceptual -¿Qué es la ansiedad?, recalcar que es algo normal y que todas las personas manifestamos ansiedad.	c) Aquí se empezará a charlar sobre la meta, además del compartir de experiencias propias.	30 minutos
Segunda Sesión  <i>Segundo día de la primera semana</i>	a) Comunicar sobre la educación emocional y el reconocimiento de las	-Apertura al reconocimiento de emociones -Escucha	a) Se utilizaran como apoyo historietas, dando pie a la profundización de emociones.	25 minutos

	emociones.  b) Enseñar a través de actividades participativas el vínculo que existe entre sentimientos y pensamientos.	-Comprensión -Identificar vínculos entre sentimientos y pensamientos	b) Se apoyará con columnas de las características de cada una con apoyo de un pizarrón.	20 minutos
<b>Tercera Sesión</b>  <i>Primer día de la segunda semana</i>	a) Identificar y reconocer sentimientos y manifestaciones físicas de preocupación.  b) Enseñar la importancia de instantes de tranquilidad donde pueda relajarse.  c) Realizar actividades de relajación	-Inteligencia emocional -Comprensión  -Identificación y reconocimiento propio de sentimientos y emociones en relación a la ansiedad	a) Mediante representaciones visuales (dibujos, se profundizará en ellos.  b) Enseñanzas de métodos de respiración, <i>mindfulness</i> o <i>meditación</i> .  c) Realizar actividades de relajación	20 minutos  10 minutos  15 minutos
<b>Cuarta Sesión</b>  <i>Segundo día de la segunda semana</i>	a) Identificar mediante compartimiento grupal las verbalizaciones negativas que realizan e influyen en el trastorno.	-Observación -Identificar las VN propias y modificarlas por otras más apropiadas.	▪ Será apoyada la actividad denominada <i>blanco</i> y <i>negro</i> . Básicamente trata de listados y sus comparativas. Blanco: Verbalizaciones positivas, Negro: Verbalizaciones negativas	40 minutos
<b>Quinta Sesión</b>  <i>Primer día de la tercera semana</i>	a) Determinar puntos positivos en diferentes situaciones que pueden potencializar el trastorno	-Aportar herramientas de afrontamiento	a) Se apoyará con cortometrajes  b) En apoyo técnica	20 minutos  20

	<p>b) Aminorar los pensamientos negativos que le están entorpeciendo</p> <p>c) Estudiar diferentes soluciones y estrategias de afrontamiento</p>	<p>-Comprensión</p> <p>-Observación</p>	<p>mindfullnes.</p> <p>c) Se apoyará con mapas conceptuales proyectados</p>	<p>minutos</p> <p>20 minutos</p>
<p>Sexta Sesión</p> <p><i>Segundo día de la tercera semana</i></p>	<p>a) Aprender habilidades para solucionar los distintos problemas que aparezcan. Se realizará mediante modelos de afrontamiento incitando a su implementación. El apoyo social de los padres es impredecible.</p>	<p>-Aplicar habilidades para solucionar problemáticas</p>	<p>a) <i>Face to face o confrontación.</i> Las participaciones serán actuadas, no precisamente se señalarán las acciones del niño, pero si serán tomadas como base algunas experiencias propias. Estará el capacitador como apoyo de la identificación de habilidades para solucionar las problemáticas</p>	<p>40 minutos</p>
<p>Séptima Sesión</p> <p><i>Primer día de la cuarta semana</i></p>	<p>a) Enseñar la importancia de recompensar a los niños por los logros obtenidos.</p>	<p>- Reconocimiento de esfuerzos</p> <p>-Comprensión</p>	<p>a) Los padres de familia en esta sesión llevarán algún presente significativo para entregar a los niños, sobre su avance en el curso.</p>	<p>40 minutos</p>
<p>Octava Sesión</p> <p><i>Segundo día de la cuarta semana</i></p>	<p>a) Sembrar la importancia de implementar en casa lo que se ha realizado en las sesiones, con ayuda de la participación de los padres de familia</p>	<p>-Apropiación y realización de lo aprendido</p> <p>-Análisis</p>	<p>a) En esta sesión se reflexionará sobre las distintas formas de afrontamiento que puede emplear el niño para hacer frente a las situaciones que se le presenten sean escolares o en el hogar</p>	<p>40 minutos</p>
<p>Novena Sesión</p>	<p>a) Externar y compartir la práctica de lo aprendido en el</p>	<p>-Fortalecer lo aprendido</p>	<p>a) Todos los niños en la forma que gusten presentarán en 5 minutos su</p>	<p>40 minutos</p>

<p><i>Primer día de la quinta semana</i></p>	<p>programa dentro las situaciones de vida y su experiencia.</p> <p>b) Compartir fuera del grupo la experiencia de habilidades de afrontamiento que ha aprendido en las sesiones sea con algún conocido, familiar o amigo</p>	<p>-Emplear comunicación</p>	<p>experiencia</p> <p>b) Compartir experiencia con alguien ajeno a la intervención</p>	
<p>Decima Sesión</p> <p><i>Segundo día de la quinta semana</i></p>	<p>a) Explicar las habilidades para conservar las distintas estrategias que ha aprendido en la intervención</p> <p>b) Se proporcionará información para ayudar a hacer frente a situaciones difíciles.</p>	<p>-Ampliación de lo aprendido</p> <p>-Aplicar herramientas que contrarresten el trastorno incluso fuera del tratamiento</p>	<p>a) Se utilizará como apoyo y herramienta a diapositivas.</p> <p>b) Se utilizará como herramientas diapositivas</p>	<p>20 minutos</p> <p>20 minutos</p>
<p>Onceava y Doceava Sesión</p> <p>(Si se cree necesario se implementarán estas últimas sesiones, esto dependerá de la evolución del grupo)</p>	<p>a) Sesiones de refuerzo donde se comprobará lo aprendido mediante exposición de casos.</p>	<p>-Fortalecer lo aprendido</p> <p>-Externar dudas</p>	<p>a) Compartimiento de experiencias donde se exponga el aprendizaje, barreras y dudas.</p>	<p>40 minutos</p>