

proceso
asistencial
integrado

**ansiedad, depresión,
somatizaciones**



proceso
asistencial
integrado

**ansiedad, depresión,
somatizaciones**

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO / [autoría, Díaz del Peral, Domingo (coord.) ... et al.]. --

2ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2011

159 p. ; 24 cm

1. Trastornos de ansiedad 2. Trastorno depresivo 3. Trastornos somatoformes

4. Calidad de la atención de salud 5. Andalucía I. Díaz del Peral, Domingo

II. Andalucía. Consejería de Salud

WM 170

1ª edición, 2003

2ª edición, 2011

ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIONES: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 84-8486-057-4

DEPOSITO LEGAL: SE 7978-2011

MAQUETACIÓN: Publipartners

Autoría

COORDINADOR

DÍAZ DEL PERAL, DOMINGO

Psiquiatra. Director UGC de Salud Mental. Hospital Torrecárdenas

ARAGÓN ORTEGA, JOAQUÍN

Enfermero. USMC Puerta Blanca (Málaga)

ARANDA REGULES, JOSÉ MANUEL

Médico de Familia. UGC San Andrés Torcal (Málaga)

BELLÓN SAAMEÑO, JUAN ÁNGEL

Médico de Familia. UGC El Palo (Málaga)

BORDALLO ARAGÓN, ANTONIO

Psiquiatra. USMC Málaga-Centro (Málaga)

CANTERO ORTIZ, LETICIA

Enfermera. USMC El Ejido (Almería)

CONDE GIL DE MONTES, MARÍA PAZ

Médica de Familia. Programa Salud Mental-SSAA-SAS (Sevilla)

DEL PINO LÓPEZ, RAFAEL

Psiquiatra. Director del PISMA 2008-2012. Director UGC Salud Mental. Hospital Virgen de la Victoria (Málaga)

DEL RÍO URENDA, SUSANA

Enfermera. Apoyo metodológico de La Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

DOTOR GRACIA, MARISA

Apoyo metodológico. Responsable de Calidad, Procesos y Seguridad. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

ESPINOLA GARCÍA, ESTHER

Farmacéutica de AP. Distrito Granada.

FERNÁNDEZ OROPESA, CARLOS

Farmacéutico. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. SSAA-SAS (Sevilla)

GARCÍA-CUBILLANA DE LA CRUZ, PABLO

Enfermero. Psicólogo. Programa Salud Mental-SSAA-SAS (Sevilla)

GONZÁLEZ VILLALBA, ASUNCIÓN

Psicóloga, UGC Salud Mental Hospital Virgen de La Victoria (Málaga)

GRAVÁN MORALES, MARÍA JOSÉ

Psicóloga Clínica. USMC Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)

IZQUIERDO CARRASCO, JUAN MIGUEL

Enfermero Gestor de Casos. UGC. Alhaurín El Grande (Málaga)

PARRA PARRA, ANA

Trabajadora social. USMC Roquetas de Mar (Almería)

RAS LUNA, JAVIER

Médico de Familia. Técnico Asesor Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla

SANZ AMORES, REYES

Medica de Familia. Coordinadora metodológica. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla

Conflicto de interés

Los autores declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Colaboradores:

Pedro Angona del Río (SAS)

Pilar Brea Rivero (ACSA)

Ana Carlos Gil (AETSA)

José María García Herrera Pérez Bryan (SAS)

Evelyn Huizing (Programa Salud Mental-SSAA-SAS)

Rosa Jimenez García-Bóveda (SAS)

Esther Martín Lopez (AETSA)

Teresa Molina López (SAS)

Matilde Rojo Villalba (Programa Salud Mental-SSAA-SAS)

Revisión Externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Sociedades Científicas: AAN, SAP, ASANEC, SAMFyC

Presentación

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen ciudadanas, ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones en salud hasta lograr un grado de homogeneidad óptimo.

Se trata pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los y las profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en la persona, paciente, usuario/a, ciudadano/a y su entorno familiar y social.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de los problemas de salud definidos y ello conlleva el reanálisis de todas las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), se convierten en elementos esenciales.

Cada una de las publicaciones que se presentan recogen el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial las y los profesionales que prestan la asistencia, por analizar como se están realizando las cosas, y sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que se está desarrollando e implantando de forma progresiva, y que es sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Carmen Cortes Martínez

Directora General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

Índice

1	Introducción	→13
2	Definición	→17
3	Expectativas	→19
4	Descripción general del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Ansiedad, depresión, somatizaciones (ADS)	→21
5	Componentes: Profesionales, actividades, características de calidad	→23
6	Competencias del Equipo de profesionales en el PAI-ADS	→69
7	Recursos y Unidades de soporte específicos	→77
8	Representación gráfica del PAI-ADS:	→79
	8.1 Representación global	→80
	8.2 Representación específica	→81
9	Indicadores	→83
10	ANEXOS	→ 89
	Anexo 1: Hoja de ruta del paciente	→ 91
	Anexo 2: Categorías y criterios diagnósticos CIE-10 relacionados con el PAI-ADS	→ 93
	Anexo 3: Espacio de colaboración	→ 113
	Anexo 4: Prevención de suicidio	→ 117
	Anexo 5: Escalas para el diagnóstico PAI-ADS	→ 127
	Anexo 6: Cuidados de Enfermería	→ 143
	Anexo 7: Herramientas relacionadas con el PAI-ADS	→ 147
11	Acrónimos	→ 149
12	Bibliografía	→ 153



Introducción

La propuesta de la Consejería de Salud, hace ya diez años, de dar prioridad a la descripción del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (PAI-ADS) supuso una importante innovación en el modelo de servicios para la atención a estos problemas de salud desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Todos los indicadores nacionales e internacionales apuntaban a que la atención de esta demanda en Atención Primaria (AP), con una prevalencia de trastornos mentales en torno al 30%^{1,2} de la población, era compleja y que la racionalización de las vías clínicas existentes o un simple aumento de los recursos humanos en cualquier nivel no lo resolvería. Estaba en cuestión el modelo de servicios y su vinculación con otros recursos de contención del sufrimiento mental.

El modelo propuesto en 2001 planteó una premisa fundamental: la colaboración entre Atención Primaria (AP) y los servicios de Salud Mental (SM) diferenciando los espacios de trabajo de cada ámbito con criterios consensuados de transferencia de casos, además de contemplar un espacio real de trabajo común (consultas conjuntas en el Centro de Salud, protocolos comunes, vías de comunicación, responsables del proceso en cada institución, formación conjunta...).

La revisión de la primera edición del PAI-ADS pretende ser un instrumento de trabajo que pueda enriquecerse en su aplicación con las aportaciones de todos los profesionales comprometidos con la mejora continua de la atención a la salud mental de la población. Se apoya en los resultados de la puesta en marcha del modelo de cooperación que se ha llevado a cabo durante estos 10 años, en toda la geografía andaluza, y pretende clarificar los recorridos de los pacientes en todas las modalidades

del servicio prestado. También ha sido una preocupación permanente incluir las últimas evidencias de la práctica clínica profesional, incorporando las recomendaciones de la Guía NICE 2011 de Ansiedad, Guía NICE 2009 de Depresión (edición actualizada) y Guía NICE 2011 de Trastornos mentales comunes, reconociendo que hay importantes campos en los que seguir avanzando.

El espacio de colaboración se constituye en elemento nuclear de este PAI-ADS, ya que desarrolla un modelo cooperativo para proveer cuidados a la población mediante la organización y la coordinación de la atención sanitaria, evitando así la fragmentación de la atención de los pacientes mediante una adecuada colaboración e integración de todos los miembros de los equipos involucrados en la atención de los pacientes de Salud Mental.

Este modelo cooperativo respecto al modelo tradicional de derivación puede suponer una mejoría importante en:

- La tasa de detección de nuevos pacientes, disminuyendo el infradiagnóstico de los pacientes complejos y el tratamiento subóptimo.
- La accesibilidad de los enfermos crónicos y la reducción de la demora en la atención, reduciendo las derivaciones inadecuadas.
- La adherencia y la respuesta al tratamiento al percibir el paciente una actitud proactiva del equipo.

Una tarea fundamental de los profesionales en esta revisión del PAI-ADS se relaciona con la correcta identificación una vez practicada una escucha activa y empática, ya que estamos ante un gran número de procesos leves y/o breves que corresponden a situaciones vivenciales y crisis vitales, no encuadrables como enfermedad mental y que en su mayoría no van a requerir atención sanitaria continuada aunque puntualmente si precisen ayuda. En muchas ocasiones se tratará de problemas relacionados con la vida cotidiana que la sociedad debe resolver en ámbitos no sanitarios.

Esto implica, en todos los ámbitos de atención descritos en este proceso, que las intervenciones propuestas, deben fundamentarse en la atención centrada en la persona, otorgándole el protagonismo y estar orientadas a facilitar la comprensión de lo que le sucede, potenciando los recursos propios para superar la crisis o la enfermedad y evitando la medicalización o psicologización innecesarias, así como la normalización forzada que minimiza el sufrimiento y no lo contextualiza.

Además, el presente PAI-ADS pretende seguir un modelo de atención por pasos, cada uno de los cuales aporten un valor añadido, basado en la mejor evidencia científica disponible y adaptado a la voluntad, necesidad y evolución del paciente.

Un recurrente escenario institucional sanitario, complejo organizativamente, con dificultades de adaptación a demandas cambiantes, puede ser en buena medida modificado a través de las propuestas centrales que plantea el PAI-ADS: el trabajo multidisciplinar, la continuidad asistencial, el espacio de colaboración entre AP-SM y la cultura de trabajo intersectorial. A lo largo de esta última década se han construido potentes pilares que aseguran la viabilidad del Proceso: el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del SAS, el Decreto 77/2008, de 4 de

marzo, de ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) 2003-2007 y el PISMA 2008-2012.

En una reciente encuesta efectuada en la casi totalidad de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de AP y Unidades de Salud Mental Comunitarias de Andalucía (USMC), se valoró positivamente la satisfacción de los profesionales de ambos ámbitos asistenciales, en relación al modelo de colaboración propuesto por el primer PAI-ADS, aunque su implantación real es aún mejorable.

La inclusión de objetivos ligados a indicadores de calidad del PAI-ADS, tanto en los Contrato Programas del SAS, como en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) de las distintas UGC, según esta encuesta, debe posibilitar en el futuro inmediato la implantación y evaluación del PAI-ADS.

Son los y las profesionales los verdaderos artífices de que se proporcione una atención a la salud mental de calidad en la población andaluza.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico y manejo de la depresión, la ansiedad y las somatizaciones. Para ello se desarrollaron tres búsquedas independientes para cada una de las entidades nosológicas objeto de estudio utilizando las principales bases de datos referenciales: MedLine, Embase, Canadian Medical Association Infobase, National Guideline Clearinghouse (NGC), New Zealand Guidelines Group (NZGG), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Guía Salud y Fisterra, hasta el 1 de noviembre de 2011.

Se desarrollaron estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (población, intervención, comparación y resultados) con términos tanto en formato libre como en lenguaje controlado (descriptores MeSH o Emtree, por ejemplo) para cada una de las patologías consideradas en este PAI (ansiedad, depresión y somatizaciones). La búsqueda se realizó utilizando una terminología sensible para evitar la pérdida de algún documento relevante, limitándose por tipo de estudio a guías de práctica clínica y por fecha a los últimos cuatro años (2008-2011) sin limitaciones por idioma. Se realizaron, además, búsquedas manuales de referencias cruzadas de las guías incluidas.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con el diagnóstico y manejo de la depresión, ansiedad y somatizaciones en poblaciones adultas de cualquier sexo. Fueron excluidos los estudios que no fueran guías de práctica clínica o que no abordasen específicamente el tema objeto de estudio.

Una vez obtenida la lista de referencias, se procedió a la selección de las guías de práctica clínica que serían utilizadas para aportar evidencia científica de calidad. Los criterios empleados para la selección de las guías de trabajo incluidas en el presente trabajo fueron los siguientes:

- Tipo de estudio: Guías de práctica clínica.

- Tipo de participantes: Pacientes con diagnóstico de depresión, ansiedad o somatizaciones o cualquiera de los siguientes códigos diagnósticos según la CIE-10:
 - Episodios depresivos (F32).
 - Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34).
 - Trastornos de ansiedad fóbica (F40).
 - Trastornos de pánico (F41.0).
 - Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1).
 - Trastorno mixto ansioso-depresivo. (F41.2)
 - Reacción a estrés agudo (F43.0).
 - Trastornos de adaptación (F43.2).
 - Trastornos somatomorfos (F45).
- Tipo de Intervención: Diagnóstico y manejo de cualquiera de las patologías anteriormente descritas.

Se llevó a cabo una revisión de títulos y resúmenes de todas las referencias para establecer si estos trabajos cumplían o no los criterios de inclusión acordados. Se obtuvieron las guías completas de las referencias que cumplían los criterios de inclusión o de aquellas que carecían de datos suficientes en el título y en el resumen para tomar una decisión clara sobre su inclusión.

Posteriormente, las guías que cumplieron estos criterios fueron evaluadas para establecer su calidad y extraer sus resultados. Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE, una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a la evaluación de la calidad metodológica de guías de práctica clínica disponible en: <http://.agreecollaboration.org/instrument/>.

La estrategia de búsqueda y la evaluación crítica y una síntesis cualitativa de los artículos incluidos en la elaboración del PAI-ADS, se encuentran disponibles en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA): a ellos se puede acceder mediante correo electrónico: Aetna.csalud@juntadeandalucia.es



2

Definición

Definición funcional

Conjunto de actuaciones:

- Encaminadas a la atención de las personas que demanden asistencia por síntomas de ansiedad y/o depresión (estén o no diagnosticadas de enfermedad psíquica o física) o síntomas somáticos no relacionados con una enfermedad orgánica.
- Basadas en los principios de buena práctica, evitando tanto la biologización de los problemas psíquicos como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, y generando autonomía y satisfacción en ciudadanos y profesionales.
- Fundamentadas en un modelo de cooperación entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental.

Límite de entrada

Pacientes con las siguientes tipologías y/o sus categorías diagnósticas correspondientes que solicitan asistencia, tanto a demanda normal como urgente al médico/a de familia de AP:

1. Pacientes que se descompensan por un evento vital estresante.
2. Pacientes con quejas somatoformes.
3. Duelos no resueltos.
4. Pacientes de la 3ª edad que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades orgánicas crónicas y situaciones psicosociales complejas (angustia familiar).
5. Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).

6. Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo.
7. Miedo a padecer enfermedades.

Las categorías diagnósticas, (CIE-10)³ incluidas, son:

1. Episodios depresivos (F32).
2. Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34).
3. Trastornos de ansiedad fóbica (F40).
4. Trastornos de pánico (F41.0).
5. Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1).
6. Trastorno mixto ansioso-depresivo. (F41.2)
7. Reacción a estrés agudo (F43.0).
8. Trastornos de adaptación (F43.2).
9. Trastornos somatomorfos (F45).

Las categorías y criterios diagnósticos CIE-10 relacionados con el PAI-ADS se describen en el Anexo 2.

Límite final

Mejoría que permita la realización de las actividades de la vida cotidiana de forma satisfactoria.

Límites marginales

- La atención en la edad pediátrica (<14 años).
- Los pacientes con los siguientes diagnósticos CIE-10, ya que la complejidad de su abordaje hace recomendable su atención directa en los servicios de salud mental:
 - F31 Trastorno bipolar.
 - F33 Episodio depresivo recurrente.
 - F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - F43.1 Trastorno de estrés postraumático.
- Las psicopatologías incluidas en el PAI-ADS, en el contexto de otras enfermedades mentales.
- La atención en los recursos de atención urgente y en la hospitalización.
- Actividades de promoción de la salud mental que se derivan del trabajo con otras estructuras e instituciones sociales.



3

Expectativas

El elemento nuclear que justifica el desarrollo del PAI-ADS es la persona atendida y sus familiares, y el punto de partida para el abordaje del PAI-ADS es el conocimiento de sus necesidades y expectativas, para ello se ha considerado la experiencia acumulada durante estos años en la exploración de expectativas en el Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA), utilizando diferentes fuentes primarias de información, los resultados de las encuestas de satisfacción, los motivos más frecuentes de sugerencias y reclamaciones, la exploración de expectativas de los Procesos Asistenciales Integrados, los Planes Integrales, el desarrollo de Grupos Focales, y la información obtenida de la Escuela de Pacientes.

La disponibilidad de este banco de expectativas generales, ha facilitado poder realizar una revisión de las mismas y extraer las que se consideran están relacionadas con este proceso, para y en función de ellas, establecer los objetivos específicos a conseguir con la descripción de las actividades y las características de calidad del PAI-ADS, en el marco establecido en la estrategia de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados en el SSPA.

Será en cada centro o ámbito de actuación, y en el momento de implantar el PAI-ADS, cuando el grupo de profesionales que lo vayan a realizar, tendrá que considerar la necesidad de explorar las expectativas específicas de los pacientes, hombres y mujeres y sus familias, en relación a aspectos concretos del desarrollo del Proceso.

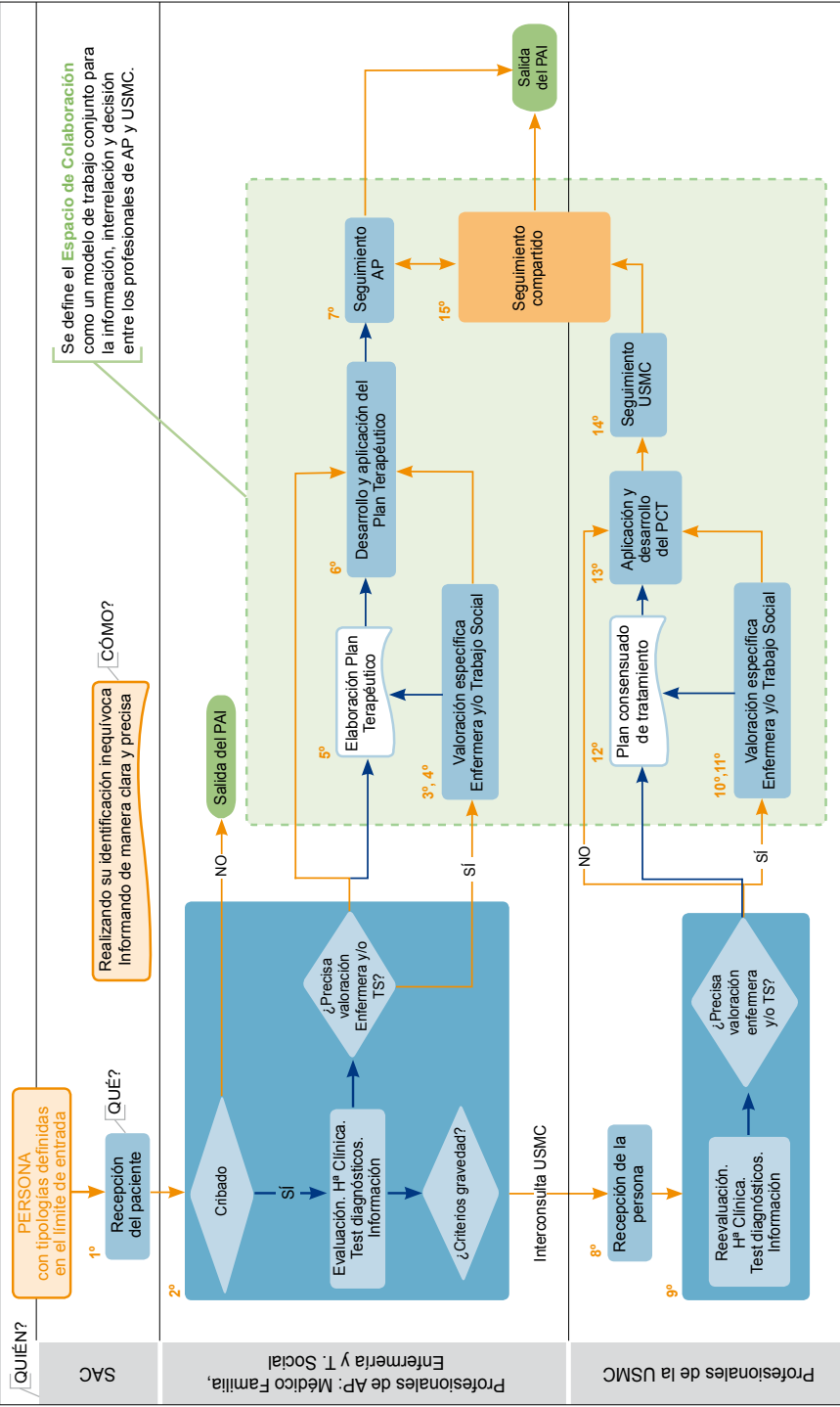


Descripción general

La descripción general del PAI-ADS se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del paciente⁴ (Anexo 1).

Elemento clave del PAI-ADS es el **Espacio de Colaboración (EC)** que se detalla en el Anexo 3.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI-ADS: RECORRIDO DEL PACIENTE



CUÁNDO



5

Componentes

Profesionales, actividades, características de calidad

Los profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el PAI-ADS se describen en función de la actividad a realizar en cada fase del mismo, teniendo en cuenta el recorrido del paciente.

Al describir las actividades se han considerado e integrado todos los elementos y dimensiones de la calidad:

- La efectividad clínica (recomendaciones que se explicitan en características de calidad de las actividades descritas).
- La seguridad del paciente, identificando con el triángulo Δ los puntos críticos del PAI con riesgo potencial para la seguridad del paciente^{5,6}.
- La información, identificando con \mathbf{i} los momentos en el desarrollo del PAI que se debe informar al paciente y/o familia⁷.
- Los cuidados de enfermería.
- Las actividades no clínicas.
- Las recomendaciones del grupo de expertos, indicadas con el símbolo \surd .

El procedimiento seguido para su realización ha sido definiendo QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO, de manera secuencial y temporal siguiendo el recorrido del paciente y se contextualiza en el “**Modelo de atención por pasos**”⁸⁻¹¹.

Este modelo proporciona un marco para organizar la prestación de servicios, y ayuda a pacientes, cuidadores y profesionales para identificar y acceder a las intervenciones más eficaces reduciendo el malestar de los pacientes y maximizando la ganancia en salud.

Se basa en dos principios:

- En primer lugar, ofrecer la intervención menos intrusiva que sea efectiva para los problemas que presenta un individuo. Si una persona no se beneficia de esa intervención o no la acepta, se le ofrece una intervención apropiada del siguiente paso.
- En segundo lugar, habilitar mecanismos de autocorrección y de feed-back para asegurar que las personas accedan hasta las intervenciones más intensivas, si no están obteniendo suficiente beneficio de los tratamientos ofrecidos inicialmente.

La identificación de actividades se ha representado gráficamente mediante tablas diferenciadas que contemplan:

- Tabla fondo blanco: Actividad desarrollada por el profesional sin presencia del/la paciente.
- Tabla fondo gris: Actividad desarrollada con presencia del/la paciente.

PROFESIONALES DE AP: SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC)

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	<p>1.1 Se aplicarán las medidas de identificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA)^{5,6} Δ² OMS-12 ESP.</p> <p>1.2 Se registrarán y/o verificarán los datos administrativos actualizados en la Historia de Salud del paciente.</p> <p>1.3 i Se informará de forma clara y precisa a la persona, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. Se informará también de los procedimientos de acceso a la consulta/servicio (día, hora, ubicación)⁷.</p> <p>1.4 i Paciente que a criterio del profesional que le atiende carece de capacidad para entender la información a causa de su estado psíquico o físico: la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁷.</p>

PROFESIONALES DE AP: MÉDICO Y ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
2º CRIBADO Y EVALUACIÓN INICIAL	<p>2.1 Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona Δ² OMS-12 ESP.</p> <p>2.2 La entrevista deberá realizarse en un ambiente confortable y tranquilo.</p> <p>2.3 Para las personas que presenten una sintomatología compatible con ansiedad o depresión se realizará un cribado inicial^{9,10,12} que puede ayudar a la identificación de los grandes síndromes √.</p> <p>Considerar una posible depresión si una persona responde "sí" a alguna de las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Durante el último mes, ¿ha estado a menudo preocupado con sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?• Durante el último mes, ¿ha estado a menudo preocupado por tener poco interés o placer en hacer cosas?

Actividades	Características de calidad
	<p>Ante una persona con un problema crónico de salud física, estas tres preguntas también pueden orientar sobre la existencia de depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el último mes ha sentido a menudo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Sentimientos de inutilidad? - ¿Falta de concentración? - ¿Pensamientos sobre la muerte? <p>Para considerar un posible trastorno de ansiedad, preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o con los “nervios de punta” en las últimas dos semanas? • ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de parar o controlar sus preocupaciones en las últimas dos semanas? <p>Cada una de las dos preguntas anteriores se puntuará de 0 a 3, de acuerdo con la siguiente escala:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0- Nunca 1- Varios días 2- Más de la mitad de los días 3- Casi a diario <p>Si la puntuación resultante es mayor o igual a tres, considerar un trastorno de ansiedad. Si la puntuación es inferior a tres, formule la siguiente pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Evita lugares o actividades y esto le causa problemas? <p>Para personas con dificultades significativas de lenguaje o comunicación, por ejemplo las personas con deficiencias sensoriales o problemas de aprendizaje, presentar la siguiente escala para que marque la opción elegida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo de estresado ha estado durante la semana pasada en una escala de 0 a 10? <p>Una puntuación igual o mayor que 4 indica niveles significativos de estrés, precisándose una evaluación adicional.</p> <p>2.4 La evaluación seguirá valorando los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos incluidos en el PAI-ADS (Anexo 2).</p> <p>2.5 Se realizará una evaluación complementaria, siempre que el cribado sea positivo, sobre \surd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La existencia de patología orgánica. • El consumo de sustancias tóxicas. • La presencia de acontecimiento vital estresante (AVE)

Actividades	Características de calidad
	<p>relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas (fallecimientos, abandonos, separación). - Cambio de salud en un miembro la familia. - Lesión o enfermedad personal. - Cambios en situación laboral y/o económica. <p>Con especial hincapié en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier forma de maltrato. - El rol de cuidadora. - El rol de superviviente (personas del entorno cercano a la persona que se suicida). <ul style="list-style-type: none"> • La patobiografía. • El tiempo de evolución de los síntomas actuales. • El tratamiento farmacológico actual. • El tratamiento con terapias alternativas/complementarias. • El riesgo de suicidio (Anexo 4), que ha de valorarse siempre que existan factores y situaciones de riesgo, y especialmente en los asociados con: <ul style="list-style-type: none"> - Depresión (episodio de depresión mayor y periodo de remisión parcial). - Intentos de autolisis previos. - Abuso o dependencia de alcohol y drogas. - Trastorno límite de personalidad. - Niveles altos de impulsividad y agresividad. • La existencia de comorbilidad psiquiátrica. • La existencia de episodios previos, el tratamiento farmacoterapéutico previo, así como las estrategias de manejo desarrolladas en caso de crisis anteriores. • Las condiciones de vida y aislamiento social. <p>2.6 Se discriminará, en la medida de lo posible, entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queja: malestar expresado por el paciente sin ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional. • Demanda: malestar expresado por el paciente con ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional. <p>2.7 En el caso de que se trate de una demanda, se establecerá un vínculo terapéutico en torno al problema por el que el paciente acude a la consulta, así como un espacio de contención donde puedan fluir sus emociones sin riesgo, a través de la escucha reflexiva del profesional √.</p> <p>2.8 Se utilizarán las siguientes herramientas diagnósticas si se considera necesario (Anexo 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de Hamilton o GAD-7 para ansiedad (establecer el

Actividades	Características de calidad
	<p>diagnóstico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • PHQ-9 para detección y valoración de depresión (valorar gravedad). • Escala de desesperanza de Beck (si existe riesgo de suicidio). <p>2.9 Se utilizará la CIE-10 para su clasificación diagnóstica, dejando constancia documental en la Hª de Salud √ (Anexo 2).</p> <p>2.10 i Se informará sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la necesidad de la intervención de otros profesionales.</p> <p>2.11 i El/la paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>2.12 i Cuando el/la paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.</p> <p>2.13 i La información deberá tener contenidos básicos sobre √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las manifestaciones clínicas. • La evolución previsible. • La posibilidad de evaluación por otros profesionales. • La necesidad de un Plan terapéutico. • Las demandas complementarias de información. <p>Se dejará constancia documental en la Hª de Salud de la información facilitada al paciente y/o su familia.</p> <p>2.14 Se indicará una valoración enfermera ante personas que presenten √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta probabilidad de complicaciones o dificultad en algunas de las fases o tareas del duelo: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de un hijo. - Pérdida a edades tempranas. - Relación conflictiva con la persona fallecida. - Muerte súbita o violenta. - Desaparición o imposibilidad de reconocer el cadáver. - Pérdidas múltiples.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas mentales previos. - Duelos anteriores no resueltos. • Posibilidad de hacer un uso inadecuado de la medicación. • Riesgo de sufrir accidentes como consecuencia de la medicación. • Riesgo de caídas. • Sobrecarga por cuidado de otra persona enferma o discapacitada. • Personas discapacitadas. • Enfermedad crónica. • Aislamiento social. <p>2.15 Se indicará una valoración específica por trabajador/a social ante personas que presenten √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gran aislamiento social. • Carezcan de apoyo familiar. • Requieren asesoramiento sobre trámites administrativos y/o jurídicos: incapacidad laboral, solicitud de minusvalía, despido laboral, viudedad, orfandad. • Certeza o sospecha de ser víctimas de violencia de género. • Población inmigrante con dificultades de integración.

PROFESIONALES DE AP: ENFERMERÍA	
Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>VALORACIÓN ESPECÍFICA</p>	<p>3.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ ² OMS-12 ESP.</p> <p>3.2 Se utilizará la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA¹³.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (NOC 1208) Nivel de depresión • (NOC 1211) Nivel de ansiedad <p>3.3 i Se informará sobre el resultado de la valoración, que se podrá haber llevado a cabo tanto en el Centro de Salud como en domicilio, en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la necesidad de la intervención de otros profesionales.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>3.4 i El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>3.5 Se dejará constancia documental de la valoración en la Hª de Salud de la persona y de la información aportada al paciente.</p>

PROFESIONALES DE AP: TRABAJADOR SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>VALORACIÓN ESPECÍFICA</p>	<p>4.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ ² OMS-12 ESP.</p> <p>4.2 La valoración social se realizará en el Centro de Salud o domicilio mediante entrevista individual y/o familiar, valorando √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación social general (convivencia, empleo, formación, vivienda, situación económica, ocio, tiempo libre....). • Nivel de cobertura de necesidades. • Nivel de implicación/participación en el proceso de cambio de paciente y familia. • Factores desencadenantes de la situación actual. • Apoyo/soporte familiar. • Recursos/capacidades personales de afrontamiento. • Red social de apoyo/nivel de uso de recursos sociales. • La evaluación de la desigualdad de cargas y acceso a los recursos. • La violencia de género. <p>4.3 La valoración se apoyará en los siguientes cuestionarios (Anexo 5) √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • APGAR Familiar • Apoyo social funcional de Duke-UNC • Escala de Zarit • MOS de apoyo social • Escala de evaluación de reajuste social <p>4.4 Se indicará el diagnóstico social teniendo en cuenta la clasificación que aparece en Diraya así como el registro que</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>corresponda en el listado de problemas del SIGAP, dejando constancia documental de la valoración en la Hª de Salud de la persona √.</p> <p>4.5 i Se informará sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la posibilidad de la intervención de otros profesionales.</p> <p>4.6 i El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>4.7 Se dejará constancia documental en la Hª de Salud de la persona y de la información facilitada.</p>

PROFESIONALES DE AP: MEDICO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>5º</p> <p>ELABORACIÓN PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>5.1 El Plan terapéutico es un plan personal de atención que debe contener √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos. • Profesionales que intervienen. • Recursos terapéuticos que se usarán: intervenciones psicológicas, psicosociales, tratamiento farmacológico, psicoterapias. • Duración prevista. • Uso del Espacio de colaboración (Anexo 3). • Necesidad de Coordinación interinstitucional. <p>5.2 Deberá estar consensuado entre todos los profesionales que intervienen y elaborado en un tiempo máximo de 2 semanas a partir de la primera consulta con el Médico de Familia √.</p> <p>5.3 Se deberán tener en cuenta las recomendaciones para no medicalizar¹⁴ √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa. • Entender y clarificar la demanda. • Ajustar expectativas.

- Reconvertir creencias.
- Elaboración de hipótesis y retorno.
- Reconocer la normalidad.
- Desactivar miedos y fomentar la actitud positiva.
- Reformular la demanda.
- Trabajar la tolerancia de la incertidumbre.
- Decisiones compartidas.
- No transformar el riesgo en enfermedad.
- Resistir la receta por inducción.
- Fomento de la autoadministración de la medicación correcta.
- Potenciación de la resolución de problemas fuera del sistema sanitario.
- Contención de ansiedades.

5.4 Se favorecerá la intervención mínima necesaria para facilitar que, desde sus propios recursos, el paciente elabore la crisis, siempre que esto sea posible. Se emplearán, desde el principio, los recursos no farmacológicos comunes en todos los casos de depresión y ansiedad \checkmark :

- Entrevista clínica básicamente terapéutica.
- Psicoeducación del paciente y familia.
- Información a la persona y al cuidador acerca de las organizaciones de ayuda mutua y grupos de apoyo que puedan existir en su entorno o disponibles en Internet.
- Valoración del “contexto” del paciente y movilización de los recursos sociales.
- Higiene del sueño.
- Consejo sobre el consumo de alcohol y drogas.
- Asesoramiento sobre el consumo de preparados y otras sustancias, por el riesgo potencial de interacciones.
- Consejo sobre el beneficio del ejercicio físico.

5.5 Se deberá asegurar que el/la paciente y su familia o cuidador⁹:

- Saben identificar los cambios de humor, la negatividad, la desesperanza y la ideación suicida, sobre todo al iniciar o cambiar el tratamiento y facilitar el contacto con profesionales sanitarios en los momentos de mayor estrés.
- Saben cómo buscar ayuda urgente si al iniciar el tratamiento hay un aumento potencial de agitación, ansiedad e ideación suicida y son capaces de mantener una búsqueda activa de estos sín-

tomas y de acudir para la revisión del tratamiento si se acentúa y/o desarrolla agitación prolongada.

5.6 Si la evaluación del paciente indica **riesgo de suicidio** (Anexo 4):

- Proporcionar un mayor apoyo (contacto más frecuente).
- Remisión a la USMC con carácter urgente, previo contacto telefónico.

5.7 Las intervenciones posibles son:

- Intervenciones psicológicas y psicosociales de **baja intensidad**:
 - Depresión: Guía individual de autoayuda basada en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), TCC Informatizada, Programa de ejercicio físico en grupo y Grupos de autoayuda para personas que comparten un problema de salud física.
 - T. de Ansiedad: Autoayuda individual no guiada, Autoayuda individual guiada y Grupos psicoeducativos.
 - T. de Pánico: Biblioterapia basada en los principios de la TCC.
 - T. Somatomorfo: Talleres de fomento de la ayuda mutua.
 - Intervenciones farmacológicas.
 - Intervenciones psicológicas de **alta intensidad**, que se realizan en las USMC √. En estos casos la elección de la intervención se tomará conjuntamente entre el/la paciente, atención primaria y salud mental, utilizando el Espacio Colaborativo. Se contemplan las siguientes intervenciones:
 - Depresión: TCC individual, Grupo basado en la TCC, Terapia interpersonal (TIP), Terapia de activación comportamental, Terapia Conductual de pareja, "Counselling" (consejo psicológico), Psicoterapia psicodinámica breve y Terapia cognitiva tipo "Mindfulness".
 - Trastorno de Ansiedad: Terapia de relajación* y TCC individual.
 - Trastorno de Pánico: TCC individual.
 - Trastorno Somatomorfo: TCC individual.
- * La Terapia de relajación podrá realizarse en AP.

PROFESIONALES DE AP: MÉDICO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>6°</p> <p>DESARROLLO Y APLICACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO</p>	<p>6.1 i Se informará al paciente del Plan Terapéutico a realizar de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de sus beneficios y alternativas.</p> <p>6.2 i Paciente que a criterio del profesional que le atiende carece de capacidad para entender la información a causa de su estado psíquico o físico: la información se pondrá en conocimiento de la personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho⁷.</p> <p>6.3 i Se comprobará que el paciente ha comprendido la información sobre el Plan Terapéutico a realizar y se dejará registro documental de dicha información en la Hª de Salud.</p> <p>Ante el tratamiento PSICOTERAPÉUTICO:</p> <p>6.4 i Se informará adecuadamente al paciente, antes de iniciar un tratamiento psicoterapéutico. Esta información deberá constar de, como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none">• La técnica a utilizar, con indicación de lo que se espera que el/la paciente aporte.• Los beneficios que se esperan alcanzar.• Los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo.• La duración del tratamiento. <p>Ante el tratamiento FARMACOLÓGICO:</p> <p>6.5 i Se informará adecuadamente al paciente, antes de iniciar el tratamiento. Esta información deberá constar, como mínimo, de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Las opciones de tratamiento.• Las razones para la prescripción.• Los beneficios que se esperan alcanzar.• Los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo así como las posibles interacciones.• El riesgo de activación con algunos ISRS e IRSN, con síntomas tales como aumento de la ansiedad, agitación y trastornos del sueño.• La duración del tratamiento, del efecto demorado de los antidepresivos y del posible síndrome de discontinuación.• La necesidad de tomarse la medicación tal como se le prescribió, en particular los fármacos de vida media corta y la necesidad de continuar con el tratamiento después de la remisión para evitar las recaídas.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Asimismo se debe aclarar con el paciente los temores a hacerse adictos a la medicación u otros aspectos relacionados con la misma. <p>6.6 TRATAMIENTO SEGÚN DIAGNÓSTICO:</p> <p>6.6.1 DEPRESIÓN</p> <p>6.6.1.1 EPISODIO DEPRESIVO^{8,9} (Síntomas depresivos subumbrales persistentes o depresión leve o moderada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño: Ofrecer asesoramiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El establecimiento de sueño regular y las horas de sueño, evitar comer en exceso y fumar o beber alcohol antes de dormir. - La creación de un ambiente adecuado para dormir. - Hacer ejercicio físico regular. • Educación y vigilancia activa: Asegurar que el/la paciente y su familia o cuidador/a: <ul style="list-style-type: none"> - Estarán atentos a los cambios de humor, la negatividad, desesperanza y la ideación suicida, sobre todo al iniciar o cambiar el tratamiento y facilitar el contacto con su médico en los momentos de mayor estrés. - Saben cómo buscar ayuda urgente si al iniciar el tratamiento hay un aumento potencial de agitación, ansiedad e ideación suicida; son capaces de mantener una búsqueda activa de estos síntomas y de acudir para revisar el tratamiento si se acentúan y/o se desarrolla agitación prolongada. • Monitorización activa: En pacientes que pueden recuperarse sin intervención formal, con depresión leve y que no la aceptan, o tiene síntomas depresivos subumbrales y solicitan una intervención: <ul style="list-style-type: none"> - Analizar la presencia de problemas o preocupación. - Informar sobre la depresión. - Realizar una evaluación adicional, normalmente a las 2 semanas. - Contactar con el/la paciente si no asiste a las citas. • Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - No utilizar de forma rutinaria fármacos antidepresivos para tratar los síntomas de depresión subumbral o depresión leve, salvo en los pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> • Historia de depresión moderada o grave. • Síntomas depresivos subumbrales continuados durante al menos 2 años.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de depresión subumbral o depresión leve persistente después de otras intervención. • Problemas crónicos de salud física con síntomas de depresión leve que complica la atención de la patología física. <ul style="list-style-type: none"> - No prescribir o aconsejar el uso de la hierba de San Juan, por las diferentes concentraciones de los preparados disponibles y las potenciales interacciones graves con otros medicamentos (incluyendo contraceptivos orales, anticoagulantes y anticonvulsivos)⁸. - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ¹⁶ ESP. <p>• Intervenciones psicosociales y psicológicas de baja intensidad^{8,9}.</p> <p>En personas sin problema crónico de salud físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guía de autoayuda individual basada en los principios de la TCC (incluyendo la activación del comportamiento y los resultados y técnicas de resolución de problemas): debe incluir material escrito, o medios alternativos con el apoyo de un profesional entrenado que revisa el progreso y los resultados. Constan de hasta 6-8 sesiones (cara a cara y por teléfono) durante 9-12 semanas, incluyendo el seguimiento. - TCC informatizada: a través de un programa independiente en soporte electrónico o referenciado a una página web. Explicar el modelo de TCC, fomentar las tareas entre períodos de sesiones, y efectuar un seguimiento de patrones de pensamiento y conducta. Considerar los resultados con apoyo de un profesional entrenado que revise el progreso. Los resultados suelen apreciarse en las semanas 9-12, incluyendo el seguimiento. - Programa de ejercicio físico en grupo: son grupos apoyados por un profesional. Normalmente constan de 3 sesiones por semana (con una duración de 45 minutos a 1 hora) durante 10-14 semanas. <p>Para las personas que rechazan una intervención psicosocial de baja intensidad, valorar su inclusión</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>en grupos basados en TCC en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC).</p> <p>En personas con un problema crónico de salud físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa estructurado de actividad física en grupo. Son grupos de personas apoyados por un profesional competente, en colaboración con el equipo de tratamiento de su problema crónico. Suelen consistir en 2-3 sesiones por semana (con una duración de 45 minutos a 1 hora) más de 10 -14 semanas. Se coordinarán con cualquier programa de rehabilitación para el problema de salud física. - Grupos de autoayuda: son grupo para personas que comparten un problemas de salud física. Se centran en el intercambio de experiencias y sentimientos asociados con un problema crónico de salud, con apoyo de profesionales que deben facilitar la asistencia, entender el problema crónico de salud y su relación con la depresión, y los resultados del examen. Consisten normalmente en un período de sesiones por semana durante 8-12 semanas. - Guía individual de autoayuda basada en los principios de la TCC: con el apoyo de un profesional entrenado que revisa el progreso y los resultados. Constan de hasta 6-8 sesiones (cara a cara y por teléfono) durante 9-12 semanas, incluyendo el seguimiento. - TCC informatizada: a través de un programa independiente en soporte electrónico o referenciado a una página web, basado en el modelo de TCC, se desarrolla con el apoyo de un profesional entrenado que revisa el progreso y los resultados y que fomenta las tareas entre periodos de sesiones y efectúa un seguimiento proactivo de conducta, patrones de pensamiento y de resultados, normalmente tiene lugar durante 9-12 semanas. <p>6.6.1.2 SÍNTOMAS PERSISTENTES DE DEPRESIÓN SUBUMBRAL O DEPRESIÓN LEVE A MODERADA CON RESPUESTA INADECUADA A LAS INTERVENCIÓNES ANTERIORES Y DEPRESIÓN MODERADA Y/O DEPRESIÓN GRAVE^{8,9}.</p> <p>La elección del tratamiento se realizará teniendo en cuenta:</p>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Duración del episodio y trayectoria de los síntomas. • Curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento previo. • Probabilidad de adhesión al tratamiento y los posibles efectos adversos. • Preferencia de la persona. • Curso y evolución y tratamiento de cualquier problema crónico de salud física. <p>Con síntomas persistentes de depresión subumbral o depresión leve a moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones anteriores (en episodio depresivo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe llegar a una decisión compartida sobre las diferentes intervenciones, pero garantizando siempre un antidepresivo, o una intervención psicológica de alta intensidad (que se valorará en el espacio de colaboración) √. - Cuando se prescriba un antidepresivo, como norma general se prescribirá un ISRS, ya que han demostrado ser igual de efectivos que otros antidepresivos (IMAO, ADT e IRNS) y tiene un cociente beneficio/riesgo favorable (Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación A)¹⁵. - En el contexto del SSPA y teniendo como criterios de selección, la seguridad, eficacia y adecuación, se considera que sertralina, citalopram* y fluoxetina son los fármacos apropiados como primera opción de tratamiento en la mayoría de los pacientes - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ¹⁶ESP. <p><i>*Citalopram puede provocar prolongación del intervalo QT, siendo el riesgo mayor conforme aumenta la dosis administrada. Debido a ello la dosis máxima recomendada se reduce a 40 mgrs al día. En pacientes mayores de 65 años o con disfunción hepática, la dosis máxima diaria no deberá superar los 20 mgrs día. AEMPS-referencia MUH (FV) 19/2011.</i></p> <p>Ante una depresión moderada y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda que en este tipo de pacientes se administre siempre un antidepresivo y combinarlo con una intervención psicológica de alta intensidad que se valorará en el espacio de colaboración √. <p>Como norma general se prescribirá un ISRS, ya que han demostrado ser igual de efectivos que otros antidepresivos (IMAO, ADT e IRNS) y tiene un cociente beneficio/riesgo favorable (Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación A)¹⁵.</p>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - En el contexto del SSPA y teniendo como criterios de selección, la seguridad, eficacia y adecuación, se considera que sertralina, citalopram* y fluoxetina son los fármacos apropiados como primera opción de tratamiento en la mayoría de los pacientes <p>Si la persona, además presenta un problema de salud física: ante la comorbilidad, se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Previsión de efectos secundarios. - Interacciones con medicación concomitante por enfermedad física. - Adecuación de las dosis, en personas mayores, teniendo en cuenta la medicación concomitante. - La percepción de la persona sobre la eficacia y la tolerabilidad de cualquier antidepresivo con el que haya sido tratada anteriormente. - Aparición de síntomas tras su retirada. <p>i En el caso de instaurar tratamiento farmacológico con un antidepresivo se informará adecuadamente al inicio del tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El desarrollo gradual del efecto antidepresivo completo. - La importancia de tomar los medicamentos prescritos y la necesidad de continuar más allá de la remisión. - Los posibles efectos secundarios e interacciones. - El riesgo y la naturaleza de los síntomas de la interrupción brusca. - El hecho de que no se produce adicción <p>6.6.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño: Ofrecer asesoramiento sobre: ✓ <ul style="list-style-type: none"> - El establecimiento de sueño regular y las horas de sueño. - Evitar comer en exceso, fumar o beber alcohol antes de dormir. - La creación de un ambiente adecuado para dormir. - Hacer ejercicio físico regular. • Educación y vigilancia activa⁹: ✓ <ul style="list-style-type: none"> - Realizar intervenciones psicoeducativas individuales sobre la naturaleza del trastorno y las opciones de tratamiento.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar herramientas para la realización de un seguimiento de síntomas y niveles de funcionamiento o monitorización. - Asesorar sobre el uso de preparados y otras sustancias, explicando el riesgo potencial de interacciones con otros medicamentos. <p>• Se deberá tener en cuenta la opinión del paciente, la severidad de los síntomas y los niveles de deterioro funcional para considerar las opciones de tratamiento. Algunas personas con TAG pueden preferir tomarse algún tiempo y leer más sobre la naturaleza del trastorno o desear pasar directamente a una de las siguientes intervenciones¹¹:</p> <p>A) Intervenciones psicológicas de baja intensidad Se ofrecerá una o más de las siguientes intervenciones psicológicas de baja intensidad a las personas cuyos síntomas no han mejorado después de la educación y la vigilancia activa (primera línea de intervención):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoayuda individual no guiada: <ul style="list-style-type: none"> • Basada en los principios de la TCC • Incluye materiales escritos o electrónicos adecuados a la edad o medios alternativos de autoayuda e instrucciones para su uso. Se trabajará sistemáticamente con ellos durante un periodo de al menos 6 semanas e implica un contacto mínimo con el terapeuta (una llamada telefónica ocasional de no más de 5 minutos). - Autoayuda individual guiada: <ul style="list-style-type: none"> • Incluye materiales escritos o electrónicos adecuados a la edad o medios alternativos de autoayuda e instrucciones para su uso. • Implica el apoyo de un profesional entrenado, que facilita el programa de autoayuda y se examinan los progresos y resultados. • Habitualmente se realizan de 5 a 7 sesiones semanales o quincenales, presenciales o por teléfono, con una duración de 20-30 minutos. - Grupos psicoeducativos: <ul style="list-style-type: none"> • Basados en los principios de la TCC. • Tienen un diseño interactivo y fomentan el aprendizaje observacional. • Incluyen presentaciones y manuales de autoayuda.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • La realizan profesionales capacitados. • La ratio es de un terapeuta por 12 participantes. • Por lo general, consta de seis sesiones semanales, con una duración de 2 horas. <p>Si la persona no experimenta mejoría o presenta deterioro funcional marcado ofrecer Intervención farmacológica o una intervención psicológica de alta intensidad (que se valorará en el espacio de colaboración).</p> <p>B) Tratamiento farmacológico¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - i Se proporcionará información a la persona que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo gradual del efecto antidepresivo completo. • La importancia de tomar los medicamentos prescritos y la necesidad de continuar más allá de la remisión. • Los posibles efectos secundarios e interacciones. • El riesgo y la naturaleza de los síntomas de la interrupción brusca. • El hecho de que no se produce adicción. - Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos de elección para TAG (Nivel de evidencia: 1++ Grado de recomendación A)¹⁶. - Se recomienda la utilización de un antidepresivo de tipo ISRS. Sertralina se considera el medicamento de primera opción porque es el más coste-efectivo, si bien en el momento de redactar este documento en su ficha técnica no figura esta indicación, por lo que deberá realizarse un proceso de información verbal y dejar registro de ello en la historia clínica. Se recomienda realizar un seguimiento cuidadoso, con examen de la eficacia y efectos secundarios cada 2-4 semanas, durante los primeros 3 meses de tratamiento y luego cada 3 meses. - Tener en cuenta el aumento del riesgo de sangrado con ISRS, especialmente para las personas mayores o las personas que toman otros fármacos que pueden dañar la mucosa gastrointestinal o interferir con la coagulación (p. e. AINE o AAS). Considere la posibilidad de prescribir un fármaco gastroprotector en estas circunstancias.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Las benzodiacepinas solo se deberían usar de manera extraordinaria y como tratamientos a corto plazo durante las crisis (2-4 semanas). - Se desaconseja la prescripción de antipsicóticos para el tratamiento del TAG en atención primaria. <p>Si no ha respondido al tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no es bien tolerado, debe cambiarse a otro ISRS. - Si no hay ninguna mejoría con el nuevo ISRS después de 8-12 semanas, se considerará la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (IRSN, ADT). - En ambos casos se deben tener en cuenta los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la experiencia de tratamiento previo del paciente con fármacos individuales (efectividad, efectos secundarios, adherencia). • Evitar la paroxetina por su tendencia a producir un síndrome de abstinencia. • Evitar la venlafaxina por su tendencia a producir un síndrome de abstinencia, por riesgo de arritmias cardíacas en infarto de miocardio reciente y en la hipertensión no controlada. • Considerar el riesgo de suicidio y la probabilidad de toxicidad en caso de sobredosis (especialmente con venlafaxina). - En caso de nueva falta de respuesta ó intolerancia a los ISRS o IRSN, valorar la posibilidad de tratamiento con pregabalina. - Si la respuesta a los tratamientos anteriores sigue siendo inadecuada se valorará en el espacio de colaboración una intervención psicológica de alta intensidad <p>6.6.3 TRASTORNO DE PÁNICO (ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño ✓ Ofrecer asesoramiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El establecimiento de sueño regular y las horas de sueño, evitar comer en exceso, fumar o beber alcohol antes de dormir. - La creación de un ambiente adecuado para dormir.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer ejercicio físico regular. <p>• Información¹¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuadamente y por escrito acerca de esta patología y recursos de apoyo, como grupos de ayuda mutua y voluntariado. <p>Se optará por una de las siguientes intervenciones, por este orden¹¹:</p> <p>• Intervención psicológica de alta intensidad¹¹ (que se valorará en el espacio de colaboración) ✓.</p> <p>• Tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ¹⁶ ESP. - i Se proporcionará información a la persona que incluya: <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo gradual del efecto antidepresivo completo. • La importancia de tomar los medicamentos prescritos y la necesidad de continuar más allá de la remisión. • Los posibles efectos secundarios e interacciones. • El riesgo y la naturaleza de los síntomas de la interrupción brusca. • El hecho de que no se produce adicción. - En el tratamiento inmediato de las crisis de pánico las benzodiazepinas, debido al inicio más rápido de su acción, pueden suponer un beneficio. Alprazolam y lorazepam son comúnmente utilizados en las urgencias. No está clara la ventaja de la utilización de la vía sublingual del alprazolam y el lorazepam con respecto a la vía oral¹¹ ✓. <p>Los antidepresivos ISRS y tricíclicos (ADT) disponen de evidencias de beneficios en el tratamiento farmacológico de mantenimiento de las crisis de pánico (Nivel de evidencia 1+)¹⁶.</p> <p>En el contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía y teniendo como criterios de selección, además de la seguridad, eficacia y adecuación, el coste de los medicamentos, se considera que sertralina, citalopram* y fluoxetina son opciones apropiadas como primera opción de tratamiento en la mayoría de los pacientes con un trastorno de pánico ✓.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p><i>*Citalopram puede provocar prolongación del intervalo QT, siendo el riesgo mayor conforme aumente la dosis administrada. Debido a ello la dosis máxima recomendada se reduce a 40 mgrs al día. En pacientes mayores de 65 años o con disfunción hepática, la dosis máxima diaria no deberá superar los 20 mgrs día. AEMPS-referencia MUH (FV) 19/2011.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones psicológicas de baja intensidad para el fomento de la autoayuda¹¹: <ul style="list-style-type: none"> - Biblioterapia basada en los principios de la TCC. - Ofrecer información sobre grupos de apoyo. - Hablar de los beneficios de practicar ejercicio físico. <p>6.6.4 TRASTORNOS SOMATOMORFOS¹⁷⁻¹⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben establecer objetivos razonables de tratamiento, centrados en la funcionalidad. • Se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> - Programar un esquema de visitas regulares, con independencia de la aparición de nuevos síntomas, durante un periodo de tiempo variable según la evolución del/la paciente. - Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente. - Evitar exploraciones complementarias no imprescindibles. - Evitar diagnósticos complacientes y tratamientos innecesarios. - En muchos casos resulta útil asignar una denominación diagnóstica que permita la colaboración del/la paciente. - Tranquilizar y reasegurar. - Higienizar la medicación. • El abordaje terapéutico incluirá: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de uso inadecuado y/o adiciones a fármacos. - Psicoeducación del/la paciente y la familia. - Valoración del “contexto” del paciente y movilización de los recursos sociales. - Higiene del sueño. - Recomendaciones de estilo de vida: reducción de estrés, ejercicio físico.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - Podrían ser útiles los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) o los Antidepresivos Tricíclicos (ATC). Su selección se realizará según criterios de seguridad, eficacia, adecuación y coste ya descritos √. - Si existe comorbilidad psiquiátrica, como depresión o un trastorno de ansiedad, se recomienda en estos casos, las intervenciones con fármacos específicos para esos diagnósticos. El éxito del tratamiento de una depresión mayor, un trastorno de ansiedad, como un trastorno de pánico, puede producir una reducción significativa en el trastorno de somatización. - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción △^{16 ESP}. • Intervenciones psicosociales de baja intensidad: <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda realizar talleres de 8-10 pacientes y su objetivo es promover la ayuda mutua entre los miembros, compartir métodos de afrontamiento de los síntomas físicos, aumentar la capacidad de los pacientes para expresar emociones y disfrutar con la experiencia. Se estructura en forma de 8 sesiones de 90 min¹⁷. <p>6.7 RIESGO DE SUICIDO: (Anexo 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en consulta por responsable del caso. Si el riesgo es bajo o la persona no acude, se hará al menos un seguimiento telefónico semanal para la valoración y evaluación del caso (por cualquier profesional del equipo). • Se planteará una intervención (domiciliaria o en consulta) en los casos en que no exista mejoría. Se identificarán sistemas de apoyo familiar y social, para aportar confianza, seguridad y control a la persona. • En caso de tentativa de suicidio se realizará valoración del riesgo en consulta de seguimiento en la primera semana tras su valoración en la USMC o el alta hospitalaria, por ser un periodo de máximo riesgo. <p>6.8 CRITERIOS DE ATENCIÓN EN LA USMC √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgente (previo contacto telefónico): <ul style="list-style-type: none"> - Tentativa de suicidio o tiene riesgo alto de suicidio. - Si supone un grave riesgo para otras personas por dificultad en el control de los impulsos.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta un cuadro de agitación severa y/o síntomas delirantes-alucinatorios. - Presenta un abandono personal grave y persistente: abandono de la ingesta alimentaria y la higiene personal. <p>• En menos de 15 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de respuesta establecida en el plan terapéutico elaborado. - Personas con depresión recurrente (dos o más episodios depresivos recientes con una importante interferencia en su funcionamiento). - Paciente con un problema crónico de salud física que le impide el uso de antidepresivos. - Nuevo episodio depresivo antes de un año del último. - Agorafobias y fobias sociales cuando lo incapaciten. - Persona con TAG que presenta ansiedad severa junto a un déficit en su funcionamiento asociado a uno de los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo de autolesión o suicidio. • Déficit en su autocuidado. • Respuesta inadecuada a las intervenciones indicadas para este trastorno. - Persona con trastornos de pánico si ha habido dos intervenciones (cualquier combinación de intervención psicológica, medicamentos, o la biblioterapia) y la persona sigue teniendo síntomas significativos. - Persona con trastorno somatomorfo cuando persisten los síntomas y evoluciona negativamente. - Cuando estén indicadas intervenciones psicológicas de alta intensidad. <p>6.9 i Se informará de forma clara y precisa al paciente de las fases del proceso de atención, y de la necesidad de la intervención de otros profesionales, con actitud facilitadora para atender a sus demandas de información y expectativas.</p> <p>6.10 En los pacientes derivados para su tratamiento a la USMC, se mantendrá apoyo activo y reevaluación durante la espera √.</p>

PROFESIONALES DE AP-USMC: MÉDICO

Actividades	Características de calidad
<p>7º</p> <p>SEGUIMIENTO</p>	<p>7.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ² OMS-12 ESP.</p> <p>7.2 Se utilizará el Espacio de Colaboración mediante interconsulta, supervisión o cooterapia, a lo largo del seguimiento, individualizando en cada caso (Anexo 3) √.</p> <p>7.3 EN LA DEPRESIÓN MODERADA Y GRAVE Y PARA PERSONAS CON SÍNTOMAS PERSISTENTES DE DEPRESIÓN SUBUMBRAL O DEPRESIÓN LEVE A MODERADA CON RESPUESTA INADECUADA A LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS⁸.</p> <p>Para las personas que no se consideran con alto riesgo de suicidio, por lo general citar después de 2 semanas. Revisar con regularidad, por ejemplo, cada 2-4 semanas en los primeros 3 meses, y luego a intervalos más largos si la respuesta es buena.</p> <p>Para las personas que se consideran con un alto riesgo de suicidio o son menores de 30 años, valorar después de 1 semana y luego establecer seguimiento frecuente hasta que el riesgo ya no sea clínicamente importante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se presentan efectos secundarios al comienzo del tratamiento, se podrá realizar:<ul style="list-style-type: none">- Seguimiento de los síntomas si los efectos secundarios son leves y aceptables.- Cambiar a otro antidepresivo si hay efectos secundarios, al comienzo del tratamiento o por preferencias del/la paciente, valorando la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ¹⁶ ESP.- Tratamiento concomitante a corto plazo (por lo general no más de 2 semanas) con una benzodiazepina si la ansiedad, la agitación y/o el insomnio son importantes. Se deberá tener en cuenta:<ul style="list-style-type: none">• No usar en personas con síntomas crónicos de ansiedad.• Usar con precaución en personas con riesgo de caídas.• Si hay mejoría clínica en 4 semanas, se continuará el tratamiento durante otras 2-4 semanas. En las personas que comenzaron el tratamiento con ATC se pueden mantener las dosis con una monitorización cuidadosa.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de ausencia de respuesta, después de 3-4 semanas, con una dosis terapéutica de antidepresivos, deberíamos: <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar que el tratamiento se ha realizado correctamente según la prescripción. - Aumentar la dosis de acuerdo con las características del producto si no hay efectos secundarios significativos. - Considerar un cambio de antidepresivo si: <ul style="list-style-type: none"> • Aparecen efectos secundarios, o, • La respuesta sigue siendo insuficiente tras el aumento de dosis o, • La persona prefiere cambiar de medicación. <p>Se prescribirá otro ISRS de nueva generación, o bien un antidepresivo de una clase diferente, teniendo en cuenta que puede ser peor tolerado.</p> <p>La combinación y asociaciones de antidepresivos se detalla en la actividad 14.1.2.</p> <p>Ante una retirada o reducción de la dosis antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i Se informará a la persona de los síntomas generalmente leves y autolimitados que pueden aparecer al no mantener la continuidad de las tomas o en la reducción de la dosis y/o graves al interrumpir el tratamiento bruscamente. - i Se informará a las personas de la necesidad de asistir a la consulta en caso de aparición de síntomas significativos. - Se reducirá la dosis gradualmente durante 4 semanas en fármacos de vida media corta (paroxetina, venlafaxina). No es necesario en el tratamiento con fluoxetina. - Si la retirada o reducción produce síntomas graves, se reintroducirá el antidepresivo original, a las dosis que fue efectivo, reduciendo la dosis de forma gradual durante el seguimiento de los síntomas. También es posible reintroducir un antidepresivo, de la misma clase con una vida media más larga. <ul style="list-style-type: none"> • Se establecerá un plan de seguimiento en prevención de recaídas que contemplará: <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente está en remisión: <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la medicación al menos 6 meses y se informará de su beneficio en la prevención de recaídas y de que el fármaco no produce adicción.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Si han transcurrido 6 meses en remisión, la continuación de la medicación dependerá de: <ul style="list-style-type: none"> • Número de episodios previos. • Problemas de salud física concurrentes y dificultades psicosociales. • Síntomas residuales. • Si el riesgo de recaída es significativo o la persona tiene una historia de depresión recurrente, utilizar el Espacio de Colaboración⁸ ✓. • i Se informará a la persona de la importancia de continuar con la medicación durante un mínimo de 2 años y de las posibilidades de tratamiento en base a los tratamientos previos y a sus preferencias. • Después de 2 años reevaluar el tratamiento con la persona, teniendo en cuenta la edad, comorbilidades y otros factores de riesgo, y a partir de entonces reajustar tratamiento. <p>Si la persona con depresión no ha respondido a varios aumentos de dosis o tratamiento de cambios y combinación en atención primaria, se planteará conjuntamente, en el Espacio de Colaboración, la intervención de la USMC a nivel de tratamientos de combinación más complejos, tanto farmacológicos como de Intervenciones psicológicas de alta intensidad.</p> <p>7.4 EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)^{11,15}.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un fármaco es eficaz, la persona deberá seguir tomándolo al menos un año para evitar riesgo de recaída. • i Se informará sobre distintas estrategias a seguir ante la aparición de efectos secundarios al inicio del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento continuado de los síntomas, si los efectos secundarios son leves y aceptables para la persona. - Reducción de la dosis del fármaco. - Suspender la medicación y de acuerdo con las preferencias de la persona ofrecer tratamiento alternativo farmacológico o psicológico. • Si no ha respondido al tratamiento farmacológico: <ul style="list-style-type: none"> - Se instaurará tratamiento farmacológico alternativo: si se inició con sertralina, utilizar otro ISRS o considerar el uso de un inhibidor de la recaptación de la serotonina y

Actividades	Características de calidad
	<p>noradrenalina (IRSN):</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ausencia de respuesta o intolerancia a los ISRS o IRSN, se considerará la posibilidad de tratamiento con pregabalina. • Las benzodiazepinas solo se deberán usar de manera extraordinaria y como tratamiento a corto plazo durante la crisis (2-4 semanas). • Se desaconseja la utilización de antipsicóticos para el tratamiento del TAG en AP. <p>- Se planteará una intervención psicológica de alta intensidad (que se valorará en el espacio de colaboración).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha respondido parcialmente al tratamiento farmacológico se planteará, además del tratamiento farmacológico, una intervención de alta intensidad psicológica (que se valorará en el espacio de colaboración). <p>7.5 TRASTORNO DE PÁNICO (ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA)¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evaluará la eficacia y los efectos secundarios a las 2 semanas de iniciar el tratamiento y posteriormente en la 4, 6 y 12 semanas. • Se realizará revisión en intervalos de 8-12 semanas si el tratamiento continúa más de 12 semanas. • En la consulta se realizarán una serie de preguntas para la toma de decisiones según la respuesta: ¿Ha habido una mejora después de 12 semanas de tratamiento?: <ul style="list-style-type: none"> - En caso de respuesta afirmativa: Continuar tratamiento y seguimiento durante 6 meses tras alcanzar la dosis óptima, después la dosis puede ser ajustada. Para finalizar reducir la dosis gradualmente durante un periodo prolongado. - En caso de respuesta negativa preguntar: Si ésta ha sido la segunda intervención: <ul style="list-style-type: none"> • En caso negativo: Reevaluar • En caso positivo: Se consultará con el USMC <p>7.6 TRASTORNOS SOMATOTROFOS^{17,19} ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda que el paciente en el seguimiento sea atendido por el mismo profesional. • Se recomienda planificar citas regulares breves cada 4-6 semanas como máximo. • Ante la aparición de nuevos síntomas o un empeoramiento del cuadro clínico actual, considerar una comunicación centrada en las emociones del paciente.

PROFESIONALES DE LA USMC: ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC)

Actividades	Características de calidad
<p>8°</p> <p>RECEPCIÓN DE LA PERSONA</p>	<p>8.1 Se aplicarán las medidas de identificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) Δ^2 OMS-12 ESP.</p> <p>8.2 Se comprobará la correspondencia con el profesional que le ha sido asignado para su tratamiento y seguimiento.</p> <p>8.3 i Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p>

PROFESIONALES DE USMC: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO

Actividades	Características de calidad
<p>9°</p> <p>EVALUACIÓN PACIENTE</p>	<p>9.1 Se aplicarán las medidas de identificación inequívoca de la persona Δ^2 OMS - 12 ESP.</p> <p>9.2 Se valorará el motivo de atención en la USMC.</p> <p>9.3 Se evaluará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los planes previos de tratamiento para este episodio y si se han realizado las intervenciones indicadas en el grado adecuado. • Las dificultades y problemas en áreas como la vida cotidiana, la educación y/o el empleo y las relaciones sociales. • Las estrategias de manejo desarrolladas por el paciente en crisis anteriores. • La red social. • La psicopatología. • La capacidad de autocuidado. • La comorbilidad orgánica y psiquiátrica. • El consumo de sustancias tóxicas. • El tiempo de evolución de los síntomas actuales y su severidad. • El tratamiento farmacológico actual. • El tratamiento con terapias alternativas/complementarias. • El riesgo de suicidio (Anexo 4), que ha de valorarse siempre que existan factores y situaciones de riesgo, y especialmente en los asociados con: <ul style="list-style-type: none"> - Depresión (episodio de depresión mayor y periodo de remisión parcial).

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de autolisis previos. - Abuso o dependencia de alcohol y drogas. - Trastorno límite de personalidad. - Niveles altos de impulsividad y agresividad. <ul style="list-style-type: none"> • La existencia de comorbilidad psiquiátrica. <p>9.4 La entrevista se desarrollará en la medida de lo posible en un ambiente confortable y tranquilo, y el profesional se mostrará respetuoso y empático.</p> <p>9.5 Se preservará en todo momento el derecho a la intimidad del enfermo y su familia.</p> <p>9.6 Se valorará la necesidad y posibilidades de la persona para un compromiso terapéutico.</p> <p>9.7 Se utilizarán las siguientes herramientas diagnósticas si se considera necesario (Anexo 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de Hamilton o GAD-7 para ansiedad (establecer el diagnóstico). • PHQ-9 para detección y valoración de depresión (valorar gravedad). • Escala de desesperanza de Beck, (si existe riesgo de suicidio). <p>9.8 Se utilizará la CIE-10 para su clasificación diagnóstica, dejando constancia documental en la Historia de Salud ✓ (Anexo 2).</p> <p>9.9 i Se informará sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la necesidad de la intervención de otros profesionales.</p> <p>9.10 i El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>9.11 i Cuando el paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>9.12 i La información deberá tener contenidos básicos sobre \checkmark:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las manifestaciones clínicas. • La evolución previsible. • La posibilidad de evaluación por otros profesionales. • La necesidad de un Plan terapéutico. • Las demandas complementarias de información. <p>Se dejará constancia documental en la Hª de Salud de la información facilitada al paciente y/o su familia.</p> <p>9.13 Se indicará valoración por enfermería ante personas que \checkmark:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persiste riesgo de autolisis. • Manejo inefectivo del régimen terapéutico. • Aislamiento social. • Afrontamiento inefectivo. • Baja autoestima (crónica). • Deterioro de la adaptación. • Impotencia y desesperanza. • Desempeño inefectivo del rol. • Sufran de situaciones de cualquier tipo de maltrato. <p>9.14 Se indicará evaluación por trabajador/a social ante personas que \checkmark:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentan riesgo de suicidio y carecen de apoyo familiar/social adecuado. • Presentan un aislamiento social extremo. • Puedan poner en riesgo el cuidado de hijos menores, discapacitados o ancianos. • Sufran de situaciones de violencia de género (desigualdad en la pareja, familia, trabajo). • Precisen la coordinación con otros dispositivos socio/sanitarios para la elaboración del plan consensuado de tratamiento.

PROFESIONALES DE LA USMC: ENFERMERÍA	
Actividades	Características de calidad
<p>10º</p> <p>VALORACIÓN ESPECÍFICA</p>	<p>10.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ ² OMS-12 ESP.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>10.2 La valoración enfermera se realizará según los casos, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista individual y/o familiar en la USMC. • Entrevista individual y/o familiar en domicilio. <p>10.3 Se utilizará la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA. Para una valoración específica usaremos las:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (NOC 1208) Nivel de depresión. • (NOC 1211) Nivel de ansiedad. <p>10.4 i Se informará sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la necesidad de la intervención de otros profesionales.</p> <p>10.5 i El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>10.6 Se dejará constancia documental de la valoración en la Hª de Salud de la persona y de la información aportada al paciente.</p>

PROFESIONALES DE LA USMC: TRABAJADOR SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>11º</p> <p>VALORACIÓN ESPECÍFICA</p>	<p>11.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ^2 OMS-12 ESP.</p> <p>11.2 La valoración social se obtendrá a través de \checkmark:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación directa. • Entrevista individual y familiar. • Visita domiciliaria. <p>11.3 Se valorará si su intervención se realizará en el espacio de cooperación, con la TS de AP, o requerirá una intervención social individual en SM \checkmark.</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>11.4 Se podrá apoyar en los siguientes cuestionarios incluidos en Diraya √: (Anexo 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • APGAR Familiar. • Apoyo social funcional de Duke-Unc. • Escala de Zarit. • MOS de apoyo social. • Escala de evaluación de reajuste social. <p>11.5 Se indicará el diagnóstico social teniendo en cuenta la clasificación que aparece en Diraya, así como el registro que corresponda en el listado de problemas del SIGAP, dejando constancia documental de la valoración en la Hª de Salud de la persona √.</p> <p>11.6 i Se informará sobre el resultado de la valoración en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas y de la necesidad de la intervención de otros profesionales.</p> <p>11.7 i El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.</p> <p>11.8 Se dejará constancia documental de en la Hª de Salud de la persona y de la información facilitada.</p>

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>12º</p> <p>PLAN CONSENSUADO DE TRATAMIENTO (PCT)</p>	<p>12.1 Es un documento de acuerdo establecido entre el terapeuta(s) referente y el/la paciente, consensuado entre todos los profesionales que intervienen. Debe quedar reflejado en la Hª de Salud, y recoger los siguientes aspectos √:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos personalizados de tratamiento. • Asignación de responsabilidades a los profesionales que participan en el proceso de atención.

Actividades

Características de calidad

- Intervenciones a realizar: farmacológicas y psicológicas de alta intensidad.
- Establecimiento del encuadre, en caso de psicoterapias:
 - Frecuencia y duración de las sesiones.
 - Atención en situaciones de crisis.
- Criterios de alta:
 - Cambios en los síntomas.
 - Transformación en las relaciones personales, justificado con ejemplos específicos.
 - Incremento de la autoestima.
 - Mayor capacidad para resolver los propios problemas.
 - Demostrar sus conocimientos sobre todo lo nuevo que ha aprendido.
- Valoración de la comprensión del enfermo sobre cómo funciona la terapia.
- La previsión de duración del plan consensuado de tratamiento y los criterios de revisión y terminación.
- Plan de seguridad en caso de riesgo de suicidio (Anexo 4).
- Relaciones con AP y uso del Espacio de Colaboración (Anexo 3), que debe contemplar el análisis conjunto de pacientes que no han recibido alguna de las intervenciones indicadas en el ámbito de atención primaria, bien porque no se le hayan ofrecido o porque las haya rechazado.

12.2 Deberá estar elaborado en 15 días, a partir de la primera visita en la USMC ✓.

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
13° APLICACIÓN DEL PLAN CONSENSUADO DE TRATAMIENTO (PCT)	13.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ ² OMS-12 ESP. 13.2 i Informar al paciente y/o su familia o cuidador/a si la persona está de acuerdo, en base a lo establecido en La Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente.

Actividades	Características de calidad
	<p>13.3 Se garantizará la transmisión de información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención, mediante un procedimiento estandarizado para la comunicación y la continuidad asistencial Δ^3 OMS - 24 ESP.</p> <p>13.4 Se valorará el tratamiento hospitalario para las personas que tienen un riesgo significativo de suicidio, autolesiones o un severo autoabandono con riesgo para su salud y se considerará la posibilidad, una vez resuelta la crisis, de alta temprana del hospital contando con el apoyo de programas intensivos de gestión de casos.</p> <p>13.5 Ante la opción de tratamiento psicoterapéutico: se informará adecuadamente al paciente y en su caso a su familiar, antes de iniciar, continuar y/o modificar un tratamiento psicoterapéutico, dejando constancia documental en la Hª de Salud. Esta información deberá constar como mínimo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La técnica a utilizar, con indicación de lo que se espera que el/la paciente aporte. • Los beneficios que se esperan alcanzar. • Los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo. • La duración del tratamiento. <p>13.6 Ante la opción de tratamiento farmacológico:</p> <p>i Se informará adecuadamente al paciente y en su caso a su familiar, antes de iniciar, continuar y/o modificar un tratamiento farmacológico, dejando constancia documental en la Hª de Salud. Esta información deberá constar como mínimo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las opciones de tratamiento. • Las razones para la prescripción. • Los beneficios que se esperan alcanzar. • Los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo así como las posibles interacciones. • El riesgo de activación con algunos ISRS e IRSN, con síntomas tales como aumento de la ansiedad, agitación y trastornos del sueño. • La duración del tratamiento, del efecto demorado de los antidepresivos y del posible síndrome de discontinuación. • La necesidad, especialmente, de tomarse la medicación tal como se le prescribió, en particular los fármacos de vida media corta y la necesidad de continuar con el tra-

Actividades	Características de calidad
	<p>tamiento después de la remisión para evitar las recaídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimismo se debe aclarar con el paciente los temores a hacerse adictos a la medicación u otros aspectos relacionados con la misma. <p>13.7 En el ámbito de los cuidados de enfermería las intervenciones irán orientadas a que el paciente logre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de problemas (NOC 1302). • Ejecución del rol (NOC 1501) favoreciendo la ejecución de roles igualitarios de género. • Motivación (NOC 1209). • Implicación social (NOC 1503). • Autoestima (NOC 1205). • Autocontrol de la ansiedad (NOC 1402). • Autocontrol del impulso suicida (NOC 1408). • Conducta de cumplimiento (NOC 1601). • Bienestar personal (NOC 2002). <p>Estarán centradas en²⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo y comprensión a la persona y: <ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa (NIC 4920). - Apoyo emocional (NIC 5270). - Dar esperanza (NIC 5310). - Establecimiento de objetivos comunes (NIC 4410). • Ayudar a identificar dificultades y desarrollar estrategias de afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el afrontamiento (NIC 5230). - Potenciación de la socialización (NIC 5100). - Potenciación de la autoestima (NIC 5400). - Manejo de la medicación (NIC 2380). - Manejo de la conducta : autolesión (NIC 4354). - Fomento del ejercicio físico (NIC 2380). - Reestructuración cognitiva (NIC 4700). - Terapias de relajación (NIC 6040). - Potenciación de roles (NIC 5370). <p>Estas intervenciones pueden ser llevadas a cabo a nivel individual y/o grupal y en la USMC y/o domicilio según los casos. Para garantizar resultados efectivos, satisfactorios en el paciente, los cuidados se han de prestar teniendo en cuenta sus creencias culturales, sus conductas del cuidado y sus valores individuales, los de su familia y los del grupo al que pertenece.</p>

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>14º</p> <p>DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN CONSENSUADO DE TRATAMIENTO</p>	<p>14.1 En la depresión moderada y severa⁸:</p> <p>14.1.1 Se desarrollará un plan de atención multidisciplinar a la persona (y su familia o cuidador si la persona está de acuerdo), que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifique las funciones de todos los profesionales implicados.• Incluya un plan de crisis que identifique los posibles desencadenantes de ésta y estrategias para que su gestión sea compartida entre la persona, su médico de cabecera y otras personas relevantes.• Cuando estén recibiendo tratamiento las personas con depresión grave y un problema crónico de salud física en la USMC, el trabajo ha de realizarse en estrecha colaboración con AP manteniendo la alerta sobre posibles interacciones con otros medicamentos adicionales.• Se valorará el ingreso hospitalario para las personas que tienen un riesgo significativo de suicidio, autolesiones o abandono del autocuidado.• Se valorará la posibilidad de la Terapia Electro Convulsiva (TEC) para la depresión grave, cuando haya riesgo de muerte y cuando sea necesario una respuesta rápida, o cuando otros tratamientos han fracasado. No se recomienda su uso rutinario para personas con depresión moderada, excepto si su depresión no ha respondido a múltiples tratamientos. <p>14.1.2. Tratamiento farmacológico</p> <p>La prescripción farmacológica seguirá las indicaciones establecidas en AP. Por razones de seguridad, eficacia, adecuación y coste, se consideran sertralina, citalopram y fluoxetina apropiados como primera opción, considerando que debe adaptarse al perfil prescriptor específico de salud mental, pues es donde se tratan la mayoría de depresiones severas √.</p> <p>Los siguientes grupos de pacientes precisan de pautas de prescripción específica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Personas que sufren de depresión con síntomas psicóticos: considere aumentar el plan de tratamiento actual con medicación antipsicótica.• Personas que no han respondido al tratamiento en AP.

Actividades	Características de calidad
	<p>Se contemplará la siguiente secuencia de tratamiento tras una respuesta inadecuada en atención primaria^{8,9}:</p> <p>14.1.2.1 Si se produce una respuesta inadecuada al tratamiento se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de cambiar el tratamiento, se debe investigar la adhesión al mismo y la existencia de efectos adversos importantes. En ambos casos, ofertaremos al paciente la posibilidad de aumentar la frecuencia de las visitas de control. • El tratamiento con un solo fármaco se asocia a una menor probabilidad de que aparezcan efectos adversos. • Se puede considerar la reintroducción de tratamientos ensayados con anterioridad y que fueron interrumpidos por falta de adherencia o porque la prescripción se consideró inadecuada en su momento. • Si es necesario cambiar de antidepresivo: <ul style="list-style-type: none"> - Como norma general, si se ha seleccionado un ISRS, se recomienda prescribir otro fármaco del mismo subgrupo terapéutico o un antidepresivo de nueva generación que, por su perfil de efectos adversos, pueda ser útil para nuestro paciente concreto. - En una segunda fase, podemos utilizar un antidepresivo de una clase diferente, aunque sea peor tolerado por el paciente (tal y como un antidepresivo tricíclico, un IMAO u otro). - No se recomienda el uso de venlafaxina de liberación no modificada. - No se recomienda el cambio o el inicio de tratamiento con dosulepina. • En fármacos de vida media corta, ante el riesgo de que aparezcan efectos adversos, se recomienda una visita de control a la semana de iniciar el tratamiento. • Al prescribir antidepresivos, tendremos presente la posibilidad de que se produzcan interacciones con otros tratamientos del paciente. • Si es necesario cambiar de antidepresivo, tendremos especial precaución en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - Al cambiar de fluoxetina a otro antidepresivo - De fluoxetina o paroxetina a un TCA: use una dosis inicial más baja de TCA (sobre todo al cambiar de fluoxetina) - A un nuevo antidepresivo serotoninérgico o IMAO - De un no-IMAO reversible: se requiere un período de descanso de 2 semanas.

Actividades	Características de calidad
	<p>14.1.2.2 Combinación de antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como recomendación general, ante la falta de evidencias sólidas y los problemas de seguridad asociados, no se recomienda la asociación de antidepresivos entre sí, ni con otros antipsicóticos. En caso de estricta necesidad, se puede abordar el tratamiento combinado, que debe restringirse al ámbito especializado y con la perfecta coordinación entre profesionales. Debe asimismo informarse al paciente (o familiares/cuidadores) de lo anterior y sobre el riesgo de aumento de efectos secundarios. <p>En el caso de tomar la decisión de asociar otros fármacos y tras haber informado correctamente a la persona y confirmar que acepta y tolera el aumento de efectos secundarios, se puede potenciar un antidepresivo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Litio - Un antipsicótico (aripiprazol, olanzapina, quetiapina o risperidona). - Otro antidepresivo, como la mianserina o mirtazapina. <ul style="list-style-type: none"> • Sobre el tratamiento con litio, se recomienda referenciar la GPC o evidencias que avalan las recomendaciones. <p>14.1.2.3 Combinación de tratamiento farmacológico y psicológico: si una persona con depresión no responde a una intervención independiente psicológica o farmacológica, se podrían combinar antidepresivos con TCC.</p> <p>14.1.2.4 Retirada o reducción de antidepresivos: Se seguirán las indicaciones establecidas en AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a las personas sobre los síntomas que pueden aparecer al interrumpir el tratamiento, con la discontinuidad en las tomas o al reducir la dosis de la medicación. Explique que estos son generalmente leves y autolimitados, alrededor de 1 semana; aunque podrían ser graves, sobre todo si el fármaco se interrumpe repentinamente. • Se debe reducir gradualmente la dosis durante 4 semanas (no es necesario con fluoxetina). Aunque este periodo de tiempo debe prolongarse para los fármacos con vida media más corta (por ejemplo, paroxetina y venlafaxina de liberación no modificada).

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar volver a consulta si el paciente experimenta síntomas significativos. En este caso: <ul style="list-style-type: none"> - Supervisarlos y tranquilizar a la persona si los síntomas son leves. - Reintroducir el antidepresivo original a la dosis que fue efectivo (u otro antidepresivo con una vida media más larga de la misma clase) si los síntomas son graves, y reducir la dosis en forma gradual durante el seguimiento de los síntomas. <p>14.1.3 Intervenciones psicológicas de alta intensidad Se contemplan las siguientes intervenciones: Terapia cognitivo conductual (TCC), Terapia interpersonal (TIP), Terapia de activación comportamental, Terapia de pareja, “Counselling” (consejo psicológico) y Psicoterapia psicodinámica breve.</p> <p>Se realizarán en los siguientes casos:</p> <p>14.1.3.1 En depresión leve a moderada (episodio depresivo) cuando las personas rechazan una intervención psicosocial de baja intensidad.</p> <p>Valorar los grupos basados en la terapia cognitivo-conductual (TCC), que se realizarán por dos profesionales en 10-12 sesiones de 8-10 participantes durante 12-16 semanas, incluyendo el seguimiento.</p> <p>14.1.3.2. En depresión moderada y grave y para los síntomas persistentes de depresión subumbral o depresión leve a moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones anteriores.</p> <p>Opciones para las personas con depresión sin un problema crónico de salud física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con síntomas persistentes de depresión subumbral o depresión leve a moderada que no se han beneficiado de una intervención psicosocial de baja intensidad se pueden utilizar una de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - TCC. - TIP. - Activación conductual (aunque la evidencia es menos robusta que para TCC o TIP). - Terapia conductual de pareja para las personas que tienen una pareja estable y donde la relación puede

Actividades	Características de calidad
	<p>contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión, o cuando la participación del otro miembro de la pareja se considere que pueda aportar un beneficio terapéutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que rechazan las opciones anteriores, considerar: <ul style="list-style-type: none"> - “Counselling” para personas con síntomas persistentes depresivos subumbrales o depresión leve a moderada ofrecer 6-10 sesiones durante 8-12 semanas. - Psicoterapia psicodinámica a corto plazo para personas con depresión leve a moderada; ofrecer 16 a 20 sesiones durante 4-6 meses. • Para las personas con depresión moderada o grave, combinar antidepresivos con una intervención de alta intensidad psicológica (TCC o TIP). <p>Opciones de tratamiento para las personas con depresión y un problema crónico de salud física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con síntomas persistentes de depresión subumbral o depresión leve a moderada que no se han beneficiado de una intervención psicosocial de baja intensidad, se puede utilizar un antidepresivo (normalmente un ISRS) o una de las siguientes intervenciones psicológicas de alta intensidad: <ul style="list-style-type: none"> - Grupo basado en la TCC o TCC individual (si el grupo es rechazado, no es apropiado o no está disponible) o, - Terapia conductual de pareja para las personas que tienen una pareja estable y donde la relación puede contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión, o cuando la participación del otro miembro de la pareja se considere que pueda aportar beneficio terapéutico. <p>Las intervenciones psicológicas anteriores (Grupo basado en la TCC, TCC individual o Terapia conductual de pareja) también se utilizarán para personas con una presentación inicial de una depresión moderada.</p> <p>La duración de la intervención se puede adaptar a las circunstancias individuales:</p>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Para personas sin enfermedad crónica física: <ul style="list-style-type: none"> - TCC Individual: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Realizar 3-4 sesiones de seguimiento en los próximos 3-6 meses. Para la depresión moderada o grave: dos sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - TIP: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Para la depresión severa: dos sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - Activación del comportamiento: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Continuar con 3-4 sesiones de seguimiento en los próximos 3-6 meses. Para la depresión moderada o grave: dos períodos de sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - Terapia Conductual de pareja: por lo general 15 a 20 sesiones durante 5-6 meses. • Para personas con un problema crónico de salud física: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos basados en la TCC: habitualmente en grupos de 6-8 personas con un problema físico común, durante 6-8 semanas. - TCC individual: se debe mantener hasta que los síntomas han remitido, aunque se considera lo usual: <ul style="list-style-type: none"> • 6-8 semanas (no más de 16-18 semanas) para la depresión moderada, más 2 sesiones de seguimiento en los próximos 6 meses. • De 16 a 18 semanas para la depresión severa y 2 o 3 sesiones de seguimiento en los próximos 12 meses, de ellas 3 sesiones dos veces por semana durante las primeras 2-3 semanas centradas en la activación conductual. - Terapia conductual de pareja: por lo general 15 a 20 sesiones durante 5-6 meses. <p>14.1.3.3 Seguimiento y prevención de recaídas Utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TCC individual para las personas que han sufrido una recaída a pesar de los antidepresivos, para las personas con un historial significativo de depresión y para los síntomas residuales a pesar del tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Normalmente realizar 16-20 sesiones en 3-4 meses. - Si se necesitan más para lograr la remisión, realizar 2 sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas; también incluyen 4-6 sesiones de seguimiento

Actividades	Características de calidad
	<p>en los próximos 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva tipo Mindfulness para las personas que actualmente están bien, pero han tenido tres o más episodios de depresión. Organizarla en grupos de 8-15 personas en reuniones semanales de 2 horas durante 8 semanas. Continuar con 4 sesiones de seguimiento en los próximos 12 meses. <p>14.2 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)¹¹</p> <p>Si la persona con TAG no ha recibido alguna de las intervenciones indicadas en el ámbito de AP, se informará de los beneficios potenciales de estas intervenciones y se les ofrecerá tras debatirlo y acordarlo con ella, una de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinaciones de los tratamientos psicológicos y farmacológicos ✓ (faltan estudios sobre la efectividad de los tratamientos de combinación). • Combinaciones de antidepresivos y/o incremento de antidepresivos con otros fármacos, teniendo en cuenta que los efectos secundarios y las interacciones son más probables cuando se combinan y/o se aumentan los antidepresivos. <p>14.2.1 Tratamiento farmacológico</p> <p>La prescripción farmacológica seguirá las indicaciones establecidas para AP.</p> <p>14.2.2 Intervenciones psicológicas de alta intensidad</p> <p>Si una persona con trastorno de ansiedad generalizada elige una intervención psicológica de alta intensidad, se podrían indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de relajación: por lo general se realizan de 12-15 sesiones semanales (menos si la persona se recupera antes, o más si es clínicamente necesario), con una duración de 1 hora. (La Terapia de relajación podrá realizarse en AP). • Terapia cognitiva conductual (TCC): por lo general se realizan de 12-15 sesiones semanales (menos si la persona se recupera antes, más si es clínicamente necesario), con una duración de 1 hora. <p>14.3 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO¹¹</p> <p>Reevaluar el trastorno de pánico de la persona, su entorno y sus circunstancias sociales, con valoración completa del riesgo y del papel de los síntomas de evitación, agorafobia</p>

Actividades	Características de calidad
	<p>y otros. Para completar esta evaluación y compartirla con el paciente puede ser necesaria más de una sesión.</p> <p>Las posibilidades a considerar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de condiciones comórbidas. • Terapia cognitivo-conductual, incluyendo la TCC en el hogar si la asistencia a la USMC por la clínica del paciente fuera difícil. • Estrategias estructuradas de solución de problemas. • Farmacoterapia. • Apoyo diario para aliviar a cuidadores y miembros de la familia. <p>14.3.1 Tratamiento farmacológico La prescripción farmacológica seguirá las indicaciones establecidas para AP.</p> <p>14.3.2 Intervenciones psicológicas de alta intensidad Según la evidencia disponible, es el tratamiento con un efecto más duradero.</p> <p>Se realizará terapia cognitivo-conductual (TCC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo general se realizan sesiones semanales de 1-2 horas de duración y se completa en 4 meses. El rango óptimo es de 7 a 14 horas. • A veces, un tratamiento más intensivo en un periodo muy corto puede ser efectivo. • Si se indica una TCC más breve debe estar diseñada para integrarse con materiales estructurados de autoayuda. Y debe ser complementada con información apropiada y tareas. <p>14.4 TRATAMIENTO DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS Tras revisar los tratamientos anteriores en atención primaria, considerar reintroducir los que se hayan desarrollado de manera inadecuada.</p> <p>14.4.1 Tratamiento farmacológico La prescripción farmacológica seguirá las indicaciones establecidas.</p> <p>14.4.2 Intervenciones psicológicas de alta intensidad¹⁸ Actualmente no existe suficiente evidencia científica como para recomendar un tratamiento psicológico específico.</p>


PROFESIONALES FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA USMC

Actividades	Características de calidad
15° FIN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	<p>15.1 Se considerará finalizado el proceso cuando el/la paciente experimente mejoría que permita la realización de las actividades de la vida cotidiana de forma satisfactoria.</p> <p>15.2 i Se informará de forma clara y precisa al paciente sobre la evolución y finalización de su proceso y dejarán constancia escrita en la historia de salud y el plan consensuado de tratamiento, en su caso.</p> <p>15.3 Se facilitará al paciente las recomendaciones que se consideren adecuadas para fomentar el autocuidado y el afrontamiento saludable de las dificultades cotidianas, así como la promoción de hábitos de vida generadores de salud.</p> <p>15.4 Si procede, se determinará en el espacio de colaboración con el acuerdo del paciente, el consenso de las actuaciones multiprofesionales para un seguimiento único al alta, así como el profesional de referencia.</p>

▲ Triángulo que identifica características de calidad relacionadas con la seguridad del paciente.

Cuando el triángulo lleve un superíndice numérico se refiere a:

- El criterio concreto de las recomendaciones de la OMS "Soluciones para la seguridad del paciente" y/o
- La "Estrategia para la Seguridad del Paciente (ESP) del SSPA".

La estrategia "Higiene de manos" para fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, es una recomendación de la OMS y una solución de la Estrategia para la seguridad del paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, además tiene una identificación específica. Por tanto se identificaría  ⁹ OMS-17 ESP

i Momentos del desarrollo del PAI en los que se debe informar al paciente.

LEY 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

i El paciente será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

i Paciente que a criterio del profesional que le atiende, carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico: la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.



6

Competencias del Equipo de profesionales en el PAI-ADS

Las competencias que a continuación se detallan surgen de las actividades descritas en este Proceso y de sus características de calidad. Son competencias que deben estar presentes en el Equipo de profesionales, médicos (M), psiquiatras (PSC), psicólogos (PS), enfermeras (E), Trabajador Social (TS), auxiliares de enfermería (AE), celador (C) y administrativo (Ad) para la implantación del PAI.

COMPETENCIA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CONSEJO SANITARIO Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad del paciente.	• Verifica el registro correcto de los datos administrativos en la documentación y en la Hª de Salud del paciente.	•	•	•	•	•	•	•	•
	• Aplica medidas de seguridad para la identificación inequívoca de la persona.	•	•	•	•	•	•	•	•
	• Favorece el uso seguro y responsable de la medicación, dispositivos, medidas de soporte, cuidados y apoyo terapéutico.	•	•	•	•				
	• Valora, identifica y registra la presencia o ausencia de factores de riesgo.	•	•	•	•				•
	• Valora y/o registra en la Hª de Salud el riesgo de suicidio/autoagresividad/heteroagresividad.	•	•	•	•				•
	• Evalúa y detecta posible presencia de trastorno mental no identificado en otras personas que conviven con el/la paciente.	•	•	•	•				•
	• Detecta malos tratos en personas atendidas por problemas psíquicos.	•	•	•	•				•
El/la profesional lleva a cabo actividades educativas que promueven el mantenimiento de la salud.	• Realiza intervenciones para mejorar el conocimiento de la enfermedad, prevenir riesgos y complicaciones y potenciar la adherencia al régimen terapéutico prescrito.	•	•	•	•				•

COMPETENCIA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional proporciona la información necesaria para promover la toma de decisiones compartidas y facilita el ejercicio de los derechos del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> En la historia clínica del paciente se reflejan los contenidos y los momentos donde se informa al paciente, recogiendo el formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito cuando se le realice un procedimiento definido en el catálogo de CI de la Consejería de Salud de la CCAA. 	●	●	●	●				●
El/la profesional protege la confidencialidad de la información y preserva su intimidad.	<ul style="list-style-type: none"> Adopta medidas para garantizar la privacidad, el derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información proporcionada por el paciente. 	●	●	●	●				●
El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de atención individualizado.	<ul style="list-style-type: none"> Personaliza la atención, teniendo en cuenta las necesidades individuales de la persona y la diversidad cultural, de modo que las intervenciones sanitarias planificadas resulten eficaces. 	●	●	●	●				●
El/la profesional identifica y/o moviliza los recursos para ayudar al paciente en su proceso de recuperación y mejorar su bienestar e integración en la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> Informa y promueve la utilización de asociaciones, grupos de apoyo u otros recursos externos no sanitarios por parte del paciente y la familia 	●	●	●	●				●

COMPETENCIA: COMUNICACIÓN Y/O ENTREVISTA CLÍNICA

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional emplea las habilidades de comunicación adecuadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Informa de forma clara y precisa al paciente, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas, adecuando la información a sus posibilidades de comprensión, y cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. 	●	●	●	●	●	●	●	●
	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo adecuado de técnicas de entrevista de valoración familiar. 	●	●	●	●				●
	<ul style="list-style-type: none"> • Valora, identifica y registra el estado emocional del paciente y familia, adaptando la comunicación e información como herramientas de apoyo, y registrándolo en la Hª de Salud. 	●	●	●	●				●

COMPETENCIA: CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional tiene habilidades para prestar a los pacientes una atención de calidad en aspectos relacionados con el proceso asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> Realiza una evaluación clínica correcta, solicita e interpreta las pruebas diagnósticas requeridas, establece un juicio clínico razonado y determina un plan de actuación, acorde con la situación del paciente en cada momento, registrándolo en la Hª de Salud. 	●	●	●	●				
	<ul style="list-style-type: none"> Detecta signos de descompensación psicopatológica y desarrolla intervenciones al respecto. 	●	●	●	●				●
	<ul style="list-style-type: none"> Los profesionales implicados en cada una de las fases del PAI tienen los conocimientos y habilidades necesarias relacionadas con su disciplina; entre otras: <ol style="list-style-type: none"> Empleo de terapias y utilización de técnicas de uso frecuente y adecuado al ámbito del PAI (técnicas de psicoterapia, intervenciones psicoterapéuticas individuales y/o grupales, instrumentos psicopedagógicos, diagnósticas, epidemiológicas, etc.). El tratamiento se ajusta a las Guías de Práctica Clínica, a la política de uso de fármacos del centro y a las características específicas de cada paciente. Entrenamiento en técnicas de relajación individual y/o grupal, técnicas de consejo y asesoramiento a personas/familias, etc. 	●	●	●	●				●
		●	●	●	●				●

COMPETENCIA: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional garantiza la continuidad de la atención a lo largo de todo el desarrollo del PAI al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Mantiene contactos y/o se coordina con los recursos de apoyo social y otros dispositivos intersectoriales para el seguimiento conjunto de los pacientes asignados. 	●	●	●	●				●
	<ul style="list-style-type: none"> Favorece la continuidad asistencial apoyándose en los registros de salud: informes de consultas, de hospitalización, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tratamiento a seguir por el paciente, etc. 	●	●	●	●				
	<ul style="list-style-type: none"> Realiza refuerzo específico de los planes de educación para la salud y prevención. 	●	●	●	●				●
	<ul style="list-style-type: none"> Realiza recomendaciones de vigilancia domiciliaria verbales y en soporte papel. 	●	●	●	●				●
	<ul style="list-style-type: none"> Activa procedimientos multidisciplinares relacionados con la evaluación, tratamiento integral y revisiones en acto único, en un modelo de atención compartida a través de los diferentes recursos disponibles. 	●	●	●	●				●

COMPETENCIA: CAPACIDAD PARA DESARROLLAR MEDIDAS DE APOYO A LA FAMILIA

Buenas Prácticas PAI-ADS	EVIDENCIAS ESPECÍFICAS PAI-ADS	M	ENF	PSC	PSI	AE	C	AD	TS
El/la profesional apoya y forma a los cuidadores familiares principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado.	• Realiza valoración integral del paciente, del contexto familiar, educativo, social y laboral, poniendo especial énfasis en su nivel de dependencia y capacidad de afrontamiento.	●	●	●	●				●
	• Realiza valoración e intervención familiar, en torno a situaciones de riesgo de mantenimiento de la salud de uno o varios miembros.	●	●	●	●				●
	• Detecta al cuidador responsable en caso de pacientes que requieren apoyo para cumplir medidas terapéuticas prescritas.	●	●	●	●				●
	• Participa en programas de psicoeducación, actividades grupales dirigidas a pacientes y/o familiares, etc.	●	●	●	●				●
	• Intervención terapéutica enfocada hacia la contención emocional y/o apoyo psicológico a familiares convivientes.	●	●	●	●				●



7

Recursos y Unidades de soporte específicos

En este Proceso Asistencial Integrado, no se han considerado recursos y unidades de soporte específicas, siendo necesario para su desarrollo las estructuras ya existentes en las Unidades de Gestión Clínica.



8

Representación gráfica del PAI

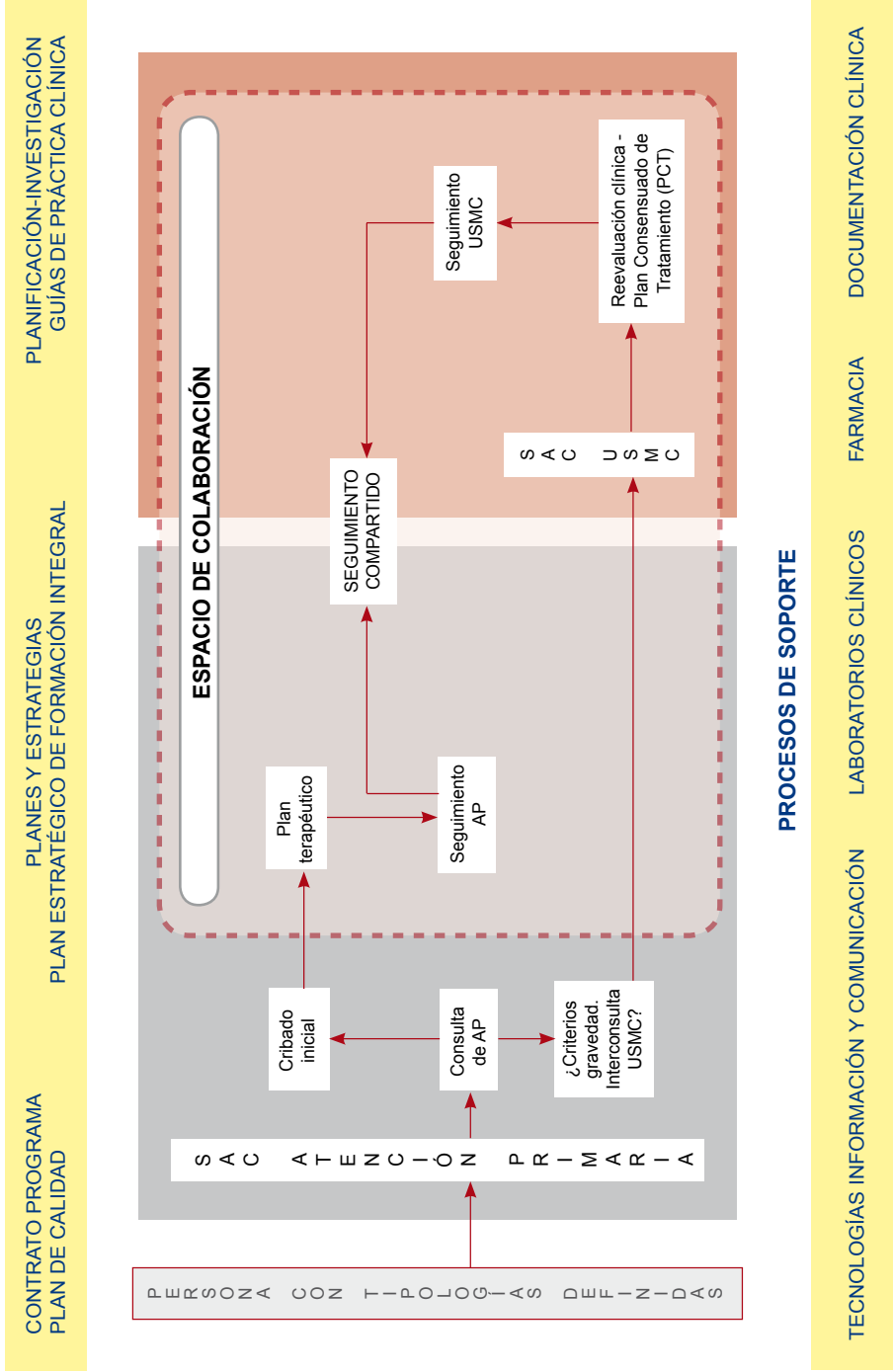
La representación Global del Proceso Asistencial Integrado nos permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-USMC), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación. La continuidad asistencial al paciente/familia y la salida del PAI-ADS, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos.

La representación Específica del Proceso Asistencial Integrado es el modelo gráfico, mediante diagrama de flujos, donde se desglosan en las actividades del PAI el QUIÉN, DÓNDE, QUÉ, CÓMO y CUÁNDO.

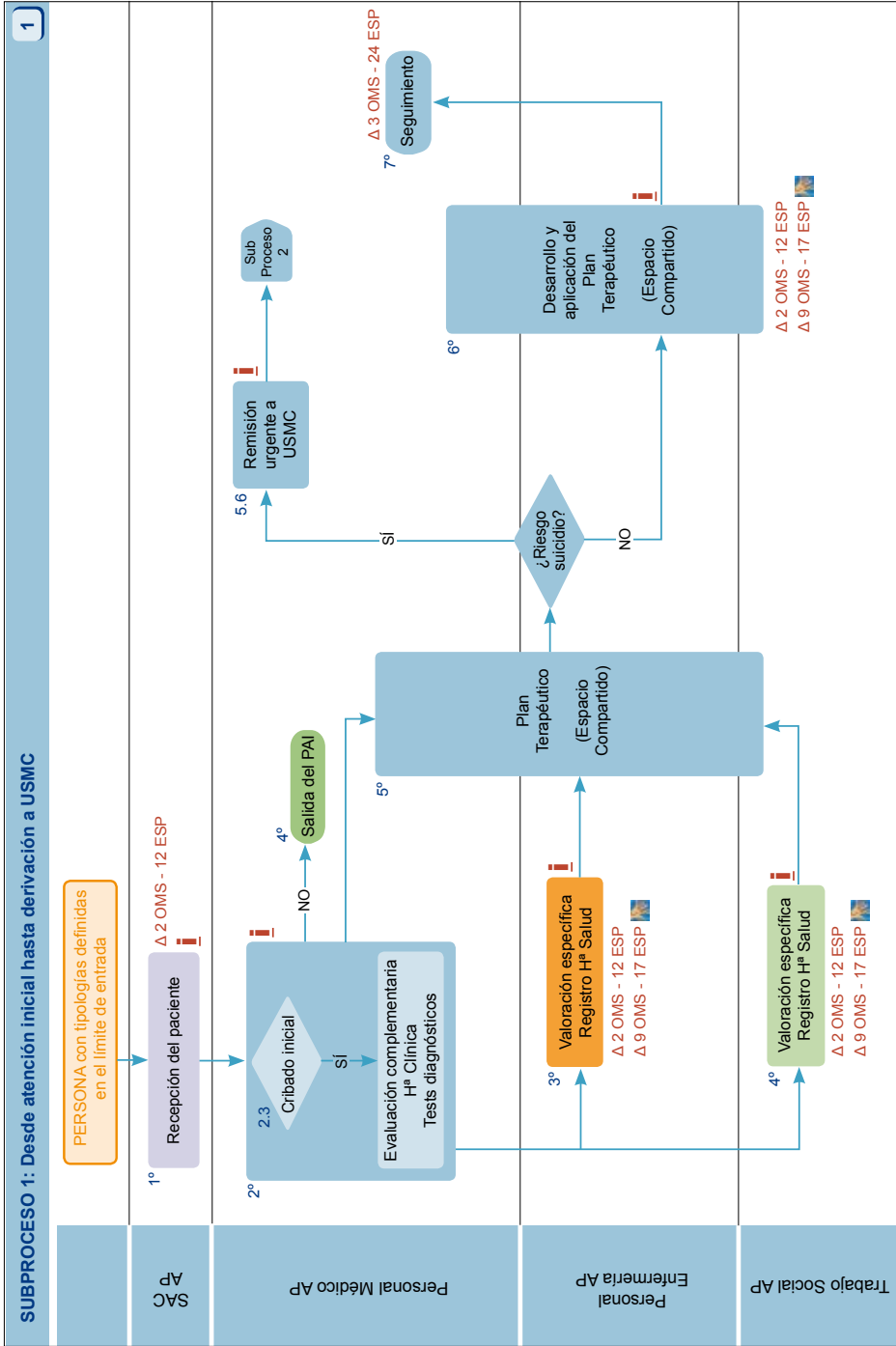
Lo importante de la representación mediante la utilización de flujogramas es que con independencia de la utilización de uno u otro modelo (en función de lo que mejor se adapte al PAI determinado), queden claramente reflejados los fines del mismo.

8.1 Representación Global

PROCESOS ESTRATÉGICOS

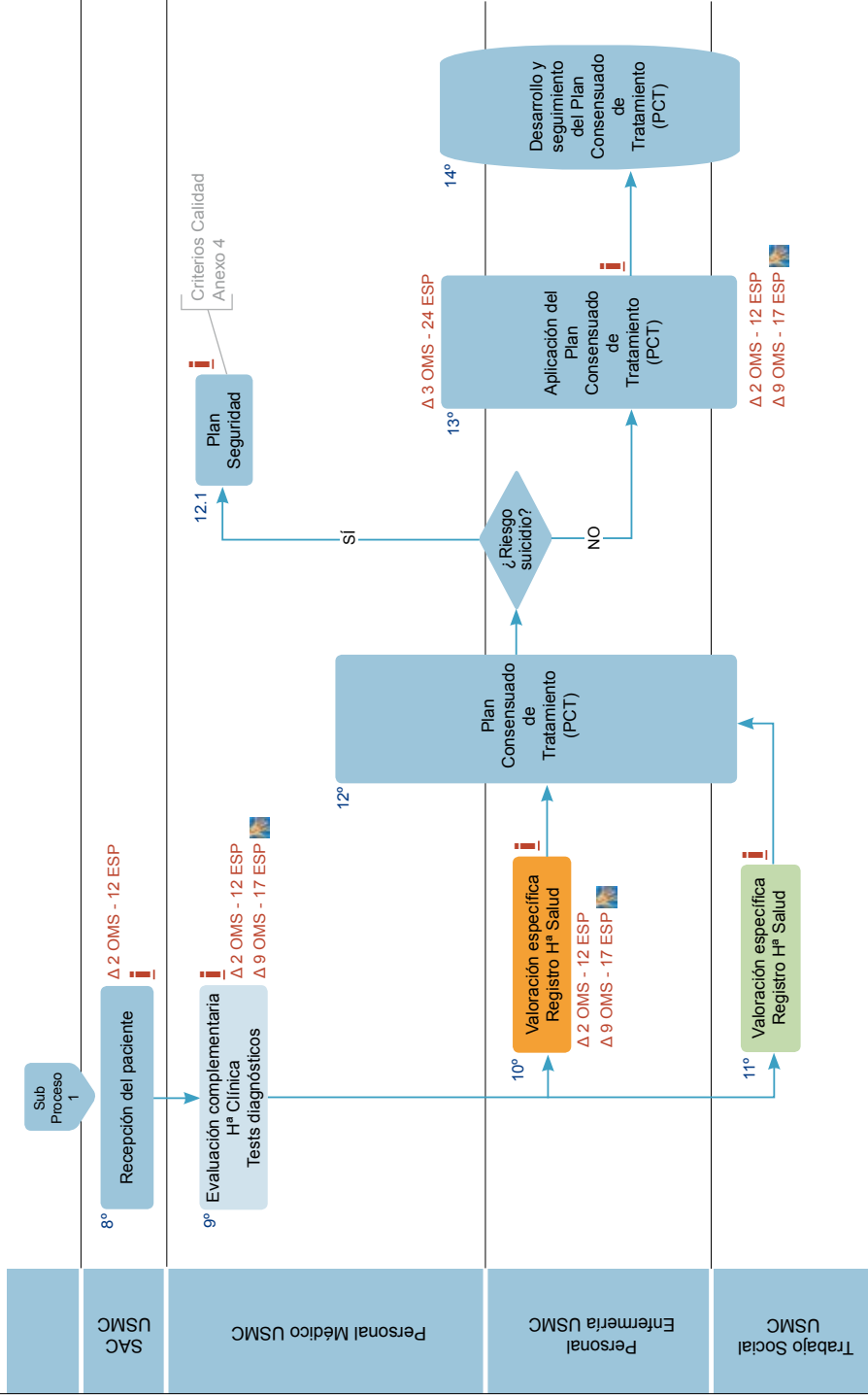


8.2 Representación Específica



SUBPROCESO 2: Atención en USMC

2





9

Indicadores

Denominación	PERSONAS A LAS QUE SE LES REALIZA CRIBADO INICIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
Fórmula	Número de personas a las que se les realiza cribado inicial en AP para ansiedad y depresión según los criterios que aparecen en el PAI x 100 / N° de personas incluidas en el PAI.
Definiciones	Aplicación de cribado inicial para identificación de síntomas.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	Las personas que solicitan asistencia por síntomas compatibles con ansiedad, depresión. La aplicación del cribado puede ayudar a identificar grandes síndromes.
Población del indicador	Personas que acuden a la consulta por síntomas compatibles con ansiedad y depresión.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	85%

Denominación	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PROCESO Y QUE SE HA REGISTRADO EN AP Y/O USMC SU DIAGNÓSTICO, MEDIANTE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10.
Fórmula	Número de personas incluidas en el PAI-ADS y su diagnóstico está registrado en AP y USMC mediante criterios diagnósticos CIE-10 x 100 / Número de personas incluidas en el PAI-ADS.
Definiciones	La clasificación CIE-10 nos indica los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos incluidos en el PAI-ADS.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	Establecer los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos incluidos en el PAI-ADS.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	85%

Denominación	VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO CUANDO EXISTAN SITUACIONES Y/O FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN AP
Fórmula	Número de personas identificadas con factores de riesgo de suicidio en la evaluación inicial en AP y se les ha realizado evaluación específica de riesgo de suicidio según lo que establece el PAI-ADS x 100 / Personas incluidas en el PAI en las que se identifica riesgo de suicidio en evaluación inicial en AP.
Definiciones	Evaluación específica de riesgo de suicidio en la población detectada en AP.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	Ante la gravedad de la situación.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS y que presentan riesgo de suicidio.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	100%

Denominación	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI Y QUE TIENEN ELABORADO UN PLAN TERAPÉUTICO EN AP
Fórmula	Número de personas incluidas en el PAI-ADS y tienen elaborado un Plan Terapéutico en AP según criterios establecidos x 100 / Número de personas incluidas en el PAI-ADS.
Definiciones	El Plan Terapéutico es un plan individualizado con contenidos específicos y consensuados.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	El Plan Terapéutico es un plan personal de atención con contenidos específicos.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	85%

Denominación	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI-ADS CON DEPRESIÓN LEVE QUE NO UTILIZAN ANTIDEPRESIVOS COMO PRIMERA INTERVENCIÓN
Fórmula	$\frac{\text{Número de personas incluidas en el PAI-ADS con depresión leve y que no utilizan antidepresivos como primera intervención según criterios establecidos en el PAI-ADS}}{\text{Número de pacientes diagnosticados de depresión leve}} \times 100$
Definiciones	En la depresión leve no deben utilizarse antidepresivos como primera intervención excepto en los casos descritos en el PAI-ADS.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	La utilización de antidepresivos está establecida en el PAI-ADS.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS y que están diagnosticadas de depresión leve.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI-ADS Y EN TRATAMIENTO CON LOS ANTIDEPRESIVOS RECOMENDADOS EN AP
Fórmula	$\frac{\text{Número de personas en tratamiento en AP con uno de los antidepresivos recomendados en el PAI-ADS}}{\text{Número de personas incluidas en el PAI-ADS y están en tratamiento con antidepresivos en AP}} \times 100$
Definiciones	Utilización de antidepresivos recomendados en el PAI.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	La utilización de antidepresivos recomendados en el PAI-ADS.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS y que están en tratamiento en AP con antidepresivos.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	85%

Denominación	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI-ADS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EN LAS QUE SE HA DECIDIDO TRATAMIENTO CON BENZODIAZAPINAS SEGÚN ESTABLECE EL PROCESO
Fórmula	Número de personas incluidas en el PAI-ADS diagnosticadas con un trastorno de ansiedad y se les ha prescrito benzodiazepinas según establece el proceso y la duración del mismo es inferior a las 4 semanas x 100 / Número de personas incluidas en el PAI y diagnosticadas con un trastorno de ansiedad a las que se les ha prescrito benzodiazepinas.
Definiciones	Tiempo máximo de utilización de benzodiazepinas.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	Las benzodiazepinas deben ser utilizadas por un periodo máximo de 4 semanas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS y que han sido diagnosticadas con un trastorno de ansiedad y tienen tratamiento con benzodiazepinas.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	95%

Denominación	TIEMPO TRANSCURRIDOS DESDE LA PRIMERA CONSULTA EN USMC Y LA ELABORACIÓN DEL PLAN CONSENSUADO DE TRATAMIENTO (PCT)
Fórmula	Número de personas que tienen elaborado el Plan Consensuado de Tratamiento en la USMC, en los 15 días siguientes a la primera consulta según criterios en el PAI-ADS x 100 / Número de personas incluidas en el PAI-ADS y atendidas en la USMC.
Definiciones	El Plan Consensuado de Tratamiento es un acuerdo establecido entre terapeuta referente y el/la paciente.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	El Plan Consensuado de Tratamiento recoge el acuerdo establecido entre profesionales y el/la paciente y consensuado por todos los profesionales que intervienen y que marca los pasos a seguir y los objetivos a alcanzar.
Población del indicador	Personas incluidas en el PAI-ADS y que han sido atendidas por USMC.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	90%

Denominación	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DEPRESIÓN GRAVE Y UTILIZAN PARA SU TRATAMIENTO UN ANTIDEPRESIVO
Fórmula	Número de personas diagnosticadas de depresión grave que están en tratamiento con un antidepresivo x 100 / Número de personas diagnosticadas de depresión grave.
Definiciones	Los antidepresivos son el tratamiento de elección en la depresión grave.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/ Justificación	El tratamiento de la depresión grave debe ser con antidepresivos.
Población del indicador	Personas con diagnóstico de depresión grave.
Fuente de datos recomendada	Historia Clínica.
Periodicidad	Anual.
Estándares	95% (salvo intolerancia, inadecuación o no aceptación por el paciente.)



10

Anexos



ANEXO 1

HOJA DE RUTA DEL PACIENTE

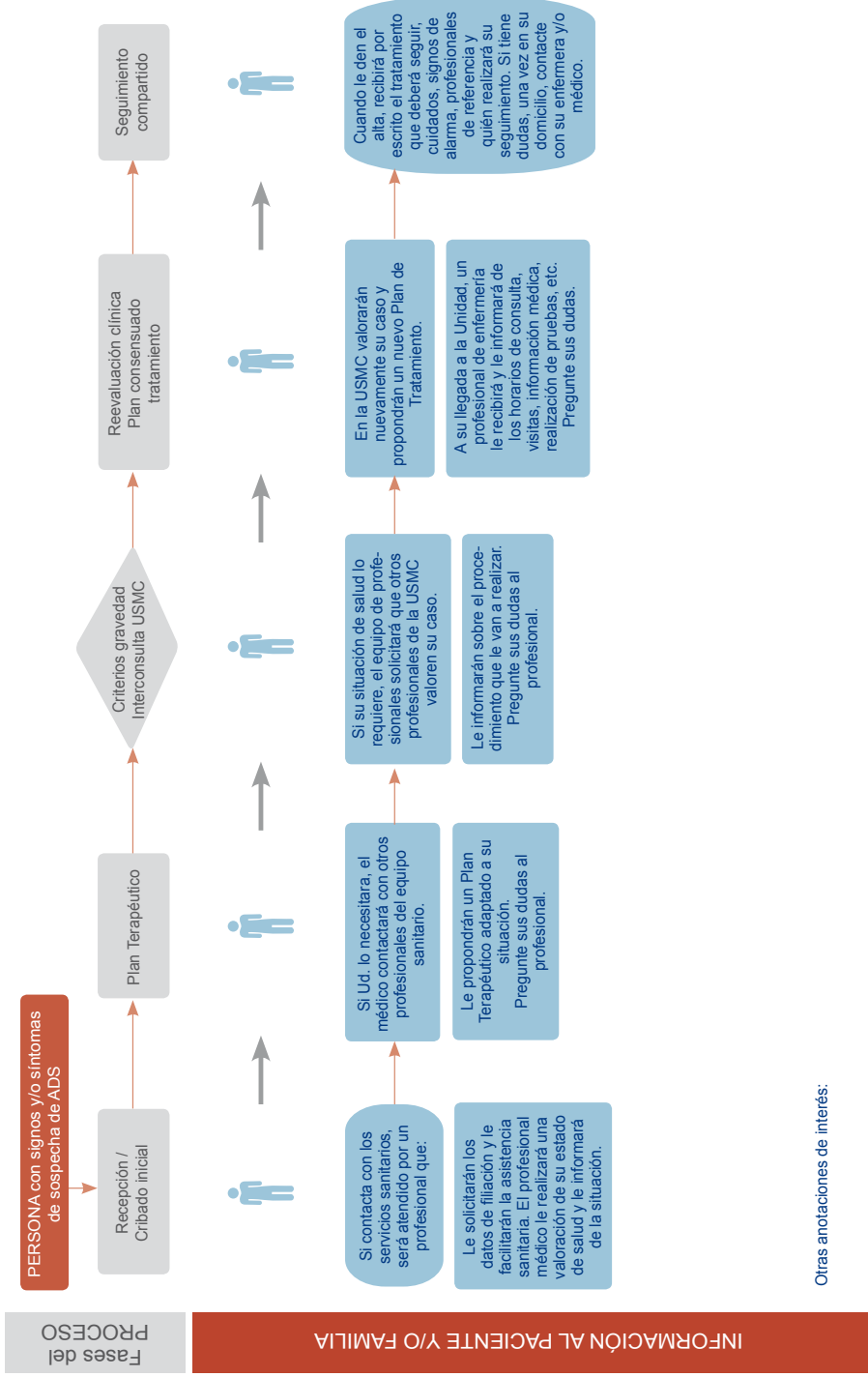
La Hoja de Ruta del paciente es una herramienta de información para el paciente y/o su familia, donde se recoge información específica y de utilidad sobre el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado.

Su objetivo es facilitar el conocimiento del PAI-ADS, identificando las fases del proceso de atención, los ámbitos de actuación, los profesionales que intervienen, las actividades a desarrollar, la información y demás elementos que siempre deben estar presentes (los tiempos de respuesta, los puntos críticos para la seguridad, la continuidad de la atención, la educación para la salud, los cuidados, etc.).

Será en el momento de la implantación del PAI-ADS, y desde cualquier ámbito de la atención sanitaria, cuando los centros y sus profesionales, en función de las características específicas de su entorno, tendrán que elaborar y adaptar la Hoja de Ruta del Paciente del PAI-ADS, considerándola como elemento fundamental de información y guía para el paciente y los profesionales en el desarrollo del PAI.

La Hoja de Ruta del Paciente la abrirá el profesional que incluye al paciente en el PAI, se le entregará al paciente y/o su familia explicándole el objeto de la misma e iniciando así el proceso de información continua entre el paciente y/o su familia y los profesionales que intervienen en las distintas fases del desarrollo del PAI.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES (PAI-ADS) - HOJA DE RUTA DEL PACIENTE





ANEXO 2

CATEGORÍAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 RELACIONADOS CON EL PAI-ADS

1. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CIE 10 RELACIONADAS CON EL PAI-ADS³

F32	EPISODIOS DEPRESIVOS
F32.00	Episodio depresivo leve sin síndrome somático
F32.01	Episodio depresivo leve con síndrome somático
F32.10	Episodio depresivo moderado sin síndrome somático
F32.11	Episodio depresivo moderado con síndrome somático
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.30	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
F32.31	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo sin especificación
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (afectivos) PERSISTENTES
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distimia
F34.8	Otro trastornos del humor (afectivos) persistentes
F34.9	Trastornos del humor (afectivos) persistente sin especificación
F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA
F40.00	Agorafobia sin trastorno de pánico
F40.01	Agorafobia con trastorno de pánico
F40.1	Fobias sociales
F40.2	Fobias específicas (aisladas)
F40.8	Otros trastorno de ansiedad fóbica
F40.9	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F41.2	Otros trastornos mixtos de ansiedad
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados (histérica)
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación
F43	REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
F43.0	Reacción a estrés agudo
F43.2	Trastornos de adaptación
F43.20	Reacción depresiva breve
F43.21	Reacción depresiva prolongada
F43.22	Reacción mixta de ansiedad y depresión
F43.23	Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones (distintas de la depresión y la ansiedad)

F43.24	Reacciones a estrés grave y Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales
F43.25	Trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y disociales
F43.28	Trastorno de adaptación con otros síntomas predominantes especificados
F43.8	Otras reacciones a estrés grave
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación
F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondriaco
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa
F45.30	Disfunción vegetativa somatomorfa del corazón y sistema cardiovascular
F45.31	Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal alto
F45.32	Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal bajo
F45.33	Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema respiratorio
F45.34	Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital
F45.38	Disfunción vegetativa somatomorfa de otros órganos y sistemas
F45.4	Trastorno de dolor somatomorfo persistente
F45.8	Otro trastorno somatomorfo
F45.9	Trastorno somatomorfo sin especificación
F53.0	TRASTORNOS MENTALES y del COMPORTAMIENTO en el PUERPERIO no clasificados en otro lugar (incluye Depresión postnatal / Depresión postparto sin especificar)
F54	FACTORES PSICOLÓGICOS y del COMPORTAMIENTO en TRASTORNOS o ENFERMEDADES clasificados en otro lugar

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1992, 1994.³

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10 RELACIONADOS CON EL PAI-ADS

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos incluidos en el PAI ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES.

2.1 Criterios diagnósticos para los Trastornos del Estado de Ánimo

F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tablas 1 y 2). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, el episodio debe durar al menos dos semanas.

Tabla 1. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos: <ul style="list-style-type: none">• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.• Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.• Empeoramiento matutino del humor depresivo.• Presencia de enlentecimiento motor o agitación.• Pérdida marcada del apetito.• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.• Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. GPC en el SNS. N°. 2006/06.2008.¹⁵

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. • Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. • Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Síndrome Somático: Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad • Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada • Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida • Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones • Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición • Alteraciones del sueño de cualquier tipo • Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático</p>
<p>Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Fuente: Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. GPC en el SNS. N°. 2006/06. 2008¹⁵

F34 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

Se trata de una serie de trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

• **F34.0 Ciclotimia**

Se denomina así a un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves.

Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Es difícil diagnosticar este trastorno sin disponer de un período prolongado de observación o de un relato excepcionalmente bueno del comportamiento del enfermo en el pasado. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias.

El rasgo esencial es la inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31) o un trastorno depresivo recurrente (F33). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30) o episodio depresivo (F32).

• **F34.1 Distimia**

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios.

Pautas para el diagnóstico:

El rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida.

Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado (F32) o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

• **F34.8 Otros trastornos del humor**

Se trata de una categoría residual para aquellos trastornos del humor (afectivos)

persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia (F34.0) o distimia (F34.1) pero que sin embargo son clínicamente significativos.

2.2 Criterios diagnósticos para los Trastornos de Ansiedad

Criterios diagnósticos según CIE10 que deben cumplir los trastornos de ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad (F40 y F41).

F40 - TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

En este grupo de trastornos la ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, estos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. Su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.

En esta clasificación las crisis de pánico (F41.0) que tienen lugar en una situación fóbica consolidada son consideradas como una expresión de la gravedad de la fobia y por lo tanto tiene ésta preferencia diagnóstica.

• **F40.0 Agorafobia**

El término “agorafobia” se utiliza aquí con un sentido más amplio que el original y que el utilizado aún en algunos países. Se incluyen en él no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones.

La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia.

Para satisfacer un diagnóstico definitivo se requieren todas las condiciones siguientes:

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.
- c) La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

• **F40.1 Fobias sociales**

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y llevan a evitar situaciones sociales determinadas.

Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan

casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante. El contacto visual directo puede ser particularmente molesto en determinadas culturas. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces el enfermo está convencido de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

- a) Los síntomas, psicológicos comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas determinadas.
- c) Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

• **F40.2 Fobias específicas (aisladas)**

Se trata de fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

- a) Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- b) Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- c) Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

F41 - OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de una ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica, con tal de que éstos sean claramente secundarios o menos graves.

• **F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)**

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son por tanto imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitations, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un

temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero puede durar más.

Pautas para el diagnóstico:

En esta clasificación, las crisis de pánico que se presentan en una situación fóbica consolidada se consideran expresión de la gravedad de la fobia y ésta tiene preferencia para el diagnóstico. El trastorno de pánico es el diagnóstico principal sólo en ausencia de cualquiera de las fobias de F40.

Para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes:

- a) En circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.
- b) No deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles.
- c) En el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve.

• **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada**

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

El enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

• **F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse

ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión.

Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

• **F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad**

Esta categoría debe utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas (a menudo de corta duración) de otros trastornos de F40-F49, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad según la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria¹⁶.

PASO 1: Considerar el papel de una enfermedad médica o el consumo de sustancias y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor por otro trastorno mental.

PASO 2: Crisis de Angustia. Considerar una de las siguientes opciones:

- Trastorno de angustia con o sin agorafobia (F40.01 o F41.0), si las crisis de angustia son inesperadas y son clínicamente significativas.
- Crisis de angustia que se dan en el contexto de otros trastornos de ansiedad, si las crisis de angustia se relacionan con un desencadenante situacional que se asocia a otro trastorno mental.

PASO 3: Si el síntoma es temor, evitación o anticipación ansiosa a una o más situaciones específicas, considerar una de las siguientes opciones:

- 1) Fobia social (F40.1), si los síntomas se relacionan con situaciones sociales o actuaciones en las que el individuo se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.
- 2) Fobia específica (F40.2), si los síntomas incluyen la evitación de situaciones u objetos específicos.
- 3) Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01), si la ansiedad o la evitación se relacionan con situaciones donde escapar puede resultar difícil o en las que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca una crisis de angustia y no existen antecedentes de crisis de angustia.
- 4) Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00), si el síntoma se relaciona con una situación en la que puede resultar difícil escapar o en la que no se dispone de ayuda en el caso de que aparezca y no existen antecedentes de crisis de angustia.

PASO 4: Si la preocupación o la ansiedad están relacionadas con pensamientos persistentes (obsesiones) y/o rituales o actos mentales recurrentes (compulsiones), considerar el trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8).

PASO 5: Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, considerar una de las siguientes opciones:

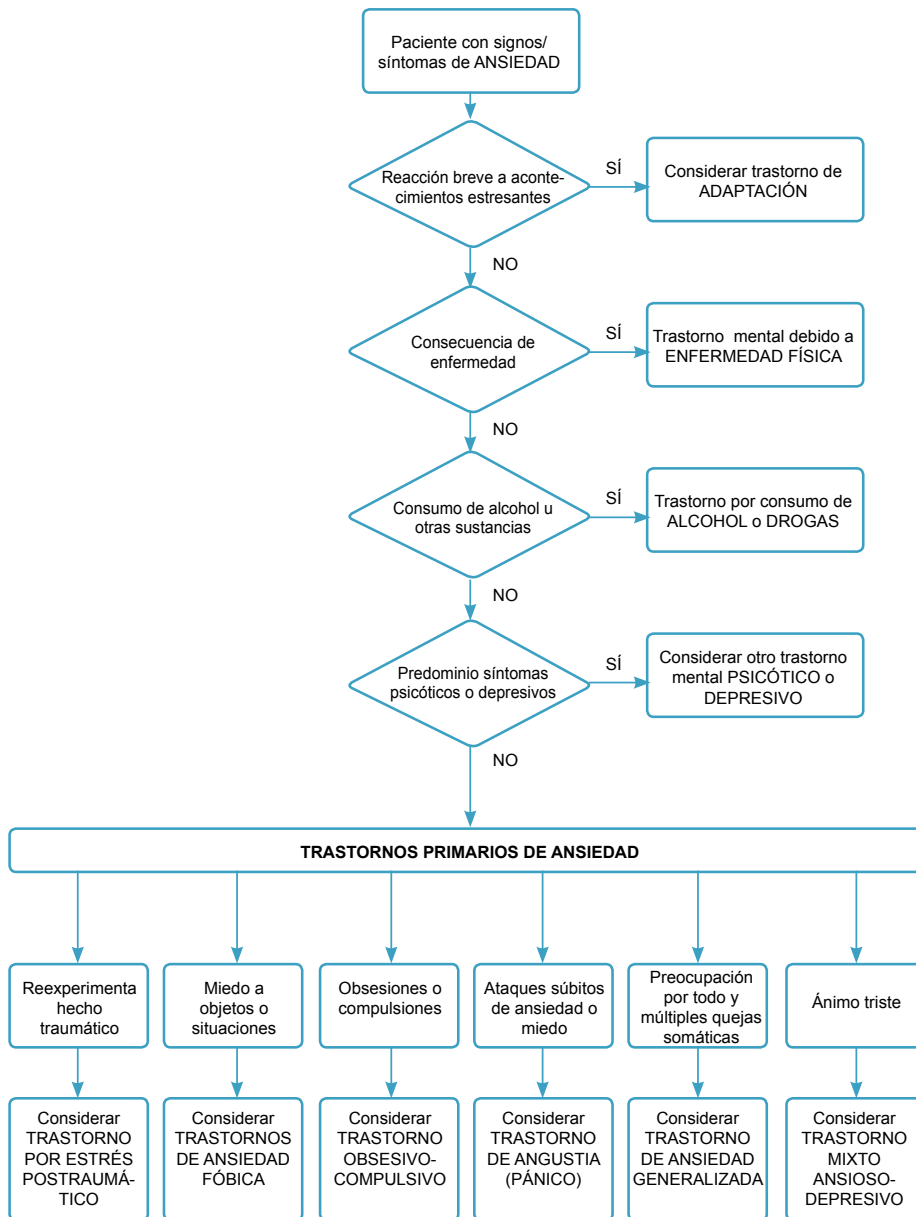
- 1) Trastorno por estrés postraumático (F43.1), si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y los síntomas duran menos de 4 semanas.
- 2) Trastorno por estrés agudo (F43.0), si los síntomas persisten al menos 2 semanas pero no más de 4 semanas.

PASO 6: Considerar el trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones.

PASO 7: Considerar el trastorno adaptativo con ansiedad (F43.28), si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico.

PASO 8: Considerar el trastorno de ansiedad no especificado (F41.9), si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos anteriormente.

Como orientación inicial, ante un paciente con síntomas de ansiedad, se presenta el siguiente algoritmo diagnóstico:



Fuente: Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria¹⁶. GPC, SNS 2006/10.20089.

2.3 Criterios diagnósticos para reacciones de Estrés Grave y Trastornos de Adaptación

F43 - REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Son trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación.

• F43.0 Reacción a estrés agudo

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales.

Pautas para el diagnóstico:

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además, los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

• F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hambre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Pautas para el diagnóstico:

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-

compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma.

Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y un comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.

• **F43.2 Trastornos de adaptación**

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo muy importante, por una predisposición o vulnerabilidad individual.

El diagnóstico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre:

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- b) Los antecedentes y la personalidad
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

La presencia de éste último factor debe ser clara y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Si el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), el trastorno debe ser clasificado en otra parte, de acuerdo con sus manifestaciones clínicas.

• **F43.20 Reacción depresiva breve:**

Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

• **F43.21 Reacción depresiva prolongada:**

Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

• **F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión:**

Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no

mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad.

• **F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones:**

Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión o de otros trastornos mixtos de ansiedad pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.

• **F43.24 Con predominio de alteraciones disociales:**

La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

• **F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales:**

Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

2.4 Criterios diagnósticos para Somatizaciones

En la practica hay dos hechos que nos deben hacer pensar en un proceso de somatización¹⁷:

- La presencia de tres o más síntomas indefinidos, generalmente en diferentes aparatos.
- El curso crónico (aproximadamente dos años).

Junto con otros factores:

- Presencia de un trastorno psiquiátrico coexistente (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad o abuso de sustancias).
- Recurso a medicinas o terapias alternativas: es muy frecuente aunque un 60% lo oculta a su médico habitual. La justificación de recurrir a este tipo de profesionales es que “sienten que les escuchan y que les prestan atención a sus quejas”.
- Historia de múltiples pruebas diagnósticas recientes, visitas múltiples a los servicios de urgencia.
- Rechazo de otros médicos. (Sin grado de recomendación asociado).

F45. TRASTORNOS SOMATOMORFOS

Presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo

y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

• **F45.0 Trastorno de somatización**

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas.

Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes. En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico.

El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta.

Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico:

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

• **F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado**

Esta categoría debe ser tenida en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo, pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individual o familiar característicos. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no

debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

• **F45.2 Trastorno hipocondriaco**

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquel que él mismo destaca.

Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo. Deben clasificarse aquí los miedos a la aparición de una o más enfermedades (nosofobia).

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización).

Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras. Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para los mismos o una preocupación persistente sobre una deformidad supuesto.
- b) Negativa insistente a aceptar las explicaciones y las garantías reiteradas de médicos diferentes de que tras los síntomas no se esconde ninguna enfermedad o anomalía somática.

• F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

En este trastorno el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Los ejemplos más frecuentes y destacados afectan al sistema cardiovascular (“neurosis cardíaca”), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipopsicógenos) y al sistema gastrointestinal (“neurosis gástrica” y “diarrea nerviosa”). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En muchos enfermos que padecen este trastorno pueden también estar presentes factores estresantes psicológicos o dificultades o problemas inmediatos y en los que puede parecer que hay una relación con el trastorno, pero existe un número importante de enfermos en los que esto no es así, y que por lo demás satisfacen las pautas exigidas para esta categoría.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico:

- a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- b) Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

• F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

Persistencia de un dolor intenso y penoso que no puede ser explicado totalmente por un proceso fisiológico o un trastorno somático. El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo.

• **F45.8 Otros trastornos somatomorfos**

En estos trastornos los síntomas no están mediados por el sistema nervioso vegetativo y se limitan a sistemas o a partes del cuerpo específicos, lo que contrasta con la presencia de quejas frecuentes y cambiantes sobre el origen de los síntomas y del malestar del trastorno de somatización y del trastorno somatomorfo indiferenciado. No existe lesión tisular.

Se deben clasificar aquí otros trastornos de la sensibilidad no debidos a trastornos somáticos, que están estrechamente relacionados en el tiempo con problemas o acontecimientos estresantes o que dan lugar a un aumento significativo de la atención que recibe el enfermo del médico o de otras personas. Son ejemplos frecuentes la sensación de hinchazón o de “cosas raras” sobre la piel y las parestesias (hormigueo o entumecimiento). Se incluyen aquí también trastornos tales como:

- a) “Globo histérico” (una sensación de tener un nudo en la garganta que causa disfagia) y otras formas de disfagia.
- b) Tortícolis psicógeno y otros trastornos y movimientos espasmódicos psicógenos (excluyendo el síndrome de Gilles de la Tourette).
- c) Prurito psicógeno pero excluyendo lesiones específicas de la piel tales como alopecia, dermatitis, eczema o urticaria, que tengan un origen psicógeno (F54).
- d) Dismenorrea psicógena excluyendo dispareunia (F52.6) y frigidez (F52.0).
- e) Rechinar de dientes.

• **F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación**

Incluye:

- Trastorno psicofisiológico sin especificación.
- Trastorno psicósomático sin especificación.



ANEXO 3

ESPACIO DE COLABORACIÓN ✓

El elemento para organizar las relaciones entre los profesionales de ambos ámbitos asistenciales, llevando a cabo la valoración conjunta y el consenso de las actuaciones multiprofesionales a realizar, es el **ESPACIO DE COLABORACIÓN**, que en el caso del PAI-ADS integra los siguientes componentes:

- Profesionales relacionados con el proceso ADS en Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM)
- Actividades asistenciales:
 - Consultas conjuntas en los Centros de Salud,
 - Reuniones para análisis de casos y seguimiento del proceso
 - Actividad docente

Este espacio se gestiona a través de un pacto de cooperación entre las UGC implicadas (SM y AP), en el contexto de sus respectivos AGC.

A. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL ESPACIO DE COLABORACIÓN

a) **Consulta conjunta**²¹: Puede utilizarse para:

- **Interconsulta**: Consulta puntual de dos profesionales (AP-SM), sobre un paciente (o familia o grupo, con presencia física de éste o no) atendido por el primero, que asume la responsabilidad última de éste.
- **Coterapia**: Relación terapéutica de un paciente (o familia o grupo) con dos profesionales AP-SM, siendo ambos los que sumen la responsabilidad con respecto al paciente.
- **Supervisión**: Dedicada preferentemente a la relación terapeuta paciente, sin olvidar otros aspectos clínicos, siendo el supervisor quien asume la responsabilidad del caso.

La consulta se articulará a través de una agenda abierta al facultativo referente de SM, que se desplazará al menos quincenalmente al CS, siendo precisa la presencia en esta consulta de los dos profesionales (AP y SM).

Deberá existir un informe de solicitud de consulta con los mismos ítems que cuando se solicita una consulta a la USMC y se registrará la información sobre los pacientes atendidos en este espacio en ambos niveles asistenciales.

Aunque la definición de los motivos de inclusión en esta consulta es criterio del profesional de AP, se aconseja la citación de pacientes con trastornos adaptativos, pacientes con enfermedad mental de larga evolución dados de alta en las USMC, pacientes vistos en SM con descompensaciones agudas y pacientes que no acudirían a los servicios de SM.

b) **Análisis de casos y seguimiento del proceso** en reunión de profesionales (AP y SM) en el Centro de Salud. Se destinará a comentar y analizar casos (vistos en la consulta conjunta, derivados a SM, para indicación de terapias de alta intensidad,...) y valorar la marcha del proceso.

c) El espacio colaborativo es también **docente** (formación continuada, formación de PIR, MIR y EIR), de gestión de recursos y resolución de problemas (identificación de

problemas, acuerdos asistenciales puntuales, protocolos conjuntos) e investigador (lagunas de la evidencia, identificación de temas para investigar, evaluación de calidad...).

B. GESTIÓN DEL ESPACIO DE COLABORACIÓN

La gestión del espacio de colaboración se acordará anualmente y por escrito, en el marco de los acuerdos de Gestión, tanto del Centro de Salud como de la UGC de Salud Mental, de la que forma parte la USMC. Se acordarán los siguientes aspectos:

- Los criterios de remisión.
- El número de pacientes que podrán remitirse anualmente a la USMC y al espacio de cooperación basado en criterios históricos y poblacionales.
- La demora máxima en dicha remisión.
- La concreción de las funciones definidas en el proceso del espacio de cooperación.
- El plan anual de formación conjunta.

El desarrollo de estos acuerdos se evaluarán anualmente.

Para la articulación efectiva de este modelo es necesaria la figura del Médico de Familia referente del PAI-ADS en el Centro de Salud y del Facultativo Especialista de Área de SM referente para cada Centro de Salud, que coordinan el PAI. Ambos profesionales son **responsable del proceso** y entre sus funciones destacan la canalización de la comunicación, el análisis de remisiones, la supervisión de los acuerdos y la implicación en la resolución de los problemas relacionados con su seguimiento.

Para facilitar el flujo de información es imprescindible el conocimiento mutuo de los **sistemas de comunicación** (teléfonos de las consultas, correos electrónicos). La generalización del uso de la Historia Única del paciente en SM, facilitará el desarrollo del modelo así como el uso de canales de información informal (teléfono, e-mail) y formal (informes de pacientes), disponibilidad para llamadas y atención urgente a petición.



ANEXO 4

PREVENCIÓN DE SUICIDIO

1. FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO DE SUICIDIO^{22,23}

En la tabla siguiente se presenta un resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo:

Tabla 1. Resumen de los factores a tener en cuenta en la población de riesgo

Variable de riesgo	Grupo	Factores implicados
Edad	Infancia	- Eventos traumáticos: maltrato, abusos, acoso escolar (“bullying”)
	Adolescencia	- Nivel socioeconómico bajo, migración, paro - Eventos traumáticos: maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, violencia, divorcios - Impulsividad, Personalidad Antisocial, agresividad - Trastorno mental - Abuso de sustancias
	Personas Mayores	- Soledad: Viudedad, vivir sin apoyo, tomar medicación - Diagnóstico psiquiátrico: Depresión - Diagnóstico somático: enfermedades invalidantes
Enfermedad	Somática	- Epilepsia - Accidente cerebro vascular y lesión medular - Cáncer - SIDA - Afecciones crónicas: diabetes, enfermedad renal o hepática, dolor...
	Mental	- Depresión * - Alcoholismo - Esquizofrenia
	Síntomas Psiquiátricos	- Ansiedad - Desesperanza - Impulsividad y agresividad
Factores sociales	Estado Civil	- Soltería - Viudedad - Divorcio
	Profesión	- Sanidad - Veterinaria - Farmacia - Química - Granjeros
	Estatus Laboral	- Desempleo

Factores ambientales	Acontecimientos estresantes (especialmente en los últimos 3 meses)	- Dificultades económicas - Dificultades interpersonales - Pérdidas de seres queridos - Cambios vitales importantes - Sentimiento de culpa y de desesperanza
	Acceso a medios	- Falta de control externo - Acceso a medicación
Otros	- Tentativas previas - Historia familiar - Violencia doméstica	

* La depresión ha sido descrita como la causa más importante, independientemente de su forma de presentación. En la tabla 2 se presentan las evidencias de suicidio relacionadas con depresión.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA²²⁻²⁵

No existe ninguna prueba de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable. A pesar de ello existen algunas escalas que se han desarrollado para este propósito, pero el uso de estos instrumentos debe ser considerado una ayuda que nunca sustituirá la evaluación clínica. En el marco del PAI-ADS se propone la Escala de Desesperanza de Beck (Anexo 5).

A continuación se presentan algunas recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida:

- Estado mental actual
- Secuencia de preguntas sobre ideas suicidas
- Plan Suicida
- Tentativa suicida
- Entorno

a) Estado mental actual:

En la evaluación del riesgo suicida es importante evaluar el estado mental de la persona, valorando antecedentes o síntomas recientes (últimas 2 semanas) de depresión, psicosis, trastorno límite de personalidad y abuso de tóxicos y antecedentes personales y familiares de suicidio. En la siguiente tabla se presenta el nivel de evidencia de los factores de riesgo asociado a depresión:

Tabla 2. Nivel de evidencia de los factores de riesgo asociados a depresión

Evidencia	
3*	El riesgo aumenta durante el episodio de depresión mayor y en el periodo de remisión parcial.
3*	Los intentos de autólisis previos se asocian a la probabilidad de suicidio consumado.
3*	El abuso o dependencia de alcohol y drogas, el trastorno límite de personalidad y niveles altos de impulsividad y agresividad aumentan el riesgo en varones con depresión

*Estudios no analíticos, como informes y series de casos.

b) Secuencia de preguntas sobre ideas suicidas:

No es fácil preguntar a los y las pacientes sobre sus ideas suicidas, pero es esencial no ignorar ni negar el riesgo. El primer paso y el más inmediato es asignar mentalmente un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera de la consulta. Habrá que adentrarse en el tema gradualmente. Es importante permitir que la persona exprese sus sentimientos con sus propias palabras^{22,26,27}.

El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el/la profesional no sienta que los sentimientos le inundan, pero con la comprensión y acercamiento suficiente para generar confianza. En la siguiente tabla se presenta una secuencia de preguntas útiles^{22,28}:

Tabla 3. Secuencias de preguntas sobre ideas suicidas

1. ¿Se siente infeliz o desvalido/a?
2. ¿Se siente desesperado/a?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que no merece la pena vivir la vida?
6. ¿Siente o ha sentido deseos de matarse?

c) Plan Suicida:

Una mayor premeditación y programación del suicidio indica una mayor gravedad del problema. Por ello es importante conocer la planificación de los intentos autolíticos que la persona evaluada realiza. Es esencial hacer todas aquellas preguntas que se consideren necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una idea lo más clara posible de las ideas o intenciones del paciente. Es un error pensar que no debemos ser intrusivos para no herirle o para no “inducir ideas” que de por sí solo no tenía^{15,22,29}.

Para explorar distintos elementos sobre la planificación suicida se podrían realizar las siguientes preguntas^{22,28} (tabla 4):

Tabla 4. Preguntas para explorar la planificación suicida

1. Sobre la planificación:
¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
¿Tiene idea de cómo y cuándo va a hacerlo?
¿Avisará a alguien antes?
¿Dejará alguna nota?/¿Ha hecho algún testamento o gestionado algún seguro de vida?
2. Sobre el método:
¿Tiene píldoras, revólver, insecticida, u otros medios?
¿Están a su entera disposición?

3. Sobre las consecuencias:
¿Qué pretende o busca con ello?
¿Cómo afectará esto a sus allegados?
¿Ha pensado en otras soluciones?

Al final de la entrevista, se ha de tener lo más claro posible la gravedad o la peligrosidad de las ideas suicidas²²:

1. **Sin ideas de muerte.** Ni espontáneamente ni al ser preguntado nos refiere que tiene deseos de morir.
2. **Ideas pasivas de muerte** (sin perspectiva de suicidio). Expresa si se le pregunta deseos suicidas pero sin intención de materializarlos.
3. **Ideas o intenciones de suicidio** (ideas activas de muerte). Expresa deseos suicidas y tiene intención de materializarlos pero no tiene ningún plan concreto ni ha estado nunca al borde de un acto autolítico.
4. **Planificación suicida.** El paciente pensó de manera concreta y reciente en una forma clara de atentar contra su vida.

d) Tentativa suicida:

Una tentativa de suicidio provoca de entrada una situación de urgencia médica o médico-quirúrgica y además supone un claro indicador de alerta sobre el riesgo suicida, por lo que siempre deben ser valorados por personal facultativo con adiestramiento adecuado en salud mental.

Tras valorar y estabilizar el cuadro orgánico y recuperar un buen nivel de conciencia, se realizará la valoración psiquiátrica teniendo en cuenta las siguientes dimensiones:

- Contexto
- Grado de planificación/premeditación
- Intencionalidad o motivación autodestructora
- Grado de certeza de consecuencias de muerte
- Autocrítica
- Lesiones físicas objetivas y gravedad de las mismas: leves, moderadas (requieren vigilancia en Servicio de Urgencia de entre 24 y 48 horas o graves (requieren de hospitalización)

e) Entorno^{15,22,23}

La familia y allegados de la persona en la que exista sospecha de ideación suicida o tentativas previas se pueden considerar un factor protector, en la medida en que aportan confianza, seguridad y control. Tras entrevistar y solicitar su autorización a la persona en riesgo, y especialmente tras una tentativa suicida, se contactará con alguna persona de su entorno cercano para confirmar y completar información, comprobar su capacidad de implicarse en las propuestas de tratamiento y tranquilizar y orientar.

A partir de la valoración del riesgo y de la calidad de los controles internos y externos sobre la conducta de la persona atendida, se deberá decidir si se ingresa en una Unidad Hospitalaria o si deberá seguir tratamiento ambulatorio bajo supervisión familiar.

3. REMISIÓN A SALUD MENTAL

La OMS, en el proyecto SUPRE²⁴, clasifica la gravedad del riesgo de 0 a 6 y recomienda el siguiente sistema de valoración, contemplando la remisión a Salud Mental en el grado 5 y Hospitalización en el grado 6 (tabla 5):

Tabla 5. Riesgo de suicidio: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar posibilidades. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas, pero con trastorno psiquiátrico y/o otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato**.	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental. Hospitalización.

**Contrato: Entrar en un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico/a. Sin embargo, el contrato sólo es apropiado cuando la persona tiene control sobre sus actos.

4. MODELO INFORME CLÍNICO

Se recomienda que el informe clínico contemple los siguientes apartados:

- Motivo de la demanda y valoración clínica.
- Descripción breve de la tentación de suicidio si hubiese.
- Estado psiquiátrico.
- Situación sociofamiliar.
- Acontecimientos vitales estresantes recientes.
- Conclusiones: diagnóstico de urgencia (al menos sindrómico) y en caso de tentativa de suicidio reciente, diagnóstico del gesto autolesivo, y la orientación propuesta (tratamiento farmacológico propuesto, grado de colaboración y compromiso del paciente, información impartida a familia y allegados, remisión a otros dispositivos y carácter de la misma).

5. CONSEJOS ANTE PENSAMIENTOS SUICIDAS¹⁵

Los siguientes consejos para personas en riesgo y su familiar o persona allegada van dirigidos al momento en que surgen, se manifiestan o se intuyen pensamientos suicidas.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN IDEAS SUICIDAS

¿Qué puede hacer usted si ha comenzado a pensar en el suicidio?

A continuación le exponemos una serie de recomendaciones importantes para una persona que tiene ideas de suicidio:

1. Aunque no se le ocurra otra solución que el suicidio, no significa que no la haya, sino que usted no la puede ver en ese momento. Otra persona puede ayudarle a encontrar esa solución.
2. Busque ayuda lo antes posible. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.
3. Hable de sus pensamientos suicidas. No se guarde para si mismo sus pensamientos suicidas.
4. Posponga cualquier decisión acerca del suicidio: cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.
5. Permanezca acompañado hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.
6. Las crisis son transitorias. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.
7. Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino acabar con su sufrimiento. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.
8. Piense en las cosas o personas importantes que le han ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.
9. No se aisle. Trate de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.
10. Trate de centrarse en el día a día. Pensar mas allá puede ser abrumador si siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.
11. Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.
12. Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas sustancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.
13. Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento. Hable de sus pensamientos y sentimientos sobre el suicidio con su médico. Converse sobre los modos con los que usted se mantiene a salvo y asegúrese de que recibe los mejores tratamientos y cuidados.
14. Escriba un diario en el que pueda anotar las cosas realmente importantes para usted. Escriba sus sentimientos y léalos cuando los pensamientos suicidas le aparezcan.

INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ALLEGADOS

¿Qué podemos hacer cuando vemos señales de alerta y/o de ideación suicida en un familiar o allegado?

1. Estar atento. Si alguien que usted conoce muestra algunos o todas las señales de alerta para el suicidio y/o ha experimentado algún factor precipitante, debería actuar inmediatamente para asegurar su seguridad.
2. Conservar la calma. Si alguien que usted conoce muestra señales de alerta o ha alcanzado su tope, intente no reaccionar de modo exagerado.
3. Hablar con esa persona. Mientras le muestra que usted entiende que se sienta desesperado o que en este preciso momento se encuentran en una posición difícil y frágil. Hágale saber que hay ayuda disponible, que no siempre se sentirá tan mal, y que con la ayuda correcta es posible que pueda manejar sus problemas y sentirse mejor en el futuro.
4. Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar nunca sola a la persona. Si duda sobre el riesgo concreto, hable con ella y busque la ayuda de otras personas.
5. Valorar el riesgo. Hable con la persona que podría estar en riesgo de suicidio y valore la situación. ¿Tiene un plan para matarse? ¿Tiene los medios para llevarlo a cabo? Si es así, la persona tiene un riesgo elevado de suicidio. Busque ayuda inmediatamente llamando al 061 o al 112 inmediatamente y ayúdele a mantenerse a salvo.
6. Hablar con otras personas que la conozcan. Si usted cree que alguien puede tener ideas de suicidio, hable con otras personas que la conozcan para saber si ellos han notado también algo fuera de lo habitual o por si piensan lo mismo.
7. Ofrecer ayuda en tareas prácticas. Esto puede proporcionar a la persona la oportunidad de hacer otras tareas también importantes, pasar algún tiempo intentando resolver su situación o dándole tiempo libre, algo muy necesario. Acepte que la ayuda que usted ofrece puede ser rechazada, ya que algunas veces, las personas encuentran difícil aceptar apoyo o no quieren admitir que necesitan ayuda.
8. Saber dónde pedir ayuda. Consiga información sobre los sitios y los servicios de apoyo en su comunidad y en su entorno. Tenga una lista de números de contacto y los horarios de atención de estos servicios. Proporcione ayuda práctica para que la persona en riesgo de suicidio tenga una atención adecuada a sus necesidades y situación. Tengan un plan de emergencia por si resulta que el servicio no está disponible o que tiene una larga lista de espera.
9. Cuidese usted mismo. Ayudar a alguien a enfrentarse a los traumas y al estrés puede ser muy fatigoso y dejarnos agotados. Encuentre algún tiempo para las cosas con las que usted disfruta y busque a otras personas que puedan ayudarlo a apoyar a quien más lo necesita.

6. PLAN DE SEGURIDAD

Tras un intento de suicidio, se aconseja al paciente crear un plan de seguridad personalizado, adaptado a sus necesidades, que contenga al menos los siguientes puntos:

- Señales que puedan indicar el regreso a los pensamientos suicidas.
- Cuando buscar un tratamiento especializado.
- Información para contactar con su médico/a, amigo/a o familiar.

7. RECOMENDACIONES ANTE UN SUICIDIO CONSUMADO

El término «supervivientes» se refiere a las personas del entorno cercano a la persona que comete un suicidio. La situación en que quedan las personas supervivientes tras la ejecución de un acto suicida suele ser muy dolorosa y traumática. Las intervenciones psicológicas se deben centrar en la contención emocional, la búsqueda de sistemas de apoyo y la elaboración de la pérdida.

Junto a intervenciones psicoterapéuticas, se debe tener presente la importancia de intervenciones no clínicas, especialmente los grupos de autoayuda, o clínicas no especializadas, en función de las necesidades de los o las supervivientes. Sólo en el caso de que las personas supervivientes no sean capaces de elaborar el duelo de forma natural, se recomienda la derivación a profesionales sanitarios expertos que puedan aplicar las intervenciones adecuadas.



ANEXO 5

ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO PAI-ADS

- 5.1 TEST DE HAMILTON para ansiedad
- 5.2 GAD-7 para ansiedad
- 5.3 PHQ-9 para depresión
- 5.4 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)
- 5.5 ZARIT de carga del cuidador
- 5.6 DUKE-UNC de apoyo social percibido o funcional
- 5.7 APGAR FAMILIAR de percepción de la función familiar
- 5.8 MOS APOYO SOCIAL
- 5.9 ESCALA DE SUCESOS VITALES de González de Rivera y Morera

5.1. TEST DE HAMILTON de ansiedad³⁰⁻³²

Descripción e instrucciones:

Población diana:

Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Escala:

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Instrucciones para el paciente:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Disponible en formato para uso clínico en página Web SAS: Espacio compartido: Gestión asistencial_ Estrategia de Cuidados de Andalucía_ Documentos de apoyo

Ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14)	
Ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)	
PUNTUACIÓN TOTAL	

5.2. GAD-7 de ansiedad³³⁻³⁵

El GAD-7 es un cuestionario auto administrado, que se utiliza como una herramienta de de detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada. Ha demostrado también poseer buenas características psicométricas para la detección de otros tipos de trastornos de ansiedad.

Descripción e instrucciones:

La escala consta de 7 ítems. La puntuación final se calcula asignando las puntuaciones de 0, 1, 2 y 3, a las diferentes categorías de respuesta respectivamente, y sumando la puntuación de los siete ítems. Por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Como puntos de corte se toman los valores 5 para la ansiedad leve, 10 para la ansiedad moderada y 15 para la ansiedad grave, respectivamente.

Interpretación:

0-4 puntos	No se aprecian síntomas de ansiedad
5-9 puntos	Síntomas de ansiedad leves
10-14 puntos	Síntomas de ansiedad moderados
15-21 puntos	Síntomas de ansiedad severos

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

¿Con qué frecuencia ha padecido estos problemas las 2 últimas semanas?	NUNCA	VARIOS DÍAS	LA MITAD DE LOS DÍAS	CADA DÍA
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.	0	1	2	3
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.	0	1	2	3
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.	0	1	2	3
PUNTUACIÓN TOTAL	-----	=	(----- + ----- + -----)	

5.3. PHQ-9 de depresión³⁶⁻³⁸

Descripción e instrucciones:

Ayuda a identificar pacientes con depresión. Diseñado especialmente para Atención Primaria. Es una escala autoadministrada. Los nueve ítems están basados en los nueve signos y síntomas de Depresión Mayor del DSM-IV.

Para completar su uso como herramienta de diagnóstico, el PHQ-9 puede ser usado para medir la gravedad de la depresión y monitorizar la respuesta del paciente al tratamiento.

Cómo asignar puntuación al cuestionario PHQ-9

<p>Métodos de puntuación para el diagnóstico</p>	<p>Se sugiere síndrome depresivo mayor si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 o más de los 9 incisos se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”. • Ya sea el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”. <p>Se sugiere síndrome depresivo menor si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De los 9 incisos, b, c o d se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”. • Ya sea el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”. 								
<p>Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento</p>	<p>Pregunta uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta: Nunca = 0 Varios días = 1 Más de la mitad de los días = 2 Casi todos los días = 3 • Suma los números para obtener la puntuación total. • Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía: <table border="1" data-bbox="483 1161 1127 1439"> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Acción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 4</td> <td>La puntuación indica que probablemente el paciente no necesita tratamiento para la depresión.</td> </tr> <tr> <td>> 5 a 14</td> <td>El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.</td> </tr> <tr> <td>≥ 15</td> <td>Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pregunta dos: En la pregunta dos, la respuesta del paciente puede ser una de las siguientes cuatro: Nada difícil, Un poco difícil, Muy Difícil, Extremadamente Difícil. Las últimas respuestas sugieren que la funcionalidad del paciente se ha visto afectada. Tras haber comenzado el tratamiento, el nivel de funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si el paciente está mejorando.</p>	Puntuación	Acción	≤ 4	La puntuación indica que probablemente el paciente no necesita tratamiento para la depresión.	> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.	≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.
Puntuación	Acción								
≤ 4	La puntuación indica que probablemente el paciente no necesita tratamiento para la depresión.								
> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.								
≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.								

Cuestionario

Nombre del paciente _____ Fecha _____

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
e. Tiene poco o excesivo apetito.				
f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				
Totales				

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

5.4. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)³⁹⁻⁴²

Descripción e instrucciones:

El BHS está basado en una visión cognitiva de la desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, Verdadero o Falso. No tiene tiempo límite de aplicación, pero generalmente toma de 5 a 10 minutos.

Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20); los que no la indican se califican con 0 puntos (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19), de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0.

El BHS sólo estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico, particularmente a los niveles de la depresión y la ideación suicida.

Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer (1988):

0-3 puntos	Rango normal o asintomático
4-8 puntos	Leve
9-14 puntos	Moderado
15-20 puntos	Severo
Se ha observado que una puntuación mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.	

Escala

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Se trata de una escala **autoadministrada**.

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por el término medio.		

>> Continúa en la siguiente página >>

	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Disponible en formato para uso clínico en página Web SAS: Espacio compartido: Gestión asistencial_ Estrategia de Cuidados de Andalucía_ Documentos de apoyo

5.5. ZARIT de carga del cuidador^{43,44}

Descripción e instrucciones:

Población diana:

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuestas tipo escala likert (1-5).

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = Algunas veces
- 4 = Bastantes veces
- 5 = Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga intensa

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familiar)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					

>> Continúa en la siguiente página >>

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar??					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					
Puntuación total					

Disponible en formato para uso clínico en página Web SAS: Espacio compartido: Gestión asistencial_ Estrategia de Cuidados de Andalucía_ Documentos de apoyo

5.6. DUKE-UNC apoyo social percibido o funcional⁴⁵⁻⁴⁷

Descripción e instrucciones:

Población diana:

Población general. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones para paciente: En las siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una las respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios.	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Disponible en formato para uso clínico en página Web SAS: Espacio compartido: Gestión asistencial_ Estrategia de Cuidados de Andalucía_ Documentos de apoyo

5.7. APGAR FAMILIAR de percepción de la función familiar⁴⁸⁻⁵⁰

Descripción e instrucciones:

Población diana:

Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6 puntos
- Disfuncional grave: 0-2 puntos

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Cuestionario

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Disponible en formato para uso clínico en página Web SAS: Espacio compartido: Gestión asistencial_ Estrategia de Cuidados de Andalucía_ Documentos de apoyo

5.8. MOS APOYO SOCIAL⁵¹⁻⁵⁵

Descripción e instrucciones:

Este cuestionario se centra en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo periodo de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Recibir apoyo es, a menudo, confundido con necesidad y puede no reflejar exactamente la cantidad de apoyo que está disponible para una persona. Las medidas de apoyo social generalmente exploran el apoyo estructural (tamaño de la red) o el apoyo funcional (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizás sea más importante y es multifuncional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos y feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre.

Interpretación:

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8
- Ayuda material o instrumental: ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media 9 y mínima: 3

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5

>> Continúa en la siguiente página >>

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5
PUNTUACIONES					TOTAL PUNTOS
Apoyo emocional					
Ayuda material o instrumental					
Relaciones sociales de ocio y distracción					
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño					
INDICE GLOBAL					

5.9. ESCALA DE SUCESOS VITALES de González de Rivera y Morera⁵⁶

Descripción e instrucciones:

Este cuestionario pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido el último año. El reajuste social se define como “cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo”, y se expresa en unidades de cambio vitales (UCV).

Interpretaciones

Se acepta que si un individuo tiene más de 150 UCV (Unidades de Cambio Vital) en el último año, puede existir algún problema de salud o de la función familiar.

Escala

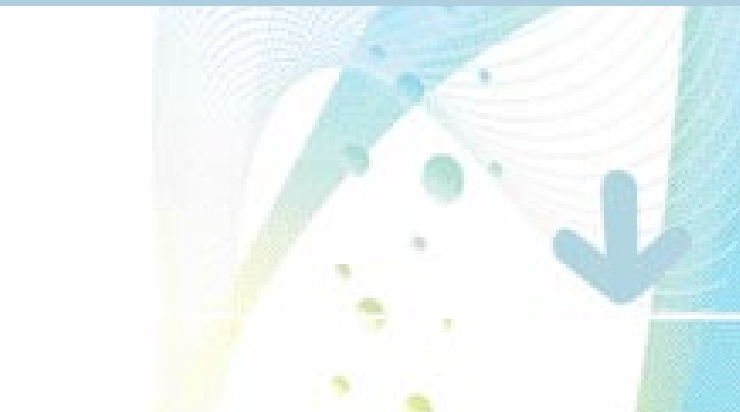
Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Acontecimiento vital	Señale X	Puntaje
1. Muerte del cónyuge		92
2. Separación		58
3. Divorcio		50
4. Matrimonio		60
5. Reconciliación		62
6. Rotura de un noviazgo o relación similar		50
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda		57
8. Embarazo deseado		67
9. Embarazo no deseado		65
10. Aborto provocado		51
11. Aborto no deseado		71
12. Relación sexual al margen del matrimonio		58
13. Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio		49
14. Dificultades sexuales		67
15. Dificultades en la educación de los hijos		70
16. Niños bajo el cuidado de otras personas		57
17. Muerte de un familiar cercano		73
18. Enfermedad o mejoría de enfermedad de un miembro cercano a la familia		61
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia		52
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar		50
21. Ruptura de la familia (separación de padres)		79
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar		40
23. Desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa familiar		34
24. Periodo de alejamiento del hogar		53

>> Continúa en la siguiente página >>

Acontecimiento vital	Señale X	Puntaje
25. Hijos lejos del hogar		68
26. Quedarse sin trabajo		82
27. Retiro laboral		58
28. Despido		81
29. Cambio de lugar de trabajo		42
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa		47
31. Ascenso en el trabajo		57
32. Problemas superiores en el trabajo		55
33. Nuevo empleo en la misma línea de trabajo		42
34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo		52
35. Cambio de horario de las condiciones del trabajo actual		37
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo		46
37. Préstamo o hipoteca de más de seis mil euros		67
38. Ingresos aumentados sustancialmente (25%)		48
39. Ingresos reducidos sustancialmente (25%)		61
40. Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento		84
41. Problema legal menor (multa, borrachera)		4 7
42. Complicación en una pelea		52
43. Enfermedad o accidente que requiera guardar cama		66
44. Muerte de un amigo		68
45. Cambio de casa		37
46. Compra de casa		51
47. Accidente o situación de violencia física		66
48. Éxito personal de gran envergadura		67
49. Exámenes		61
50. Reformas en la casa		41
51. Cambio en las costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida etc.)		40
52. Cambio en opiniones religiosas		37
53. Cambios en opiniones políticas		32
54. Cambios en costumbres sociales		34
55. Cambio en el ritmo del sueño		43
56. Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito		39
57. Vacaciones fuera de casa		48
58. Fiesta de Navidad y Reyes		51
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas		71
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico		73
61. Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión		81
TOTAL:		



ANEXO 6

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

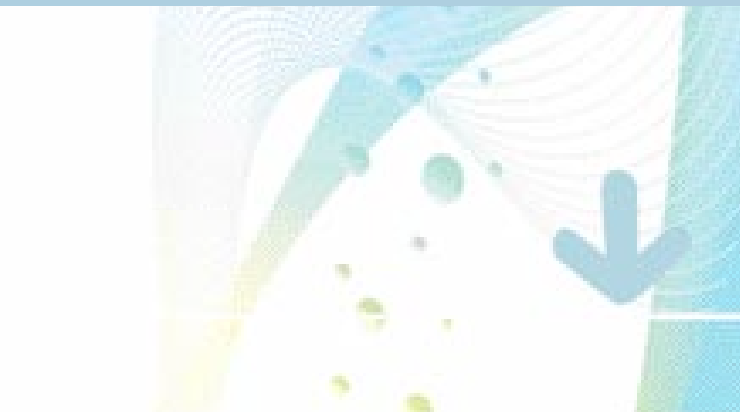
Cuidados de Enfermería PAI-ADS nivel Atención Primaria

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Desesperanza	1208 Nivel de depresión	Usaremos esta NOC para la valoración del estado depresivo
	1409 Autocontrol de la depresión	4920 Escucha activa
		5100 Potenciación de la socialización
		5400 Potenciación de la autoestima
		5310 Dar esperanza
		5230 Aumentar el afrontamiento
		2380 Fomento del ejercicio
		5450 Terapia de grupo
5270 Apoyo emocional		
Duelo complicado	1304 Resolución de la aflicción	5290 Facilitar el duelo
		4920 Escucha activa
		5820 Disminución de la ansiedad
		5270 Apoyo emocional
		5230 Aumentar el afrontamiento
Ansiedad	1211 Nivel de ansiedad	Usaremos esta NOC para la valoración de la ansiedad
	1402 Autocontrol de la ansiedad	4920 Escucha activa
		5820 Disminución de la ansiedad
		5400 Potenciación de la autoestima
		5230 Aumentar el afrontamiento
		5880 Técnica de relajación
		5450 Terapia de grupo
		4680 Biblioterapia
Apoyo al cuidador principal		

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Somatizaciones	1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	4310 Terapia de actividad
	1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	5510 Educación sanitaria
		5380 potenciación de la seguridad
		8180 Consulta por teléfono
	1702 Creencias sobre la salud: percepción de control	4700 Reestructuración cognitiva
		4470 Ayuda en la modificación de sí mismo

Cuidados de Enfermería PAI-ADS Salud Mental		
DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Desesperanza	1409 Autocontrol de la depresión	2380 Vigilancia del cumplimiento terapéutico
		4920 Escucha activa
		5230 Aumentar el afrontamiento
	1206 Deseo de vivir	5100 Potenciación de la socialización
	1201 Esperanza	5400 Potenciación de la autoestima
		5310 Dar esperanza
		5270 Apoyo emocional
Duelo complicado	1304 Resolución de la aflicción	5290 Facilitar el duelo
	1302 Afrontamiento de problemas	4920 Escucha activa
		5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
		5280 Facilitar el perdón
	1501 Ejecución del rol	5230 Aumentar el afrontamiento

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad	5430 Grupo de apoyo
		5960 Facilitar la meditación
		5450 Terapia de grupo
	1211 Nivel de ansiedad	6160 Intervención en casos de crisis
		5820 Disminución de la ansiedad
		5230 Aumentar el afrontamiento
		5880 Técnicas de relajación
	1212 Nivel de estrés	4700 Reestructuración cognitiva
		4680 Biblioterapia
Somatizaciones	1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar	4310 Terapia de actividad
	1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza	5510 Educación sanitaria
		5380 Potenciación de la seguridad
		8180 Consulta por teléfono
	1702 Creencias sobre la salud: percepción de control	4700 Reestructuración cognitiva
		4470 Ayuda en la modificación de sí mismo



ANEXO 7

HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN EL PAI ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIÓN

<http://csalud.junta-andalucal.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp>

Nuestro compromiso por la calidad:

- Catálogo de formularios de Consentimiento Informado.
- Observatorio para la Seguridad del Paciente.
- Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatización.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.
- Estrategia para Seguridad del Paciente.

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>

- Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida.
- Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares.

GPC en la red. Las más utilizadas:

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Fistera: Guías Clínicas.



11

Acrónimos

AAN	Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría
ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ADS	Ansiedad, Depresión, Somatización
AETSA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AGC	Acuerdos de Gestión Clínica
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
ASANEC	Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria
ATC	Antidepresivos Tricíclicos
AVE	Acontecimiento Vital Estresante
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CS	Centro de Salud
EC	Espacio de Colaboración
ECG	Electrocardiograma
ENF	Enfermería
ESP	Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía
GPC	Guía de Práctica Clínica
IMAO	Inhibidores de la Monoaminoxidasa
IRSN	Inhibidor de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
ISRS	Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina
M	Médico/a
NIC	Código de Intervenciones de Enfermería
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería
NUHSA	Número Único de Historia de Salud de Andalucía
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PAI-ADS	Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatización
PISMA	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
PSC	Psicólogo
PSI	Psiquiatra
SAMFYC	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
SAP	Sociedad Andaluza de Psiquiatría
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIGAP	Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria
SM	Salud Mental
SSCC	Servicios Centrales

TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizado
TCA	Antidepresivos Tricíclicos
TEC	Terapia Electro Convulsiva
TIP	Terapia Interpersonal
PCT	Plan Consensuado de Tratamiento
TIP	Terapia Interpersonal
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TS	Trabajador Social
UGC	Unidad de Gestión Clínica
USMC	Unidad de Salud Mental Comunitaria



12

Bibliografía

1. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DAS-MAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):201-10
2. Martín Pérez C. Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural [tesis]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada;2005.. Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/15472917.pdf>
3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992. Edición en Español: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
4. Dotor Gracia M, Fernández Garcia E, Álvarez Benito M et al. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados, 2ª edición . Sevilla. Junta de Andalucía, 2009
5. http://www.juntadeandalucia.es/agenciade calidadesanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/memu/practicasSeguras/Practicas_seguras_en_Cirurgia_y_Anestesia. (Acceso febrero 2011)
6. Soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007
7. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
8. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults (Updated Edition). NICE clinical guideline 90.<http://www.nice.org.uk/CG90niceguideline>
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. NICE clinical guideline 91. <http://www.nice.org.uk/CG91niceguideline>
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 113. <http://guidance.nice.org.uk/CG113/NICEGuidance/pdf/English>
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) Common mental health disorders. NICE clinical guideline 123. <http://guidance.nice.org.uk/CG123/NICEGuidance/pdf/English>
12. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group; 2008
13. Moorhead S, Johnson M, Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC), Cuarta Edición. Elsevier España. Barcelona 2009
14. Zapater F, Vila R. Habilidades para no medicalizar. FMC. 2008; 15: 670-72
15. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06
16. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10

17. Carvajal de la Torre, A. Somatizaciones [Internet]. Barcelona: Fisterra.com; 2011 [citado 3 Nov2011]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/somatizaciones.asp>
18. García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Oliván B. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Rev Psicopatología Psicol Clin*. 2005;10(1):15-23
19. Smith GR. Somatization disorder in the medical setting. Washington: American Psychiatric Press, 1991
20. Bulechek GM, Butcher HK, Mcloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Quinta Edición. Elsevier Mosby. Barcelona. 2009
21. Proceso Asistencial Integrado. Ansiedad, depresión, somatización. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla .2002 Servicio Andaluz de Salud
22. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta Suicida. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>
23. Servicio Andaluz de Salud. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>
24. www.who.int/entity/mental_health/.../supre_miss_protocol_spanish.pdf
25. New Zealand Guidelines Group. The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health; 2003
26. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 11 nov 2011]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/es/index.html
27. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención Primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001 [citado 11 nov 2011]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>
28. World Health Organization. Preventing suicide. A resource for Primary Health Careworkers [Internet]. Geneva: Department of Mental Health. World Health Organization; 2000 [citado 6 may 2009]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf
29. Froján MX. Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide. 2006
30. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55
31. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 - 79
32. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9
33. García-Campayo et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:8
34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Lowe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection *Ann Intern Med*. 2007;146:317-325

35. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006; 166:1092-1097
36. Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(9): 606-613
37. Spitzer R, Kroenke K, William J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282: 1737-1744
38. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Penarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine* 2005; 20(8): 738-42
39. Aguilar E, Hidalgo M, Cano R, López J, Campillo M, Hernández J. Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de psiquiatría.* 1995; 11(4): 121-125
40. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J Clin Psychol.* 1974, 42(6): 861-865
41. Beck A, Steer R. Beck Hopelessness Scale. Manual. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc. New York 1988
42. Tovar Aliaga J. et al. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. Facultad de Psicología UNMSM. ISSN: 1560-909x 2006; Vol. 9 (1): pp.69-79
43. Zarrit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden *Gerontologist* 1980; 20: 649-654
44. Martin M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz, Taussing MI. (1996) Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarrit. *Revista de Gerontología.* 6, 338-346
45. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK funcional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23
46. la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Padros MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta de médico de familia. *Aten. Primaria,* 1991; 8:668-92
47. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardell P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria,* 1996; 18: 153-63
48. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9
49. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function: *J Fam Pract* 1982; 15: 303-311
50. Bellon J, Delgado A, Luna JD, Lardell P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR- familiar. *Aten Primaria* 1996; 18 (6): 289-295
51. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia.* 2005;6: 10-8
52. Rodríguez S, Enrique H. Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate.* 2007;7:155-68
53. López-Roig S. et al. Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de psicología* 2004; 35 (1): 23-46
54. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991;32: 705-14

55. Sherbourne CD et al. Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health-related quality of life among chronically ill. *Quality of Life research* 1992; 1 (4), 235-246

56. "Escala de Sucesos Vitales" (González de Rivera JL, Morera AL. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983; 4, 20-25.)

proceso
asistencial
integrado

