

# PROCESO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÚN Y MANEJO DEL MALESTAR EMOCIONAL

**Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental**

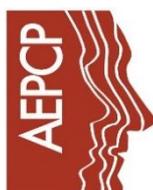
## **GUÍA RÁPIDA (Versión reducida)**



Instituto Médico Valenciano  
**IMV**



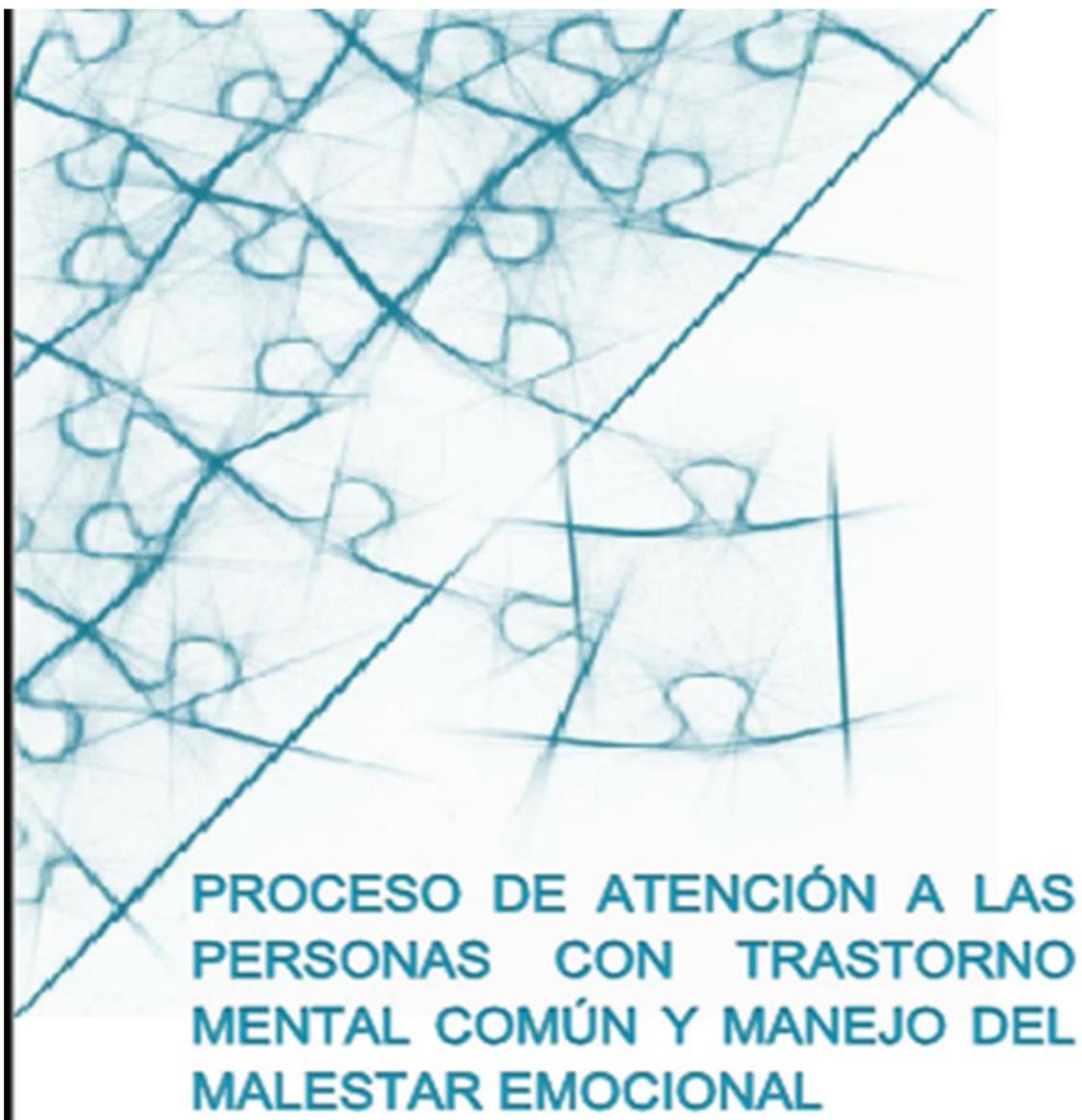
Societat Valenciana de Medicina  
Familiar i Comunitària



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
Y PSICOPATOLOGÍA







**PROCESO DE ATENCIÓN A LAS  
PERSONAS CON TRASTORNO  
MENTAL COMÚN Y MANEJO DEL  
MALESTAR EMOCIONAL**

**Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental**

**GUÍA RÁPIDA (Versión reducida)**

**Coordinadores**

Josep Pena Garijo, Aurelio Duque Valencia y Begoña Frades García.

Título original: *Proceso de atención a las personas con trastorno mental común y manejo del malestar emocional.*

Subtítulo: *Colaboración entre atención primaria y salud mental (Versión reducida).*

Autores: Pena Garijo, Josep; Duque Valencia, Aurelio; Frades García, Begoña; López Cocera, José.

Edita: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Calle Santa Cruz de la Zarza, 4 Bajo. 46021 Valencia (España).

© de la presente edición: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. 2020.

© de los textos: los autores y las autoras.

Registro: 2020082651

ISBN: 978-84-09-26788-0

1ª edición en línea.

## **COORDINACIÓN**

Josep Pena Garijo. Psicólogo Clínico. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Aurelio Duque Valencia. Médico de Familia y Comunitaria. Ex-Presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Begoña Frades García. Psiquiatra. Hospital Pare Jofré. Valencia.

## **COMITÉ DE REDACCIÓN**

Josep Pena Garijo. Psicólogo Clínico. Hospital Universitari Dr. Peset.

Aurelio Duque Valencia. Médico de Familia y Comunitaria. Ex-Presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Begoña Frades García. Psiquiatra. Hospital Pare Jofré.

José Antonio López Cocera. Enfermero Especialista Salud Mental. Hospital Pare Jofré.

## **GRUPO DE TRABAJO**

Antonio Sánchez. Médico Familia y Comunitaria.

Carmen López. Médico Familia y Comunitaria.

Enrique Soler. Médico Familia y Comunitaria

Jorge de la Torre. Médico Familia y Comunitaria.

José Mínguez. Médico Familia y Comunitaria.

María Guinea. Médico Familia y Comunitaria.

Helena Romero. Psiquiatra.

José Romeu. Psiquiatra.

José Salazar. Psiquiatra.

Mikel Munárriz. Psiquiatra.

Pedro Iborra. Psiquiatra.

Cristina Botella. Psicóloga Clínica. Catedrática Universidad.

Felipe Hurtado. Psicólogo Clínico.

Juan Manuel Cuenca. Psicólogo Clínico.

Laura Bocanegra. Psicóloga Clínica.

Virginia Bustos. Psicóloga Clínica.

Llum del Moral. Trabajadora Social.

M<sup>a</sup> Jesús Terrades. Enfermera de Salud Mental.

Amparo Soriano. Enfermera Gestora.

Ana M<sup>a</sup> Pérez. Enfermera Atención Primaria.

Eva Cutillas. Enfermera Atención Primaria.

Eva Jordá. Enfermera Atención Primaria.



# PROCESO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÚN Y MANEJO DEL MALESTAR EMOCIONAL

## Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental

### ÍNDICE DEL DOCUMENTO COMPLETO

#### **PARTE I: EL PROCESO**

##### INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÚN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
4. OBJETIVOS, PRINCIPIOS Y ACCIONES
5. DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL COMÚN. LÍMITES DEL PROCESO
6. MODELOS DE RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL: EL ESPACIO DE COLABORACIÓN Y LA GESTIÓN DE LA INTERCONSULTA
7. COMPONENTES GENERALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN “POR PASOS”

#### **PARTE II: UNA “CAJA DE HERRAMIENTAS”**

##### INTRODUCCIÓN

8. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA
9. ATENCIÓN GRUPAL PARA AUTOCUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN COLABORACIÓN CON SALUD MENTAL
10. ATENCIÓN AL CUIDADOR
11. DUELO Y ACOMPAÑAMIENTO
12. PSICOTERAPIA DE APOYO
13. AUTOAYUDA GUIADA
14. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL
15. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
16. RECURSOS BASADOS EN TICs
17. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA

### **PARTE III: ANEXOS**

#### **ANEXO I. PROCESOS DE ATENCIÓN**

1. Atención a las personas con síntomas depresivos
2. Atención a las personas con síntomas somatomorfos
3. Atención a las personas con síntomas de ansiedad
4. Descripción del proceso TMC
5. Representación del proceso en el primer nivel de atención
6. Representación del proceso en el segundo nivel de atención

#### **ANEXO II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10**

#### **ANEXO III. CUESTIONARIOS**

1. Cuestionario Hamilton para ansiedad
2. GAD-7 para ansiedad
3. Escala SAD PERSONS
4. PHQ-9 para detección y valoración de depresión
5. Escala de desesperanza de Beck
6. APGAR Familiar
7. Apoyo social funcional de Duke-UNC
8. Escala de Zarit
9. MOS de apoyo social
10. Escala de evaluación de reajuste social
11. Cuestionario Hamilton para Depresión
12. Inventario de Depresión de Beck

### **BIBLIOGRAFÍA**

# ÍNDICE DE LA GUÍA RÁPIDA (Versión reducida)

## EL PROCESO

### INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN
2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÚN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
4. OBJETIVOS, PRINCIPIOS Y ACCIONES
5. DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL COMÚN. LÍMITES DEL PROCESO
6. MODELOS DE RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL: EL ESPACIO DE COLABORACIÓN Y LA GESTIÓN DE LA INTERCONSULTA
7. COMPONENTES GENERALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN “POR PASOS”

## ANEXOS. PROCESOS DE ATENCIÓN

1. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS
2. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS SOMATOMORFOS
3. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TMC
5. REPRESENTACIÓN DEL PROCESO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
6. REPRESENTACIÓN DEL PROCESO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

## BIBLIOGRAFÍA



## INTRODUCCIÓN

Uno de los principales deberes que tienen hoy en día las disciplinas relacionadas con la salud mental es determinar el límite de las prestaciones y de los procesos que deben ser atendidos en Salud Mental y que tienen que ver con el malestar de la vida cotidiana cuya resolución, apoyo o consuelo está en otra parte (Retolaza, 2009).

Por otro lado, los trastornos mentales comunes son un problema de primer orden para nuestro sistema de salud pública. Según datos procedentes del *European Study of The Epidemiology of Mental Disorders* (2004), la prevalencia de vida en España de los trastornos mentales en la población general se encuentra en un 19,46% (Haro et al., 2006), muy similar a la media de los países de nuestro entorno. Respecto a Atención Primaria (AP), tanto en estudios de la OMS (Üstum et al., 1995) como en España (Vázquez-Barquero, 1997), se ofrecen resultados que indican que al menos una cuarta parte de las personas atendidas en AP presentan un trastorno mental.

Esta demanda ha llevado a un incremento considerable del consumo de psicofármacos en los últimos años. La Encuesta sobre alcohol y drogas en población general del Ministerio de Sanidad, desde 2005 a 2011 alerta que se ha duplicado la población que consume hipno-sedantes (del 5% al 11%). Pérez-Cuadrado et al. (2009) informan que el 24% de las mujeres consume antidepresivos y el 30% benzodiacepinas y que, en un 78,6%, la prescripción procede de AP.

Las personas solicitan ayuda por malestar emocional (en una gran parte de los casos no existe un trastorno mental evidente) y, ante la falta de tiempo de los profesionales para enfocar la demanda de otra manera, reciben un fármaco como respuesta. El caso es que esta acción no resuelve el problema por el que se acudió a consulta y el consumo tiende a cronificarse (Retolaza, 2013). Esta falta de medios y de tiempo acabaría provocando una inercia terapéutica por parte de los y las profesionales médicos, a prescribir este tipo de productos.

Tal y como decíamos al principio, una de las grandes cuestiones en la atención de los problemas de salud mental en el marco de la asistencia pública es la de definir el límite de sus prestaciones (Retolaza, 2013), lo cual implica poder responder a las **siguientes preguntas**:

- *¿qué tipo de problemas deben ser atendidos en los servicios de salud mental y cuáles otros suponen un malestar de la vida cotidiana?*
- *¿cuáles son los límites del trastorno mental?*
- *¿debe cualquier sufrimiento psicológico ser objeto de atención sanitaria?*

- *¿es posible una prevención primaria o secundaria de los trastornos mentales comunes dentro del Sistema Nacional de Salud?*
- *¿cuáles son las prestaciones asistenciales que debe garantizar un sistema público de salud como el nuestro?*

Es el objetivo del presente documento, contestar a estas cuestiones y diseñar un marco de actuación frente al Trastorno Mental Común (TMC) que defina sus límites, los procesos, las intervenciones y el modelo de asistencia, todo ello basado en los valores de los que parte la **Estrategia Autonómica de Salud Mental** de la Comunidad Valenciana enmarcada en el **PLAN DE SALUD de la Comunidad Valenciana 2016-2020**, en la investigación basada en la evidencia y en los principios de buena práctica clínica.

El presente documento cuenta con el aval de las siguientes sociedades científicas:

- ✓ **Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària.**
- ✓ **Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental.**
- ✓ **Instituto Médico Valenciano.**
- ✓ **Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.**

## 1. JUSTIFICACIÓN

La asistencia a las personas con Trastorno Mental Común (TMC), como los demás procesos de Salud Mental a los que la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana presta atención, debe ser entendida como una estrategia organizativa que engloba todos los elementos asistenciales que intervienen en el proceso de atención a la persona usuaria, donde la ATENCIÓN PRIMARIA deberá tener el protagonismo necesario para prevenir la *medicalización*, *psicologización* y *psiquiatrización* de la vida cotidiana.

Este proceso deberá llevarse a cabo teniendo como referencia los **modelos colaborativos** entre la Salud Mental (SM) y la Atención Primaria (AP) y deberá basarse en **intervenciones basadas en la evidencia** y en los **principios de buena práctica** clínica.

La Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, en su LÍNEA ESTRATÉGICA 2 (ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL) establece los siguientes **objetivos generales** con relación al TMC:

<p><b>Optimizar la atención a las personas con TMC.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer protocolos de coordinación y colaboración entre AP y SM que incluyan detección, pautas de intervención, criterios de derivación y programas de colaboración.</li> <li>• Elaborar un documento de Contrato Terapéutico.</li> <li>• Incrementar la utilización de intervenciones grupales.</li> <li>• Potenciar la utilización de los programas de autoayuda y apoyo mutuo para personas, recursos comunitarios normalizados, servicios sociales locales, asociaciones, clubs, etc., desde AP y SM.</li> <li>• Incrementar las intervenciones de psicoterapia con evidencia reconocida.</li> </ul>
<p><b>Mejorar el abordaje de las situaciones que provocan malestar en la vida cotidiana.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un plan de intervención conjunto entre SM y AP para atender los problemas emocionales de la vida cotidiana que provocan malestar, en colaboración con los recursos sociales y las asociaciones.</li> </ul>

**La asistencia a las personas con Trastorno Mental Común debe ser entendida como:**



### **Una estrategia organizativa**

- Que englobe todos los elementos asistenciales que intervienen en el proceso de atención a la persona usuaria.
- Donde la ATENCIÓN PRIMARIA deberá tener el protagonismo necesario para prevenir la medicalización, psicologización y psiquiatrización de la vida cotidiana.
- Este proceso deberá llevarse a cabo teniendo como referencia los MODELOS COLABORATIVOS entre la Atención Primaria y la Salud Mental.
- Deberá apoyarse en intervenciones basadas en la evidencia y en los principios de la buena práctica clínica.

## 2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

### **MISIÓN**

Mejorar la salud mental de la ciudadanía de la Comunidad Valenciana, promoviendo una salud mental positiva y prestando una atención de calidad a las personas con Trastornos Mentales Comunes (TMC) en el ámbito de la Atención Primaria en colaboración con los Dispositivos de Salud Mental.

### **VISIÓN**

Disponer de una red de atención integral que supere lo estrictamente asistencial, trabajando conjuntamente en el ámbito comunitario, con todos los implicados en mejorar la salud mental y mejorar la satisfacción de las personas usuarias, familiares y profesionales.

Prestar una atención integral e integrada, a través de programas transversales y actuaciones protocolizadas, que garanticen la continuidad de cuidados y disminuyan la variabilidad de la asistencia entre los departamentos, evitando estructuras y programas aislados.

Alcanzar una visión positiva de la salud mental, mejorando la imagen que tiene la sociedad de las personas con problemas emocionales, trastornos mentales comunes o condiciones crónicas de salud que afecten a su salud mental y bienestar psicológico.

Facilitar el acceso y promover programas de autocuidado en el ámbito de la atención al malestar emocional, la sobrecarga de la persona cuidadora, las condiciones crónicas de salud y el trastorno mental común.

### **VALORES**

Los valores del sistema público de atención están firmemente basados en principios éticos y técnicos que guían y modelan, tanto los aspectos de la organización general, como las actividades cotidianas de los servicios, contribuyendo a construir un estilo de trabajo y a establecer un marco de referencia.

Los valores en los que se basa este documento sobre el Proceso de Atención al TMC son los mismos que derivan de los principios del modelo de atención comunitaria en salud mental:

- Cobertura universal. La salud mental es un derecho de toda la ciudadanía.
- Territorialización/sectorización. Integración de los servicios en la red general de salud y disponibilidad de los recursos necesarios en un ámbito territorial definido.

- Compromiso de los y las profesionales. Basado en la utilización de la mejor evidencia posible, la utilización eficiente de los recursos y la participación en la planificación y evaluación de los servicios.
- Respeto a los Derechos de las personas con problemas de salud mental, garantizando su participación y la de sus familiares de una forma activa.
- Autonomía. Capacidad de los servicios para promover la independencia y autosuficiencia de las personas usuarias.
- Continuidad asistencial. La red debe estar organizada para ofrecer atención necesaria a lo largo del tiempo (continuidad longitudinal) y por los diferentes servicios (continuidad transversal).
- Accesibilidad. Los servicios tienen que estar organizados para dar respuesta en el momento y lugar que las personas y sus familias precisen.
- Disponibilidad de los recursos básicos en cada departamento sanitario y reconocimiento del derecho a recibir asistencia para todo el abanico de necesidades de las personas con problemas de salud mental.
- Equidad. Distribución adecuada de los recursos respecto a calidad y cantidad, en relación con las necesidades y de acuerdo con criterios explícitos y racionales.
- Recuperación personal. Entendida de acuerdo con el Modelo de Recuperación, como proceso de cambio y crecimiento personal, orientado a retomar el propio curso vital y recuperar el rol de la ciudadanía.
- Responsabilización. Reconocimiento por las instituciones sanitarias de su responsabilidad ante la ciudadanía, las personas usuarias y sus familias.
- Calidad. Implementar mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua, así como a la satisfacción de personas usuarias, familiares y profesionales.

### 3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL COMÚN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

*La salud mental es una de las dimensiones esenciales que integran el propio concepto de salud. Tener buena salud mental contribuye a que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de la vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. La salud mental está condicionada por características individuales de cada persona, pero también depende de otros factores de su entorno, como la protección social, el nivel socioeconómico, las condiciones laborales o las redes de apoyo disponibles.*

Generalitat Valenciana. *Desigualdades en Salud en la Comunitat Valenciana* (2018).

En la última **Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana** (ESCV, 2016) se incorporaron las preguntas del GHQ-12. El *Cuestionario GHQ-12* es un instrumento diseñado para evaluar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población general. Mediante una serie de preguntas, explora situaciones de ansiedad y depresión, disfunción social y pérdida de la confianza y la autoestima.

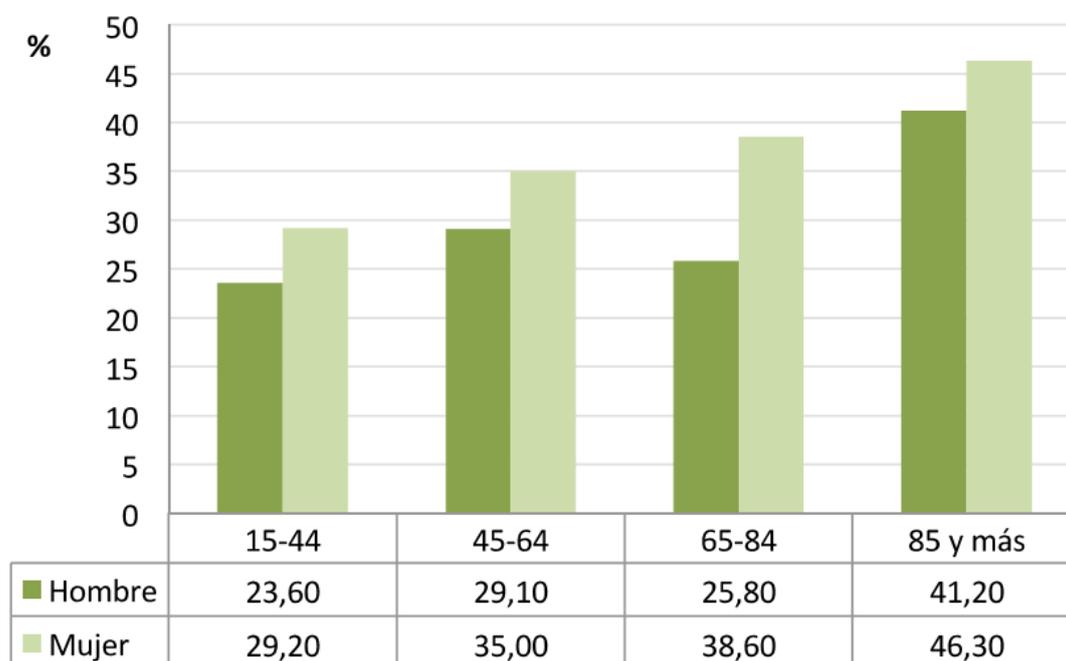
De acuerdo con la información recogida en esta encuesta, **el 30% de las personas adultas refiere un estado psicológico negativo.**

Este malestar **afecta mayormente a mujeres** (33,6%) frente a hombres (26,2%). Este hallazgo constata también que la brecha de género se ha incrementado respecto a los datos de 2010.

La **edad** es otro de los factores que influye en la salud mental, deteriorándose según aumenta esta.

Del mismo modo, las **personas divorciadas** presentan una mayor prevalencia de problemas emocionales (40,2%). También se observa mayor prevalencia entre las **personas viudas** (43,8%), con diferencias entre hombres y mujeres (el 33,7% de los viudos y el 46,3% de las viudas refieren malestar psicológico).

### Población que refiere malestar psicológico según género y edad (ESCV, 2016).



Fuente: Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Dirección General de Salud Pública.

La **relación entre salud física y salud mental** es también evidente, tanto en hombres como en mujeres. Esta relación se pone de relieve entre las personas que manifiestan mala salud general *autopercebida*, que padecen alguna enfermedad crónica, que presentan 3 o más problemas de salud crónicos (comorbilidad) o que tiene limitaciones para realizar actividades corrientes por motivos de salud (ESCV, 2016).

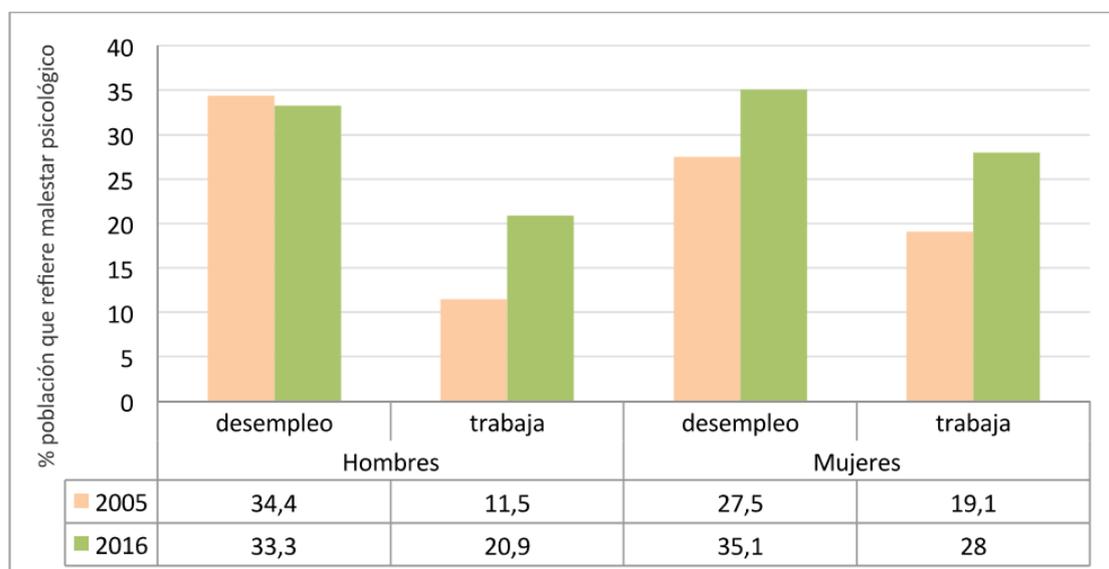
Algunos **determinantes sociales** actúan también sobre el malestar psicológico: tener un nivel bajo de estudios, encontrarse en situación de desempleo, jubilación o dedicarse a tareas domésticas, tener bajo nivel de renta, o pertenecer a clases sociales más desfavorecidas, incrementa significativamente el malestar psicológico. Las mayores diferencias se observan en función del nivel económico, con un riesgo 3 y 4 veces mayor de padecer mala salud mental entre las personas de nivel medio y bajo respecto a las de nivel alto, respectivamente.

**Por género**, en las mujeres se aprecia que estos determinantes son mayores cuando medimos el **nivel de estudios** (un 26% de riesgo de malestar psicológico en las universitarias frente a un 41% de las que tienen estudios primarios) y **clase social** (28% en trabajadoras no manuales frente al 37% en manuales). En los hombres, sin embargo, las mayores diferencias se vinculan con la **situación laboral** (21% de los trabajadores activos frente al 33% de los desempleados).

Respecto a otros factores que influyen en la salud mental, el **apoyo social** es el que más contribuye. Entre las personas que manifiestan tener escaso apoyo social, el 51,8% de los hombres y el 65,6% de las mujeres presentan peores indicadores de salud mental. Este dato pone de relieve la importancia de propiciar estrategias para incrementar el apoyo social, sobre todo en las personas mayores y en sus personas cuidadoras.

Existe evidencia de que la pérdida de empleo puede en sí misma desencadenar las primeras alteraciones de salud mental en una persona sana. Es importante señalar también la **evolución de los datos** desde la ESCV de 2005 a la presente en lo relativo al empleo. En este periodo, la proporción de personas que refiere malestar psicológico ha sufrido un incremento de alrededor de 10 puntos. Hemos señalado que la prevalencia de problemas de malestar psicológico es mayor entre la población desempleada que en la trabajadora y que ésta es más acusada entre hombres que entre mujeres. Sin embargo, durante el periodo de crisis económica, ésta parece haber afectado más a las mujeres, llegando a igualarse las cifras con relación a los hombres desempleados (Generalitat Valenciana. *Desigualdades en Salud en la Comunitat Valenciana*, 2018).

#### **Población empleada y desempleada que refiere malestar psicológico. Comparación por género entre 2005 y 2016.**



Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2005 y 2016.

Por otro lado, en una **encuesta realizada a 150 médicos de familia** repartidos por toda la comunidad durante 2016-2017, y presentada en el Congreso de la **Sociedad**

**Valenciana de Médicos de Familia y Comunitaria** en noviembre de 2017, destacaron los siguientes resultados:

- De los Médicos de Familia (MF) que realizaron las encuestas, un 24% llevaban entre 16-25 años y un 35%, más de 25 años de ejercicio en Atención Primaria (AP).
- Una de cada cuatro consultas en AP está relacionada con la salud mental y, preferentemente, con la ansiedad, los trastornos adaptativos y la depresión, sobre todo en mujeres de 36-50 años (54% de pacientes) y de 51-65 años (33% de pacientes).
- Entre los factores que condicionan la derivación desde AP a las Unidades de Salud Mental (USM) destacaron: el 16,75% se realizaron por falta de conocimientos, el 16,55% por la dificultad de relación con la persona usuaria y un 14,32% por la presión asistencial.
- Respecto a los criterios de derivación de AP a USM con carácter urgente, preferente u ordinaria, para más del 55% de los MF encuestados estos criterios están claros casi siempre, para un 16,42% siempre y para el 20% a veces.
- Entre las dificultades para derivar desde AP a USM, se destacaron:
  - Burocráticas
  - Saturación de las USM
  - Problemas de coordinación entre el Equipo de Atención Primaria y el de Salud Mental (EAP-SM).
  - Dificultad para contactar con la USM
  - DEMORA EN LA VISITA (un 30 % de los MF consideraron que el tiempo de espera hasta la visita en USM era casi siempre el motivo).
  - Aspectos sociales y familiares de los y las pacientes.
- El 92% de los MF cree necesarias las reuniones periódicas AP-USM: un 25% afirma que existen y se celebran reuniones periódicas y un 75% que NO SABE.
- En cuanto a la participación en las reuniones AP-USM, un 66% refiere que éstas debieran llevarse a cabo con todos los miembros del Equipo de Atención Primaria (personal médico, enfermería y trabajo social) y con una periodicidad bimensual (44%) o mensual (40%).

- En cuanto a la formación en salud mental, el 22% de los MF utilizan cursos del Departamento de Salud, el 29% dice formarse a través de las sociedades científicas, un 44% utiliza el autoaprendizaje y un 5% de otras formas.

Finalmente, es importante **conocer el contexto** social, económico, demográfico y cultural donde se desarrolla actualmente la práctica clínica en AP (década 2008-2018) y que supone un cambio de paradigma en el que predominan la desigualdad, la vulnerabilidad, la cronicidad y el recorte de los recursos sociosanitarios en el nivel primario de asistencia sanitaria y social.

Destacan como hechos positivos para la mejora de la práctica clínica en AP: la historia clínica y la receta electrónica, así como el contrato de gestión, la gestión por procesos y la gestión clínica que precisan en el ámbito de la salud mental más espacio y tiempo para su adecuada ejecución, así como un desarrollo e implantación de rutas asistenciales departamentales para las patologías más graves y prevalentes.

Es un hecho constatado en la práctica clínica diaria que el sufrimiento y el malestar psicológico forma parte de los acontecimientos vitales, y que se necesitan cuidados y cambios individuales, familiares y sociales, ya sea en la escuela, en el trabajo, en el barrio o en la sociedad.

En numerosas ocasiones, los MF realizan una consulta, no una derivación a la USM: buscan resolver una duda, tener una confirmación, asegurar otra opinión y, en muchas ocasiones, esta necesidad podría solucionarse con una llamada de teléfono, una reunión periódica, una consulta no presencial u otras formas de colaboración estables y permanentes que aseguren la **continuidad asistencial**.



## 4. OBJETIVOS, PRINCIPIOS Y ACCIONES

### OBJETIVO GENERAL:

Conseguir una atención integrada de las personas con problemas de salud mental comunes, a través de una intervención coordinada de los distintos niveles asistenciales.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proveer las intervenciones psicológicas, farmacológicas y de apoyo para la adecuada atención de la población con TMC.
- Comprender y potenciar los recursos propios de la persona usuaria para superar las situaciones de crisis, evitando así medicalizaciones y "psicologizaciones" innecesarias.
- Establecer una cultura de confianza y colaboración.
- Conseguir la máxima coordinación y comunicación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Promover la interdisciplinaridad y el consenso entre los agentes del proceso.
- Orientar de forma clara a la persona usuaria, y utilizar los recursos comunitarios disponibles (no necesariamente sanitarios) para la resolución de la demanda.
- Asumir, de manera colaborativa, responsabilidades entre los diversos profesionales y niveles asistenciales implicados.

### POBLACIÓN DIANA:

Se incluirán dentro del proceso tanto a personas que presenten demandas por **problemas emocionales o cuadros sintomáticos de ansiedad, depresión o somatización**, como a aquellas con **trastornos mentales comunes** que cumplen criterios diagnósticos según las clasificaciones estandarizadas vigentes.

Personas adultas (>18 años) residentes en la Comunidad Valenciana que demandan asistencia por:

- Respuesta emocional negativa ante un evento vital estresante.
- Síntomas somáticos no relacionados con una enfermedad orgánica.
- Reacciones de duelo o pérdida.
- Sentimientos depresivos (soledad, preocupación, insatisfacción, tristeza).

- Sensaciones de ansiedad, tensión o nerviosismo.
- **Trastornos mentales comunes** así filiados.

**PRINCIPIOS BÁSICOS Y ACCIONES** que permiten la aplicabilidad de este modelo de atención dentro los servicios de atención primaria y de salud mental de la sanidad pública:

- El proceso deberá englobar todos los elementos asistenciales que intervienen en el proceso de atención a la persona usuaria, en el cual la **ATENCIÓN PRIMARIA tendrá el protagonismo** necesario para prevenir la medicalización y "psiquiatrización" de acontecimientos adversos de la vida cotidiana.
- El **espacio de colaboración** entre la Atención Primaria y Salud Mental debe erigirse como el **eje principal del proceso** en torno al cual deben organizarse e implementarse la mayor parte de las intervenciones.
- El concepto de **intervención por pasos**:
  - Se establece un **primer nivel de intervención desde atención primaria** que deberá contar con el apoyo y la colaboración de los y las profesionales de Salud Mental en los protocolos que para ello se definan (intervenciones de "baja intensidad").
  - Y un **segundo nivel, a desarrollar preferentemente en Salud Mental**, en el que se implementen las intervenciones con un mayor grado de protocolización, profundidad y sistematización requeridas por el caso.
- Implementar de forma sistemática y efectiva **intervenciones psicológicas y farmacológicas basadas en la evidencia** y la aplicación de los protocolos terapéuticos y guías clínicas disponibles en la literatura especializada.
- **Evitar intervenciones que dificulten el procesamiento y la adquisición adecuada de estrategias de afrontamiento de los problemas "de la vida diaria"** y priorizar intervenciones que fomenten los principios básicos de la **psicoeducación y la comprensión de las respuestas emocionales**.

#### **CRITERIOS DE ENTRADA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL TMC:**

La vía de entrada al sistema sanitario es la Atención Primaria. Se incluirán en el Proceso de Atención aquellas personas que demanden atención por los supuestos recogidos en el apartado de Población Diana.

## PRINCIPIOS DE LAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS:

- La intervención debe **evitar la medicalización** siempre que sea posible y los protocolos de intervención así lo consideren. Ello deberá hacerse teniendo en cuenta la opinión y las preferencias de la persona usuaria quien es, en última instancia, la responsable de su proceso.
- Se informará a la persona usuaria **del plan terapéutico** de modo que sea comprensible. Esta información incluirá los tipos de estrategias (farmacológica, psicológica, otras), su eventual secuenciación, profesionales implicados y las **alternativas terapéuticas**.
- Cuando se considere el **tratamiento psicoterapéutico**, se informará a la persona usuaria de:
  - La(s) técnica(s) a utilizar con la indicación de lo que se espera de terapeuta y paciente.
  - Los beneficios esperables.
  - Los posibles efectos secundarios.
  - La duración previsible del tratamiento.
- Cuando se considere el **tratamiento farmacológico**, se informará a la persona usuaria de:
  - Las razones del tratamiento.
  - Las diferentes alternativas.
  - Los beneficios que se esperan alcanzar.
  - Los efectos secundarios esperables.
  - La duración previsible del tratamiento.
- Elaboración del **CONTRATO TERAPÉUTICO** en el que se deberán incluir los apartados y consideraciones anteriores.

## ESTABLECIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO:

El Plan Terapéutico o **Contrato Terapéutico para el Trastorno Mental Común** es un acuerdo establecido entre terapeuta y persona usuaria, y reflejado por escrito en su historia clínica tras la evaluación inicial, recogiendo los aspectos siguientes:

- Asignación de responsabilidad a los o las posibles profesionales que participan en el proceso de atención (al menos, médico de familia y facultativo especialista).
- Establecimiento del encuadre (frecuencia y duración de las sesiones, atención en situaciones de crisis, intervención de otros u otras profesionales, etc.)
- Objetivos personalizados del tratamiento.
- La previsión de la duración del tratamiento y los criterios de revisión y terminación.
- Constará en la historia clínica el informe emitido con el diagnóstico y la propuesta de tratamiento.
- Deberá estar **consensuado** por el conjunto de profesionales implicado y elaborado, en la medida de lo posible, en el **espacio de colaboración**.

## 5. DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL COMÚN. LÍMITES DEL PROCESO

Frente a otras etiquetas como la de “Trastornos Mentales Leves”, se ha considerado más adecuada la utilización del término **Trastornos Mentales Comunes** (TMC) para agrupar a los trastornos mentales que con mayor frecuencia se atienden en los niveles primarios de atención sanitaria (ansiedad, depresión, somatizaciones...). El término TMC es de uso frecuente y consensuado en la literatura especializada (por ejemplo, es la denominación utilizada en la *Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad*, en la de la *Comunidad Valenciana* o en la *Guía NICE del Reino Unido*). Además, esta denominación la hace compatible y diferenciada de la de Trastorno Mental Grave (TMG), definición que se usa también en nuestro contexto de atención a la salud para referirse a los problemas de salud mental que causan una mayor interferencia personal, familiar, laboral y social en las personas y colectivos en los que aparece.

Como **límites al concepto de TMC** podríamos establecer los siguientes:

En el **límite inicial** (síntomas a considerar para incluir en el proceso de atención al TMC)<sup>1</sup>:

1. Respuesta emocional ante un evento vital estresante.
2. Síntomas somáticos no relacionados con una enfermedad orgánica.
3. Reacciones de duelo o pérdida.
4. Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).
5. Sensaciones de ansiedad, tensión o nerviosismo.
6. Síntomas relacionados con los **siguientes diagnósticos** (en estos casos debería considerarse una *intervención social*, más que sanitaria, reservando esta última, sólo para aquellos casos en que la sintomatología sea lo suficientemente grave para que lo requiera):
  - Z56. Problemas relacionados con el empleo y el desempleo.
  - Z59. Problemas con la vivienda y condiciones económicas.
  - Z60. Problemas relacionados con el ambiente social.

---

<sup>1</sup> Se debería tener presente antes de intervenir, cuando fuera el caso, tanto una **probable solución social** más que sanitaria, como la posible **indicación de no-tratamiento**.

- Z61. Problemas relacionados con hechos negativos de la niñez.
- Z63. Problemas con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares.
- Z72. Problemas relacionados con el estilo de vida.

**Trastornos Mentales Comunes** propiamente dichos (diagnósticos que se incluyen en el proceso de atención):

1. Trastorno depresivo mayor.
2. Trastorno distímico.
3. Trastorno de pánico (con y sin agorafobia).
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Trastornos somatomorfos.
6. Trastornos de adaptación.
7. Trastorno mixto ansiedad depresión.
8. Reacción de estrés agudo.

En el **límite marginal** (Trastornos que deberían tratarse preferentemente en USM):

1. Episodio depresivo que forma parte de un Trastorno Bipolar.
2. Trastorno depresivo mayor grave, refractario o con síntomas psicóticos.
3. Fobia social (excluyendo las formas leves o la timidez excesiva).
4. Trastorno de estrés postraumático.
5. Trastorno Obsesivo Compulsivo.

En el **límite final** (situaciones que no deben considerarse en el proceso de atención al TMC):

1. Cuando los síntomas no ocasionan una repercusión clínica significativa en su funcionamiento psicosocial.
2. Cuando existe un diagnóstico claramente dependiente de otro tipo de asistencia (p. ej., un Trastorno Mental Grave (TMG), un Trastorno relacionado con sustancias...).

3. Cuando el trastorno es secundario a causa orgánica o discapacidad intelectual moderada o grave.
4. Cuando la sintomatología se explica mejor por la presencia de un trastorno de personalidad (por ejemplo, Trastorno de Personalidad por inestabilidad emocional tipo Límite).

**Salida del proceso de atención al TMC:**

1. Mejoría, remisión o estabilización clínica y funcional.
2. Cuando la clínica sobrepase los límites de entrada de este proceso y necesite ser incluido en otro proceso asistencial (derivación a otras especialidades, programas o Unidades Específicas como Trastornos alimentarios, Conductas adictivas, proceso TMG...).
3. Abandono voluntario del proceso.



## 6. MODELOS DE RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL: EL ESPACIO DE COLABORACIÓN Y LA GESTIÓN DE LA INTERCONSULTA

### 1. PRINCIPIOS GENERALES:

La asistencia colaborativa entre la Atención Primaria de Salud y Salud Mental es un enfoque de mejora de la calidad a nivel de sistema (Turpin et al., 2008), que consiste en:

- Un **enfoque multi-profesional** en el cuidado de las personas usuarias.
- Un **plan estructurado de gestión** de pacientes: seguimiento programado.
- Una **comunicación interprofesional** realizada.

Los tipos posibles de **interacción entre ambos niveles** son:

- El *Modelo de derivación* es un procedimiento que implica a tres partes distintas: profesional de **Atención Primaria (MAP)**, **persona usuaria** y **especialista** de Salud Mental. El o la Médico de Familia adopta una función de filtro para la atención primaria. La derivación de la persona usuaria desde primaria a especializada supone el paso del primer al segundo nivel asistencial. La función de filtro pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad de la enfermedad. Así, a través del filtro, los recursos tecnológicos se reservan para quienes probablemente los necesitan, y se evita su uso innecesario por quienes no los necesitan.
- *Modelo de reemplazo*: en este modelo son los y las profesionales de salud mental quienes se ubican en los Centros de Salud (CS) para atender a las personas con trastornos mentales. Sin la adecuada coordinación, este modelo no dista mucho del de derivación ya que, una vez efectuada ésta, la cooperación y comunicación entre ambos niveles asistenciales suele ser baja.
- *Modelo de enlace*: en el que profesionales del equipo de salud mental actúan de apoyo, como consultores o supervisores de casos, de los y las profesionales de Atención Primaria a través de la interconsulta.
- *Modelos colaborativos*: se agrupa un amplio número de acciones que incorporan modelos complejos de colaboración, e incluyen intervenciones simultáneas comunes a las descritas y, sobre todo, provenientes de los modelos que se han utilizado en el manejo de los cuidados de las enfermedades crónicas. En este

modelo se integran la **atención escalonada** y el **modelo de enlace**, e incorpora el **Espacio de Colaboración** como vínculo real y/o virtual entre el EAP y la USM.

Este último modelo es de elección, según los expertos, ya que permite una estrecha colaboración entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM) adecuando las experiencias en psiquiatría y psicología clínica a la realidad de la AP mediante el desarrollo de actividades de interconsulta y no limitando la relación con las USM al mero asesoramiento (Beltrán et al., 2001; Calderón et al., 2014; Morera-Llorca et al., 2014).

En el plano de la colaboración buscamos una asistencia especialmente atenta a los fenómenos de la iatrogenia, la cronicidad iatrogénica y lo que puede definirse como "cronicidad medicalizada". Esos fenómenos, crecientes en nuestros aparatos sanitarios contemporáneos, aumentan, tanto de modo directo como por la vía de la iatrogenia estrictamente biológica, la dependencia de la población respecto de los sistemas sanitarios. Agravan pues su heteronomía; y no hay que olvidar que la capacidad de autonomía, incluida la autonomía respecto a los sistemas sanitarios, es un criterio de salud (Tizón, 2000).

El desarrollo de la línea de colaboración entre los equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental debería regirse por una serie de **principios generales**, entre los que cabe destacar:

1. *Integración de la prevención y la asistencia.* La importancia de la perspectiva preventiva y, por lo tanto, la participación conjunta en programas preventivos.
2. *Primacía de la AP en la aproximación clínica.* Deberán ser los dispositivos de "salud general" (dispositivos de medicina de familia y pediatría de AP) los ejes fundamentales y los encargados de la "globalización" o "atención integral" de las personas usuarias y sus familias, aunque, en los casos y periodos de mayor gravedad, esa atención integral pueda (y deba) ser compartida por los equipos de SM y de AP.
3. *Perspectiva clínica bio-psico-social y de orientación comunitaria.* La colaboración entre ambas redes ha de ser a nivel bio-psico-social, y no sólo biológico. A este nivel, los nuevos equipos de AP han ido aumentando su formación y capacidades, incluso en neurobiología del desarrollo, psicofarmacología, etc. Por ello, lo realmente importante para los EAP es que el equipo de salud mental colabore en los aspectos psicológicos y psicosociales de su trabajo, es decir, en la orientación «psicológicamente influida» de la praxis sanitaria.

Los recientes progresos, sobre todo en Reino Unido, con el desarrollo de directrices clínicas basadas en la evidencia, han significado que las **terapias psicológicas hayan sido recomendadas** por ser altamente efectivas, relativamente seguras y económicamente viables para un amplio rango de problemas comunes de salud mental, especialmente ansiedad y depresión. Al mismo tiempo, estas acciones han sido considerablemente apreciadas por la disminución que han propiciado en los elevados costes para las personas y para la sociedad, en cuanto a las adversas circunstancias que tiene una pobre salud mental sobre el bienestar, la capacidad de trabajo y el impacto económico, tanto para el sistema de salud, como para el gasto público global, en forma de prestaciones y pagos por incapacidad (Morera-Llorca et al., 2014; Turpin et al., 2008).

4. *Recursos psicodiagnósticos adaptados a la clínica de AP y SM.* Otro de los principios generales de la colaboración entre los equipos de atención primaria (EAP) y los de salud mental (USM) consiste en que estos últimos deben intentar proporcionar recursos psicodiagnósticos directamente utilizables por el EAP, y proporcionarlos en las interconsultas formalizadas, en los grupos de reflexión o «tipo Balint», en actividades clínicas conjuntas, en sesiones clínicas, etc.
5. *Adaptación de los recursos psicodiagnósticos y psicoterapéuticos de las USM para el trabajo en AP-SM y para la prevención secundaria y terciaria.* Ello implica, desde luego, la necesidad de mejorar los recursos psicodiagnósticos y terapéuticos de los equipos de salud mental para la prevención secundaria y terciaria.

En cuanto al marco de referencia teórico-psicológico en el que encuadrar este tipo de trabajo, debemos centrarnos, tal y como se explicita en los Principios Básicos de este proceso de atención al TMC, en las intervenciones basadas en la evidencia. El modelo más ampliamente estudiado ha sido el **Modelo Cognitivo-Conductual**. Sin embargo, debemos destacar la importancia menor del marco de referencia si no logramos la adecuada colaboración con el equipo de atención primaria a través de actividades de *counselling*, técnicas grupales, psicoterapias breves, intervenciones focales, así como la capacidad y la accesibilidad para trabajar conjuntamente en la mejora de sus capacidades. Eso ha de llevar a ambos equipos a desarrollar «**carteras de servicios asistenciales**» diferentes de las tradicionales.

## 2. EI ESPACIO DE COLABORACIÓN

Es el elemento organizativo de las relaciones entre profesionales de ATENCIÓN PRIMARIA y SALUD MENTAL.

En este espacio es donde deberá llevarse a cabo la valoración conjunta y el consenso de las actuaciones interdisciplinarias y multiprofesionales a desarrollar.

En el ámbito del Proceso de Atención al TMC en la Comunidad Valenciana, este espacio deberá contar con los siguientes **componentes**:

- Profesionales implicados en el proceso en Atención Primaria (AP) y Salud Mental (USM).
- Actividades asistenciales.
- Actividad docente e investigadora.

## 3. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL ESPACIO DE COLABORACIÓN

En la actualidad, contamos con una amplia evidencia científica sobre la efectividad de los programas de colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y los de Salud Mental.

Una de las principales dificultades se encuentra en la heterogeneidad de los programas y en la necesidad de establecer bases sólidas para su aplicación apoyándose en los datos acerca de la eficacia de los distintos componentes de estos protocolos.

La variabilidad existente entre los diferentes departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana dificulta la implementación regular de las actividades recomendables para gestionar este espacio de colaboración. Entendemos que no son comparables las posibilidades de trabajo en un Centro de Salud en el que se ubica una USM, con las de un Centro pequeño en una localidad alejada de la misma. De igual modo, la dotación de profesionales y la distribución poblacional a la que atienden las diferentes USM condiciona la gestión de este espacio. Las USM más pequeñas atienden a una población menor, pero en ocasiones, esta puede estar muy dispersa. Y, al contrario: USM más grandes, a pesar de atender una mayor población, podrían tener una distribución más cercana y con menos dispersión geográfica.

El personal médico de familia encuentra diversas barreras a la hora de poder realizar un manejo riguroso de estos y estas pacientes. La primera de ellas es la dificultad para detectar los diferentes trastornos y, por tanto, llegar a un diagnóstico que permita un abordaje adecuado, incluyendo la decisión de remitir a los servicios de Salud Mental. La

segunda limitación es la dificultad en la comunicación eficaz con los equipos de Salud Mental y el escaso respaldo que reciben de dichos servicios en las propias consultas de primaria. En este sentido, consideramos necesaria la ampliación y mejora de los medios de coordinación entre ambos niveles asistenciales. Un modelo de colaboración más estrecha entre personal facultativo de SM y médico de familia permitirá, sin duda, la optimización del trabajo en términos de calidad asistencial a las personas usuarias.

A continuación, describimos algunas actividades recomendables que deberán adaptarse a las características y posibilidades de cada USM y de los Centros de Salud a los que prestan apoyo.

### **3.1 Consulta conjunta.** Puede utilizarse para:

*Interconsulta:* consulta puntual entre dos profesionales (EAP-USM), sobre un o una paciente (o familia, o grupo; con presencia física de éste o no) atendida por el primero (Médico de Familia), que asume la responsabilidad última del caso.

*Co-terapia:* relación terapéutica de un o una paciente (o familia, o grupo) con dos profesionales (de EAP y de USM), siendo ambos los que asumen 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 la USM que se desplazará, en función de la disponibilidad, puntualmente al Centro de Salud, siendo precisa la presencia en esta consulta de los dos profesionales (EAP y USM). Deberá existir una **solicitud de interconsulta** con los mismos ítems que cuando se solicita una consulta a la USM y se registrará la información sobre cada paciente al que se atiende en este espacio, en ambos niveles asistenciales.

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

*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...).

### 3.2 Agenda virtual de USM de referencia

Se trata de un formato de interconsulta directa con la USM de referencia para cada Centro de Atención Primaria (EAP). Para ello, haremos uso del sistema informático que sirve de plataforma al programa ABUCASIS<sup>2</sup>, habilitando una agenda virtual de Salud Mental a la que el personal médico de atención primaria podrá acceder directamente. Este formato ya se ha utilizado y está descrito como *Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera* (Morera-Llorca et al., 2014).

La implantación de esta opción de contacto entre profesionales se plantea desde el objetivo de dar cobertura a las siguientes necesidades:

- Favorecer la **accesibilidad** del personal médico de familia al personal facultativo de referencia designado en la USM y viceversa, como principal objetivo.
- Permitir una mayor **coordinación** inter-dispositivos en el abordaje multidisciplinar de aquellas personas usuarias con alguna patología de salud mental.
- Dar respuesta a la demanda del personal Médico de Familia en un menor plazo de tiempo, permitiendo la **optimización** de la atención a sus pacientes en aquellos casos donde las necesidades de abordaje estén en el terreno de la salud mental.
- Servir de medio de comunicación, seguimiento y **asesoramiento** en el manejo de personas con TMC de acuerdo con los protocolos asistenciales para las distintas patologías.
- Ser la **vía de solicitud** para la derivación de cada paciente a la USM de referencia para su atención. El personal facultativo de referencia (psiquiatría/psicología clínica) evaluará la solicitud y los criterios de derivación en cada supuesto. En caso de cumplir con los criterios para la atención especializada se citará directamente a la persona usuaria en la USM. En caso contrario, se indicarán los motivos a través de esta misma plataforma, así como las indicaciones necesarias para el abordaje y seguimiento del caso desde el EAP, de acuerdo con los principios y componentes presentados en este documento.

---

<sup>2</sup> NOTA: dentro del sistema ABUCASIS se incluye el SIA (Sistema de Información Ambulatoria) donde se gestiona la Historia Clínica Informatizada en el Sistema Público de Salud de la Comunitat Valenciana.

- Ser el espacio donde el personal médico del EAP pueda plantear aquellas **dudas** que surjan en cuestiones relacionadas con el manejo de las personas con diagnóstico de alguna enfermedad mental, así como aquellas cuestiones relativas al uso de psicofármacos o a la implementación de tratamientos psicológicos de baja intensidad.

Para un adecuado funcionamiento de este modo de coordinación entre EAP y Salud Mental, consideramos necesario el cumplimiento de ciertos **requisitos**:

- El personal MF citará al o la paciente en la agenda virtual de Salud Mental mediante propuesta de consulta, haciendo mención en dicha citación del día de contacto de ABUCASIS, donde se indican los motivos de dicha propuesta y su categorización como ordinaria o preferente.
- La derivación de cada paciente deberá ir acompañada necesariamente de un mínimo de información que quedará reflejada en el contacto de ABUCASIS del día en el que se plantea la misma. Básicamente, y en lo que concierne a la atención primaria, consiste en:
  - datos de filiación de la persona usuaria (importante un teléfono actualizado de contacto)
  - centro desde el que se deriva y MF de referencia
  - motivo de la consulta y diagnóstico de sospecha
  - antecedentes psiquiátricos personales y familiares
  - intervenciones terapéuticas llevadas a cabo hasta la fecha para dicho problema y resultados de las mismas.
- La USM de referencia a la que se plantea la propuesta de consulta, dará respuesta a través de esta plataforma virtual en un plazo no superior a 72 horas. Del mismo modo, se reflejarán las indicaciones necesarias para un adecuado abordaje y seguimiento del proceso. En caso de ser aceptada la propuesta para valoración y seguimiento en USM, se informará del tiempo estimado de espera para la citación.

#### 4. 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 del Servicio de Salud Mental del que forma parte la USM.

Se acordarán los siguientes aspectos:

- Los criterios de remisión.
- El número de pacientes que podrán remitirse anualmente a la USM y al espacio de colaboración 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 evaluará anualmente. Para la articulación efectiva de este modelo es necesaria la figura del personal **Médico de Familia referente(s)** en el Centro de Salud y del personal **Facultativo Especialista de USM referente(s)** (Psiquiatría, Psicología Clínica) para cada Centro de Salud, que coordinarán el proceso. Dichos profesionales son responsables 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 Clínica Informatizada en ABUCASIS facilitará el desarrollo del modelo, así como el uso de canales de información informal (teléfono, correo electrónico) y formal (informes de pacientes), disponibilidad para llamadas y atención urgente a petición.

## 5. CRITERIOS GENERALES DE DERIVACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

A pesar de la evidencia a favor de los modelos colaborativos, en muchas ocasiones se hace necesaria la derivación inmediata a través del sistema tradicional de interconsulta. Cuando no sea posible el uso del espacio de colaboración, se deberá cursar interconsulta a Salud Mental con la información necesaria en cada caso.

En los siguientes apartados describimos algunos criterios generales que puedan servir como orientación para la adecuada derivación de pacientes desde el EAP a Salud Mental.

### Criterios generales de derivación a USM desde AP

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Pacientes con síntomas psicóticos (tras descartar otras causas médicas no psiquiátricas).
- Trastorno afectivo bipolar.
- Episodios depresivos graves con o sin síntomas psicóticos y/o riesgo de suicidio.
- Trastornos de la conducta alimentaria (derivar a dispositivo específico si lo hubiera).
- Trastornos graves de la personalidad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo moderado a grave.
- Trastornos disociativos y conversivos.
- Confirmación del diagnóstico si existen serias dudas sobre el mismo.
- Personas con riesgo de suicidio (activar **Código Suicidio**<sup>3</sup>).
- Cuando se requieran psicofármacos especiales, estabilizadores del ánimo y otras estrategias de potenciación.
- Cuando se requieran intervenciones psicológicas especiales (programas específicos, intervenciones de alta intensidad).
- Trastornos psiquiátricos que no mejoran tras aplicar las intervenciones psicológicas, psicosociales o farmacológicas adecuadas (ver intervenciones clave a implementar en cada nivel):
  - Trastornos de ansiedad: ansiedad generalizada, fobias, fobia social moderada o grave y trastorno por crisis de angustia.

---

<sup>3</sup> Ver capítulo 8: “**Prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida**”. Consultar Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida ([www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es](http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es)).

- Trastornos primarios del sueño.
- Trastornos depresivos menores, distimias, trastornos adaptativos ansiosos o depresivos.
- Trastornos depresivos o de ansiedad secundarios a otras patologías orgánicas o farmacógenos.
- Trastornos de síntomas somáticos graves.

### **Criterios de exclusión de la demanda**

- Debe evitarse la derivación *a petición propia* de la persona usuaria.
- Deberán evitarse las derivaciones sin un estudio previo del caso y/o mediante la utilización de frases estándar como “síndrome ansioso-depresivo”.
- Atención de situaciones relacionadas con la insatisfacción personal, necesidad de desarrollo o maduración del individuo; situaciones que generalmente producen malestar pero que no son en sí mismas una patología o problema de salud. Como recurso sanitario, tratamos de dar solución a problemas de salud, no a problemas de índole personal, social, de pareja, familiar, etc.
- Duelo no complicado (primeros 6-12 meses).
- Conflictos familiares, paterno-filiares, situaciones vitales o personales adversas (separación, desempleo, desarraigo, malos tratos, problemas de integración social, etc.) generalmente suponen situaciones de sufrimiento personal, pero no son un trastorno mental en sí, por lo cual no deben ser remitidos, ni debe buscarse una solución en el medio sanitario (salvo que la gravedad de la sintomatología lo requiera).
- Pacientes que presenten trastornos de la conducta secundarios a patologías neurológicas o somáticas (demencias, lesiones o patologías estructurales del cerebro, epilepsias, cefaleas, trastornos hormonales, respiratorios, dolor crónico, etc.) que no hayan sido derivados también al o a la especialista correspondiente, ya que en estos casos se recomienda un abordaje conjunto y coordinado entre profesionales implicados.

Recordamos la existencia de **recursos específicos** para determinadas situaciones y patologías a los que se recomienda la derivación en primera instancia:

- *Problemas sociales, jurídicos, desamparo, agresiones, etc.:* Servicios Sociales de referencia. Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- *Violencia de género: Activar SIVIO<sup>4</sup>,* derivar a Centro de Atención a la Mujer 24 horas.
- *Disfunción sexual y problemas de pareja:* Centro de Salud Sexual y Reproductiva.
- *Trastornos por uso de sustancias y otras adicciones:* Unidades de Conductas Adictivas. Unidades de Alcoholología. Oficinas de Prevención Comunitaria en escolares y adolescentes (Ayuntamientos).
- *Problemas académicos o del ámbito escolar:* Gabinetes escolares y recursos psicopedagógicos municipales específicos. Servicios de Atención Psicológica de las Universidades.

Se recomienda **MAPEAR ACTIVOS DE SALUD** de la Zona Básica de Salud y elaborar un listado actualizado con el fin de disponer de dichos recursos para dirigir a la persona usuaria según sus necesidades.

---

<sup>4</sup> La aplicación [SIVIO](#) (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la VIOLencia de género/doméstica) en personas adultas, es una herramienta basada en el Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género, que guía al personal sanitario en la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica. Para ello utiliza los cuestionarios y las ayudas contenidas en el protocolo, aplicando una lógica que facilita la toma de decisiones.



## 7. COMPONENTES GENERALES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN “POR PASOS”

Las personas gerentes y comisionadas deben colaborar para desarrollar vías de atención en sus departamentos que promuevan el acceso a los servicios para las personas con trastornos mentales comunes mediante las siguientes acciones:

- Apoyar la prestación integrada de servicios entre la atención primaria y la especializada.
- Definir criterios claros y explícitos para la entrada en el proceso.
- Centrarse en los criterios de entrada y no en los de exclusión.
- Proporcionar diferentes puntos de acceso que faciliten los enlaces entre el sistema de salud y la comunidad en la que se encuentran los servicios.

**Las recomendaciones que se describen a continuación están basadas en la Guía NICE para los TRASTORNOS MENTALES COMUNES (NICE, 2011, revisada 2014) y adaptada al contexto sanitario de la Comunidad Valenciana.**

Se describe un modelo “por pasos” para ayudar a organizar los servicios de atención a la población con trastornos mentales comunes, a sus familias, a los cuidadores y las cuidadoras, y a profesionales de la salud con la finalidad de elegir las intervenciones más eficaces en cada momento. El modelo presenta una descripción integrada de las intervenciones claves del proceso (evaluación e intervención).

Las recomendaciones se refieren al proceso global que incluye **los niveles asistenciales primario y especializado**.

**Paso 1: Para todos los casos, tanto previamente diagnosticados, como para las presentaciones sospechosas de TMC.**

- Identificación, evaluación.
- Psico-educación.
- Monitorización activa de los síntomas.
- **Considerar la derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales.**

**Paso 2: Síntomas depresivos sub-umbrales o depresión leve a moderada. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Trastorno de pánico leve a moderado. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) leve a moderado. Trastorno por estrés post-traumático con síntomas leves a moderados.**

**Para todos los casos:**

- Grupos de autocuidados.
- Psicoeducación.
- Servicios de formación y apoyo al empleo.
- **Considerar la derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales.**

**Depresión<sup>5</sup>:**

- Autoayuda individual dirigida (materiales escritos o webs de autoayuda).
- Terapia Cognitivo Conductual asistida por ordenador.
- Programas de Actividad Física estructurada.
- Programas o Grupos ayuda mutua (p.ej., Programa *Paciente experto*).
- Terapia de apoyo no directiva.
- Antidepresivos.
- Grupos de autoayuda o Talleres de autocuidado (p.ej., Programa de *Bienestar emocional*).

**Ansiedad Generalizada. Trastorno de Pánico:**

- Autoayuda individual dirigida (materiales escritos o webs de autoayuda).
- Grupos psicoeducativos.
- Talleres de Relajación.

**TOC:**

- Terapia Cognitivo Conductual (incluyendo exposición con prevención de respuesta).
- Grupos de autoayuda.

**Estrés Agudo y Trastorno por Estrés Postraumático:**

- Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el trauma.
- Grupos de autoayuda o Autoayuda individual dirigida (materiales escritos o *webs* de autoayuda)
- Asociaciones proveedoras de servicios en la comunidad (duelo, víctimas, familiares...).

---

<sup>5</sup> Valorar siempre el riesgo de suicidio. Si existe sospecha, activar **CÓDIGO SUICIDIO**.

**Paso 3: Síntomas sub-umbrales persistentes o depresión leve a moderada que no ha respondido a una intervención inicial de baja intensidad (paso 2). Presentación de inicio como depresión moderada a grave. TAG con discapacidad funcional marcada o que no ha respondido a las intervenciones iniciales de baja intensidad. Trastorno de pánico moderado a grave. TOC con discapacidad funcional moderada a grave. Trastorno por Estrés Postraumático.**

**Para todos los casos:**

- Grupos de apoyo (p.ej. Talleres de autocuidados, asociaciones de usuarios o familiares...).
- Terapia de apoyo.
- Programas de rehabilitación.
- Servicios de formación y apoyo al empleo.
- **Considerar la derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales (interconsulta o consulta en espacio de colaboración).**

**Depresión:**

- Terapia Cognitivo Conductual.
- Terapia Interpersonal.
- Terapia de activación conductual.
- Terapia de Pareja.
- Psicoterapia psicodinámica breve.
- Antidepresivos.
- Intervenciones combinadas (psicofármacos + psicoterapia).
- **Valorar co-terapia en espacio de colaboración.**
- Grupos de autoayuda.

**TAG:**

- Terapia Cognitivo Conductual.
- Relajación aplicada.
- Psicofármacos (antidepresivos y otros fármacos indicados).
- Intervenciones combinadas (psicofármacos + psicoterapia).
- Grupos de autoayuda.

**Trastorno de pánico:**

- Terapia Cognitivo Conductual.
- Psicofármacos (antidepresivos y otros fármacos indicados).
- Intervenciones combinadas (psicofármacos + psicoterapia).
- Grupos de autoayuda.

**TOC:**

- Terapia Cognitivo Conductual (incluyendo exposición con prevención de respuesta).
- Antidepresivos.
- Intervenciones combinadas (psicofármacos + psicoterapia).
- Grupos de autoayuda.

**Estrés agudo y Estrés postraumático:**

- Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma.
- Psicofármacos indicados.
- Grupos de autoayuda.
- Asociaciones de personas afectadas, víctimas, familiares, etc.

**En el límite final** del proceso deberán considerarse los cuadros clínicos resistentes a las intervenciones clave anteriores (por ejemplo: Depresiones graves refractarias, TOC grave, o comorbilidad con Trastornos de Personalidad) que requerirán su inclusión en el proceso de atención al Trastorno Mental Grave (TMG) o la derivación a dispositivos específicos de atención (Adicciones, Patología Dual, Psicogeriatría, etc.) y la implementación de intervenciones especializadas de alta intensidad (potenciación de tratamientos farmacológicos, psicoterapias especializadas, Terapia Electro-Convulsiva o combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos de alta intensidad) que, normalmente, se llevarán a cabo en el nivel de Atención Especializada (USM, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica o Unidades Específicas), velando por el mantenimiento de la continuidad de cuidados y la adecuada información de vuelta a los niveles anteriores.

# **ANEXOS**

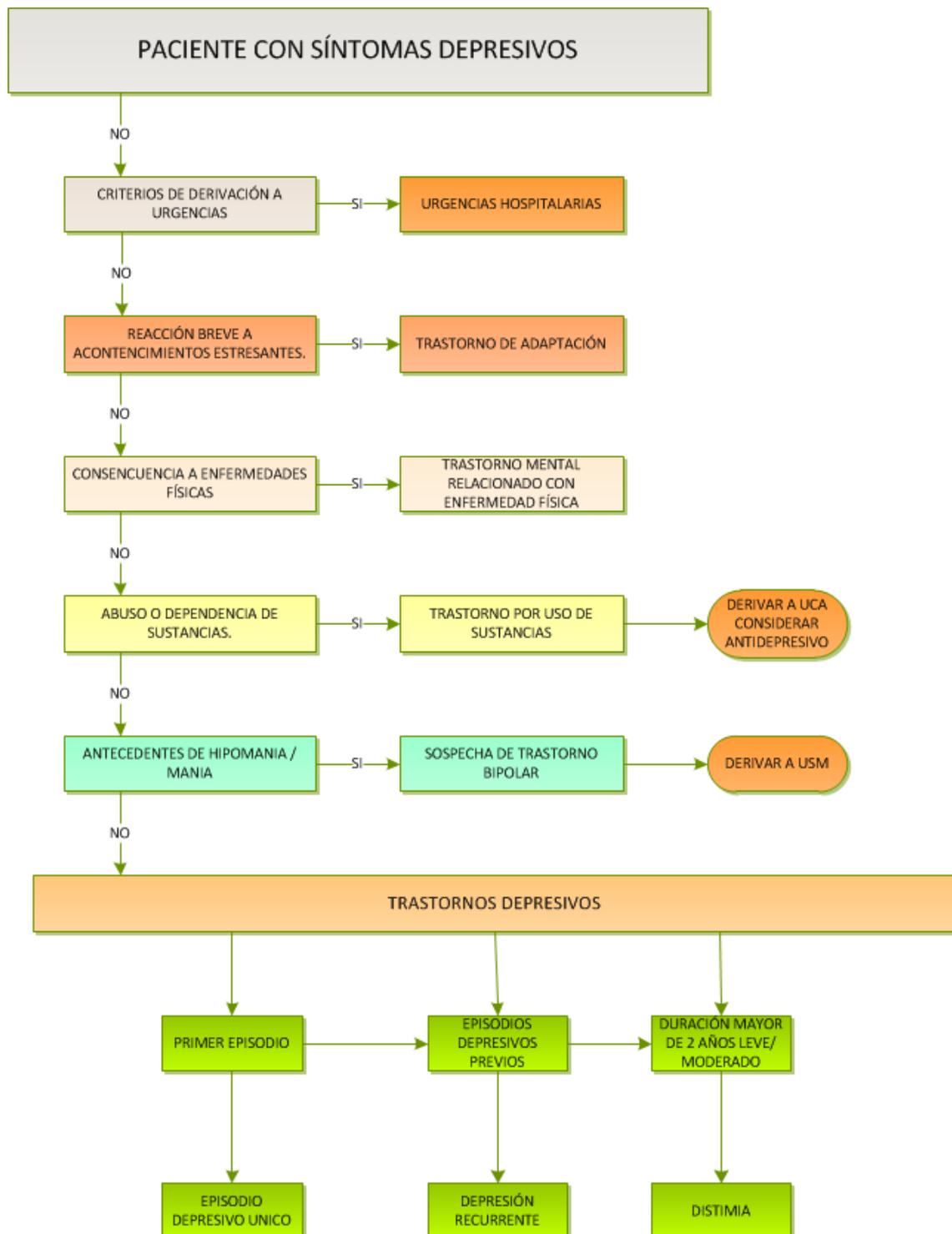
## **PROCESOS DE ATENCIÓN**

1. Atención a las personas con síntomas depresivos
2. Atención a las personas con síntomas somatomorfos
3. Atención a las personas con síntomas de ansiedad
4. Descripción del proceso TMC
5. Representación del proceso en el primer nivel de atención
6. Representación del proceso en el segundo nivel de atención



## PROCESOS DE ATENCIÓN

### 1) ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS



## 2) ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON SÍNTOMAS SOMATOMORFOS

El paciente refiere presentar, predominante o aisladamente, síntomas físicos no atribuibles a enfermedad orgánica

Completar exploración para descartar patología orgánica

SI

¿Los síntomas pueden ser consecuencia de uso de fármacos o sustancias?

NO

¿Los síntomas son consecuencia de la activación del S.N.V?

SI

VALORAR TRASTORNO DE ANSIEDAD

NO

¿El paciente está deprimido, tiene alucinaciones o ideas delirantes?

SI

DESCARTAR DEPRESIÓN O TRASTORNO PSICÓTICO

NO

Sospecha de que el paciente finge o se provoca los síntomas sin evidencia de ganancia comprensible.

SI

TRASTORNO FACTICIO

NO

¿Presenta fundamentalmente dolor, apreciando influencia de factores psicológicos en su origen, severidad, exacerbación y mantenimiento?

SI

DOLOR PSICOGÉNO

NO

¿Los síntomas o déficits más llamativos afectan las funciones motoras o sensoriales sugiriendo enfermedad neurológica?

SI

TRASTORNO CONVERSIVO

NO

¿El paciente sufre por poder estar padeciendo una enfermedad física grave en base a su interpretación de sensaciones en su cuerpo?

SI

HIPOCONDRIA

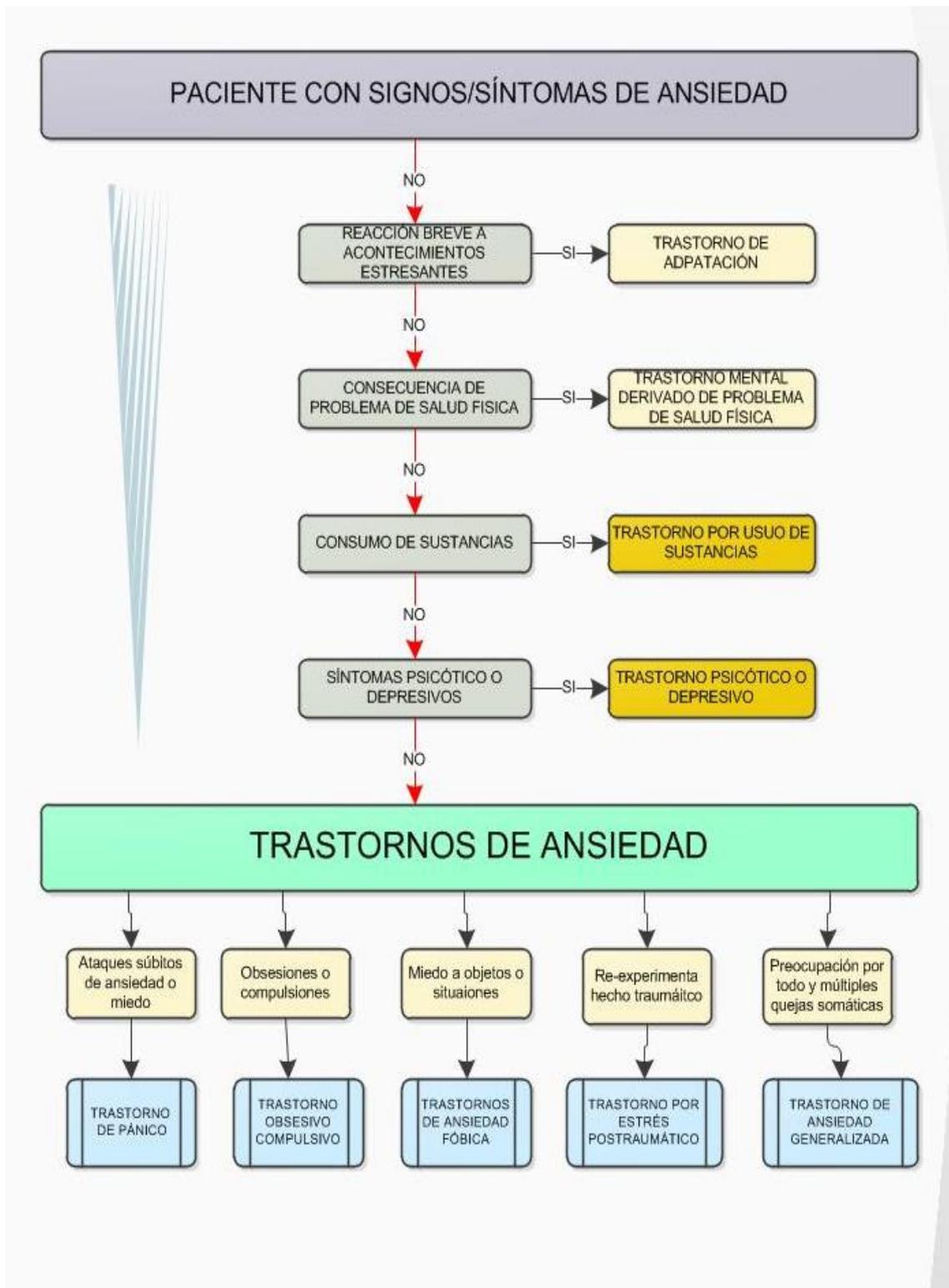
NO

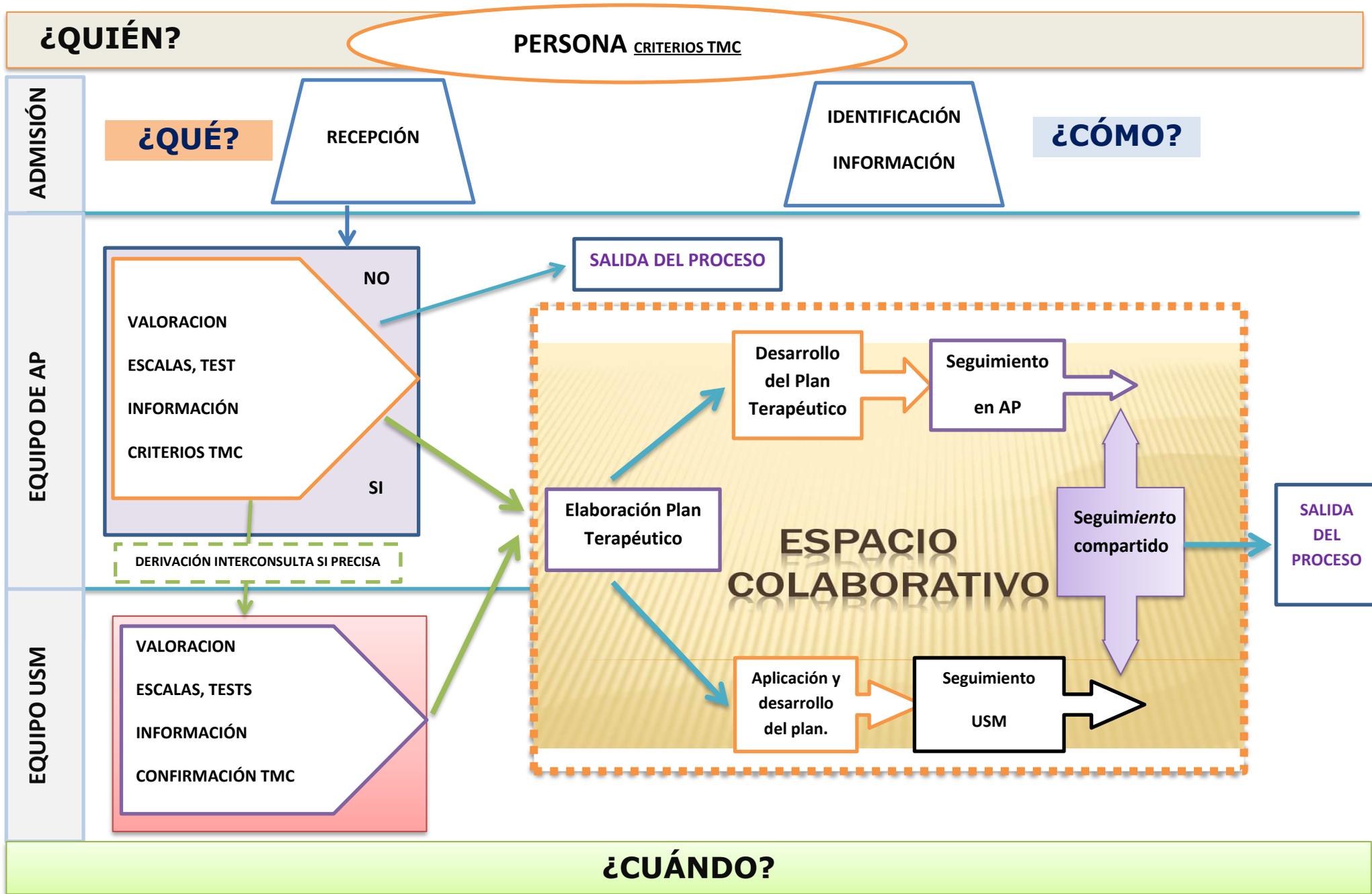
¿El paciente presenta durante un tiempo molestias y quejas físicas inexplicables, centrándose su preocupación y su temor en los síntomas?

SI

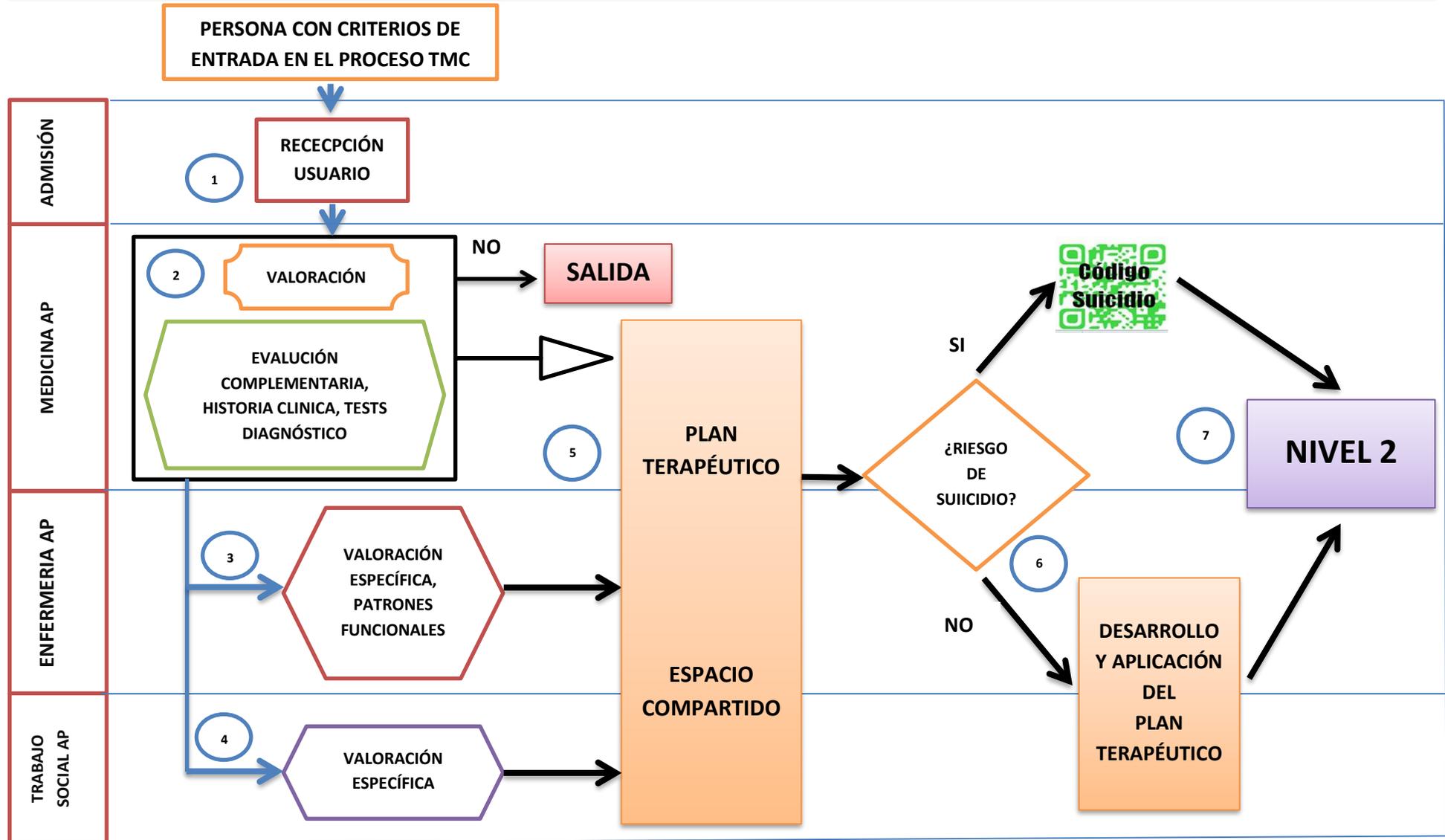
TRASTORNO SOMATOMORFO N. E

### 3) ATENCIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

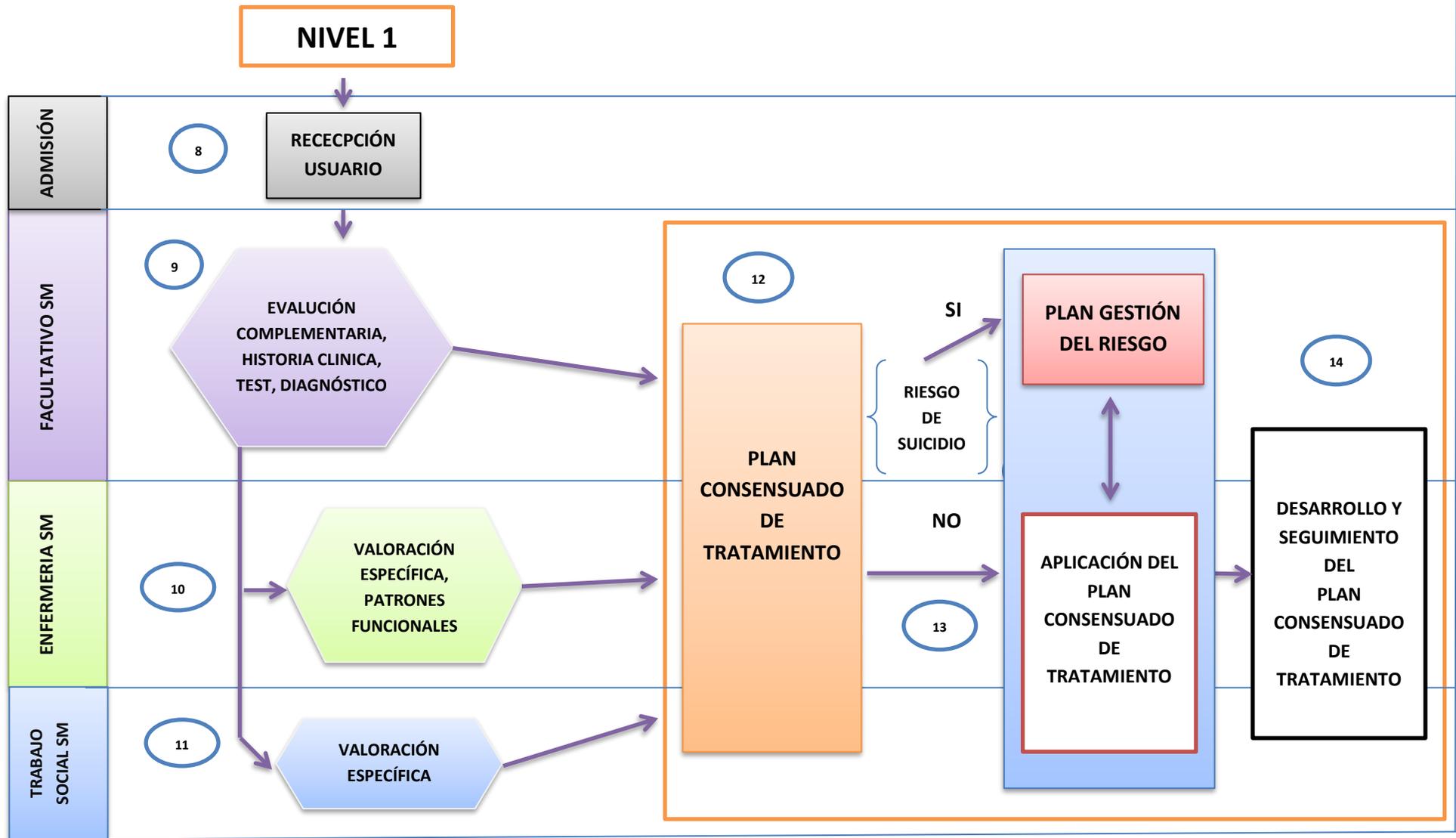




## PROCESO DE ATENCIÓN INICIAL HASTA LA DERIVACIÓN A SM



## NIVEL 2: PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL



## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2012). *Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud*. Andalucía, España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado de: <http://www.calidadappsalud.com/>
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry*, 13(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Anseán A. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. 2ª Ed. España: Fundación Salud Mental.
- AppandAbout (2020). app SER + contra COVID (1.4) [Aplicación Móvil]. Descargado de: [App "Ser+ contra COVID" \(umh.es\)](http://AppSer+contraCOVID.umh.es)
- Argudo, I., Moreno, J., Regatero, M.J., Carrillo, A., Ruiz, R., López-Ibor, J.J. y Reneses, B. (2012). Protocolos integrados con Psiquiatría y Atención Primaria para Trastornos Depresivos y de Ansiedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*;40 (Supl. 1): 15-30.
- Arranz, P. y Cancio, H. (2003). *Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling*. En Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (Eds.): *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclee Brouwer.
- Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid, España: Síntesis.
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 15-33. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Beating the blues (2015). *Beat Depression and Anxiety*. UK: 365 Health and Wellbeing. Recuperado de: <http://www.beatingtheblues.co.uk/>
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J.Clin.Psychol*; 42(6), 861-865.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(6): 289-295.
- Beltrán, M., Salleras, N. y Camps, C. (2001). Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*, 28(1), 39-45.
- Blanco, L., Librada, S., Rocafort, J., Cabo, R., Galea, T. y Alonso, M.E. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina paliativa*, 14(3).
- Calderón, C., Mosquera, I., Balagué, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Belaunzaran, J., Iruin, A. y García, B. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: Resultados principales y retos metodológicos de una metarevisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*; 88: 113-133. Recuperado de: <https://goo.gl/8cygG6>
- Carmona, Z.E. y Bracho, C.E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2): 14-23.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2): 205-221.
- CREACONCEPTO CONSULTORÍA AUDIOVISUAL S.L. (2018). Intimind, meditación mindfulness en español (1.3.4) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/XQLBpH>

- Díaz del Peral, D. (Coord.). (2011). *Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso Asistencial Integrado*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de: <https://goo.gl/WskB2b>
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- Espacio de Formación en Salud y Psicoterapia (2016). REM Volver a casa (1.0) [Aplicación Móvil]. Recuperado de: <https://goo.gl/yKwHxv>
- Fundación Salud Mental España (2017). Prevensuic (1.6) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/uNno2p>
- García-Herrera, J.M., Nogueras, E.V., Muñoz, F. y Morales, J.M. (2011). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario 'Carlos Haya'. Recuperado de: <https://goo.gl/fxNV4J>
- García-Herrera, J.M., Hurtado, M.M., Nogueras, E.V., Bordallo, A. y Morales, J.M. (2015). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y en Salud Mental*. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://goo.gl/A7Jx6g>
- Generalitat de Catalunya (2020). TIC Salut Social. <https://ticsalutsocial.cat/area/mhealth/>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2005). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana*.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2014). *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario*. Recuperado de: <https://goo.gl/cBzRcW>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016). *Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016 – 2020*. Recuperado de: <https://goo.gl/xcFdyr>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana*.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado de: <https://goo.gl/H9kMZ1>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018). *Prevención del suicidio. Guía informativa para profesionales de sanidad*. Recuperado de: <https://goo.gl/tJNCMj>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2018). *Desigualdades en Salud en la Comunidad Valenciana*.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2019). *Guía de utilización del Código Suicidio para profesionales*.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de: <https://goo.gl/uZZdP7>
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Recuperado de: <https://goo.gl/x1RYHm>

- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Bienestar emocional*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://www.bemocion.mscbs.gob.es/>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med Psychol*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol*, 6, 278-296.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J. Psychiatry*; 3: 76 - 79.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451. Recuperado de: <https://goo.gl/oT1r89>
- Huhn, M., Tardy, M., Spinel, L.M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J.M. & Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 706-715. Recuperado de: <https://goo.gl/MiSNpr>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C.J., Barkham, M., McMillan, D., Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago. University of Chicago Press,
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2011). *Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión y somatizaciones*. 2ª Edición. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-ansiedad.html>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social (2013). *Guías de Autoayuda. Aprenda a relajarse*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://goo.gl/617iA6>
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2014). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://goo.gl/ssVt2e>
- Kazdin, A.E. & Blasé, S.L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives in Psychological Science*, 6(1): 21-37.
- Labpsitec (2018). *Labpsitec. Laboratorio de psicología y tecnología*. Castellón, España: Labpsitec. Universitat Jaume I. Recuperado de: <http://www.labpsitec.uji.es/>
- Lacasta, M.A. y Soler, M.A. (2004). El duelo: prevención y tratamiento del duelo patológico. Cuidados después de la muerte. En Camps, C., Carulla, J., Casas, A., González, M., Sanz, J. y Valentín, V. (eds.). *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica.
- Les Laboratoires Servier (2018). Emotion 2 (3.0) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/iJ6YvN>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*; 118(13): 493–499.
- MacArthur Foundation's Initiative (2004). *The MacArthur initiative on depression and primary care at Dartmouth and Duke: Depression management toolkit*. Hanover, NH: Dartmouth. Recuperado de: <https://goo.gl/nD6AU7>

- Mateos, J. (2009). *Afrontamiento del duelo*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de: <https://goo.gl/SKSn9o>
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A. & Otto, M.W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. Recuperado de: <https://goo.gl/iYAB4N>
- Mediadisplay.es (2018). Más Caminos (1.0.12) [Aplicación Móvil]. Descargable en: <https://goo.gl/cuUqoT>
- Metta Apps (2018). Ansiedad y estrés (1.04) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/i74ZC8>
- MindApps (2019). Mindfulness App: relajación, calma y sueño (4.2.41) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/WkjWUd>
- MoodTools (2018). CBT Diario de Pensamiento (2.3) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/2nULCq>
- MoodTools (2018). Test de Depresión (1.6) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/3Ku1qk>
- Morera-Llorca, M., Romeu, J.L., Lera, G., Folch, B., Palop, V. y Vidal, S. (2014). Experiencia de colaboración entre atención primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 años después. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 405-407. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care* (March 2014: minor maintenance). (Clinical guideline [CG123]). Recuperado de: <https://goo.gl/Eie442>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Depression in adults: recognition and management*. (Clinical guideline [CG90]). Recuperado de: <https://goo.gl/69CXuh>
- Neimeyer, R.A. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, España. Paidós Ibérica.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de: <https://goo.gl/PCtGkm>
- Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J. & Patterson, G.A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-5, 348-9.
- Proyecto-TIC.es (2016). Depresión (1.1) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/w31Xt6>
- Psicología online – Serenmind. (2020). La app para aumentar tu bienestar emocional. [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://serenmind.com/>
- Psiquiatria.com (2019). WAPA. Murcia, España: CIBERMEDICINA S.L. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/wapa/>
- Retolaza, A. (2009). Trastornos mentales comunes: manual de orientación. *Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios*. Madrid. Recuperado de: <https://goo.gl/68mDFW>
- Retolaza, A. (2013). *Salud mental y atención primaria*. Madrid, España: Grupo 5.
- Revilla, L. (1994). Acontecimientos vitales estresantes. En Revilla, L. *Conceptos e instrumentos en atención familiar*. Barcelona, España: Doyma.
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And.)*, 10(6), 10-18.
- Salamati, P. (2016). Social determinants of health: Gender inequity or inequality and WHO recommendations. *Burns*, 42,1141-1159.

- Salazar, J. y Sempere, E. (2012). *Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Recuperado de: <https://goo.gl/msUdmZ>
- Servicio Canario de Salud (2008). *Salud mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los Trastornos más prevalentes*. Recuperado de: <https://goo.gl/TPWM1w>
- Smilktein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-9.
- Smilktein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-11.
- Smith, R. (2001). Why are doctors so unhappy? *BMJ*, 322, 1073.
- Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. (2017). *Experiencia. Encuesta Atención Primaria y Salud Mental*. Presentado en el XXVIII Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, València, España.
- Softwhisper. Desarrollo e Ingeniería de software S.L. (2018). En calma en el quirófano (1.0) [Aplicación Móvil]. Recuperado de: <https://goo.gl/bhGFVH>
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Suso-Ribera, C., Mora-Marín, R., Hernández-Gaspar, C., Pardo-Guerra, L., Pardo-Guerra, M., Belda-Martínez, A. y Palmer-Viciedo, R. (2018). El suicidio en Castellón entre 2009 y 2015: ¿ayudan los factores sociodemográficos y psiquiátricos a entender las diferencias entre los ámbitos urbano y rural? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.005>
- Tizón, J.L. (2000). La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria*, 26(2).
- Tuerk, P. W., Keller, S. M., & Acierno, R. (2018). Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus*, 16(4), 363–369. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R. y Duffy, R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29, 271–280. Recuperado de: <https://goo.gl/c99HzX>
- Universidad Miguel Hernández de Elche (2013). Relajación progresiva (1.1) [Aplicación Móvil]. Descargable en: <https://goo.gl/T4x8cr>
- Üstun, TB., Goldberg, D.P., Cooper, J., Simon, GE. y Sartorius, N. (1995). New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: ICD–10 PHC chapter five. *British Journal of General Practice*, 45, 211–215. Recuperado de: <https://goo.gl/kMFKaw>
- Vázquez-Barquero, J.L., Herrán, A. y Artal, J. (1997). Epidemiological Research in Primary Care. *European Journal of Psychiatry*, 11(3), 133-144
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

**Este documento cuenta con el aval de las siguientes sociedades científicas:**

Instituto Médico Valenciano



Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària



Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología



Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental



