



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

**Colaboración entre
Atención Primaria y Salud Mental**

COORDINACIÓN

Josep Pena Garijo. Psicólogo Clínico. Hospital Universitari Doctor 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.

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. Catedrática de Universidad.

Felipe Hurtado. Psicólogo Clínico.

Juan Manuel Cuenca. Psicólogo Clínico.

Laura Bocanegra. Psicóloga Clínica.

Virginia Bustos. Psicóloga Clínica.

Llum del Moral. Trabajadora Social.

M^a Jesús Terrades. Enfermera de Salud Mental.

Amparo Soriano. Enfermera Gestora.

Ana M^a 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

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”

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

PARTE I

EL PROCESO

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.

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>Optimizar la atención a las personas con TMC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer protocolos de coordinación y colaboración entre AP y SM que incluyan detección, pautas de intervención, criterios de derivación y programas de colaboración. • Elaborar un documento de Contrato Terapéutico. • Incrementar la utilización de intervenciones grupales. • 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. • Incrementar las intervenciones de psicoterapia con evidencia reconocida.
<p>Mejorar el abordaje de las situaciones que provocan malestar en la vida cotidiana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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.

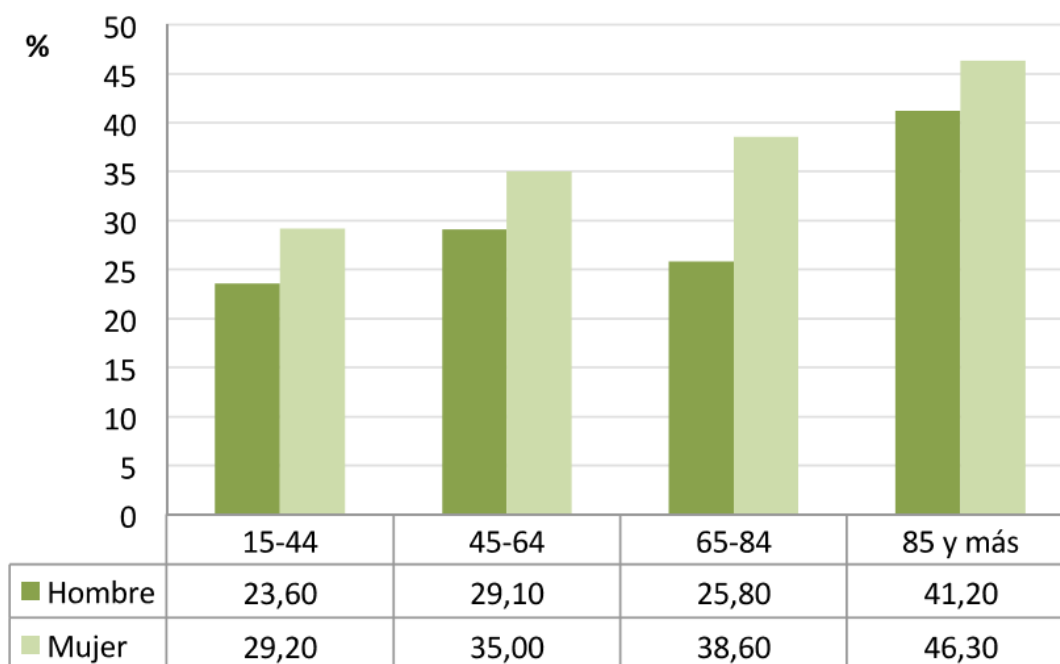
De acuerdo con la información recogida en esta encuesta, **el 30% de las personas adultas refiere un estado psicológico negativo.**

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).

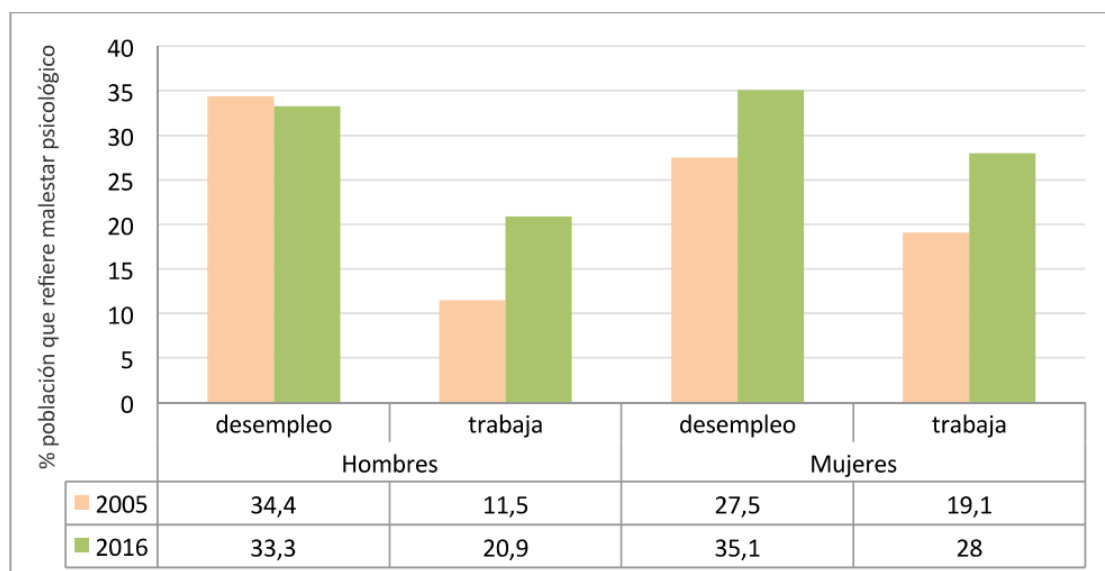
Algunos **determinantes sociales** actúan también sobre el malestar psicológico: tener un nivel bajo de estudios, encontrarse en situación de desempleo, jubilación o dedicarse a tareas domésticas, tener bajo nivel de renta, o pertenecer a clases sociales más desfavorecidas, incrementa significativamente 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 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/a 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)¹:

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.

¹ 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 (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 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 quienes asumen la responsabilidad con respecto al paciente.

Supervisión: dedicada preferentemente a la relación terapeuta-paciente, sin olvidar otros aspectos clínicos, siendo el/la supervisor/a 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 ambos 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 a quien se atienda 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, habilitando una agenda virtual de Salud Mental a la que el personal médico de atención primaria podrá acceder directamente.

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** entre 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.
- 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 Médico de Familia (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 estas.
- 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**²).
- 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.

² 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).

- 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 a la especialidad 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**, 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.

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.**

Depresión³:

- 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...).

³ 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.

PARTE II

UNA “CAJA DE HERRAMIENTAS”

INTRODUCCIÓN

En esta **II Parte** del Proceso de Atención al TMC y el Malestar Emocional pretendemos dotar de algunas herramientas básicas para la intervención psicológica en los problemas emocionales a los que se refiere este proceso.

Las intervenciones psicológicas de baja intensidad constituyen el primer escalón en la intervención “por pasos”.

Hemos escogido algunas de las que han demostrado mejor coste-eficacia en la literatura especializada y a las que se refieren sistemáticamente las Guías Clínicas sobre las que se ha basado el presente documento:

- **Psicoterapia de apoyo**
- **Autoayuda Guiada**
- **Activación conductual**
- **Entrenamiento en solución de problemas**
- **Entrenamiento en Relajación**

La elección de la técnica más adecuada o la combinación de las mismas debe responder a una adecuada evaluación de la persona usuaria y requiere un cierto nivel de preparación por parte del o la profesional que tenga que implementarla. No obstante, se trata de estrategias fáciles de aprender y suponen, en la práctica, una considerable mejora de la atención sanitaria.

Del mismo modo, se han incluido procesos específicos, en su mayoría ya desarrollados y, en algunos casos, ya consolidados como ejemplos de buena práctica clínica:

- **Prevención del suicidio**
- **Atención Grupal para Autocuidados (Bienestar Emocional)**
- **Atención al cuidador**
- **Duelo y acompañamiento**

8. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA (EL CÓDIGO SUICIDIO)

INTRODUCCIÓN

En la detección precoz del riesgo, los servicios de Atención Primaria juegan un papel primordial, puesto que en muchos casos son los y las profesionales que primero contactan con una persona con conductas suicidas.

Los Servicios de Emergencias Sanitarias y los Servicios de Urgencias Hospitalarias, constituyen otro nivel de contacto de especial relevancia para las personas que están ante una situación de riesgo de suicidio, siendo atendidos un porcentaje importante de quienes realizan una tentativa.

Es necesario establecer acciones concretas para la detección precoz de las personas con riesgo de suicidio, tanto en la población general, como en los grupos vulnerables y de alto riesgo.

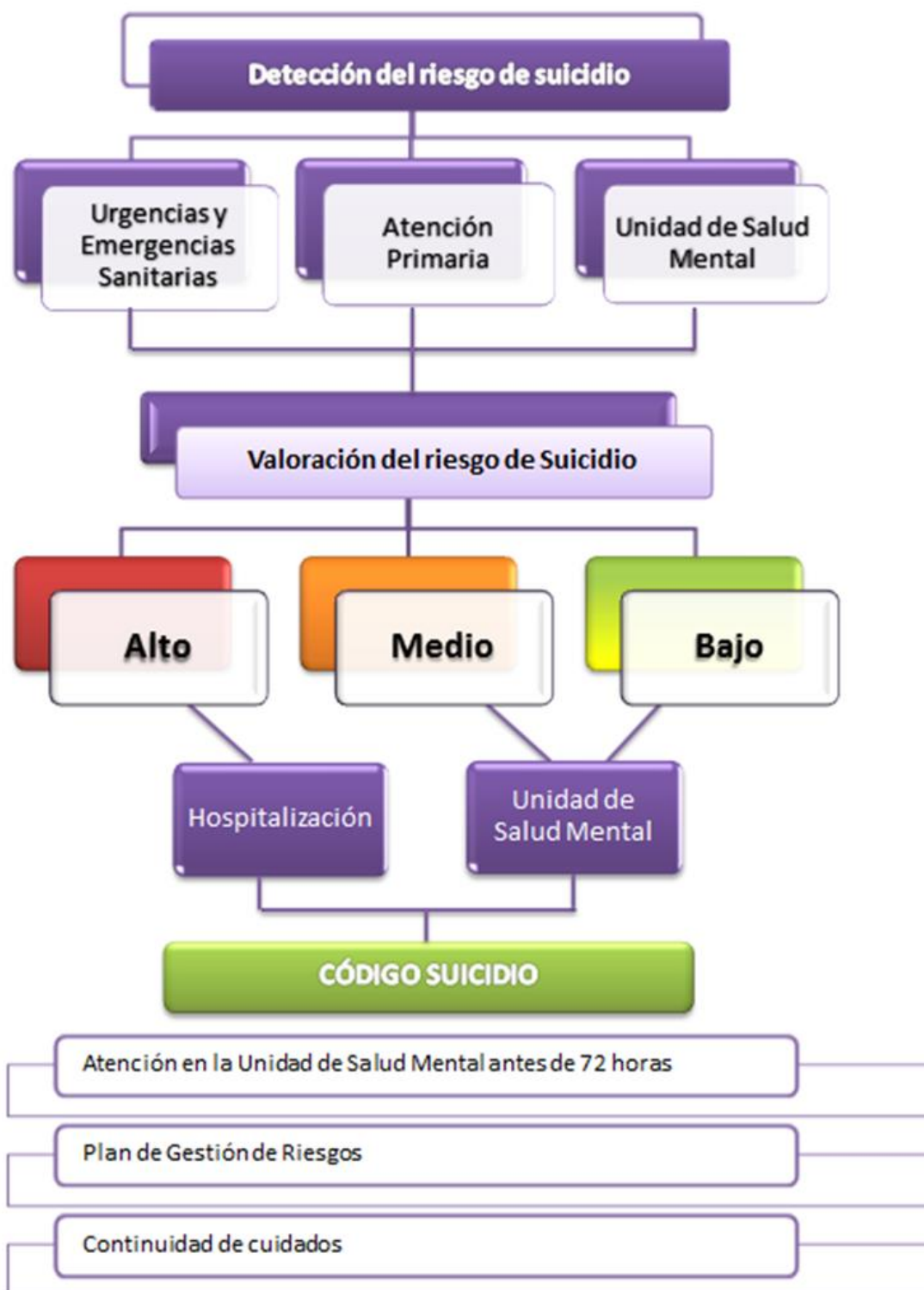
Un estudio preliminar en la provincia de Castellón sobre suicidio consumado concluye que quien atendió por última vez a pacientes que intentaron un acto autolítico fue el personal Médico de Familia en más de la mitad de los casos, hasta un 51,2%, y Enfermería de Atención Primaria en un 25% de ellos (Suso-Ribera et al, 2016).

Es necesario generar estrategias que garanticen la detección precoz y la continuidad de cuidados mediante una acción coordinada de los agentes implicados.

1) CÓDIGO SUICIDIO

El Código suicidio es **una herramienta proactiva incluida en ABUCASIS** que pretende dar una respuesta rápida y continuada a las personas con conductas suicidas (ideas, comunicación y actos suicidas) a través de la detección protocolizada, la atención inmediata y el seguimiento proactivo (GVA, 2019).

Figura 1. Esquema del CÓDIGO SUICIDIO



Fuente: GVA, 2018.

2) CONSIDERACIONES PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO

Factores de riesgo

La lista de factores de riesgo es exhaustiva. La importancia de cada uno dependerá, en parte, del contexto, pudiendo contribuir directamente muchos de ellos a comportamientos suicidas, pero pueden influir también indirectamente en la sensibilidad individual a los trastornos mentales.

Aunque la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, numerosos estudios científicos indican que el contexto es indispensable para comprender el riesgo de suicidio (OMS, 2014).

Dados los múltiples factores que intervienen, las actividades de prevención requieren un enfoque multisectorial que aborde los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el ciclo de vida.

SISTEMAS DE SALUD	Barreras para obtener acceso a la atención de la salud
SOCIEDAD	Acceso a medios utilizables para suicidarse
	Notificación inapropiada por los medios de difusión
	Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayuda
COMUNIDAD	Desastres, guerras y conflictos
	Estrés por desplazamientos y aculturación
	Discriminación
	Traumas o abuso
RELACIONES	Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
	Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas
INDIVIDUO	Intento de suicidio anterior
	Trastornos mentales
	Consumo nocivo de alcohol
	Pérdida del trabajo y de la capacidad financiera
	Desesperanza
	Dolor crónico
	Antecedentes familiares de suicidio
	Factores genéticos y biológicos

Factores protectores

En contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, orientando muchas intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores. Se consideran factores de protección:

Sólidas relaciones personales

El mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede actuar como protector. El círculo próximo de una persona puede tener gran influencia y ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero que amortigüe los factores externos estresantes. Las relaciones son especialmente protectoras para adolescentes y personas mayores. También se ha visto que este factor de apoyo disminuye el riesgo de suicidio asociado a traumas en la infancia.

Creencias religiosas o espirituales

Este factor genera muchas cautelas porque la fe, aunque proporciona un sistema estructurado de creencias, algunas veces puede contribuir al estigma desalentando a la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad está en relación con el acceso a una comunidad socialmente cohesiva que comparte un conjunto de valores, pero también hay que tener en cuenta que depende de los contextos culturales. Los estudios al respecto no son definitivos (Anseán, 2014).

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida

El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, competencia personal y capacidad de resolver problemas, incluyendo la capacidad de pedir ayuda, mitigan la repercusión de las adversidades.

Grupos vulnerables

Entre los grupos de población vulnerables se encuentran adolescentes, especialmente quienes han sufrido acoso escolar; personas mayores; mujeres víctimas de violencia género; inmigrantes; personas con adicción al alcohol u otras sustancias tóxicas; víctimas de homofobia; personas en cumplimiento de condena; y personas en riesgo de exclusión (GVA, 2017). La identificación de estos colectivos vulnerables no sólo implica a los dispositivos sanitarios, sino también a servicios sociales, centros educativos,

instituciones penitenciarias, residencias de mayores, etc., siendo necesarios programas de concienciación y formación para profesionales de la enseñanza, de servicios sociales y otros agentes comunitarios.

Existe evidencia que un porcentaje mayoritario de los suicidios se asocia a problemas de salud mental, siendo mayoritariamente los trastornos afectivos los de mayor riesgo, constituyendo el 60% de los casos de suicidio y con un riesgo entre 15 y 20 veces superior a la población general (OMS, 2014). Aunque el factor de riesgo más importante sea tener problemas de salud mental, no debemos olvidar que muchas personas que puedan tener conductas suicidas es posible que no estén diagnosticadas, siendo el objetivo fundamental prestar ayuda en esos problemas de salud como base de la prevención del suicidio.

3) VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

En la valoración hay que tener en cuenta que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida actúan, la gran mayoría de veces, de forma acumulativa, aumentando la vulnerabilidad al comportamiento suicida, por lo que se precisa de una buena evaluación de la persona y de su contexto para poder medir el riesgo.

La responsabilidad de la prevención del suicidio corresponde a toda la sociedad y, dentro del sistema sanitario, a la totalidad de profesionales de todos los ámbitos (ambulatorio, hospitalario, urgencias y emergencias) y a todos los niveles (Atención Primaria, Salud Mental y otras especialidades).

Por lo tanto, es necesario que el personal sanitario conozca los algoritmos de actuación en los distintos niveles de atención, para evaluar el riesgo de suicidio y poner precozmente en marcha las acciones necesarias.

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento (GE, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

La valoración del riesgo de suicidio se realiza a través de la entrevista clínica, revisando las señales que pueden inducir a interpretar que la persona está en riesgo de suicidio, valorando ideas, planes o tentativas y apoyándose de escalas como la **SAD PERSONS**.

Las personas refieren que piensan a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control dentro de un problema de ansiedad u obsesivo (GVA, 2019).

SEÑALES VERBALES		SEÑALES NO VERBALES	
Desesperanza	‘No tiene solución’ ‘No va a mejorar nunca’	Cambio repentino en su conducta habitual	Existencia de un intento previo de suicidio
Desesperación	‘Esta vida es un asco’ ‘Mi vida no tiene sentido’	Evento desencadenante o precipitante	Búsqueda de mecanismos para hacerse daño
Desamparo	La persona se siente sola, que no es importante para nadie	Conducta imprudentemente temeraria	Retraimiento social
Sentimientos de culpa, vergüenza y odio hacia sí misma	‘No valgo para nada’	Falta de energía (anergia)	Actitud pasiva, apatía, tristeza
Comentarios relacionados con la muerte	‘Me gustaría desaparecer’ ‘Quiero descansar’	Aislamiento	Incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción (anhedonia)
Conversaciones reiterativas sobre la muerte	Puede expresar abiertamente sus deseos de quitarse la vida	Descuido en la apariencia personal	Dificultades en la concentración, desatención
Despedidas inusuales verbales o escritas	‘Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho’ ‘Siempre te querré’	Alteraciones en los patrones de sueño o alimentación	Cerrar asuntos pendientes, preparación de documentos, regalar objetos muy personales

La valoración del riesgo puede ser realizada por distintos profesionales sanitarios de enfermería (de Atención Primaria, Salud Mental, Urgencias extra e intrahospitalarias y otros niveles y especialidades) y personal facultativo (de Atención Primaria, Salud Mental, Urgencias extra e intrahospitalarias y otros niveles y especialidades), estableciendo dos posibles itinerarios.

En el caso del **personal de enfermería**, si detectan riesgo de suicidio se tipificará a través del diagnóstico NANDA 00150 de Riesgo de Suicidio y derivarán al personal facultativo de Atención Primaria, para la valoración y activación del Código suicidio si procede.

Así mismo, el **personal facultativo** identificará las conductas suicidas mediante la clasificación internacional CIE 9 y el juicio clínico que establece la necesidad del nivel de prioridad para la atención en 72 horas que activa el Código o derivación a Urgencias Hospitalarias, si procede (GVA, 2019).

Figura 2. Referencias diagnosticas NANDA y CIE 9 relacionadas con conductas suicidas

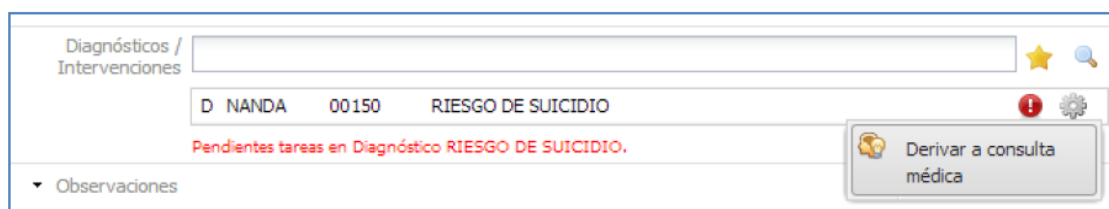


Fuente: GVA, 2019.

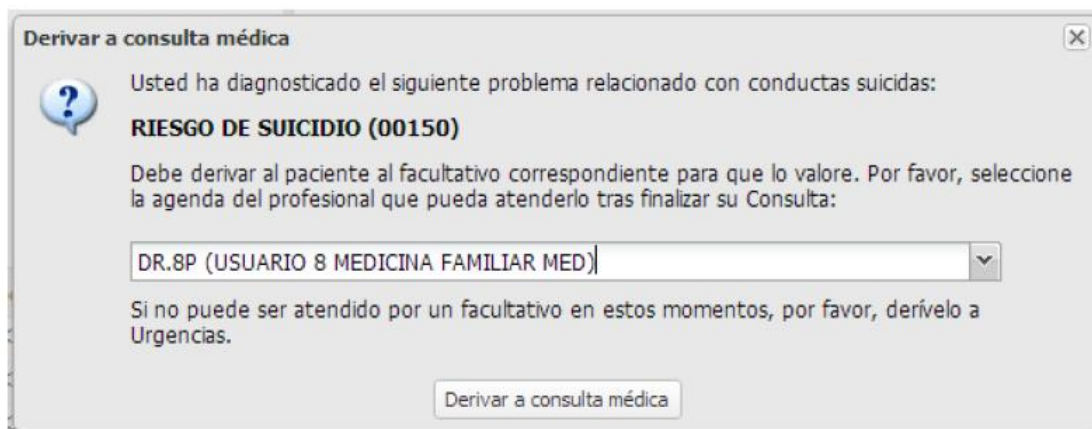
Identificación del riesgo de suicidio desde enfermería

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria son uno de los primeros contactos con los que pueden encontrarse las personas con conductas suicidas. En este caso, si existe el problema definido por el diagnóstico NANDA “Riesgo de Suicidio 00150: persona vulnerable a una lesión autoinflingida que amenaza su vida”, derivarán al personal facultativo para la valoración y, si procede, incluir en los criterios de Código Suicidio.

Cuando el personal de enfermería en una consulta de Atención Primaria registre un diagnóstico NANDA identificado como “Riesgo de suicidio” en la historia clínica del paciente, se activará una tarea pendiente que le bloqueará la firma de la consulta. En la variable de configuración “SUICIDIO_DERIVAR” se encontrarán identificados los diferentes diagnósticos NANDA clasificados como “Riesgo de suicidio”.



Al pulsar sobre “Derivar a consulta médica” se abrirá la siguiente ventana, decisión que vincula la derivación al personal facultativo de Atención Primaria (adultos o pediatría) o a Urgencias:

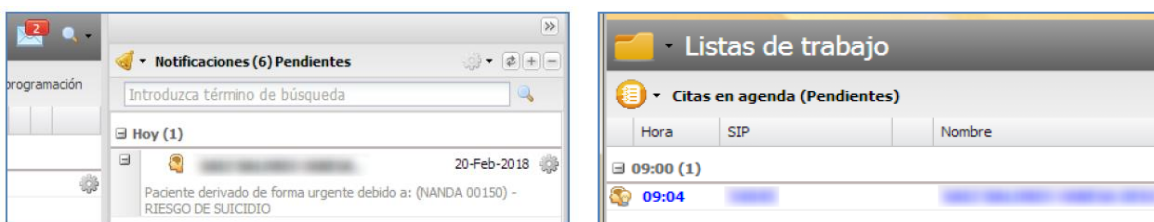


Identificación del riesgo de suicidio por el personal facultativo

Para el personal facultativo de Atención Primaria existen dos puertas de entrada de un posible Código suicidio:

- **A través del personal de enfermería**, el cual ha generado el riesgo de suicidio mediante el diagnóstico NANDA 00150. En las agendas de trabajo del personal facultativo de Atención Primaria se identificarán las citas como “notificaciones pendientes” o “citas pendientes” que quedarán marcadas de manera diferencial.
- **Por la propia consulta** del personal facultativo de forma ordinaria o urgente.

La **identificación de conductas suicidas** se realizará a través de los siguientes códigos CIE-9:



- *Ideas de suicidio*

Las ideas de suicidio serán codificadas por medio del CIE 9 V62.84 ideas de suicidio, que será el que diferenciará la activación del Código suicidio.

Hay que considerar que los epígrafes V son complementarios y siempre debe ser asociado a otro diagnóstico, y estos deben emplearse exclusivamente como código suplementario, aunque en este caso será el que active el proceso de Código suicidio.

- *Intentos de suicidio*

Los intentos de suicidio serán codificados por medio del código CIE 9 (E950-E959) Suicidio y lesiones autoinfligidas en suicidio e intento de suicidio:

E 950 Suicidio y lesiones autoinfligidas mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos)

E 951 Suicidio y lesiones autoinfligidas mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etc.)

E 952 Suicidio y lesiones autoinfligidas mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono)

E 953 Suicidio y lesiones autoinfligidas por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica)

E 954 Suicidio y lesiones autoinfligidas por sumersión (ahogamiento)

E 955 Suicidio y lesiones autoinfligidas por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil)

E 956 Suicidio y lesiones autoinfligidas por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etc.)

E 957 Suicidio y lesiones autoinfligidas por precipitación (de lugares naturales o creados por el ser humano)

E 958 Suicidio y lesiones autoinfligidas por otros medios y los no identificados (quemadura, estrellamiento de vehículo, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución)

E 959 Efectos tardíos de lesiones autoinfligidas

Cuando se identifiquen conductas suicidas con V62.84 o diagnósticos comprendidos entre E950 y E959 se sugerirá **abrir la hoja de seguimiento** de factores de riesgo y factores protectores de conducta suicida que debe ser rellenada por el personal facultativo de Atención Primaria.

Variables de Hoja

12/02/18

Factores de riesgo

Intento de suicidio anterior	Desconocido
¿Está trabajando?	Desconocido
¿Está estudiando?	Desconocido
¿Tiene problemas económicos?	Desconocido
¿Ha sufrido violencia de género?	Desconocido
¿Tiene problemas con su pareja?	Desconocido
¿Sufre de aislamiento social?	Desconocido
¿Está deprimido?	Desconocido
¿Sufre bullying?	Desconocido
¿Sufre otros trastornos mentales?	Desconocido
¿Consumo nocivo de alcohol?	Desconocido
¿Pérdida de trabajo y financiera?	Desconocido
¿Desesperanza?	Desconocido
¿Padece dolor crónico?	Desconocido
¿Existen antecedentes familiares de suicidio?	Desconocido
Otros factores de riesgo	

Factores protectores

Sólidas relaciones personales	Desconocido
Creencias religiosas o espirituales	Desconocido
Estrategias prácticas positivas de afrontamiento	Desconocido
Relaciones conyugal/familiar satisfactoria	Desconocido
Trabajo satisfactorio	Desconocido
Planes de futuro ajustados	Desconocido
Salud general satisfactoria	Desconocido
Otros factores protectores	

General Factores conducta suicida

Gráfica Act. Var. Usuario Act. Var. Lab Act. Recordat. Otras Pruebas Nuevo

1 de 1

GENERALITAT VALENCIANA

Recordatorios Activos Aceptar Cancelar

Hoja de seguimiento de factores de riesgo y factores de protección de la conducta suicida.

Activación del Código suicidio

Tras la identificación de las conductas suicidas y el juicio clínico, el personal facultativo de Atención Primaria establecerá la necesidad de priorizar la atención por dos vías:

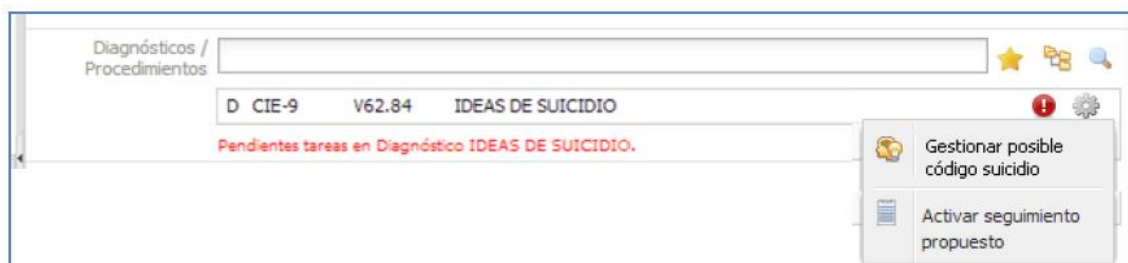
a) De forma ordinaria:

Antes de 72 horas desde la activación del código y derivación a la Unidad de Salud Mental de Adultos o Infanto-Adolescente.

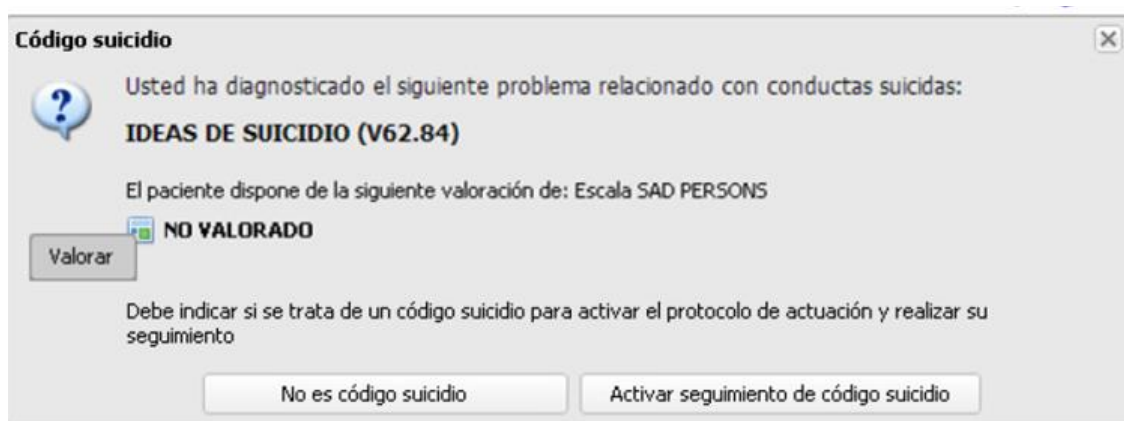
b) Derivación a Urgencias Hospitalarias si la necesidad de atención es inmediata.

Cuando la o el profesional registre un diagnóstico clasificado como posible conducta suicida se habilitará una “tarea pendiente” con la siguiente opción:

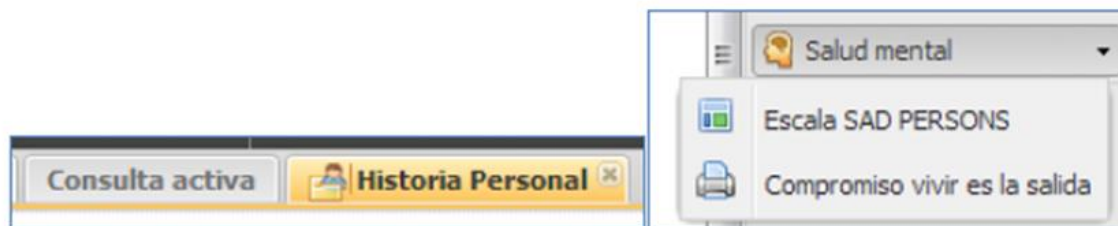
Gestionar posible código suicidio



Al pulsar sobre la tarea “Gestionar posible Código suicidio” se mostrará la ventana de decisión, se podrá activar el Código suicidio o bien descartar su activación. También se ofrece la posibilidad de rellenar la Escala SAD PERSONS, como apoyo a la toma de la decisión.



A la Escala SAD PERSONS se accede por “Salud Mental” desde la “Historia personal” y desde la tarea pendiente de “Código suicidio”, a través de escalas generales, directamente desde el menú.



Edad **17a** Sexo **Hombre** SIP

Introduzca término de búsqueda

Médico Centro Alergias no registradas FRP TDI

Historial Clínico (39) Consulta activa Historia Personal SAD PERSONS Cuestionario

Escala SAD PERSONS

Limpiar Cancelar Validar

Sexo masculino	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Edad menor de 20 años o mayor de 45 años	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Depresión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tentativa suicida	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Abuso de alcohol	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Carencia de apoyo social	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Plan organizado de suicidio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
No pareja o cónyuge	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad somática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

El Código suicidio se activará tras la valoración del personal facultativo de Atención Primaria y aparecerá la siguiente ventana con dos opciones de derivación: a Urgencias o cita en Salud Mental, ofreciendo las agendas disponibles en este segundo caso.

Código suicidio

Usted ha diagnosticado el siguiente problema relacionado con conductas suicidas:

IDEAS DE SUICIDIO (V62.84)

El paciente dispone de la siguiente valoración de: Escala SAD PERSONS

Puntuación: 3 (12-Feb-2018)

Para finalizar la activación del seguimiento del código suicidio debe derivar al paciente a la unidad de Salud Mental que corresponda para que lo atiendan en un plazo máximo de 72 horas

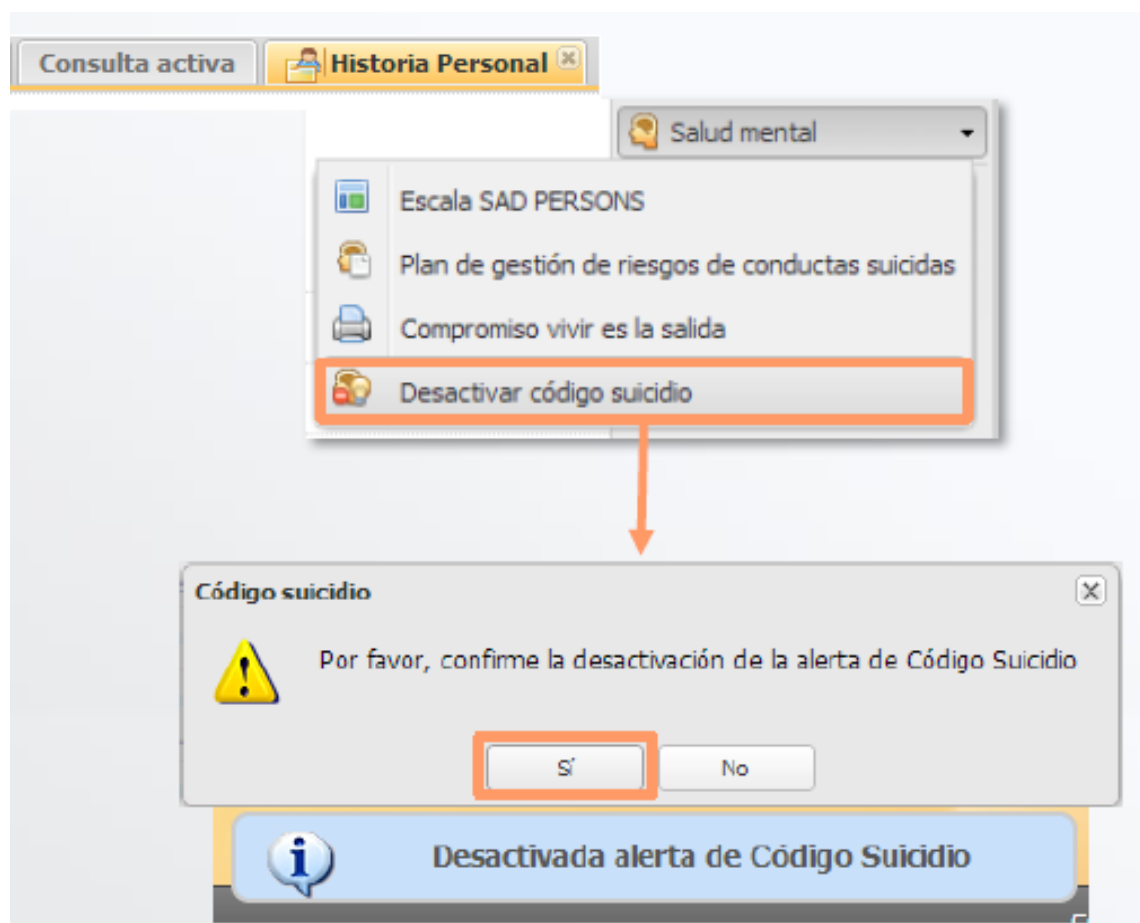
CENTRO SM - SERVICIO SM - NOMBRE AGENDA SM - NOMBRE MED

Derivar a Urgencias Citar en 72 horas

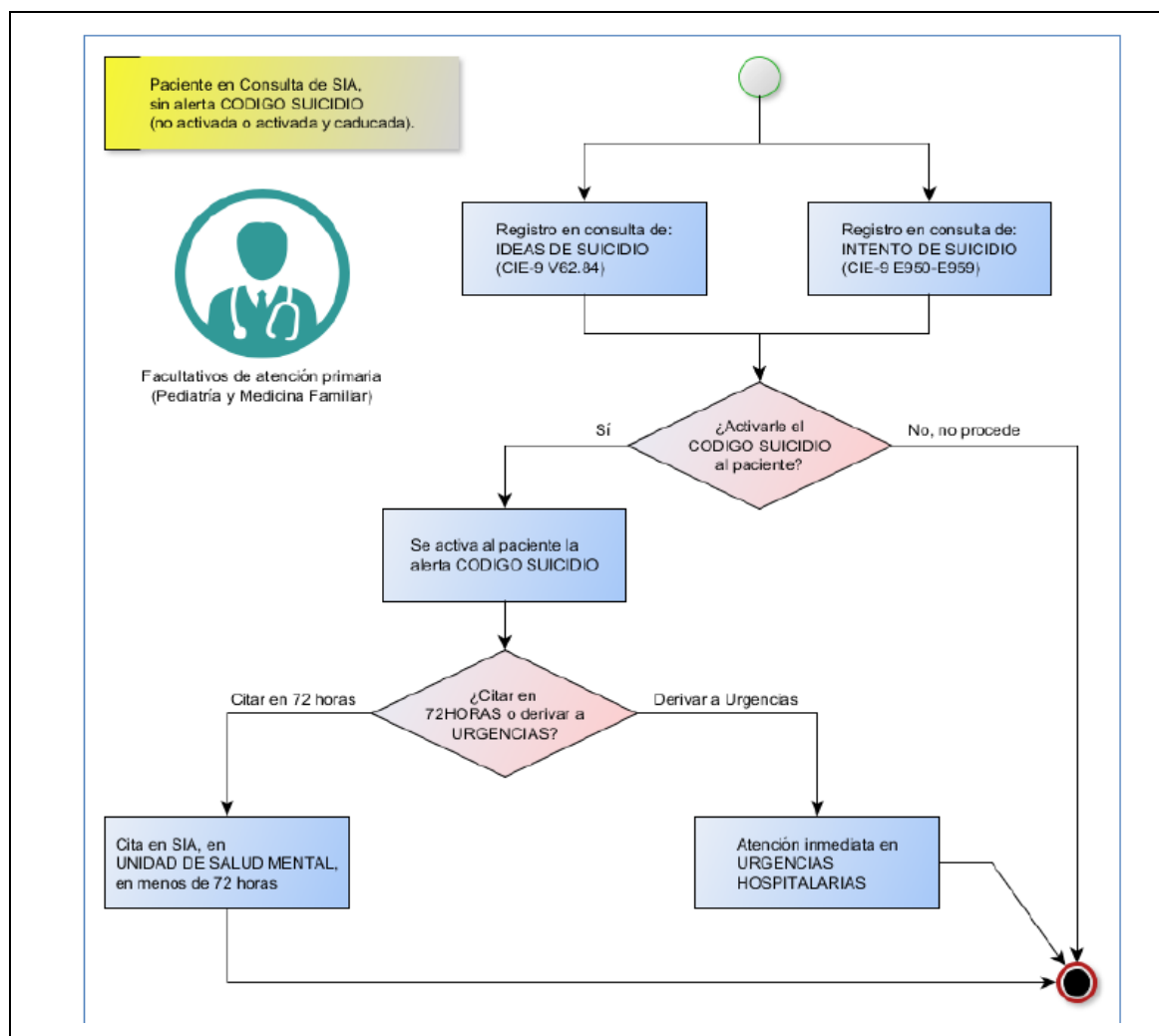
Desactivación del Código Suicidio por parte de Salud Mental

Esta opción estará disponible cuando la persona usuaria tenga activada la alerta de Código suicidio en su historia clínica.

La desactivación del Código se podrá realizar manualmente, desde la opción de Salud Mental o al firmar la Consulta o Captura de la actividad de aquella que se realizó al activar la alerta.



4) ATENCIÓN ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO



Fuente: Elaboración propia.

Atención inmediata

La atención inmediata comienza en el mismo momento en que la persona entra en la consulta de Atención Primaria de Enfermería y/o Médica.

Tras la valoración del riesgo, es necesario determinar el procedimiento más adecuado de atención que garantice la continuidad de atención a las personas en riesgo de suicidio. Dependiendo del dispositivo o lugar de atención, se establece un algoritmo de posibilidades determinado por el riesgo establecido por el personal facultativo, que proporcionará atención en Atención Primaria, Urgencias extrahospitalarias y/o hospitalarias, en la Unidad de Salud Mental o ingreso en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Atención en la Unidad de Salud Mental antes de 72 horas

En todos los casos (incluso tras el alta hospitalaria) el o la paciente tendrá garantizada una atención **antes de 72 horas** en su Unidad de Salud Mental del Departamento y un seguimiento telefónico proactivo después de un mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año para constatar la situación del o la paciente y el seguimiento por parte de la Unidad de Salud Mental.

5) HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN DEL CÓDIGO SUICIDIO

Plan de gestión del riesgo de la conducta suicida

Un instrumento clave en la atención de las personas con riesgo de suicidio es el Plan de gestión del riesgo. Es una hoja que se accederá desde la historia personal del paciente con la siguiente estructura:

Factores de riesgo (consumo nocivo de alcohol, enfermedad mental, crónica, etc.)

Factores protectores (personas de referencia, familiares, amistades, etc.)

Estrategias de intervención

La activación del cuestionario del Plan de gestión de riesgos de la conducta suicida se podrá realizar desde las Unidades de Salud Mental de Adultos e Infanto-Juvenil.

Compromiso vivir es la salida

Fecha: **20/02/2018**
 Validez del contrato hasta la fecha:

Yo, **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:

Realizar:
 Escriba aquí...

Llamar y hablar con:
 Escriba aquí...

Firmado: **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**

A la hoja del Plan de Gestión de riesgos se accede desde la Historia Personal del paciente, en la que se anotan tanto factores de riesgo del usuario como los factores protectores.

The screenshot displays the 'Historia Personal' (Personal History) interface. The 'Plan de gestión de riesgos de conductas suicidas' (Suicidal Behavior Risk Management Plan) is selected and highlighted. The interface shows a list of active plans and a detailed view of the selected plan. The detailed view includes sections for 'Factores de riesgo' (Risk Factors) and 'Factores protectores' (Protective Factors).

Historial

Profesional	Centro	Servicio	Fecha y hora	Acción
FORMACION FORMACION FORMAR...	CENTRO DE SALUD DE VILVANA...	MEDICINA FAMILIAR	20 Feb 2018 13:17	Creación
FORMACION FORMACION FORMAR...	CENTRO DE SALUD DE VILVANA...	MEDICINA FAMILIAR	20 Feb 2018 13:14	Creación
FORMACION FORMACION FORMAR...	CENTRO DE SALUD DE VILVANA...	MEDICINA FAMILIAR	20 Feb 2018 13:14	Modificación
FORMACION FORMACION FORMAR...	CENTRO DE SALUD DE VILVANA...	MEDICINA FAMILIAR	20 Feb 2018 13:17	Modificación

PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS
PLA DE GESTIO DE RIESCOS

RATIFICACIÓN DEL ENTREGA Y CARGO DE RESPONSABILIDAD

TEST PRELIMINAR DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO / FACTORES DE RIESGO

FACTORES PROTECTORES / FACTORES PROTECTORES

El Plan de gestión de riesgos podrá imprimirse como un informe:

DATOS DEL INFORME / DADES DE L'INFORME

Paciente: Pacient:	TEST PRUEBAS GAIA 1		
SIP: SIP:	Edad: Edat:	15 años	Fecha y hora: Data i hora:
Centro: Centre:	CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT		
Servicio: Servici:	MEDICINA FAMILIAR	Profesional: Professional:	FORMACION FORMACION FORMACION

FACTORES DE RIESGO / FACTORS DE RISC

Consumo de alcohol:
Consum d'alcohol:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Enfermedad mental:
Malaltia mental:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Enfermedad crónica:
Malaltia crònica:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Otros:
Altres:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

FACTORES PROTECTORES / FACTORS PROTECTORS

PERSONAS DE REFERENCIA / PERSONES DE REFERÈNCIA

Familiares:
Familiars:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Amigos:
Amics:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Profesionales:
Professionals:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN / ESTRATÈGIES D'INTERVENCIÓ

Razones para vivir:
Raons per a viure:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

Tarjeta cortafuegos:
Targeta tallafocs:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

OTROS / ALTRES

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Aenean commodo ligula eget dolor. Aenean massa. Cum sociis natoque penatibus et

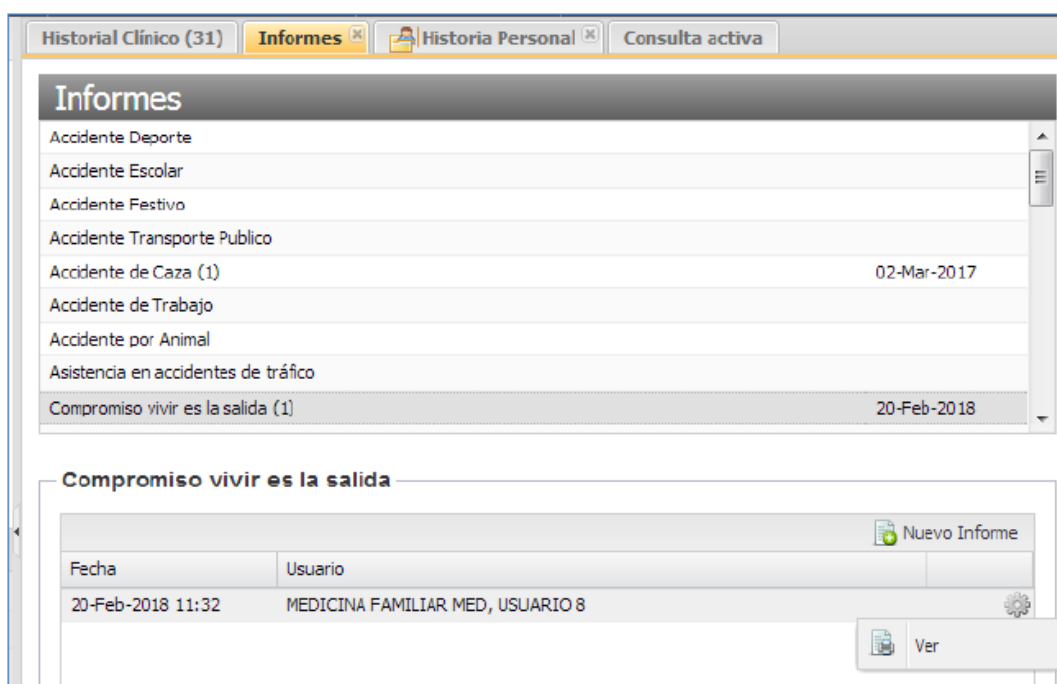
151964365440201038

Compromiso *vivir es la salida*

El **contrato de no suicidio** o compromiso de vivir es la salida es una herramienta terapéutica que puede ser de utilidad en la relación profesional de la salud y la persona en riesgo de suicidio.

El **Informe *Compromiso vivir es la salida*** estará disponible desde el siguiente apartado:

Informes de la historia clínica:



The screenshot shows a web application interface for medical history reports. At the top, there are tabs for 'Historial Clínico (31)', 'Informes', 'Historia Personal', and 'Consulta activa'. The 'Informes' tab is active, displaying a list of report types. The 'Compromiso vivir es la salida (1)' report is highlighted, with a date of '20-Feb-2018'. Below the list, a detailed view of this report is shown, including a 'Nuevo Informe' button, a table with columns for 'Fecha' and 'Usuario', and a 'Ver' button.

Fecha	Usuario
20-Feb-2018 11:32	MEDICINA FAMILIAR MED, USUARIO 8

Compromiso vivir es la salida

Fecha: **20/02/2018**
Validez del contrato hasta la fecha:

Yo, **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:

Realizar:

Lamar y hablar con:

Firmado: **DESCONOCIDO SAEZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**

Al documento de “*Compromiso vivir es la Salida*” se accederá desde el apartado Informes de la Historia Clínica y también será accesible desde la nueva área de Salud Mental, dentro de la Historia Personal de la persona usuaria.

Consulta activa Historia Personal

Salud mental

Escala SAD PERSONS

Compromiso vivir es la salida

Historial Clínico (31) Informes Historia Personal Consulta activa

Informes

- Accidente Deporte
- Accidente Escolar
- Accidente Festivo
- Accidente Transporte Publico
- Accidente de Caza (1)
- Accidente de Trabajo
- Accidente por Animal
- Asistencia en accidentes de tráfico
- Compromiso vivir es la salida (1)

Compromiso vivir es la salida

Fecha Usuario

20-Feb-2018 11:32 MEDICINA FAMILIAR MED, USUARIO 8

Nuevo Informe Ver

Fecha: 20/02/2018
Válidez del contrato hasta la fecha:

Yo, **DESCONOCIDO SAIZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de enfermarme muy mal o aparecer pensamiento suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:

Realizar:
Escriba aquí...

Llamar y hablar con:
Escriba aquí...

Firmado: **DESCONOCIDO SAIZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**

Guardar e imprimir Cancelar

Observaciones: Generado Informe de Compromiso vivir es la salida el 20/02/2018

COMPROMISO VIVIR ES LA SALIDA
COMPROMIS VIVIR ES LA SALIDA

Fecha: 20/02/2018
Validz del contrato hasta la fecha: 27/02/2018

Yo, **DESCONOCIDO SAIZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de enfermarme muy mal o aparecer pensamiento suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

Yo, **DESCONOCIDO SAIZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**, acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en el caso de aparecer estos sintomas o aparecer pensamiento suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:
En esta situacón me comprometo a fer lo siguiente:

Realizar / Realizar:
- Responder profundamente
- Responere

Llamar y hablar con / Llamar y hablar con:
No firmame

Firmado / Firmado: **DESCONOCIDO SAIZ DESCONOCIDO SA DESCONOCIDO**

Generado e impreso: 20/02/2018
Pag. 1 de 1

Formato para la **impresión del informe** compromiso de vivir es la salida:

1510122733990001

Fecha:
 Data: **20/02/2018**

Validez del contrato hasta la fecha:
 Validesa del contracte fins a la data: **27/02/2018**

Yo, **DESCONOCIDO SAEZ** [REDACTED], acuerdo con **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme.

Jo, **DESCONOCIDO SAEZ** [REDACTED], acorde amb **USUARIO 8 MEDICINA FAMILIAR MED** que en el cas de sentir-me molt malament o aparèixer pensaments suïcides no vaig a fer-me dany o suicidar-me.

En esta situación me comprometo a hacer lo siguiente:
 En esta situació em compromet a fer el següent:

Realizar / Realitzar:

- Respirar profundamente
- Relajarme

Llamar y hablar con / Cridar i parlar amb:

Mi hermano

Firmado / Signat: **DESCONOCIDO SAEZ** [REDACTED]

Consulta recomendada:**“PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA”**

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Fecha de publicación: 2017

Resumen: Este plan pretende prevenir las conductas suicidas y disminuir las tasas de suicidio, siendo este la referencia para el conocimiento sobre la conducta suicida, la aplicación de estrategias de promoción, prevención, detección precoz y el desarrollo de una red de atención de calidad.

Enlace: <https://goo.gl/n34sdV>

“PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. GUÍA INFORMATIVA PARA PROFESIONALES DE SANIDAD”

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Fecha de publicación: 2018

Resumen: El objetivo de esta guía es proporcionar la información necesaria para detectar cualquier tipo de conducta suicida entre sus pacientes, de forma que los servicios de salud contemplen la prevención del suicidio como un componente central para la mejora práctica e intervención.

Enlace: <https://goo.gl/tJNCMj>

“GUÍA DE USO DEL CÓDIGO SUICIDIO PARA PROFESIONALES”

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Fecha de publicación: 2019

Resumen: Guía informativa de cómo usar el Código Suicidio y otros recursos para la detección precoz y la prevención del suicidio.

Enlace:

<http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guía+de+utilización+del+Código+Suicidio+para+profesionales.pdf?version=1.1>

6) RECURSOS DE AYUDA

SERVICIO DE EMERGENCIAS: 112

PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es

TELÉFONO DE LA ESPERANZA:

- **TELÉFONO DE ATENCIÓN EN CRISIS** +34 717 003 717
- **VALENCIA:** Teléfono: 96 391 60 06
- **ALICANTE:** Teléfono: 96 513 11 22
- **CASTELLÓN:** Teléfono: 96 422 70 93

FEDERACIÓN SALUD MENTAL CV: 96 353 50 65 – 664 21 79 79

ASOCIACIÓN VIKTOR FRANKL: 96 351 01 13

FUNDACIÓN ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo):

- Teléfono para menores: 900 20 20 10
- Teléfono para adultos: 600 50 51 52

CAMINAR (Asociación Valenciana de Apoyo en el Duelo):

676 19 78 06 – 96 374 78 36

FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental): 673 46 14 20

Fundación FSME (Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio): 91 083 43 93

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SUICIDOLOGÍA: 91 083 43 93

9. ATENCIÓN GRUPAL PARA AUTOCUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN COLABORACIÓN CON SALUD MENTAL

“La oportunidad de establecer numerosas relaciones e interacciones, crea un contexto rico y especial para el aprendizaje interpersonal, dominio de los problemas de la vida y cambio personal” (Lynn y Frauman).

INTRODUCCIÓN

Uno de los ámbitos en los que se debe establecer una clara colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental es el abordaje del **Bienestar Emocional** y el Autocuidado, mediante la programación y realización de intervenciones psicoeducativas grupales.

Existe suficiente evidencia sobre este tipo de programas que demuestran que constituyen un espacio de encuentro donde se pueden compartir experiencias, información, apoyo mutuo y facilitan la comunicación y el autoconocimiento. Mediante esta psicoeducación, las personas usuarias toman conciencia de su responsabilidad y participación directa en el cuidado de su enfermedad, de su autocuidado, mejoran el control de la enfermedad y el malestar y disminuye la demanda asistencial.

Estas intervenciones grupales deben ser lideradas por equipos profesionales sanitarios de Atención Primaria, con la colaboración de las Unidades de Salud Mental y dirigidas a personas usuarias que expresen malestar emocional, debido a determinadas situaciones personales, que generen problemas de adaptación, dificultades de afrontamiento, pérdidas, etc.; usuarios con condiciones crónicas de salud, tanto físicas como mentales; personas cuidadoras, familiares de pacientes con dependencia, que requieren adquirir habilidades para su autocuidado, etc.

Para abordar este proyecto, es necesario establecer una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales implicados, diseñar la participación de los distintos perfiles profesionales y clarificar sus funciones, proponer objetivos asequibles e intervenciones basadas en la evidencia y valorar las necesidades de formación de los profesionales.

OBJETIVOS

General

Generar **modelos de buenas prácticas** en intervenciones grupales de bienestar emocional y autocuidado, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios sanitarios de Atención Primaria y que sean susceptibles de aprender a autorregularse emocionalmente y a realizar acciones de autocuidado, mediante estas prácticas grupales.

Específicos

- Impulsar la integración de la atención entre EAP y USM facilitando la colaboración y coordinación de sus profesionales para realizar intervenciones grupales de forma conjunta.
- Formar a profesionales en las habilidades y competencias que se requieran para realizar las intervenciones.
- Ofrecer un modelo de intervención grupal para el bienestar emocional y el autocuidado con diferentes técnicas o estrategias de intervención.
- Empoderar al o la paciente para responsabilizarse de su salud.
- Reducir la *hiperfrecuentación* médica.
- Disminuir el consumo de psicofármacos.
- Incrementar la satisfacción de la población con la asistencia recibida y la confianza en las y los profesionales.

PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN EAP-USM

Los equipos de atención primaria y las unidades de salud mental del departamento serán los responsables de la realización de las intervenciones grupales, participando en el diseño, elaboración, formación y organización de los talleres.

Se formará un **equipo de intervención grupal** compuesto preferentemente por Médicos/as y enfermeros/as de familia, con el apoyo de los equipos de zona de Salud Mental (Enfermería de SM y Psicología Clínica). Estos equipos son los encargados de realizar las intervenciones grupales de Bienestar Emocional y Autocuidado.

En función de las necesidades y la disponibilidad, también pueden participar como miembros del equipo, otras profesiones: enfermeras gestoras de casos, trabajadoras

sociales, fisioterapeutas, residentes (de psicología clínica, enfermería, medicina de familia, psiquiatría), etc.

FORMACIÓN DE PROFESIONALES DEL EQUIPO

Las unidades de salud mental (psicología clínica y enfermería de SM) ofrecerán el apoyo y la formación específica necesaria que requieran los y las profesionales de atención primaria. Para iniciarse en la intervención grupal podrán participar como observadoras en las actividades grupales que se realizan en las unidades de salud mental.

La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) ha incluido en su Plan de Formación, desde 2016, un curso de formación específica: **“Modelo de intervención grupal para autocuidado en atención primaria: Bienestar Emocional”** dirigido a profesionales de los EAP y de las USM con el compromiso de realizar posteriormente este tipo de intervención.

Se han realizado dos ediciones formativas en Valencia y otras dos en Alicante, en las cuales se ha formado a diferentes equipos sanitarios de cada Departamento de Salud, para que inicien la puesta en marcha de los talleres de intervención grupal.

Estas acciones formativas se han realizado a través de la EVES con un equipo formador de tres profesionales sanitarios (dos Psicólogos Clínicos y una Médico de Familia) con experiencia, quienes sirven como referentes para los equipos.

Es de vital importancia la formación de los equipos profesionales sanitarios en manejo de grupos en general y en la transmisión de estos programas específicos en particular.

Las Jornadas de seguimiento post-curso formativo y los sucesivos encuentros profesionales, pueden dotar a los equipos de un mayor nivel de conocimientos al compartir experiencias.

ESTUDIO PILOTO PREVIO

A lo largo de los años 2015 y 2016, se realizó un estudio piloto con el objetivo de conseguir un aprovechamiento más eficaz de los recursos disponibles, detectar las limitaciones o barreras y conocer los factores que pudieran facilitar la implementación de intervenciones grupales de autocuidado.

Se formaron cinco equipos de intervención grupal, uno por cada departamento que participó en el proyecto. Los equipos de intervención se formaron por **una enfermera de atención primaria, una enfermera de salud mental y un psicólogo clínico o**

médico de familia. La mayoría de profesionales que compusieron los equipos de intervención tenían formación previa suficiente para realizar los talleres.

Los Departamentos que comenzaron este estudio piloto fueron: Castellón-Hospital General, La Ribera, Valencia-La Fe, Elda y Manises.

En estos talleres piloto participaron un total de 65 personas usuarias. Todos los talleres utilizaron una metodología predominantemente activa y participativa, en la que el grupo favorece compartir experiencias, cuestionar creencias y valores, y ofrece otros puntos de vista y diferentes alternativas para resolver los problemas.

Se plantearon **actividades** para aprender a afrontar el estrés, a comunicarse de forma eficaz, estrategias para abordar los problemas y manejar las emociones y los pensamientos, así como pautas para el autocuidado. Se utilizaron diferentes materiales de apoyo como folletos, audios, lecturas, videos, etc. y, además, se incluyeron tareas para casa.

Se realizaron mediciones Pre y Post taller, de las personas usuarias, para valorar el impacto, utilidad, satisfacción y participación de la intervención. Los instrumentos utilizados fueron: cuaderno de recogida de variables sociodemográficas, escala de Calidad de vida (COOP-WONCA) y Autoeficacia (Cuestionario de Stanford), Cuestionarios de Depresión y Ansiedad de Goldberg, y Cuestionario MAAS de Atención Plena.

Resultados obtenidos:

Se realizaron pruebas T para muestras relacionadas, con la finalidad de comparar los resultados PRE y POST de la intervención.

Las diferencias entre ambos momentos de la intervención resultaron estadísticamente significativas (intervalo de confianza del 95%, $p < .001$) para todas las variables analizadas. Los tamaños del efecto (d de Cohen) se encontraron entre grandes y muy grandes en todos los casos ($d > .60$).

No se encontraron correlaciones entre edad, género o nivel de estudios con ninguna de las medidas de cambio observadas.

Los resultados referidos a la satisfacción de las personas usuarias alcanzaron niveles cercanos al máximo posible en "Utilidad y satisfacción" y "Valoración del taller".

Los resultados demostraron que la intervención fue eficaz en todas las variables contempladas. Las diferencias fueron tanto estadística como clínicamente relevantes.

DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES (TALLERES)

JUSTIFICACIÓN

El grupo constituye un espacio de encuentro donde se pueden compartir experiencias y recibir apoyo para tomar decisiones. Facilita la comunicación, el autoconocimiento, el apoyo entre los participantes y ofrece una oportunidad para desarrollar habilidades y recursos de afrontamiento. Las intervenciones grupales han demostrado su eficacia en el “empoderamiento” de los pacientes, ya que desarrolla habilidades personales de adaptación y superación esenciales para modificar comportamientos y conductas capaces de influir sobre los determinantes de salud.

OBJETIVOS

General:

- Mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional

Específicos:

- Mejorar la capacidad de resolución de problemas
- Aprender estrategias para el afrontamiento del estrés
- Disminuir síntomas de ansiedad y ánimo deprimido
- Mejorar habilidades de interacción y adaptación social
- Aumentar la autoestima
- Aprender y practicar una técnica de relajación

EQUIPO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

El Equipo de Intervención Grupal (EIG), formado por profesionales de primaria y de salud mental, serán responsables del diseño y organización de los talleres. Para ello, de forma coordinada, realizarán las funciones siguientes:

- Facilitar, en caso necesario, la formación de profesionales que formen los EIG.
- Selección y elaboración de los contenidos, actividades y materiales del taller.
- Difusión del proyecto entre profesionales de su departamento y/o centros.
- Registro y selección de participantes.
- Realizar la evaluación individual.
- Realizar la evaluación del proyecto.

- Informar al personal médico sobre los resultados del taller de los y las pacientes que hubieran derivado.
- Valoración de la dinámica grupal y del funcionamiento del grupo.

INFORMACIÓN, DETECCIÓN Y DERIVACIÓN

La difusión y presentación inicial del programa a profesionales de los centros de salud se realizará por los miembros del Equipo de Intervención Grupal en reuniones informativas con la presencia de directivos del centro.

Cualquier profesional de atención primaria, salud mental u otras especialidades puede identificar o captar a posibles personas candidatas para participar en los talleres. Pero será el personal médico de atención primaria quién, después de analizar la situación de la persona usuaria, conocer la problemática que le afecta y considerar que se puede beneficiar de la intervención grupal, efectuará la derivación al equipo de intervención grupal.

Al personal médico de atención primaria se le facilitará información con los criterios de inclusión/exclusión para participar en el taller, el documento de inscripción y derivación de pacientes al taller y el de información para pacientes.

El EIG confirmará la selección y determinará la inclusión en un determinado taller teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Se realizará una valoración inicial con los cuestionarios seleccionados (pretest) para confirmar las necesidades de los y las pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se establecerán unos **criterios de selección** de las personas asistentes al taller, decididos por el equipo.

Se puede realizar el taller con grupos heterogéneos u homogéneos, dependiendo del tipo de persona usuaria diana establecido por el equipo.

Los criterios de selección se establecen a partir del diseño de la intervención.

Con carácter general se han adoptado los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Personas que expresen **malestar emocional** (estrés, ansiedad, tristeza, problemas de adaptación, duelo, etc.), de intensidad leve o moderada que no haga necesaria la derivación a las USM.
- Personas en situación de **adaptación a condiciones crónicas de salud**, tanto físicas como mentales que necesiten, además de información sobre la enfermedad, que se les ofrezca apoyo emocional y formación en habilidades y estrategias para mejorar el afrontamiento, la aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento.
- **Personas cuidadoras de familiares** con dependencia para las AVD básicas o instrumentales.
- Puntuación en la escala Abreviada de Ansiedad de Goldberg menor o igual a 5.
- Puntuación en la escala Abreviada de Depresión de Goldberg menor o igual a 2.

Algunas de las **necesidades más habituales** de las personas con enfermedad crónica y cuidadoras a las que hay que dar respuesta, y pueden ser observadas para la inclusión en los Talleres, son:

- Aceptar y adaptarse a la enfermedad crónica
- Adquirir hábitos saludables
- Afrontar el estrés
- Mejorar el malestar emocional
- Prevenir ansiedad y depresión
- Prevenir la sobrecarga de la persona cuidadora
- Buscar apoyo para el cuidado y disponer de tiempo libre

El equipo podrá determinar otros criterios dependiendo de las personas usuarias diana a los que vaya destinados la Intervención en el contexto de la Atención Primaria.

Criterios de exclusión:

- Menor de 18 años.
- Personas con criterios diagnósticos que requieran atención por parte de las unidades de salud mental (esquizofrenia, trastorno bipolar, de personalidad, etc.).

- Padecer enfermedad orgánica importante que pueda interferir para participar en una intervención grupal.

Además de los criterios anteriores, se deben tener en cuenta:

- Voluntad de participar en el taller.
- Concordancia entre el contenido del taller programado y las necesidades de la persona usuaria.
- Necesidades homogéneas de las personas participantes. No atravesar un momento vital extremadamente complicado.
- Aceptación de las normas de participación: compromiso de asistencia, confidencialidad, respeto... (de forma similar a un contrato terapéutico).

ORGANIZACIÓN DEL TALLER

Ubicación: Se impartirá en locales próximos al domicilio (centro de salud u otros) para facilitar la accesibilidad, procurando que reúnan las condiciones adecuadas para este tipo de actividad, con los materiales y recursos audiovisuales en correcto funcionamiento, sin ruidos y con sillas para disponer en círculo o en forma de U para favorecer la comunicación.

Horario: El taller constará de un número definido de sesiones (de 6 a 8), con una frecuencia preestablecida en función del grupo y del tipo de taller (semanal, bisemanal, quincenal...) La duración aproximada de cada sesión oscila entre 90 y 120 minutos. Se intentará adaptar el horario a la disponibilidad de tiempo de las personas participantes.

Integrantes: El número de participantes recomendado sería entre 10 y 20. El grupo debe ser lo más homogéneo posible en cuanto a las necesidades sobre las que vamos a intervenir. Se debe atender a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta las características compartidas en el grupo y las de la persona en particular.

DESARROLLO DE LAS SESIONES

La intervención grupal que se realice responderá a las necesidades detectadas y deberá incorporar estrategias claras de autocuidado que les permitan realizar los cambios de hábitos necesarios y aumentar el compromiso y la corresponsabilidad en el cuidado de su salud.

El EIG puede dividirse el taller, responsabilizándose cada miembro del equipo de varias de las sesiones, pudiendo impartirlas en solitario o en compañía de otra persona del equipo.

Cada sesión debe tener una vinculación con la posterior y la anterior, así como material para entregar a las personas participantes (explicación teórica, ficha de autorregistro de la práctica semanal, audios, etc.)

Durante la formación de la EVES, los equipos reciben material para poder elaborar sus programaciones ajustadas a las necesidades de cada grupo de usuarios y dispositivo.

El equipo, a partir de las necesidades detectadas para la población diana, seleccionará diferentes estrategias de intervención para dar respuesta a la problemática que plantean. Las técnicas y estrategias de intervención, con los objetivos, contenidos, actividades y materiales deben utilizarse de manera flexible, adaptándolas a cada contexto a partir de la identificación de los principales problemas y necesidades del grupo. Las sesiones contarán con exposiciones de contenidos teóricos, pero se priorizará la participación y exposición de pensamientos, sentimientos, dificultades o experiencias. La clave será que sientan que pueden hablar y que se les escucha.

Primera sesión: Se dedicará a la acogida de las personas que van a participar en el taller, a su presentación, a conocer sus expectativas y a informar de los objetivos, los contenidos, la metodología de trabajo que se va a utilizar, los y las profesionales que van a intervenir y las reglas de funcionamiento del taller.

Se hará entrega de una carpeta con la documentación: cuestionarios, fichas de registro, de las actividades, de la evaluación, un cronograma con información detallada de cada sesión, etc. Se solicita también a cada participante su compromiso de mantener la confidencialidad de aquellas cuestiones de índole personal que se expresen dentro del grupo.

En esta primera sesión, si no se hubiera realizado con anterioridad, se debe valorar su estado actual (“pretest”), que nos servirá de referencia para evaluar los cambios conseguidos con la intervención, al compararla con la valoración final (“postest”), que se realizará en la última sesión (**Anexo 1:** Cuestionarios de evaluación Pretest y **Anexo 2:** Cuestionarios de evaluación Postest).

Sesiones intermedias: A partir de una metodología activa y participativa, se propiciará un aprendizaje práctico que tenga en cuenta la experiencia y análisis del propio grupo. El contenido del taller se distribuirá entre las diferentes sesiones de forma que se incluya en cada una de ellas una parte teórica y una práctica que facilite la comprensión. Al

inicio de cada sesión se hará una revisión de las tareas para casa y de “lo experimentado desde la última sesión”.

Para el desarrollo de las sesiones puede ser útil apoyarnos en fichas de trabajo de cada tema, donde se recojan las actividades a llevar a cabo por los y las participantes. Es conveniente utilizar diferentes técnicas y materiales para la exposición de los contenidos, que ayuden a su comprensión y asimilación de forma fácil, sin esfuerzo, por ejemplo: *PowerPoint*, lectura de textos y reflexión en pequeño grupo, exposición participada, dinámica de grupos, *role-playing*, trabajo por parejas o en grupo, ejercicios de relajación, elaborar listas en grupos, etc.

Para facilitar la elaboración de las sesiones por parte del equipo, a partir de las estrategias/técnicas de intervención seleccionadas, en el documento **Anexo 3 (Modelos de desarrollo metodológico de las sesiones)** se recoge un modelo de taller con el desarrollo metodológico de las sesiones, con los contenidos, actividades y materiales que se impartirán.

Última sesión: En esta última sesión programaremos tiempo abierto para plantear las dudas que no se hayan resuelto en las sesiones anteriores, para obtener las conclusiones del grupo sobre el taller y para realizar la evaluación postest.

También facilitaremos información sobre asociaciones o grupos de ayuda mutua en los que puedan participar y, en aquellos grupos que haya predisposición, favoreceremos la continuidad del grupo, programando los contactos sucesivos más inmediatos. Por otra parte, puede ser un buen momento para identificar a posibles candidatos para participar o colaborar en otros programas de autocuidado (p.ej., *Pacient Actiu*).

Para programar con eficacia se ha de disponer y/o elaborar:

- Manual del programa (desarrollo de las sesiones).
- Manual de evaluación (pre y post test).
- Materiales de entrenamiento (autorregistros, audios).
- Materiales complementarios (lecturas complementarias).

EVALUACIÓN DEL TALLER

Para la evaluación se han elaborado dos cuestionarios pre y post test (Anexo 1 y 2) donde se recogen los indicadores de la intervención grupal:

1. Adhesión o participación. Las personas con enfermedades crónicas o cuidadoras pueden tener dificultades para acudir a las sesiones grupales, por lo que es importante adaptar la intervención a su disponibilidad de tiempo. Para conocer los motivos del abandono se incluye un indicador cualitativo, que nos va a ayudar a identificar los problemas y a buscar alternativas para el diseño de posteriores intervenciones.

- % de participantes que **han completado** la intervención grupal (el número de sesiones del taller que se establezca: propuesta del 80%).

número de participantes que han asistido a todas las sesiones del taller x 100 / número total de participantes en el taller

- % de sesiones grupales a las que ha asistido.

número de sesiones grupales a las que ha asistido x 100 / número total de sesiones grupales programadas

- % de participantes que han abandonado (deciden dejar de participar una vez iniciado el taller).

número de participantes que no han terminado el taller x 100 / número total de participantes

- Motivos del abandono de cada participante (valoración cualitativa: enfermedad/insatisfacción/ falta de tiempo/otros).

2. Impacto de la intervención. Nos permite conocer los cambios en las personas producidos por la intervención. Se debe valorar las modificaciones en aquellos factores seleccionados que se pretendía mejorar comparando los resultados pretest y postest. Se propone evaluar:

- Calidad de vida: COOP-WONCA
- Autoeficacia: Cuestionario de Stanford
- Ansiedad y depresión: Escalas de Goldberg, BDI de Beck o STAI de Spielberger.
- Atención plena: Se propone el MAAS.
- Carga subjetiva: Test de Zarit reducido.

Al evaluar el efecto de los talleres sobre el estado emocional y la adaptación de las personas con enfermedades crónicas o cuidadoras, es importante tener en cuenta que las condiciones crónicas de salud y el hecho de cuidar pueden ser estresores crónicos

cuya presencia se mantiene durante y después de la intervención y que, para las personas más afectadas a nivel emocional, resulta más difícil la asimilación de nuevos conceptos e información. Pueden necesitar más tiempo para practicar y utilizar las estrategias que se les han enseñado, por lo que una evaluación inmediatamente después de la intervención no recogería totalmente sus efectos.

3. Satisfacción. Es difícil que pacientes y personas cuidadoras consigan beneficios de un programa si no se encuentran satisfechos con él, si no le acaban de encontrar utilidad, si piensan que no es lo que están buscando, si no se motivan para seguirlo e implicarse en él.

Es posible valorar la satisfacción y la utilidad mediante un breve cuestionario con una escala de 1 a 5 (desde nada a mucho) con los siguientes ítems:

1. El taller me ha resultado útil para manejar mis problemas de salud

Nada útil	1	2	3	4	5	Muy útil
------------------	---	---	---	---	---	-----------------

2. Recomendaría este taller a otras personas que están en una situación similar a la mía

Nada recomendable	1	2	3	4	5	Muy recomendable
--------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

3. Estoy satisfecho con la ayuda recibida en el taller

Nada satisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
--------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

4. Volvería a participar: **Sí** **No**

El cuestionario de satisfacción se pasará en la última sesión y a las tres semanas según aconseja la evidencia disponible.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA PARA UNA ADECUADA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS Y CONTEXTOS DE APLICACIÓN

- A. Se basen en un modelo de cambio personal con un fundamento empírico y con evidencia científica.
- B. Justifiquen adecuadamente la selección de los sujetos.
- C. Se dirijan a factores dinámicos o de necesidad de las personas y su comportamiento.
- D. Prevean métodos de aplicación efectivos (lo que influye la formación y cualificación necesarias de profesionales sanitarios).
- E. Se orienten a la enseñanza de habilidades de autorregulación y autocuidado.
- F. Debe justificarse adecuadamente la secuencia, intensidad y duración del tratamiento.

- G. Deben prestar atención a la motivación y considerar la capacidad de respuesta al programa por parte de las personas participantes.
- H. Prevean la continuidad de la atención a los sujetos después del programa.
- I. Contemplan la supervisión que garantice la integridad de la aplicación del programa.
- J. Establezcan procedimientos de evaluación continua del programa.

BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GRUPAL

- En el grupo se crean condiciones favorables para cuestionar comportamientos, creencias, actitudes y valores.
- La metodología participativa permite que los integrantes del grupo reflexionen, expresen comentarios, sugerencias e hipótesis basados en sus experiencias personales.
- La realización de las tareas para casa a lo largo de la semana permite reforzar los aprendizajes conseguidos en las sesiones y visualizar obstáculos y dificultades que con posterioridad pueden ser analizados grupalmente.
- El grupo funciona como un laboratorio en el que se pueden evidenciar directamente las actitudes, creencias, valores y conductas de los y las participantes, cuestionarlos y contrastarlos con maneras de gestionar con más eficacia sus emociones, cogniciones y la forma de relacionarse con los demás y consigo.
- Las personas participantes aprenden que sus problemas y dificultades son semejantes a los del resto y que existen diferentes alternativas de solución y afrontamiento.
- Además, reciben una valiosa retroalimentación que les permite darse cuenta de la evolución del resto de participantes y de la suya propia y pueden reflexionar acerca de la importancia de poner en práctica lo aprendido en las sesiones y de asumir un rol activo en el proceso de cambio personal.
- El revelar y compartir con el resto de participantes sus emociones y pensamientos acerca de experiencias dolorosas, tiene efectos benéficos sobre la salud física y psicológica.

- El grupo se convierte en una herramienta eficaz de ayuda mutua.
- Disminuye los tiempos terapéuticos en comparación con las intervenciones individuales.
- Genera unos niveles altos de compromiso con la tarea y de satisfacción personal por pertenecer al grupo.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria debe potenciar y facilitar la asunción de responsabilidad de la persona en su cuidado desde el conocimiento y la información adecuada.

Debemos apoyar al o la paciente y aportarle herramientas para facilitar la toma de decisiones y acciones en beneficio de su propia salud (incluso en situación de dependencia).

La persona pasa de receptor pasivo a agente activo en su salud. Para ello la colaboración entre los equipos de Atención Primaria y Salud Mental se hacen necesarios para impulsar y abordar este objetivo. Fruto de esta colaboración debe ser:

- Ofrecer un modelo de intervención grupal para el autocuidado con diferentes estrategias.
- Formar a profesionales en las habilidades y competencias que se requieran para realizar las intervenciones.
- Apoyar a los y las pacientes para responsabilizarse de su salud.
- Reducir la demanda frecuente innecesaria por parte de las personas usuarias.
- Reducir el consumo de psicofármacos.

“Los enfoques orientados en el grupo son eficientes, ahorran tiempo y son menos costosos que los tratamientos individuales. Este tipo de intervención es reconocido por todas las orientaciones terapéuticas.” (Lynn y Frauman)

ANEXO 1

Cuestionario Pretest

Departamento.....

Centro.....

Taller..... Fecha.....

CUESTIONARIO 1

Esperamos que este taller sea útil para usted y para los demás participantes. Para poder seguir mejorando, le agradeceríamos que respondiera a esta encuesta y nos aportara sus opiniones, que para nosotros son sumamente importantes.

CALIDAD DE VIDA⁴

A continuación, le mostramos una serie de dibujos acerca de su estado de salud. Hay un total de 9 preguntas. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas.





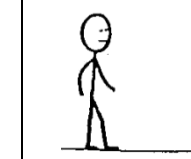
Lea cada pregunta detenidamente, y después **rodee con un círculo** el número (bajo el dibujo) que mejor defina su situación. Es importante que responda a todas las preguntas.

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

FORMA FÍSICA

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?






Muy intensa (Por ejemplo, correr deprisa)	Intensa (Por ejemplo, correr con suavidad)	Moderada (Por ejemplo, caminar a paso rápido)	Ligera (Por ejemplo, caminar despacio)	Muy ligera (Por ejemplo, caminar lentamente)
				
1	2	3	4	5

⁴ Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project 1995.
Adaptación transcultural de Lizan L. y Reig A.

SENTIMIENTOS

Durante las 2 últimas semanas...






¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente
				
1	2	3	4	5

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

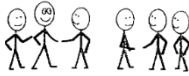



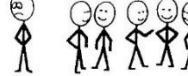
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda no he podido hacer nada
				
1	2	3	4	5

ACTIVIDADES SOCIALES






Durante las 2 últimas semanas...

¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
				
1	2	3	4	5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD


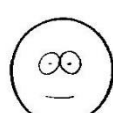
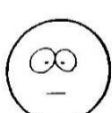
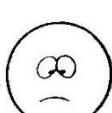
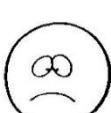
¿Cómo calificaría ahora su estado de salud con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor
				
1	2	3	4	5

ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...






¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
				
1	2	3	4	5

DOLOR

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánto dolor ha tenido?



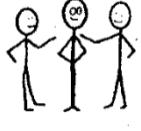

Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso
				
1	2	3	4	5

APOYO SOCIAL

Durante las 2 últimas semanas...






¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- Necesitaba hablar con alguien
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- Necesitaba ayuda con las tareas de sí mismo

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme	Sí, bastante gente	Sí, algunas personas	Sí, alguien había	No, nadie en absoluto
				
1	2	3	4	5

CALIDAD DE VIDA

¿Qué tal le han ido las cosas durante las últimas dos semanas?

Estupendamente no podían ir mejor	Bastante bien	A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales	Bastante mal	Muy mal; no podían haber ido peor
				
1	2	3	4	5

AUTOEFICACIA

Nos gustaría saber en qué grado se siente usted seguro de poder realizar diversas actividades o tareas. Para cada una de las siguientes preguntas, seleccione el número que corresponda a su nivel de seguridad en este momento

1. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que la fatiga o el cansancio debido a su enfermedad no interfieran en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

2. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que las molestias físicas o dolencias debidas a su enfermedad no interfieran en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

3. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que su estado emocional debido a su enfermedad no interfiera en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

4. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que cualquier otro síntoma o problema de salud debido a su enfermedad no interfieran en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

ESCALAS GOLDBERG		
SUBESCALA A	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar contestando		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
TOTAL		
SUBESCALA B	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay alguna respuesta afirmativa, continuar contestando		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL		

DATOS PERSONALES

Nombre: Sexo: H M

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:

Domicilio: Localidad:

Nivel de estudios:

Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios

ANEXO 2.

Cuestionarios Post-test

Departamento.....

Centro.....

Taller..... Fecha.....

CUESTIONARIO 2

Esperamos que este taller sea útil para usted y para los demás participantes. Para poder seguir mejorando, le agradeceríamos que respondiera a esta encuesta y nos aportara sus opiniones, que para nosotros son sumamente importantes.

CALIDAD DE VIDA⁵

A continuación, le mostramos una serie de dibujos acerca de su estado de salud. Hay un total de 9 preguntas. Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas.




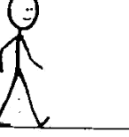
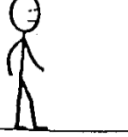
Lea cada pregunta detenidamente, y después **rodee con un círculo** el número (bajo el dibujo) que mejor defina su situación. Es importante que responda a todas las preguntas.

Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

FORMA FÍSICA

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?






Muy intensa (Por ejemplo, correr deprisa)	Intensa (Por ejemplo, correr con suavidad)	Moderada (Por ejemplo, caminar a paso rápido)	Ligera (Por ejemplo, caminar despacio)	Muy ligera (Por ejemplo, Caminar lentamente)
				
1	2	3	4	5

⁵ Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright© Trustees of Dartmouth/Coop Project 1995.
Adaptación transcultural de Lizan L. y Reig A.

SENTIMIENTOS

Durante las 2 últimas semanas...






¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente
				
1	2	3	4	5

ACTIVIDADES COTIDIANAS

Durante las 2 últimas semanas...

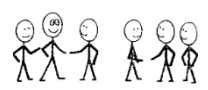



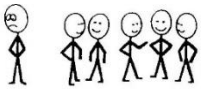
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad	Un poco de dificultad	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Toda no he podido hacer nada
				
1	2	3	4	5

ACTIVIDADES SOCIALES






Durante las 2 últimas semanas...

¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
				
1	2	3	4	5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD



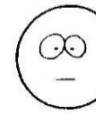


¿Cómo calificaría ahora su estado de salud con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	Un poco mejor	Igual, por el estilo	Un poco peor	Mucho peor
				
1	2	3	4	5

ESTADO DE SALUD

Durante las 2 últimas semanas...






¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
				
1	2	3	4	5

DOLOR

Durante las 2 últimas semanas...

¿Cuánto dolor ha tenido?

Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso
				
1	2	3	4	5

APOYO SOCIAL

Durante las 2 últimas semanas...






¿Había alguien dispuesto a ayudarle si necesitaba y quería ayuda? Por ejemplo, si:

- Se encontraba nervioso, solo o triste
- Caía enfermo y tenía que quedarse en la cama
- Necesitaba hablar con alguien
- Necesitaba ayuda con las tareas de la casa
- Necesitaba ayuda con las tareas de sí mismo

Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme	Sí, bastante gente	Sí, algunas personas	Sí, alguien había	No, nadie en absoluto
				
1	2	3	4	5

CALIDAD DE VIDA

¿Qué tal le han ido las cosas durante las últimas dos semanas?

Estupendamente no podían ir mejor	Bastante bien	A veces bien, a veces mal. Bien y mal a partes iguales	Bastante mal	Muy mal; no podían haber ido peor
				
1	2	3	4	5

AUTOEFICACIA

Nos gustaría saber en qué grado se siente usted seguro de poder realizar diversas actividades o tareas. Para cada una de las siguientes preguntas, seleccione el número que corresponda a su nivel de seguridad en este momento.

1. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que la fatiga o el cansancio debido a su enfermedad no interfieran en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

2. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que las molestias físicas o dolencias debidas a su enfermedad no interfieran en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

3. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que su estado emocional debido a su enfermedad no interfiera en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

4. ¿Qué grado de seguridad tiene, del 1 al 10, de conseguir que cualquier otro síntoma o problema de salud debido a su enfermedad no interfiera en lo que quiere hacer?

Muy inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy seguro/a
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

ESCALAS GOLDBERG

SUBESCALA A	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
Si hay 2 o más respuesta afirmativas continuar contestando		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
TOTAL		
SUBESCALA B	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay respuestas afirmativas continuar contestando		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL		

DATOS PERSONALES

Nombre:

Cuestionario de satisfacción

CUESTIONARIO 3

Esperamos que este taller sea útil para usted y para los demás participantes. Para poder seguir mejorando, le agradeceríamos que respondiera esta encuesta y nos aportara sus opiniones, que para nosotros son sumamente importantes. El cuestionario es **completamente anónimo**.

UTILIDAD Y SATISFACCIÓN

Por favor, marque su grado de acuerdo, del 1 al 5, con las siguientes afirmaciones:

1. El taller me ha resultado útil para manejar mis problemas de salud:

Nada útil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy útil

2. El taller me ha resultado útil para “enfrentarme mejor con los problemas”:

Nada útil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy útil

3. El taller me ha resultado útil para manejar mi relación con mi familia/amigos:

Nada útil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy útil

4. El taller me ha aportado estrategias que se pueden aplicar en mi vida diaria:

Nada útil

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muy útil

5. Estoy satisfecho con la ayuda recibida:

**Nada
satisfecho/a**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Muy
satisfecho/a**

6. Recomendaría este taller a otras personas que estén en una situación similar a la mía:

**Nada
recomendable**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Muy
recomendable**

7. Volvería a participar:

SÍ	NO
----	----

VALORACIÓN DEL TALLER

Por favor, marque su grado de acuerdo, del 1 al 5, con las siguientes afirmaciones:

1. Los contenidos impartidos son claros, comprensibles y están bien estructurados:

Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	Muy de acuerdo
------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

2. Los materiales entregados en el taller me resultan útiles:

Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	Muy de acuerdo
------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

3. Los monitores estaban bien informados y preparados:

Nada de acuerdo	1	2	3	4	5	Muy de acuerdo
------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

4. La duración de este programa me ha parecido:

Muy corta	1	2	3	4	5	Muy larga
------------------	---	---	---	---	---	------------------

PARTICIPACIÓN EN EL TALLER

1. Número de sesiones del taller a las que ha asistido: _____

2. Si ha faltado a alguna sesión ¿cuál ha sido la causa?

Enfermedad

Falta de tiempo

Insatisfacción con el curso

Otros motivos

OBSERVACIONES

Lo que menos me ha gustado:

Lo que más me ha gustado:

Comentarios o sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3
MODELOS DE DESARROLLO METODOLÓGICO DE LAS SESIONES

MODELO DE DESARROLLO DE UN TALLER GRUPAL PARA AUTOCUIDADO BASADO EN ATENCIÓN PLENA - CS ILLES COLUMBRETES

Componentes equipo de intervención: Psicólogo clínico, enfermera de salud mental y enfermera de atención primaria

Número de participantes: 10-15 **Número de sesiones:** 9 **Duración de las sesiones:** 2 horas

Recursos previstos: Sala de reuniones. Sala de preparación al parto. Cuaderno explicativo. Proyector de ppt., Materiales impresos. Audios.

Cuestionarios de evaluación del taller: Cuestionario de Calidad de Vida y Autoeficacia. Cuestionario de Satisfacción. BDI II (Depresión). STAI A y E (Ansiedad). MAAS (Atención consciente).

SESIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Profesional/es que intervienen	Psicólogo, Enfermera SM, Enfermera AP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Ps., ESM y EAP	Enfermera SM
Estrategias/técnicas	- Psicoeducación. - Exposición en grupo - Meditación.	- Exposición. - Revisión de tareas. - Meditación. - Autoregistro.	- Meditación - Yoga - Discusión en grupo	- Meditación - Psicoeducación - Discusión en grupo	- Meditación - Psicoeduc. - Terapia Cognitiva	- Comunicación - Asertividad - Discusión de grupo	- Yoga - Actividad Dominio/agradable - Hábitos saludables	- Meditación - Dinámica de grupo - Prevenc. - Recaídas	- Evaluación Post
Actividades	- Presentar participantes. - Presentar el taller. - Concepto de Mindfulness. - Ejercicio de la pasa (el piloto automático). - Actividades diarias con atención plena. - Meditación (escáner corporal)	- "Escáner corporal" - Discusión de la práctica. - Revisar tareas para casa. - Ejercicio de los 9 puntos - Establecer tareas para casa. - Calendario de Sucesos agradables	- Meditación breve - Respiración y cuerpo - Yoga - Mindfulness - Revisión de tareas - Revisión Calendario de Sucesos Agradables - Espacio de respiración de 3 minutos	- Ejercicio de escucha de 5 minutos - Meditación sentada: - Respiración, cuerpo, pensamiento (+poema) - Revisión de tareas - Afrontar el estrés	- Introducir dificultad en meditación sentada - Revisión de tareas - Estrategias de afrontamiento - Uso de los 3 minutos de respiración momentos de estrés	- Caminar - Mindfulness - Revisión de tareas - Asertividad - Ejercicio de comunicación - Mindfulness	- Yoga - Revisión de tareas para casa - Autocuidado - Vínculo entre actividades y estado de ánimo - Espacio de respiración como plan de respuesta al estrés	- Escaneo corporal - Revisión tareas casa - Ejercicio retrospectivo - Revisar el futuro - Ejercicio Despedida y entrega de objetos de recuerdo	- Pasar Cuestionarios

Materiales de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto informativo - Audio Meditación del cuerpo - Folleto de Tareas para casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de registro Sucesos Agradables - Folleto de Tareas para casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de registro Sucesos desagradables - Audio Meditación breve - Folleto de Tareas para casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Audio Meditación atención pensamientos - Folleto sobre estrés - Folleto de Tareas para casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Audio meditación "de la mente que piensa" - Folleto sobre afrontamiento - Folleto de Tareas para casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto sobre comunicaciones difíciles - Folleto de Tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto planes de respuesta al estrés - Folleto de Tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Folleto prevención de recaídas - Objeto de recuerdo - E-mail con resumen de las sesiones y bibliografía 	Cuestionarios y Escalas
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Meditación respiración y cuerpo diaria - Atención plena 1 alimento y 1 actividad - Registro de la práctica 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de práctica de meditación. - Practicar el escáner corporal diariamente - Otra actividad rutinaria con plena consciencia (limpieza dientes, ducha, compras...) - Calendario de Sucesos agradables 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 vez al día: escaneo corporal/yoga - Meditación del espacio de respiración en tres minutos; 3 veces al día. - Calendario de sucesos desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 días de meditación sentada - 3 días de yoga/meditación - 3 minutos de respiración 3 veces al día - Ser conscientes de las reacciones de estrés sin intentar cambiarlas - Ser consciente de cuando escapamos del momento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada día elegir meditación guiada o yoga - 3 min. de mindfulness - respiración 3 veces al día en momentos pre-establecidos - Respiración de 3 minutos siempre que estén presentes sentimientos desagradables 	<ul style="list-style-type: none"> - Elige cada día una meditación sentada o yoga - Respiración de 3 minutos, 3 veces al día - Respiración de 3 minutos en momentos de estrés - Traer a la conciencia las comunicaciones difíciles 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica formal 6 días a la semana - Respiración 3 minutos 3/día en momentos pre-establecidos o ante emociones desagradables - Utilizar planes de respuesta siempre que podamos y registrar 	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar regularmente Sentarse 30 minutos al día - Alternar paseo mindfulness, escaneo corporal u otras combinaciones - Incorporar espacios para respirar durante el día - Practicar con o sin grabación 	Tareas para casa

10. ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, gracias a la mejora en la atención sanitaria y de los estilos de vida, tiene una contrapartida, y es que han aumentado las personas con patologías crónicas.

Por todo ello los modelos convencionales de atención basados en procesos agudos, no son suficientes. Los cambios en la sociedad nos llevan a la reestructuración de los sistemas sanitarios, con políticas orientadas a la **atención a la cronicidad**.

La responsabilidad del cuidado de estos pacientes crónicos, en la mayoría de los casos, recae en una única persona, casi siempre una mujer: **“LA CUIDADORA PRINCIPAL”** que asume múltiples tareas, debiendo dedicar su tiempo y su energía durante un periodo prolongado, a veces demasiado prolongado, con el consiguiente impacto físico y psicológico sobre su propia vida.

Es necesario dar una respuesta integral a las necesidades Bio-Psico-Sociales de esta población, sus personas cuidadoras, familias y todo su entorno, proporcionando una asistencia sanitaria de calidad y con un coste menor.

Para dar respuesta a esta realidad y atender a estos y estas pacientes con necesidades complejas se han desarrollado varios modelos y programas.

La mejora en la atención del o la paciente crónica o que requiere cuidados paliativos, es muy importante, nos llevaría a la contención de costes sanitarios y, sobre todo, aumentaría el bienestar de este colectivo y de sus personas cuidadoras que, la mayoría de las veces, presentan una gran carga física y emocional.

Se debe proporcionar una atención integral y de calidad y, sobre todo, individualizada, según sus necesidades específicas y tiene que incluir a personas cuidadoras, familiares y todo su entorno, con el fin de maximizar su bienestar y minimizar hospitalizaciones y, por lo tanto, los costes derivados.

Es necesario ofrecer herramientas a nuestros cuidadores y cuidadoras para que puedan abordar su problemática.

TALLERES “CUIDANDO AL CUIDADOR” DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde atención primaria, se están desarrollando talleres para ayudar a las personas cuidadoras a desarrollar estrategias que les ayuden a tener un cierto bienestar emocional. Son impartidos por personal de Enfermería Gestora de Casos, Enfermería de Familia y Trabajadoras y Trabajadores Sociales. También colaboran otro tipo de profesionales, como Medicina de Familia o Psicología Clínica.

Se ha creado una plataforma digital donde se comparte información, documentación, recursos y herramientas para el desarrollo de los talleres y a la que cualquier profesional interesada en realizar estas intervenciones grupales puede acceder si lo solicita.

Se trabaja en función de las emociones de las personas asistentes. Se intercambian experiencias, consejos, etc. Se busca mejorar o fortalecer carencias personales a partir de las aportaciones de los otros.

Objetivos:

- Desarrollar **habilidades para afrontar** su situación como persona cuidadora y mejorar su estado emocional.
- Mejorar su **capacidad en resolución de problemas** y las habilidades de comunicación.
- Modificar los **pensamientos disfuncionales**.
- **Disminuir la irritabilidad** y el nerviosismo.
- **Aumentar el apoyo** que recibe.
- Programar y realizar **actividades gratificantes**.
- **Mejorar la autoestima**.

Metodología del taller:

- La **captación** de personas cuidadoras se realiza a través de carteles informativos y de los y las profesionales del Centro de Salud.
- El taller está **dirigido a cuidadoras/familiares** de personas dependientes, teniendo en cuenta la sobrecarga de la persona cuidadora.
- Se realizan **8 sesiones de 2 horas** como máximo, con **grupos de 10 a 15** personas.

- Los contenidos estarán **basados en las necesidades** y expectativas de las personas cuidadoras, siempre con objetivos realistas y alcanzables.
- Se desarrollarán, a través de **dinámicas de grupo**, técnicas asertivas, relajación, exposición, debate, etc. Para ello necesitaremos una sala de reuniones con mobiliario que facilite la comunicación, y material audiovisual.
- Para la evaluación se **pasan test al inicio y al finalizar el taller**. Utilizamos:
 - el test de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador.
 - el test de Coop-Wonca para medir la calidad de vida y
 - una encuesta de satisfacción.
- Durante los talleres se realizan **intervenciones psicoeducativas** que son de carácter informativas, formativas y de apoyo emocional.

SESIONES INFORMATIVAS

En este tipo de intervención se ofrece a la persona cuidadora, información a través de diferentes vías:

- material audiovisual.
- material escrito: folletos, dípticos, guías, libros, revistas...
- de forma presencial, promovida por los profesionales que imparten el taller.

Generalmente se incluyen los **siguientes contenidos**:

- Información sobre las enfermedades y las necesidades que plantea la persona cuidada
- Características de las enfermedades: síntomas relevantes, signos de alerta, gravedad, pronóstico.
- Previsible evolución del o la paciente según la fase en que se encuentra.
- Tipo de cuidados que necesita: higiene personal, movilizaciones, curas, administración de medicamentos, manejo de tecnología...
- Dificultades para prestar los cuidados y posibles ayudas técnicas.
- Cuestiones legales y económicas que pueden surgir: tutela, voluntades anticipadas, consentimientos, ayudas a solicitar.

- Información para cuidarse (autocuidado).
- Higiene postural: Posturas correctas en la movilización del o la paciente. Consecuencias de una higiene postural inadecuada.
- Alimentación equilibrada:
 - Educación sobre una dieta variada.
 - Planificar un aporte hídrico adecuado.
 - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al estilo de vida.
- Actividad física:
 - Promover la actividad física regular.
 - Beneficios del ejercicio físico.
- Sueño y descanso:
 - Beneficios de establecer una rutina.
 - Evitar alimentos y bebidas que interfieran el sueño.
 - Evitar situaciones estresantes previas al sueño.
- Información sobre los servicios sanitarios:
 - Localización de los servicios sanitarios del departamento o zona de salud.
 - Servicios que ofrece el centro de salud (médicos, enfermería, trabajo social y otros), funcionamiento del centro (horarios, citas, atención a urgencias...) y teléfonos de contacto.
 - Profesionales sanitarios de referencia del o la paciente y de la persona cuidadora.
- Información sobre los servicios sociales y comunitarios (T. Social):
 - Facilitar información sobre los servicios y prestaciones de la Red de Servicios Sociales de atención a la dependencia, y también aquellos dirigidos a personas mayores o con discapacidad de nuestra comunidad autónoma.
 - Informar sobre los recursos comunitarios (asociaciones, voluntariado, etc.) que pueden necesitar y cómo acceder a ellos.

SESIONES FORMATIVAS

La intervención formativa consiste en **capacitar o dotar de habilidades a la persona cuidadora para “cuidar mejor”**.

Se trata de una actividad programada y adaptada a las necesidades específicas detectadas, en la que se plantean unos objetivos realistas y los correspondientes contenidos y técnicas para alcanzarlos.

Los **contenidos** más habituales incluyen:

- Cuidados básicos:

Higiénico-sanitarios:

- Alimentación y eliminación
 - Administración de medicamentos
 - Úlceras
 - Movilizaciones
- Manejar los síntomas en el cuidado del o la paciente:
 - Control de síntomas habituales.
 - Reconocer signos de alerta: dolor, disnea, edemas, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, cansancio, deshidratación, confusión o incoherencia al hablar, etc.
 - Pautas de respuesta ante los signos de alerta, situaciones en las que se debe solicitar asistencia.
 - Ofrecer apoyo emocional al o la paciente:
 - Expresar afecto, comprensión.
 - Mostrar interés por sus necesidades y deseos.
 - Establecer una relación de confianza y sinceridad para que pueda expresar sus preocupaciones o miedos.
 - Reconocer los esfuerzos que hace, motivarlo.
 - Mantener contacto físico.
 - Facilitar la comunicación con el o la paciente:

- Escucha activa, utilizar un lenguaje sencillo, dar tiempo para las respuestas, observar con atención su estado emocional para interpretarlo de forma adecuada, buscar temas de conversación, revisar fotos, etc.
- Aspectos específicos de la comunicación con pacientes con problemas visuales, auditivos, demencia, trastorno mental grave...
- Favorecer la independencia y la autoestima:
 - Estrategias para favorecer la independencia: proporcionar solo la ayuda que necesita, ayudarle a empezar, preparar la actividad para que resulte más fácil, mantener rutinas, utilizar ayudas técnicas, animarle...
 - Estrategias para favorecer la autoestima: permitir que tome las decisiones que le afecten, consultarle, hacer que se sienta útil, que asuma responsabilidades, reforzar lo que hace bien ...
- Manejar los comportamientos difíciles:
 - Deambulación
 - Agresividad verbal y/o física
 - Rechazo de los cuidados
 - Conductas inapropiadas
- Final de vida y pérdidas:
 - La muerte en la sociedad actual
 - Miedos de la persona enferma y de la persona cuidadora
 - El proceso de duelo.
 - Despedida de su familiar
- Adaptar la vivienda y eliminar los riesgos para facilitar los cuidados: rampas, bañeras, accesos, enchufes, iluminación...

SESIONES DE APOYO EMOCIONAL

Las intervenciones programadas de apoyo emocional se dirigen a **mejorar el malestar emocional de la persona cuidadora**. Se trata, en la mayoría de los casos, de alteraciones leves o trastornos adaptativos relacionados con la situación personal, familiar y social que está viviendo la persona cuidadora (especialmente frustraciones, conflictos interpersonales y pérdidas), que no suponen una patología, pero conlleva un grado de desazón importante que hace muy conveniente su atención y tratamiento.

Las técnicas y estrategias habitualmente utilizadas para mejorar el malestar emocional permiten ofrecer una respuesta eficaz, no farmacológica, para resolver los problemas.

Están basadas en sus propios recursos personales, enfatizando la comprensión de las circunstancias relacionadas con el malestar, identificando los sentimientos y los problemas recientes que pudieran estar afectándole y requiriendo su participación activa en la búsqueda de soluciones a sus problemas. Ayudan a “cuidarse mejor” y van dirigidas al:

1. Manejo de pensamientos erróneos y control de las emociones.
2. Resolución de problemas.
3. Mejora de la autoestima.
4. Habilidades de comunicación.
5. Entrenamiento en la realización de actividades gratificantes.
6. Aprendizaje de técnicas de relajación

1) Modificación pensamientos erróneos y control de emociones.

A. OBJETIVOS:

1. Disminuir la irritabilidad, el nerviosismo.
2. Aprender a modificar pensamientos disfuncionales.

B. CONTENIDOS:

Pensamientos disfuncionales, erróneos o irracionales

La intervención a nivel cognitivo con personas cuidadoras, **modificando pensamientos disfuncionales**, es un paso previo para la promoción de formas adaptativas de afrontamiento del cuidado, tales como la búsqueda de apoyo, tener tiempo libre para descansar o para realizar actividades placenteras, etc.

Algunos de estos pensamientos que pueden presentarse en las personas cuidadoras y que en ocasiones son la causa de la tensión, por ejemplo:

- ✓ Creer que debería atender él solo a su familiar sin “molestar” a otros y sentirse mal cuando piensa que no va a poder seguir haciéndolo durante mucho más tiempo.
- ✓ Pensar que los demás familiares deberían colaborar más en las atenciones al enfermo y molestarse profundamente cuando no lo hacen.

- ✓ Tener la idea de que debería haber justicia en la vida y luego pensar sobre lo mal repartido que está el mundo y en la injusticia de tener que soportar la carga del cuidado.
- ✓ Pensar que la persona enferma hace cosas a propósito para enfadarle, que podría hacer las cosas si quisiera, pero no le da la gana hacerlas.
- ✓ Creer que es precisamente con la persona cuidadora con la que peor se comporta la persona cuidada.

C. TÉCNICAS

1.- Control de la respiración

- Aprender a controlar el nerviosismo y la tensión: entrenamiento en control de la respiración.
- Detectar señales de tensión. Nudo en el estómago, opresión en el pecho, tensión en la mandíbula, en las cervicales, ponerse rojos, etc.
- Identificar la relación entre tensión interior (mente) y tensión exterior (cuerpo). Si nuestro cuerpo está relajado, nosotros nos sentimos más relajados.

2.- Manejar pensamientos disfuncionales, erróneos o irracionales

Paso 1.

Explicarle a la persona cuidadora qué es un pensamiento erróneo. Son aquellos pensamientos y sentimientos lesivos que no se corresponden con la realidad objetiva de la situación que los genera y que aparecen de forma constante u obsesiva.

Paso 2.

Explicarle a la persona cuidadora la relación entre pensamiento > emoción > acción.

El ambiente, es decir, las cosas que nos pasan influyen en cómo nos sentimos.

Influye en la medida en la que nosotros hacemos unas cosas u otras y pensamos unas cosas u otras sobre lo sucedido.

Paso 3.

Ayudarle a reconocer sus pensamientos erróneos.

Analizar las razones por las cuáles se sienten frustradas y enfadadas en el papel de personas cuidadoras.

- Fuentes de tensión: Ciertas situaciones que superan por lo menos momentáneamente nuestra capacidad de manejarlas correctamente.
 - ✓ “Justo cuando acabo de limpiarle, se ha quitado el pañal y lo ha ensuciado todo”
 - ✓ “La chica que venía a ayudarme ha llamado para decirme que ya no puede seguir viniendo”
- Nuestros pensamientos, puntos de vista, creencias y expectativas sobre una situación.
 - ✓ “Estoy sola en esto, nadie me ayuda”
 - ✓ “¿Por qué todo me pasa a mí?”
- Nuestras acciones, lo que hacemos o dejamos de hacer ante determinadas situaciones.
 - ✓ “No digo nada, porque si no, es aún peor”,
 - ✓ “No puedo salir de casa”

Lista de sus pensamientos erróneos.

Pensamientos y sentimientos de culpa, rencor, rabia, ira, vergüenza, soledad, tristeza.

Paso 4.

Debate para transformar esos pensamientos/sentimientos

El debate es la forma de cuestionar los pensamientos que nos causan malestar. Se trata de preguntarnos sobre la evidencia “a favor” del pensamiento, así como la evidencia “en contra” del mismo. Buscar evidencias a favor de los pensamientos que nos originan emociones fuertes de tristeza, enfado, irritación, etc., no nos cuesta mucho. De hecho, nos resulta fácil encontrar razones para pensar como pensamos. Es más difícil encontrar evidencia en contra de estos pensamientos que nos generan malestar.

2) Habilidades para la resolución de problemas

A. OBJETIVO

Aprender a identificar problemas y a solucionarlos.

B. CONTENIDOS:

Estrategias de afrontamiento.

Por afrontamiento se entienden aquellos esfuerzos que realiza una persona para manejar problemas y emociones que generan malestar y que pueden influir sobre la aparición y la intensidad de las consecuencias físicas y psicológicas asociadas al estrés.

En el caso de las personas cuidadoras, los recursos de afrontamiento consisten en un conjunto complejo y dinámico de respuestas cognitivas, afectivas y conductuales dirigidas a regular sus emociones, solucionar o mejorar los problemas que surgen en el día a día y mantener la resistencia psicológica y la fortaleza necesaria para mantenerse en el papel de persona cuidadora durante un periodo de tiempo prolongado.

¿Cómo nos enfrentamos a las situaciones que nos provocan frustración y malestar? Algunas no pueden ser cambiadas, pero otras sí.

Ante situaciones problemáticas caben varias respuestas posibles:

- Evitación, huida. No ayuda a la solución del conflicto, únicamente contribuye a aumentar la frustración.
- Intentar sentirse mejor (que no nos afecte negativamente). Utilizando la relajación, aumentando las actividades agradables y modificar los pensamientos inadecuados que le hacen sentirse mal.
- Cambiar la situación. Utilizando la solución de problemas, o la comunicación asertiva.

C. TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Técnica para facilitar la búsqueda de soluciones a situaciones a las que las personas no saben cómo enfrentarse. El objetivo es adquirir una serie de habilidades y estrategias para enfrentarse a situaciones difíciles. Esta técnica consta de cuatro etapas:

Paso 1.

Ayudarle a definir y formular el problema.

Cuando un problema está bien definido y delimitado, su importancia disminuye. Si especificamos lo que sucede será más fácil encontrar una solución.

- Recoger información acerca del problema: ¿quién está implicado?, ¿qué está sucediendo?, ¿dónde?, posibles causas.
- Cambiar los conceptos vagos o ambiguos por otros específicos y concretos.

- Separar la información relevante de la irrelevante, evitando suposiciones, interferencias...
- Establecer una meta en términos específicos, realistas y concretos (qué es lo que se quiere conseguir o alcanzar al resolver el problema).

Paso 2.

Enseñarle a generar soluciones alternativas.

El objetivo es **identificar o generar el mayor número posible de alternativas** para solucionar la situación-problema.

Todas las soluciones que se le ocurran valen. Cuantas más soluciones tenga mayor probabilidad habrá de que la mejor solución se encuentre entre ellas.

Paso 3.

Enseñarle a tomar decisiones.

El primer paso es **descartar aquellas alternativas de solución obviamente negativas**, que generarían problemas aún mayores.

Para **valorar las restantes** conviene preguntarse: ¿qué ventajas obtendré con cada una?, ¿qué costes a corto y a largo plazo me generará?, ¿qué inconvenientes tiene cada una de las alternativas?

Paso 4.

Elección, puesta en práctica y verificación de la solución.

- Primero se va a situar dando solución al problema. Va a imaginar que ya ha elegido la mejor alternativa y va a pensar qué ocurre al ponerla en práctica ¿Le parece la más apropiada? Sí es así, esa será nuestra opción.
- Una vez elegida la alternativa de respuesta, se ha de programar y planificar cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo. Se debe establecer un período de tiempo durante el cual se pondrá en práctica y que permita su aplicación continuada y la constatación de su eficacia.

3) Mejorar la autoestima

1. OBJETIVO

Que la persona cuidadora **valore positivamente lo que hace** para sentirse bien.

2. CONTENIDO

La autoestima de cada persona es la manera, el grado en que nos valoramos y queremos a nosotras mismas. Toda persona desarrolla una autoestima suficiente o deficiente, positiva o negativa, alta o baja, aunque no nos demos cuenta. Importa desarrollarla de la manera más positiva y realista posible, que nos permita descubrir nuestros recursos personales (para aprender a utilizarlos adecuadamente), así como nuestras deficiencias (para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades).

Las personas pueden **tener dos imágenes de sí misma:**

- Negativa. Sólo se fijan en lo negativo, en aquello que les falta o en las limitaciones. Se minusvaloran ante los demás.
- Positiva. Se perciben con sus riquezas y sus límites, con sus éxitos y sus fracasos. Ven sus logros y sus carencias.

3. TÉCNICA

Paso 1.

Reconocer cualidades, aspectos positivos, logros propios y de otros.

Ser conscientes de las cosas que hacen bien, de logros recientes, de aspectos que han mejorado, situaciones que han superado, etc.

Paso 2.

Verbalizarlos ante el equipo profesional o el grupo:

- Expresar cualidades positivas de ellas mismas y de las demás.
- Expresar cosas que les gustaría cambiar o mejorar.
- Hablar sobre cosas que se han superado y han sido aceptadas sobre su aspecto, su carácter o su vida.
- Hablar sobre su afectividad: si son expresivos y cariñosos o si les cuesta serlo...
- Practicar el abrazo con otras personas del grupo.

Paso 3.

Reforzar por profesionales y el grupo lo positivo para la persona cuidadora.

4. Habilidades de comunicación

A. OBJETIVO

Aprender estrategias de comunicación asertiva.

B. CONTENIDO

El rol de persona cuidadora principal implica **hacer frente a situaciones potencialmente conflictivas** tanto en el propio seno familiar, como en el ámbito sanitario (visitas al centro de salud, demanda de información) o en el social (búsqueda de ayudas económicas, contacto con asociaciones de familiares, conductas problemáticas de la persona enferma en público).

Para tratar de cambiar las situaciones que nos provocan malestar es necesario comunicarse de manera asertiva.

*La **comunicación asertiva** es definida como aquellas conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresan los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona, de un modo no ofensivo, respetando esas conductas en las demás, y ayuda generalmente a resolver los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.*

C. TÉCNICA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva no es fácil, es importante seguir los siguientes consejos:

- Tener claro lo que se quiere decir (al o la paciente, profesionales, familiares...) o se quiere conseguir.
- Escuchar de forma activa al o la paciente y atender a la comunicación no verbal.
- Ponerse en el lugar del o la paciente (“entiendo que a ti te gustaría... pero...”, “comprendo tus motivos para..., pero intenta entenderme”).
- Hablar en primera persona (“yo creo...”, “a mí me parece...”) evitando juzgar a la otra persona y describiendo en cambio cómo me afecta su conducta.
- Expresar sus sentimientos sin evaluar a la otra persona, sin ponerle etiquetas (“me siento...”).
- Ser positivo. Destacar las consecuencias positivas de lo que una misma piensa en lugar de centrarse en los aspectos negativos de la interlocutora.

5. Programar y realizar actividades gratificantes

A. OBJETIVO

Incrementar el tiempo que se dedica a uno mismo para actividades gratificantes.

B. CONTENIDO

Las actividades agradables y desagradables en nuestra vida afectan a nuestro estado de ánimo, a cómo nos sentimos.

Si participamos en actividades que resultan agradables más frecuentemente, nuestro estado de ánimo será más positivo. Las actividades de ocio, sociales, reducen los sentimientos negativos asociados al cuidado.

Entre las actividades agradables es aconsejable incluir alguna que implique ejercicio físico ya que el ejercicio ayuda a liberar tensiones, pone en circulación por nuestro cuerpo endorfinas y hace que nuestro estado de ánimo mejore.

C. TÉCNICA

Paso 1.

Pedir a la persona cuidadora que haga una lista de actividades agradables.

Habrà que tener en cuenta:

- Escoger actividades agradables realistas.
- Aumentar la frecuencia de las actividades agradables.
- Escoger las actividades que no cuesten mucho esfuerzo y que le sean a uno altamente satisfactorias.

Paso 2.

Llevar un registro de las actividades agradables realizadas o no.

El seguimiento de las actividades agradables y del estado de ánimo se realizará a través de un **registro diario**, donde estarán apuntadas las actividades diarias realizadas y las que no se han realizado que estaban programadas.

Se intentará que todos los días haya al menos un par de actividades agradables.

Paso 3.

Revisar y actualizar la lista de actividades agradables

- Cada semana se revisa la lista **para añadir nuevas actividades o incrementar** las que ya están.
- El criterio de elección debe ser: mayor satisfacción y menor dificultad.

Paso 4.

Ayudarle a relacionar actividades agradables y estado de ánimo.

6. ¿Como aprender a gestionar la ansiedad?

Consultar el capítulo “Relajación Progresiva”.

Consulta recomendada:

“GUÍA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES EN EL ÁMBITO SANITARIO”

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Fecha de publicación: 2014.

Resumen: Se describe la situación, los procesos de evaluación y las estrategias para la atención a las personas cuidadoras.

Enlace:

http://www.san.gva.es/documents/156344/0/Guia_de_atencion_a_las_personas_cuidadoras_familiares_en_el_ambito-sanitario.pdf

11. DUELO Y ACOMPAÑAMIENTO

El duelo (del latín *dolus, dolor*), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como *las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar.*

En tal sentido podemos decir que el duelo es la respuesta normal y natural a la pérdida de un ser querido o separación, que no hay que *psicologizar* ni *patologizar* ya que la mayoría de las personas experimentamos situaciones de pérdida en nuestra vida y no por ello se requiere de ayuda especializada.

El duelo es también una respuesta a cualquier tipo de pérdida, no sólo a la muerte de una persona. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera, pero igualmente, produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Aun cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás, son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen estas pérdidas significativas a lo largo de la vida.

1) EL DUELO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El duelo es un proceso muy personal, por lo que puede requerir distintos enfoques en función de la vivencia de cada persona, desde no requerir el apoyo sanitario o social hasta los distintos niveles de intervención, siendo las más frecuentes:

El asesoramiento, para facilitar la resolución de tareas de elaboración del duelo, sin entrar en factores que puedan establecer duelos patológicos.

El acompañamiento, tiene por objeto el proceso de permanecer al lado de la persona para ayudarla a expresar emocionalmente los sentimientos por la pérdida sufrida.

La terapia, consistente en resolver las conductas, conflictos o situaciones que no favorecen la elaboración del duelo.

El asesoramiento y el acompañamiento son intervenciones cotidianas en el entorno de la **Atención Primaria de Salud**, focalizadas, bien en la consulta de enfermería o de

medicina, bien en la propia intervención sobre el entorno personal de la persona usuaria, que se aplican en procesos de duelo no complicado.

En los duelos complicados o patológicos es necesaria, en no pocos casos, la intervención de los y las profesionales de salud mental a través de intervenciones terapéuticas específicas para ello.

- El **asesoramiento** consistiría en utilizar los conocimientos sobre los procesos de duelo para facilitar o, al menos, no entorpecer los procesos de duelo de las personas que contactan en esa situación con el sistema sanitario. Este nivel incluye:
 - la aceptación de la expresión de emociones, por ejemplo, a través del llanto.
 - una actitud empática ante estos sentimientos,
 - la utilización de términos claros, que faciliten el que se pueda establecer una conexión emocional con la información que se da (“muerte”, “amputación” ...).
- El segundo nivel se correspondería con el **acompañamiento** y estaría caracterizado, no por referirse a un determinado tipo de duelo (normal *versus* patológico), sino por el hecho de estar realizada por una persona que mantiene una relación de ayuda con el doliente (como el personal médico o de enfermería de Atención Primaria). En un contexto como el de la Atención Primaria, este nivel de intervención se dirige a personas que presentan problemas de salud (o están en claro riesgo de presentarlo) que parecen en relación con una pérdida y que padecen dificultades para llevar a cabo el proceso de duelo.
- El tercer nivel se correspondería con la **psicoterapia** y estaría vinculada (pero no sólo) al o la profesional de salud mental. La actuación a este nivel está indicada en dos circunstancias:
 - Cuando las dificultades en el proceso de duelo han dado ya lugar a problemas de salud mental graves que requerirían esta intervención independientemente de su tipología clínica (un cuadro psicótico, un cuadro depresivo con ideas de suicidio).
 - Cuando la intervención de segundo nivel no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas.

Desde Atención Primaria se está en una posición privilegiada para acompañar a las personas en duelo. En muchas ocasiones, el EAP (Equipo de Atención Primaria) asiste de su enfermedad al familiar fallecido en el domicilio, estableciendo una relación

especial con la familia en este periodo tan crítico para ella. En otras ocasiones, el fallecimiento se produce fuera del domicilio y el doliente acude a su personal médico/enfermero de familia con una confianza casi natural, porque ya le conoce y está habituado a mostrarle los aspectos más vulnerables de sí mismo, sabe que puede expresar sus emociones en un ambiente seguro y, a la vez, mantener una circunstancia social normalizada, que no implica el estigma de la psiquiatría.

La Atención Primaria suele ser el ámbito sanitario al que acuden normalmente los y las dolientes y desde donde se puede atender la morbilidad asociada al duelo, así como el dolor, la disfunción y la incapacidad ocasionados por el conjunto de circunstancias personales, familiares y sociales que conlleva el proceso (Blanco et al, 2007; Carmona y Bracho, 2008; Lacasta y Soler, 2004; Mateos, 2009; Neimeyer, 2007).

2) MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO

Aunque el duelo se ha descrito en términos de etapas o tareas a realizar, la mayoría de los autores y las autoras destacan que no se trata de un proceso rígido, claro y ordenado, sino que está formado por fases que se solapan entre sí y que son una mezcla de emociones y respuestas ante ellas.

Incluso cuando la muerte es esperada se puede producir la reacción de *shock* que caracteriza a la primera etapa y que se manifiesta por emociones de incredulidad, negación de lo que ha sucedido, alivio ante la muerte, insensibilidad emocional. Todas ellas aparecen de forma desordenada, a veces consecutivas, y en muchas ocasiones solapadas o mezcladas.

- Durante esta primera etapa, la principal tarea es **aceptar la pérdida**. La diferencia fundamental entre las muertes esperadas y las bruscas es que, en éstas, la reacción de shock es mucho más intensa y dura más tiempo.
- La segunda etapa es la del dolor intenso en la que aparecen síntomas físicos, con frecuencia secundarios a la ansiedad. Esta es la etapa en la que se experimentan con mayor intensidad el dolor de la pérdida y la añoranza del ser querido, muchas veces acompañados de intensa ansiedad.

En este periodo pueden disminuir todos los apetitos, se pierde peso y el doliente experimenta dificultades de concentración y de retención de la memoria reciente.

La memoria de la pérdida suele estar presente de forma constante y, alrededor del 50% de las personas viudas, describen alucinaciones hipnagógicas, al conciliar el sueño o en momentos de relajación, en las que están presentes la

imagen, la voz o ambas cosas de la persona fallecida. Estas alucinaciones suelen ser de corta duración y desaparecen en cuanto el doliente recupera el estado de vigilia. Para muchas dolientes, esta etapa es en la que se cuestionan sus creencias más profundas, generalmente de carácter religioso. Por el contrario, otras muchas las reafirman y les sirven de refugio y consuelo. En este caso, estas personas buscan la compañía y el apoyo de otras que compartan su fe o creencias. Durante esta etapa la doliente sigue realizando sus actividades habituales (alimentación, sueño, trabajo) de forma rutinaria y apática.

A medida que va pasando el tiempo, la intensidad y frecuencia de las punzadas de dolor va disminuyendo, aunque vuelven con frecuencia, coincidiendo muchas veces con fechas, aniversarios o eventos significativos en la vida del ser querido desaparecido.

- En todo caso, a medida que el dolor de la pérdida se va atenuando, la doliente se introduce en la tercera etapa, la de la desorganización y la desesperación. El o la doliente pierde el sentido de su vida, y siente que la pérdida del ser querido le quita significado a todo. Durante este periodo pueden aparecer reacciones de pánico. Esta etapa se supera **encontrando nuevas razones para vivir**, en forma de tareas, trabajo, aficiones y nuevas relaciones personales, o recuperación de otras antiguas.
- Finalmente, el o la doliente se va acomodando a la pérdida y asentándose en su nueva situación. Esta es la denominada etapa de ajuste.

Características de las manifestaciones normales de duelo:

- **Cognitivas**

Incredulidad/irrealidad, confusión, alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves, también pueden aparecer dificultades de atención, concentración y memoria. La preocupación, los pensamientos e imágenes recurrentes e ideas obsesivas por recuperar la pérdida o evitar recuerdos pueden estar presentes y en ocasiones pueden darse distorsiones cognitivas.

- **Afectivas**

La impotencia/indefensión, la insensibilidad, la tristeza, apatía, angustia, ira, frustración y enfado son sentimientos que aparecen con frecuencia. En algunas ocasiones se presentan sentimientos de culpa y autorreproche.

Por otra parte, sentimientos como la soledad o el abandono pueden desarrollarse o, por el contrario, experimentarse alivio y emancipación.

Incluso sentimientos contradictorios de extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual por la nueva situación.

- **Fisiológicas**

El aumento de problemas de salud como somatizaciones: vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, dolor de cabeza, falta de energía/debilidad, problemas de sueño y/o alimentación suelen aparecer.

- **Conductuales**

Conductas de distracción, hipo o hiperactividad, descontrol, olvidos en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), aislamiento social, llanto, llevar o atesorar objetos o visitar lugares que frecuentaba la persona fallecida, hablar o llamar a la persona perdida...

3) PREDICTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO

- **Factores relacionales**

- Pérdida de hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano/a en la adolescencia.
- Relación dependiente de la persona superviviente respecto a la fallecida.
- Adaptación complicada al cambio de rol.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

- **Factores circunstanciales**

- Juventud de la persona fallecida.
- Pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, etc.
- Duración de la enfermedad y de la agonía.
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros.
- Muerte estigmatizada.

- **Factores personales**

- Ancianidad o juventud de la superviviente.
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Problemas de salud física y/o mental previos (ansiedad, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo y trastorno de personalidad).
- Escasez de aficiones e intereses.
- Duelos anteriores no resueltos.
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.

- **Factores sociales**

- Ausencia de red de apoyo social familiar o conflictos de relación con ésta.
- Recursos socioeconómicos escasos.
- Responsabilidad de hijos pequeños.
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido, etc.

4) OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo con lo que hemos venido planteado hasta aquí, los objetivos de la intervención consistirán en **facilitar que las cuatro tareas que constituyen el trabajo de duelo puedan ser llevadas a cabo.**

- Facilitar la **aceptación** de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la **expresión** y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la **resolución de los problemas** prácticos suscitados por la falta de la persona u objeto perdido.
- Facilitar una **despedida** y la posibilidad de **volver a encontrar sentido** y satisfacción en la vida.

5) PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN EN DUELO

- **Ayudar a la superviviente a tomar consciencia de la pérdida.**

En los momentos iniciales, la sensación de irrealidad es la norma. Hablar sobre la pérdida ayuda a realizar esa tarea. La persona que pretende facilitarla puede preguntar sobre la forma en la que se enteró de la misma, cómo reaccionó, qué pensó, qué sintió.

También puede explorar el comportamiento frente a los rituales que facilitan el cumplimiento de esta tarea, como la contemplación del cadáver en los ritos funerarios, las visitas a la tumba. Si el o la superviviente cuenta que no ha podido realizarlos, se pueden explorar sus pensamientos al respecto.

- **Ayudar a la persona a identificar y expresar sentimientos.**

La pérdida puede evocar sentimientos muy dolorosos de los que la persona puede intentar protegerse inconscientemente. Aunque, a veces, posponer la experimentación de esos sentimientos puede ser útil, en general, ignorarlos puede ser causa de problemas y dificultades en el proceso de duelo.

En el duelo, las conductas suicidas pueden tener que ver también con el deseo de reunirse con la persona que ya no está o consecuencia de la propia pérdida. Los sentimientos negativos hacia alguien que ha muerto pueden resultar inaceptables para quien los experimenta y ser negados o despertar fuertes sentimientos de culpa.

- **Ayudar a la superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin lo perdido.**

Supone ayudar a la superviviente a poder enfrentar los problemas prácticos de la vida y a tomar decisiones sin aquello perdido. La dificultad de esta tarea depende mucho del tipo de relación que existía entre la persona u objeto perdido y el o la superviviente. Puede haberse perdido a la persona que tomaba las decisiones en la pareja, a la que aportaba el sustento o a la que se hacía cargo de tareas imprescindibles como el cuidado del hogar o la educación de los hijos e hijas.

Puede haberse perdido un/a compañero/a sexual. Puede haberse perdido un elemento que ha sido esencial para la supervivencia (el empleo, la vivienda...). Y de ello derivan problemas prácticos de distinto orden. Es frecuente que la persona que ha sufrido una grave pérdida se sienta impedida a hacer grandes cambios que le permitan sortear su dolor (cambiar de casa, de ciudad o de compañera...)

En general, deben desaconsejarse medidas drásticas e irreversibles sobre decisiones tomadas en los primeros momentos, aunque, al hacerlo, conviene tener cuidado para no promover actitudes de indefensión. Se trata de posponer las decisiones para el momento en el que la persona esté

capacitada para hacerlo pensando en las consecuencias y no sólo en la utilidad de la decisión para disminuir el sufrimiento en un momento dado.

- **Favorecer la recolocación emocional de lo perdido.**

La recolocación es, con frecuencia, interpretada como sustitución u olvido de lo perdido y, en tal caso, su anticipación puede mover un rechazo a la idea de progresar en el proceso de duelo, cuyo final se anticipa en la fantasía como una especie de traición a lo perdido o como signifiante de que el vínculo que anteriormente unía a la superviviente con ello no era suficientemente fuerte como para dejar una marca permanente. En realidad, recolocar no significa abrir el camino a reemplazar (reemplazar es imposible), sino dar a lo perdido un lugar en la memoria de modo que su recuerdo (tan cargado afectivamente como sea necesario) no vete la posibilidad de intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales.

Son muy comunes las llamadas reacciones de aniversario (el primer aniversario suele ser particularmente difícil). También pueden ser difíciles el primer cumpleaños, las primeras Navidades o fiestas que son relevantes para la familia o el grupo, que se celebran sin la persona fallecida...

Interpretar la conducta normal como "normal".

- **Aceptar las diferencias individuales.**

También puede causar extrañeza y, a veces, alarma el hecho de que personas diferentes, aún dentro de un mismo grupo familiar y cultural, puedan manifestar comportamientos, emociones y modos de expresar éstas últimas muy diferentes entre sí. A veces eso puede hacer que la de alguno de ellos sea interpretada como patológica.

También puede ser que los requerimientos diferentes de personas que están siguiendo trayectorias diferentes hagan que cosas que siente una de ellas como necesaria para su progreso, puedan resultar entorpecedores para el proceso de la otra.

- **Ofrecer apoyo continuo.**

Como los requerimientos de las personas en duelo son diferentes a lo largo del proceso, es útil que la persona que pretende ser de ayuda se muestre disponible durante el mismo, estableciendo, por lo menos las condiciones y

el procedimiento por el que el o la superviviente o personas cercanas pueden buscar un nuevo contacto.

La iniciativa de establecer contacto por parte del personal sanitario en determinados momentos (aniversarios...) puede estar indicado en casos especiales.

Los grupos de autoayuda son especialmente útiles para este tipo de trabajo.

- **Examinar defensas y estilo de afrontamiento para prevenir complicaciones.**

Algunas estrategias de afrontamiento al dolor pueden ser, en ocasiones, potencialmente peligrosas para la salud mental o para la salud en general y la persona que pretende ayudar puede tener que señalarlo. Hay personas que pueden utilizar el alcohol o las drogas (incluidos los psicofármacos) para evitar el dolor, que pueden exponerse en conductas peligrosas o que pueden utilizar mecanismos extremos de negación que pueden hacer previsible una dificultad para completar el proceso de duelo.

- **Identificar patología y derivar.**

La persona que pretende ayudar a quien está atravesando un proceso de duelo debe ser capaz de decidir cuándo sus propias capacidades de ayuda han sido rebasadas por la situación.

En los casos en los que aparece sintomatología psicótica franca y prolongada en el tiempo, ideas de suicidio incoercibles, o cuadros depresivos clínicos está indicado el tratamiento de estos cuadros y, donde el sistema sanitario y el presente proceso lo establezcan así, la derivación a un especialista.

6) ATENCIÓN AL DUELO

El duelo se inicia desde el momento que se tiene conciencia de pérdida. El objetivo principal es **facilitar el proceso de adaptación y prevenir un duelo complicado.**

- La atención al duelo se debe proporcionar **antes de la pérdida**, en el caso de dolientes con familiares/seres queridos con enfermedades crónicas y paliativas, **durante el proceso** de pérdida y debe prolongarse, si es necesario, **después de la pérdida.**
- Los predictores de riesgo nos van a permitir identificar a las personas que probablemente necesitarán apoyo tras la pérdida de su familiar.

- En la detección de problemas relacionados con el duelo, puede pasar desapercibida la existencia misma de pérdidas y, consiguientemente de procesos de duelo subsecuentes a ellas.
- También, aunque las pérdidas sean conocidas, pueden pasar desapercibidas señales de que está habiendo problemas en su elaboración.

La presencia de pérdidas puede ser explorada a través de preguntas explícitas:

- “¿Ha ocurrido algo importante en su vida durante este periodo?”.
- En caso de respuesta positiva deben explorarse los sentimientos ideas y comportamientos suscitados por la misma: “¿qué le hizo sentir eso?”, “¿qué le vino a la cabeza?”, “¿qué es lo que hizo entonces?”, “¿cómo se sintió después?”, “¿y ahora?”.
- Deben rastrearse no sólo las pérdidas actuales, con la posibilidad de que se presenten problemas de los considerados como “duelo distorsionado” sino, los posibles efectos de pérdidas pasadas que puedan causar actualmente problemas como “duelo diferido” (por ejemplo, en forma de reacción de aniversario o reacción desmedida ante una nueva pérdida, aparentemente intrascendente).

Atención durante el periodo anterior a la pérdida:

Desde Atención Primaria, el EAP asiste a pacientes crónicos y paliativos, a sus familias y el entorno en el que se encuentran. Esta asistencia se puede llevar a cabo tanto en la consulta del centro de salud, como desde el domicilio en la mayoría de los casos, ya que suele tratarse de pacientes dependientes y/o discapacitados/as.

Habitualmente suelen ser casos que requieren de una atención más frecuente y continuada, con lo que se establece una relación de confianza y sinceridad que hace en muchas ocasiones, que puedan expresar sus preocupaciones o miedos utilizando el asesoramiento y el acompañamiento como herramientas fundamentales para:

- Facilitar la comunicación con el o la paciente/familia, mediante la **escucha activa** y el uso de un lenguaje sencillo.
- Ofrecer **apoyo emocional**, expresando nuestro apoyo y comprensión, mostrando interés por sus necesidades y deseos atendiendo a su malestar.
- **Apoyar la toma de decisiones.**
- **Valorar el riesgo de duelo complicado** de acuerdo con los predictores de duelo.

Atención durante la pérdida:

Durante la situación de últimos días, se pone una especial atención en **los cuidados paliativos**, mediante un buen control de síntomas. Permitiendo, orientando y favoreciendo el **proceso de la despedida**, la expresión del dolor, fomentando el contacto físico con el familiar. Acompañando y asesorando durante el proceso con disponibilidad y presencia, intentando evitar un recuerdo doloroso del proceso.

Atención después de la pérdida:

Las personas supervivientes pueden tener distintas situaciones después de la pérdida, desde lo más frecuente que es tener un espacio de reflexión y distancia hasta requerir una presencia por parte del o la profesional de AP.

Como pauta general se recomienda contactar con la persona superviviente entre la 2ª y 3ª semana a través de visitas de seguimiento o contacto telefónico con el objetivo de expresarles nuestra condolencia, reforzar su papel de cuidadores, facilitar la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos, aclarar sus dudas, ofrecer soporte básico, manifestarles nuestra disponibilidad.

El seguimiento del duelo se debe mantener al menos 2 meses con contactos esporádicos o continuados según evaluación. Con la intención de poder valorar si la persona cuidadora principal o cualquier otro familiar requiere de un soporte específico. Detectando pistas que nos orientan hacia un posible duelo complicado. O por la petición de ayuda expresa del familiar para su proceso de duelo.

Desde Atención Primaria también se puede ofrecer **alguna intervención grupal dirigida a familiares/cuidadores sobre abordaje del duelo**, siendo posible distintos encuadres como los Grupos de Ayuda Mutua o Grupos dirigidos por profesionales.

Ante un duelo complicado o sospecha de duelo patológico de algún familiar y siempre que el o la doliente lo acepte, **se valorará en el espacio de colaboración** o se derivará a atención especializada en las Unidades de Salud Mental.

Material recomendado:**“AFRONTAMIENTO DEL DUELO”.**

Autora: Josefina Mateos Rodríguez, Psicóloga Clínica. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga).

Resumen:

Guía de Autoayuda para el afrontamiento del duelo en adultos y en niños.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública. Dirección General de Innovación Sanitaria, Sistemas y Tecnologías. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Fecha de publicación: 2009

Enlace:

https://escueladepacientes.es/images/Pdfs/Guia_para_el_afrontamiento_del_duelo.pdf

12. PSICOTERAPIA DE APOYO

Dentro del contexto de **Atención Primaria** es importante contar con herramientas eficaces y que requieran poco tiempo para su aplicación, de ahí, la recomendación de utilizar estas dos técnicas que a continuación se describen (Servicio Canario de Salud, 2008):

- Consejo (*Counselling*)
- Terapia de Resolución de problemas

El “**counselling**” es una técnica de intervención y preventiva, en la que una persona asesora, a través de la comunicación, intenta, en un lapso de tiempo corto, provocar en una persona sobrecargada, un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo-emocional, mediante el cual se mejora su disposición de autoayuda, su capacidad de autodirección y su competencia personal. Es un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de la autonomía personal, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses (Arranz et al, 2003).

El *counselling* propone como habilidades facilitadoras:

- Realizar preguntas abiertas dirigidas:
¿Con qué ánimo se encuentra hoy?
¿A qué atribuye su empeoramiento?
- Preguntar sin dar nada por supuesto:
¿Qué entiende por...?
- Escuchar antes de hablar. Se suele tener el hábito de comenzar dando información sin, previamente, delimitar las necesidades de conocimiento específicas del paciente.
- Explorar otros problemas:
Además de ésta, ¿tiene otras preocupaciones?
- Facilitar que el paciente funcione por objetivos aumentando, con ello, la percepción de control sobre su bienestar.

Terapia de solución de problemas

Los problemas son situaciones específicas de la vida diaria que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos.

Modelo para la solución de problemas

- Identificar el problema del modo más específico posible.
- Generar alternativas con “tormenta de ideas”.
- Evaluar las alternativas que son más adecuadas. Reunir información y establecer criterios objetivos de eficiencia y viabilidad.
- Elegir y decidir. Qué se va a hacer y cómo.
- Establecer un plan de acción.
- Seguimiento y reevaluación. Comprobar que funciona y, si es preciso, cambiar la alternativa de solución.

La **psicoterapia cognitivo-conductual** es la que más se ha estudiado y sus resultados han sido consistentemente comprobados.

Dadas las características de la demanda en AP, es fundamental tener y aplicar conocimientos de este tipo, que no sólo benefician al paciente sino a la autoestima del propio médico.

Ante la necesidad de contar en Atención Primaria con esta herramienta terapéutica, en principio más propia de profesionales especializados en Salud Mental, se han desarrollado formatos de tratamiento psicoterapéutico especialmente pensados para ser aplicados en AP, adaptados a las particularidades del encuadre:

- deben ser fáciles de aprender y de aplicar.
- ocupar poco tiempo.
- ser de efectividad probada en los trastornos psiquiátricos que se abordan en los trastornos psiquiátricos que se abordan en AP.

La psicoterapia básica de apoyo o ayuda psicológica no reglada es el tipo de intervención más sencillo, y la que se debería usar habitualmente en Atención Primaria, bien como única técnica de abordaje o como marco estructural a cualquier otra forma de psicoterapia.

Se basa, fundamentalmente, en la propia acción terapéutica del médico y en el sentido común clínico.

Su finalidad es contener la ansiedad de la persona usuaria, ofrecerle un espacio de escucha en el que pueda tratar confidencialmente sus problemas y orientarla acerca de cómo afrontarlos.

El núcleo fundamental es el desarrollo de una buena entrevista clínica.

Crear un espacio de cordialidad, escucha activa, asertividad y flexibilidad, donde la persona se sienta cómoda para expresar sus síntomas, sus problemas y sus temores, enfatizando en la confidencialidad.

La interacción entre las figuras de médico y paciente es la variable más importante en cualquier tipo de psicoterapia y lo que hace que sean difíciles de medir los resultados de cada una de ellas.

Técnicas básicas de la Psicoterapia de apoyo:

- 1) Construir una **relación terapéutica** con el o la paciente: debe ser una relación empática, que transmita confianza, para que la persona se sienta cómoda y sienta que nos preocupamos por su problema.
 - Para evitar la dependencia también deben entender que esta preocupación es estrictamente profesional.
 - No mostrar prisa, practicar una escucha activa, calmada, en un lugar tranquilo y sin interferencias y sabiendo manejar el tiempo y ritmo de la misma.
 - Comunicarnos con la persona con un lenguaje claro, sencillo y comprensible.
- 2) **Escuchar** atentamente las preocupaciones del o la paciente:
 - Animarle a que verbalice sus problemas, que se exprese libremente sobre cómo se siente, qué necesita, etc. favoreciendo la expresión de emociones.
 - Haremos una anamnesis, primero con preguntas abiertas para luego ir concretando. También haremos preguntas aclaratorias.
 - Es importante, posteriormente, hacer un resumen de lo que la persona nos ha contado: sintetizaremos la entrevista, reflexionando en voz alta con ella sobre lo acaecido.
 - Así conseguimos estar seguros de que hemos entendido lo que nos quiere decir y él o ella misma se da cuenta de que efectivamente la hemos entendido.

3) Ofrecer información:

- Debemos informarle, con un lenguaje adecuado, sin tecnicismos, de lo que le ocurre, su diagnóstico, desculpabilizar...
- Cómo vamos a tratarle (efectos esperados de la psicoterapia, efectos esperados de los fármacos, posibles efectos secundarios de los fármacos (y de la psicoterapia), periodo de latencia, duración aproximada del tratamiento, consultas de seguimiento, alternativas terapéuticas en caso de no respuesta, etc.) y el pronóstico.
- Así mismo, aclararemos las dudas que pueda tener, dentro de nuestros conocimientos, sin tratar de infundirle expectativas incorrectas, ni minusvalorar su sufrimiento.

4) Favorecer la esperanza: los pacientes tienen la tendencia a presentar un pesimismo mórbido.

- Sin caer en falsos triunfalismos, el o la profesional médico debe mostrarse esperanzada, haciendo hincapié en cualquier mejoría.
- Tratar de tranquilizar en el sentido de que su enfermedad en la actualidad tiene tratamientos eficaces.

5) Buscar y hacer que trabajen las funciones indemnes de la persona, su parte sana.**6) Reforzar la autoayuda:**

- Favoreciendo cualquier conducta autónoma de la persona, por muy pequeña que sea, y no permitiendo conductas ni relaciones de dependencia en lo posible.
- Aconsejando material de autoayuda disponible (impreso o web), su implicación en grupos terapéuticos, de ayuda mutua, etc.

Principales características de la relación

- La cordialidad: dar a entender al interlocutor que es bienvenido y que se está satisfecho de poder comunicarse con él o ella.
- Establecer una escucha activa (transmitir “te atiendo” y “te entiendo”) y una relación empática (transmitir: “imagino lo que debes sentir”).
- Asertividad: capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.
- Flexibilidad: capacidad de modificar la estructura y/o los objetivos prefijados en función de los datos que van apareciendo.
- Proveer una explicación racional para los síntomas del paciente.
- Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.
- Tratar de conseguir el apoyo de la familia y otros.
- Respetar las creencias del paciente y familiares: nunca erigirse en juez ni pretender dar lecciones de moral.

Material de Consulta:

“Salud mental en Atención Primaria: Recomendaciones para el abordaje de los Trastornos más prevalentes”.

Autor: Servicio Canario de Salud.

Fecha: 2008.

Resumen: Describe los principales problemas de Salud Mental en AP y su intervención. En la Segunda parte del documento, explica las estrategias psicoterapéuticas básicas para el manejo de dichos problemas.

Enlace:

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf

13. AUTOAYUDA GUIADA

La Psicoeducación y la Autoayuda Guiada son el primer escalón de intervención para los diferentes problemas de salud a los que se refiere este Proceso de Atención al TMC y manejo del malestar emocional.

Su uso es de especial importancia ya que, por un lado, permite una intervención sencilla y de baja intensidad y, por otro, fomenta la autonomía de la persona usuaria a través de la psico-educación y el manejo de la respuesta emocional.

En este apartado, se describen y se proporcionan los enlaces a dos de las **páginas web** que, a nuestro juicio, pueden resultar más útiles para implementar estrategias basadas en la Autoayuda para problemas de malestar emocional y para el manejo de la ansiedad y la depresión, tanto en el contexto de la Atención Primaria, como usadas de forma complementaria a las intervenciones de Atención especializada de Salud Mental:

- **Bienestar Emocional** (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).
- **Guías de Autoayuda para la Depresión y la Ansiedad** (Servicio de Salud de la Junta de Andalucía).



© Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

En su página web, el **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social** introduce su estrategia de la siguiente manera:

*“En los últimos años se ha desarrollado un importante cuerpo de evidencia sobre la **influencia que las emociones y su manejo tienen sobre la salud en general**. De hecho, el bienestar mental está incluido en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, se refiere a un estado en el que las personas son conscientes de sus propias aptitudes, afrontan las presiones normales de la vida, pudiendo trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad.*”

La salud mental está íntimamente ligada a la salud general, los vínculos entre la salud física y la mental son bidireccionales. Una mala salud física incide negativamente en la salud mental, de la misma manera que el bienestar emocional protege la salud física y mejora los resultados en salud y las tasas de recuperación, fundamentalmente en la enfermedad coronaria, el ictus y la diabetes.

En estos últimos años, organismos internacionales relevantes, como Naciones Unidas, han asumido como un reto de nuestro siglo el abordaje de las enfermedades crónicas, constituyendo su prevención un elemento clave. El estrés psíquico se reconoce como un factor de riesgo modificable que interviene en la morbilidad y mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y neuropatías crónicas.

El Dr. Hans Selye, en el año 1956 fue pionero en el estudio de la influencia del estrés en la salud y demostró que la ansiedad recurrente repercute negativamente en la salud y en su recuperación. Actualmente sabemos que el estrés influye sobre el estilo de vida que se adopta, ya que por un lado propicia conductas adictivas como el consumo de tabaco y alcohol y por otro, hace más difícil entre las personas ya consumidoras, abandonar estos hábitos. En general, el estrés se asocia con un peor estilo de vida, influyendo negativamente sobre la práctica de actividad física y sobre los hábitos alimentarios.

El Ministerio de Sanidad, ante esta realidad, viene trabajando en estos temas desde hace tiempo. En este sentido, ha elaborado, en el marco del Plan de Calidad, la **Estrategia en Salud Mental del SNS** que recoge, dentro del objetivo de promoción de la salud mental, **intervenciones orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales**, entre otras.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS, elaborada por la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio, plantea una serie de intervenciones para actuar sobre los principales determinantes y factores de riesgo de las enfermedades crónicas, como son el consumo de tabaco y de alcohol, el tipo de alimentación y la actividad física. Como elemento clave y novedoso, se introduce el bienestar emocional.

Por todo ello, y como parte de las intervenciones derivadas de la citada Estrategia, se presenta esta [página Web de Bienestar Emocional](#) dirigida a toda la población. Su finalidad es proporcionar información y respuestas concretas, ajustadas a las necesidades de los ciudadanos, en materia de bienestar emocional. La información

facilitada pretende orientar a la población sobre habilidades para mejorar su estilo de vida y aprender a manejar las emociones y el estrés en función de sus necesidades”.

Referencia de autoría:

Los contenidos de esta página web están basados en el trabajo realizado por el **Dr. Antonio Cano Vindel**. En algunos apartados ha colaborado en la autoría la **Dra. Esperanza Dongil Collado**.

Agradecimientos. La supervisión, revisión y adaptación final ha sido coordinada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Actualización de los materiales: 2014

Estructura de la página web:

En los siguientes apartados, se reproduce la lista de acciones y los vínculos a la web (*clicando* sobre el título en azul o copiando y pegando la dirección en el navegador).

Emociones y estrés

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/emocionEstres/emociones/home.htm>

- [Emociones](#)
- [Emociones positivas](#)
- [Estrés](#)
- [Ansiedad](#)
- [Tristeza](#)
- [Ira](#)

Bienestar emocional y salud

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/bemocionSalud/introduccion/home.htm>

- [Introducción](#)
- [Emociones y estilo de vida](#)

¿Cómo estoy?

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEstoy/evaluacion/home.htm>

- [Evaluación de las emociones positivas](#)
- [Autoevaluación del estrés](#)
- [Autoevaluación de la ansiedad](#)
- [Autoevaluación de los trastornos de ansiedad](#)
- [Autoevaluación de la tristeza](#)

¿Cómo encontrarme mejor?

[http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/comoPuedeAyudarme/ho
me.htm](http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/comoPuedeAyudarme/ho
me.htm)

- [¿Cómo puede esta Web ayudarme a cambiar mi estilo de vida y mejorar mi salud?](#)
- [Habilidades sociales](#)
- [Insomnio](#)
- [Guías de autoayuda](#)
- [Técnicas de relajación](#)

En cada uno de los apartados se proporciona información y consejo sobre los diferentes aspectos de las emociones, la ansiedad, el estrés y los estilos de vida.

- El primer apartado (**Emociones y estrés**) ofrece información escrita y vínculos a textos y multimedia sobre las distintas emociones.
- El segundo apartado (**Bienestar Emocional y Salud**) explica las relaciones entre las emociones y el estilo de vida, incluyendo como el estrés influye en la alimentación, la actividad física, el trabajo, el consumo de alcohol, la sexualidad o las relaciones sociales.
- En el tercer apartado (**¿Cómo estoy?**) se presentan métodos de evaluación estandarizados para el diagnóstico de síndromes de estrés, trastornos de ansiedad o depresión. Los enlaces a escalas y cuestionarios son de gran utilidad para el usuario y para el o la profesional sanitario como herramienta para monitorizar el proceso de intervención.

- Por último, el apartado [¿Cómo encontrarme mejor?](#) explica a las personas que utilicen la web cómo sacar partido de la misma y ofrece una serie de recursos de autoayuda, incluyendo manuales (textos descargables en pdf), enlaces e instrucciones para llevar a cabo técnicas como la relajación (audio).

La adecuada utilización de este material interactivo requiere, como se infiere del propio concepto de Autoayuda Guiada, la **supervisión del profesional sanitario** mediante:

- 1) El conocimiento por su parte del funcionamiento de la web. Deberá estar familiarizado con la estructura y los contenidos.
- 2) La correcta indicación de qué contenidos o qué aspectos deban ser trabajados por la persona usuaria, así como su secuenciación. Esto dependerá del caso individual, de su evaluación inicial y de la posterior evolución. La indicación de los diferentes materiales a trabajar por la persona usuaria podrá hacerse a través de instrucciones para la navegación autónoma en la web o, si fuera necesario, mediante la impresión de los documentos pertinentes y su entrega en la consulta.
- 3) La monitorización adecuada mediante el contacto periódico (consulta presencial, telefónica o mediante *e-mail*) y el uso de las escalas y cuestionarios disponibles en la propia web.

No obstante, en los casos que se considere, es posible indicar el uso de los contenidos de esta web sin una monitorización por parte de los o las profesionales. En este caso, la correcta denominación de la intervención sería meramente “**Autoayuda**”.

Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad.
Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía

Presentación de las Guías:

“Actualmente, está ampliamente aceptado que proporcionar un adecuado conocimiento de una enfermedad facilita a la persona que la padece la recuperación, especialmente en el caso de los trastornos psicológicos. Por este motivo, la educación sanitaria está siendo considerada como buena práctica clínica y está adquiriendo cada vez mayor relevancia en los servicios sanitarios. De hecho, una de las propuestas principales del [Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones \(PAI-ADS\) 2011](#) consiste en otorgar protagonismo a aquellas intervenciones que están centradas en el paciente, orientadas a potenciar sus propios recursos para superar procesos leves y/o breves y así evitar la medicalización inadecuada. Entre las alternativas de abordaje no farmacológico se encuentra el uso de material de autoayuda. Se trata de un método de intervención que se remonta al origen de las propias psicoterapias. Como muestra de esto, en 1926 Geraldine Coster publica el libro: "Psicoanálisis para gente normal". En él se pretendía acercar la teoría psicodinámica de Freud a la población general, resumiéndola en consejos y sugerencias para hacerla más asequible.

Además, en 2011 facultativos de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga y del Distrito Sanitario de Málaga elaboraron la [Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria](#). Durante el proceso, el grupo desarrollador detectó la necesidad de disponer de un material de autoayuda complementario para facilitar el abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. De esta manera, surgen las guías de autoayuda que se pueden encontrar en esta página web, cuyo contenido está basado en una forma de terapia llamada cognitivo-conductual, la modalidad de psicoterapia que, según la evidencia científica, ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento de este tipo de patologías.

Este material está dirigido específicamente a personas con trastornos ansiosos y/o depresivos leves, y a sus familiares, que estén interesados/as en aprender acerca de su proceso y de las estrategias que pueden seguir para favorecer su recuperación. También pueden resultar útiles para personas sanas que deseen mejorar algunas habilidades de su vida diaria, potenciando el crecimiento y la maduración personal. Los profesionales sanitarios serían facilitadores del material y proporcionarían apoyo; en

este caso la actuación iría más allá de la simple transmisión de información. Estas guías pueden ser contempladas como intervenciones únicas o como complemento al tratamiento facilitado por un terapeuta.

El objetivo más importante de estas guías es que el lector o lectora se convierta en un agente activo en su proceso de recuperación, dirigiendo y protagonizando las actuaciones que la investigación científica recomienda para los trastornos mentales comunes. Para ello, el contenido de las guías proporciona la información necesaria para que la persona comprenda lo que le ocurre, en un lenguaje claro y sin tecnicismos, e introduce las técnicas necesarias para el adecuado manejo de los principales síntomas depresivos y/o ansiosos.”

Referencia sobre autoría:

J. María García-Herrera Pérez Bryan. Psiquiatra.

Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional de Málaga.

E. Vanesa Nogueras Morillas. Psiquiatra.

Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional de Málaga.

Fecha de actualización: 3 de abril de 2014.

Estructura de la web:

- Presentación
- [Ansiedad](#)
- [Depresión](#)
- [Elaboración](#)
- [Grupo de trabajo](#)

Ansiedad: Al **hacer clic** sobre el enlace **Ansiedad**, se accede al material de autoayuda. Se puede proporcionar el enlace a la persona usuaria o imprimir las guías que se quieran utilizar.

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto_2

A continuación, se presentan dos grupos de guías de autoayuda. En primer lugar, se recomienda leer las "Guías de información y consejo", que le ayudarán a comprender lo que le está ocurriendo, y le proporcionarán unas primeras recomendaciones sobre cómo afrontar sus síntomas.

Guías de información y consejo:

- **Comprendiendo la ansiedad**
- **¿En qué consiste el trastorno de pánico?**
- **¿Qué es el trastorno de ansiedad generalizada?**
- **Afrontando el estrés**
- **Consejos para dormir mejor**
- **¿Qué son los "tranquilizantes"?**
- **¿Qué son los fármacos antidepresivos?**

Una vez trabajadas las "Guías de información y consejo" que se adapten a su caso, puede seleccionar las llamadas "Guías de actividades", centradas ya en estrategias concretas para facilitar la recuperación. Este material incluye la realización de algunas tareas específicas, como realizar registros o rellenar tablas. Ahora, se pide una mayor participación por su parte, y en los casos que le resulten más útiles, usted podrá repetir los ejercicios tantas veces como sea necesario en hojas en blanco o en un cuaderno. La constancia es fundamental para obtener los efectos deseados.

Guías de actividades:

- **¿Cómo resolver problemas?**
- **¿Qué puedo hacer para dormir mejor?**
- **Aprenda a organizar sus actividades**
- **Aprenda a relajarse**
- **Aprenda a controlar la irritabilidad**
- **¿Cómo hacer frente a las preocupaciones?**
- **Aprenda a controlar sus pensamientos ansiosos.**

Depresión: Al **hacer clic** sobre el enlace **Depresión**, se accede al material de autoayuda. Se puede proporcionar el enlace a la persona usuaria o imprimir las guías que se quieran utilizar.

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto_3

Guías de información y consejo:

- ¿En qué consiste la depresión?
- ¿Cómo afrontar el duelo?
- Afrontar la depresión postparto
- ¿Qué puedo hacer para ayudarme a mí mismo si tengo depresión?
- ¿Cómo puedo ayudar a un amigo o familiar con depresión?
- ¿Qué son los “tranquilizantes”?
- ¿Qué son los fármacos antidepresivos?
- Consejos para dormir mejor
- ¿Cómo puedo mejorar mi ánimo con la actividad física?

Guías de actividades:

- ¿Cómo resolver problemas?
- Aprenda a organizar sus actividades
- Mejore su estado de ánimo con la actividad física
- Aprenda a relacionarse mejor con los demás
- Mejore su autoestima
- Aprenda a controlar la irritabilidad
- ¿Cómo hacer frente a las preocupaciones?
- Aprenda a controlar los pensamientos negativos

Del mismo modo que en el caso de la web de Bienestar Emocional que hemos incluido en el apartado anterior, el personal sanitario que haga uso de estos recursos deberá **supervisar y monitorizar** su correcta utilización por parte de las personas usuarias a quienes se recomienda.

14. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

La activación conductual es un tipo de psicoterapia breve eficaz para la depresión de cualquier gravedad (Barraca y Pérez, 2015; Barraca, 2016).

Actualmente, la Psicología Clínica valora si diferentes estrategias de terapia cognitivo-conductual podrían tener un valor *transdiagnóstico*. Es decir, si estas intervenciones son capaces de modificar procesos básicos que son comunes a varios tipos de trastornos mentales. Uno de estos procesos que es común a los problemas de ansiedad y depresión es la preocupación excesiva.

La preocupación excesiva se define como un *proceso repetitivo de pensamiento negativo que intenta de manera infructuosa prevenir la ocurrencia de acontecimientos negativos o planificar la manera de afrontarlos en caso de que se produjeran*.

La preocupación actúa como una respuesta de evitación cognitiva que impide el procesamiento emocional del miedo y, por tanto, alivia la ansiedad a corto plazo, pero la mantiene y la agrava a largo plazo. Por otra parte, la preocupación excesiva también contribuye a la evitación de situaciones conflictivas o aquellas que uno no está muy seguro de poder manejar de manera adecuada, con la consecuencia de no solucionar los problemas y, por tanto, de mantener la incertidumbre y la ansiedad.

La aplicación de la activación conductual a la preocupación excesiva como parte fundamental para controlar la ansiedad y la depresión se centra en romper los círculos viciosos de evitación ansiosa enseñando al paciente a identificarlos y proponiendo conductas alternativas a la preocupación. Durante el tratamiento, la reducción de la evitación pone de manifiesto la ineficacia de la preocupación e incrementa la sensación de control sobre el manejo de problemas, lo que reduce la ansiedad y su interferencia en la vida de la persona.

Dada la brevedad y sencillez técnica de la activación conductual para la preocupación, se sugiere que este tratamiento podría estar especialmente indicado como paso previo a una terapia cognitivo-conductual más compleja (psicoterapia de alta intensidad) o para aquellos casos en los que ésta no esté indicada.

La actual relevancia de la activación conductual procede de un ensayo clínico, **el estudio de Seattle** (Dimidjian et al., 2006), en el que se comparó la eficacia de la terapia de activación conductual con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico (Paroxetina). El objetivo del estudio era verificar los resultados de algunos estudios que sugerían que la terapia psicológica no era eficaz para los pacientes con una depresión moderada o grave.

Los resultados del ensayo clínico mostraron que, a corto plazo, la activación conductual era tan eficaz como la terapia farmacológica incluso entre las depresiones de mayor gravedad y superior a la terapia cognitiva en este tipo de casos. A largo plazo se observó un menor porcentaje de recaídas entre las personas deprimidas que recibieron el tratamiento de activación conductual. Numerosos estudios posteriores han confirmado estos resultados.

Las **bases teóricas de la activación conductual** se resumen en diez principios:

1. La clave para cambiar cómo nos sentimos es cambiar la forma en que hacemos las cosas.
2. Las circunstancias vitales pueden conducir a la depresión, pero son las estrategias que utilizamos para manejar la depresión las que nos impiden salir de ella.
3. La clave para descubrir qué cosas tendrán un efecto antidepresivo se encuentra en lo que sucede justo antes y justo después de nuestros comportamientos.
4. Nuestras vidas deben estructurarse siguiendo un plan, NO siguiendo al estado de ánimo.
5. El cambio es más sencillo si empezamos por los cambios más pequeños.
6. Preste especial atención a las actividades que son intrínsecamente gratificantes.
7. Su terapeuta será más un entrenador que un maestro.
8. Si la activación conductual fuera tan sencilla los psicólogos no tendríamos trabajo. La terapia de activación conductual requiere un proceso continuo de desarrollo de posibles soluciones y de verificación de su utilidad. Cada paso que nos aleja de la depresión cuenta.
9. ¡No se limite a hablar sobre ello, ni siquiera consigo mismo, hágalo!
10. Terapeuta y cliente deben colaborar con persistencia y creatividad para superar los obstáculos que a buen seguro se interpondrán en el camino de la activación conductual.

¿Qué es la Terapia de Activación Conductual?

La Activación Conductual (AC) es una terapia psicológica que nace del modelo contextual, cuyo origen y base conceptual es el análisis funcional de los fenómenos clínicos (Barraca y Pérez, 2015; Barraca, 2016).

En relación con la depresión, tanto el modelo contextual como la activación conductual, entienden que la depresión es el resultado de una situación donde una persona se encuentra deprimida, no algo que uno tiene, es decir, la depresión es una respuesta lógica ante situaciones negativas, estresores o dificultades de la vida.

Consideran, que un individuo deprimido no es alguien enfermo, sino alguien preso de una situación vital en la que no hay alicientes (evitación de determinadas situaciones), lo que explicaría la sintomatología depresiva.

Por lo tanto, se puede concluir que los síntomas de la depresión dependerán del pasado de la persona, las circunstancias actuales y las características personales (personalidad).

FASES DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

Antes de nada, se debe tener presente que la activación conductual para la depresión es un tratamiento psicosocial, estructurado, cuyos **objetivos** son:

- cambiar ciertos comportamientos o conductas en determinadas situaciones,
- hacer desaparecer la sintomatología depresiva presente y
- prevenir futuras recaídas.

La terapia de activación conductual emplea un planteamiento ideográfico (estudio dedicado a la comprensión de las particularidades individuales y únicas de cada persona o problema).

Fase de evaluación

A) Entrevista:

Aspectos a tener en cuenta:

1. Averiguar la relación entre los acontecimientos que explican el inicio y mantenimiento de la situación depresiva.
2. Los componentes ambientales de la historia de la persona y de su impacto emocional (variables que explican la situación y sintomatología depresiva).

3. Las reacciones y comportamientos de las personas cercanas a la persona deprimida (los comportamientos de los miembros de la familia y amigos/as que pueden estar influyendo en el origen y mantenimiento de la situación depresiva).

4. Los valores personales (objetivos o metas en las distintas áreas de la vida (laboral, familiar, ocio...)).

5. Las rutinas o actividades que ha dejado de hacer o sigue haciendo.

B) Aplicación de cuestionarios o test (disponible en el enlace 'materiales de trabajo'):

- El BADS (Behavioral Activación for Depression Scale).
- EROS (Environmental Reward Observation Scale).
- RPI (Reward Probability Index).
- BDI II (Beck Depression Inventory)

C) Registro de la actividad y monitorización del estado de ánimo.

Este modelo establece que existe una relación directa entre las actividades que desarrolla la persona y el estado de ánimo.

Por lo tanto, esta fase de la terapia permitirá observar qué actividades ha llevado o está llevando a cabo la persona usuaria y cómo se siente en cada una de ellas.

- Una línea base con la que luego poder valorar y comparar en el transcurso del tratamiento de la depresión.
- Información funcional sobre las actividades que deben ser activadas o extinguidas.
- **El paciente aprenderá que haciendo ciertas actividades acabará sintiéndose mejor y con otras peor.**
- Una guía como estrategia para reactivar ciertas actividades o comportamientos, si se producen recaídas.

D) Registro de los valores personales.

En esta fase de esta terapia psicológica para el tratamiento de la depresión, tendrán que conocerse los valores del paciente, es decir, las metas y objetivos en cada una de las áreas de su vida.

Esto permitirá, en la intervención, programar las actividades, ya que no vale aplicar la primera que se nos ocurra, sino las que tengan una relación directa con los valores de los o las pacientes.

Los objetivos y metas que se marquen servirán a lo largo del tratamiento como guía o brújula para seguir hacia delante.

Fase de Análisis funcional

Una vez que se haya obtenido la información precisa de la entrevista (anamnesis), los registros de actividades y de valores, los cuestionarios... se deberá proceder a elaborar el análisis funcional que explicará las causas y el mantenimiento de la situación depresiva.

Esquema para llevar a cabo el análisis funcional.

- ✓ ¿Qué sucedió?
- ✓ ¿Qué consecuencias tuvo?
- ✓ ¿Cómo te hizo y hace sentir?
- ✓ ¿Qué hiciste y haces?
- ✓ ¿Qué consecuencias tiene?

Fase de establecimiento de objetivos

- Junto con el paciente y a partir del análisis funcional, se pautarán las conductas objetivo a conseguir y cuáles a desaparecer o extinguirse.
- También se deberá generar un entorno, donde los familiares y amigos/as más cercanos sean informados de la necesidad de no reforzar los síntomas depresivos y sí reforzar aquellos comportamientos o actividades que fomenten su mejoría.
- Por último, deberán concretarse los valores (objetivos) dentro de cada una de las áreas de su vida que se quieren alcanzar, para determinar las conductas y actividades que le permitirán conseguirlos.

Fase de Plan de intervención

En esta fase han de ponerse en práctica las técnicas de la activación conductual para la depresión que mejor se adapten al paciente

1. Programación de actividades. Columna vertebral de la intervención.

Cada una de las actividades que se programen deben tener una relación directa con el estado de ánimo o síntomas y los valores del paciente (metas y objetivos).

Para la programación de las actividades debes tener en cuenta:

- Síntomas del paciente.
- Historia de aprendizaje

- Forma de actuar del paciente.
- Circunstancias actuales.
- Comportamientos del entorno social (familia y amigos/as más cercanos).

En esta etapa de la intervención al paciente, hay que transmitirle:

- Por un lado, que la única manera de cambiar cómo uno se siente, es cambiar lo que hace y piensa y, por otro lado, que no tiene que actuar en función de cómo se siente (*como no tenía ganas, no he ido al gimnasio*) sino que hay que hacer justo lo contrario, llevar a cabo acciones para alterar o cambiar cómo uno se siente.
- Además, cada vez que aplique esta técnica se **tiene que tener en cuenta que las actividades hay que graduarlas (grado de dificultad), y programarlas de forma progresiva**, es decir, dividir esa misma actividad en tareas más sencillas o por tramos, así la persona podrá ir consiguiéndolas y no verse impedida desde un primer momento.
- También, habrá que definir muy bien la actividad, concretar la frecuencia, duración, intensidad, los días y horas en que se llevarán a cabo las actividades y todos los detalles que fueran necesarios para que el paciente las lleve a cabo.
- Es recomendable, si fuera posible, contar con otras personas para que el paciente realice las actividades.
- En esta técnica no se pueden olvidar las limitaciones del paciente y orientarle a metas específicas y pequeñas o breves en el tiempo, lo que provocará que aumente las probabilidades de que las lleve a cabo.

2. Extinción de las conductas de evitación.

- Evaluar la función de los comportamientos de evitación que están manteniendo la depresión.
- Plantear con el paciente soluciones alternativas.
- Concretar un plan de acción (cómo, con quién, etc.).

Recordar: los patrones de evitación pueden estar presentes en la vida del paciente desde hace años por lo que, afrontarlos y deshacerse de ellos, no es una tarea sencilla.

3. Reforzamiento positivo.

Esta técnica consiste, en que el paciente se programe o se aplique ciertos reforzadores nada más realizar actividad.

Por ejemplo:

Si entregó tres currículums → me voy al cine.

Si voy al gimnasio → quedo con mis amigos/as.

4. Manejo del pensamiento rumiante.

Los pensamientos negativos o sesgos cognitivos pueden estar actuando como conductas de evitación e impidiendo la realización de las actividades. Por ello, se deben trabajar desde la terapia de activación conductual para la depresión.

Por lo tanto, tendremos que valorar el papel que juegan estos pensamientos en el caso concreto y si su función es evitativa, a partir de la formulación de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuándo sucede?
- ✓ ¿Qué lo facilita?
- ✓ ¿Qué consecuencias tienen?
- ✓ ¿Qué sucede a largo plazo?
- ✓ ¿Cuál es la función de ese pensamiento?
- ✓ ¿Está perpetuando la sintomatología depresiva?

El objetivo de esta técnica es que el paciente sea capaz de detectarlos, valorar su papel y saber actuar en consecuencia.

En resumen, los pasos que deben llevarse a cabo son:

- Ayudar a analizar las consecuencias de los pensamientos negativos previamente evaluados.
- Búsqueda de alternativas a esos pensamientos negativos.
- Aplicar estrategias de Atención Plena (*Mindfulness*) para aprender a distanciarse del flujo de pensamientos y tomar conciencia de lo que son. En este caso, se trata de centrarse en el aquí y en el ahora.

5. Entrenamiento de habilidades sociales.

Para aplicar esta técnica previamente tendremos que detectar los posibles déficits de habilidades que complican el acceso a ciertos reforzadores que pueden ser importantes para el paciente.

La aplicación de la terapia para la activación conductual para la depresión se puede llevar a cabo en otros trastornos psicológicos como, por ejemplo, problemas relacionados con el cáncer, el dolor crónico, la obesidad, adicciones, trastorno límite de la personalidad, trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico), distimia y trastorno bipolar.

Además, dicha terapia se ha adaptado en distintos formatos como por ejemplo la terapia de grupo, y a distintas edades (niños/as, adolescentes, y ancianos).

MATERIALES PARA TRABAJAR CON TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL:

<https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Anexos%20de%20Activacion%20Conductual%20para%20la%20depresion.pdf>

15. TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

INTRODUCCIÓN

Se trata de un método de respuesta profesional al sufrimiento emocional desde una vertiente psicoterapéutica, basado en la persona en lugar de en el diagnóstico, enfatizando la comprensión de las circunstancias relacionadas con el sufrimiento e identificando los sentimientos y los problemas recientes del paciente.

Se propone como una herramienta para la mejora de las capacidades de los profesionales que en la práctica clínica se traduzca en una alternativa a la prescripción de fármacos y a la cada vez mayor medicalización de los problemas de la vida diaria.

Sobre la eficacia general de la Terapia de Resolución de Problemas (TRP), independiente del profesional y del ámbito en que la administre, es de destacar un metaanálisis (Cuijpers et al., 2007) en pacientes con depresión. La revisión incluía 13 ensayos clínicos controlados y aleatorizados, cuyos resultados indicaron que la TRP era más efectiva que la intervención habitual (Salazar y Sempere, 2012).

Nuevos roles:

La responsabilidad del paciente es poner en práctica una **estrategia de actuación para resolver los problemas** que le afecten.

La del médico es **facilitar el proceso**, no de proporcionar y aplicar soluciones.

El nuevo contrato
Tanto los pacientes como los médicos saben que:

- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida
- La medicina tiene poderes limitados, particularmente para resolver los problemas sociales, y en ocasiones puede ser peligrosa
- Los médicos no lo saben todo: ellos mismos pueden requerir ayuda para la toma de decisiones y apoyo psicológico
- Estamos juntos por lo mismo
- Los pacientes no pueden "dejar" sus problemas a los médicos
- Los médicos deben tener una actitud abierta sobre sus propias limitaciones
- Los políticos deberían evitar hacer promesas extravagantes y concentrarse en la realidad

Smith R.
Why are doctors so unhappy?
BMJ 2001; 322:1073

Tomado de Salazar y Sempere (2012).

EL MODELO DE INTERVENCIÓN Y SU APLICACIÓN

Se encuadra en las denominadas Psicoterapias Integrativas, en concreto en el abordaje denominado **Factores Comunes** que busca determinar el núcleo de los componentes compartidos por los distintos tipos de psicoterapia, con el objeto de elaborar tratamientos eficaces y sencillos.

Sugerimos estrategias que se incorporan e integran a la práctica diaria de la persona usuaria.

1. DISPOSICIÓN AL CAMBIO (estadios de cambio):

Pre-contemplación.

El paciente no es consciente de la necesidad de realizar ningún cambio o no desea realizarlo. En algunos casos los pacientes no suelen dar información suficiente sobre sus problemas, los niegan o proyectan las responsabilidades sobre otros factores de los que no tienen control. Quienes les rodean suelen estar más preocupados que ellos mismos.

Contemplación.

El paciente es consciente y acepta su responsabilidad en sus problemas, aunque todavía no ha tomado una decisión activa sobre un cambio.

Preparación.

El paciente ha decidido realizar un cambio y realiza una declaración de intenciones.

Acción.

El paciente comienza a cambiar su comportamiento de un modo activo.

Mantenimiento.

El sujeto ha cambiado y trata de consolidar los cambios manejando los fallos.

Terminación.

El sujeto ya no se siente mal por el problema inicial y tiene confianza en manejar los posibles fallos.

2. LAS FASES DEL MODELO Y LAS HABILIDADES DEL PROFESIONAL

- **Fase 1. Clarificación**
- **Fase 2. El acuerdo terapéutico**
- **Fase 3. Plan de acción**

Fase 1. LA CLARIFICACIÓN

Clarificar que frente a situaciones problemáticas **las emociones son reacciones normales** e implican reacciones corporales que pueden llegar a ser molestas o mal toleradas.

Es preciso identificar con claridad la experiencia condicionante de la reacción emocional, denominar los distintos estados emocionales e identificar las manifestaciones físicas asociadas.

Las habilidades y estrategias básicas consisten en:

- la escucha activa
- el sondeo
- la empatía

Señalar las relaciones entre **emociones, sensaciones y experiencias**.

No resulta infrecuente que, a pesar de todo, tras clarificarse la relación entre los tres componentes indicados (experiencia, sensación corporal y emoción), el paciente no contemple la posibilidad de cambio.

En lugar de forzar a tomar un compromiso con pocas posibilidades de éxito, resulta más conveniente seguir explorando los motivos de la resistencia al cambio.

CLARIFICACIÓN DE LA MOTIVACIÓN Y CONTEMPLACIÓN DE CAMBIO

“Parece que tiene dudas y no está seguro sobre si resulta conveniente realizar un cambio. ¿Puede hablarme más de ello?”

“¿Cuáles son las ventajas de seguir cómo está?”

“¿Cuáles son los inconvenientes de seguir cómo está?”

“¿Qué precio tiene que pagar si cambia?”

“¿Qué precio tiene que pagar si no cambia?”

Fase 2. EL ACUERDO TERAPÉUTICO

Luborsky y Bordin (Corbella y Botella, 2003) elaboraron una reformulación del concepto de **alianza terapéutica**, sugiriendo que una buena alianza es un prerrequisito indispensable para el cambio en todas las formas de psicoterapia y la conceptualizaron en tres componentes:

- Tareas (las actividades concretas que el paciente debe realizar para beneficiarse del tratamiento).
- Metas (los objetivos que se pretenden conseguir).
- Vínculo, es decir la conexión entre el paciente y el profesional.

Dos **objetivos fundamentales** deben tenerse en cuenta en la elaboración de la alianza terapéutica:

- Construir una relación interpersonal y obtener un compromiso activo por parte del paciente, participando en la toma de decisiones mediante acuerdos y con una gestión adecuada del tiempo por parte del profesional.
- Se ofrece un marco de intervención proporcionando asistencia en un proceso organizado, no caótico, ni tampoco improvisado.

¿Qué puede esperar del profesional?

¿Qué no puede esperar?

¿Cuánto tiempo se dedicará y de qué modo?

¿Qué sucede si se falla a una cita?

¿De cuánto tiempo se dispone?

Fase 3. PLAN DE ACCIÓN MEDIANTE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Estrategia de Resolución de Problemas, derivada de las teorías psicológicas de resolución de problemas.

D'Zurilla y Goldfried (1971) elaboraron una estrategia de ayuda para la resolución y manejo de problemas emocionales y de relaciones personales demostrando su utilidad ya desde los años 70 y 80 del siglo pasado.

Pasos de la fase de Acción Mediante Resolución de Problemas

1. Explicación del tratamiento y sus fundamentos
2. Reatribución e identificación del problema
3. Establecimiento de metas
4. Generación de soluciones
5. Evaluación y elección de soluciones
6. Aplicación de soluciones
7. Evaluación del resultado

Duración de las sesiones: 20-30 minutos
Número de sesiones: 5-6 sesiones

Tomado de Salazar y Sempere (2012).

1. EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y SUS FUNDAMENTOS.

“La terapia que vamos a desarrollar en los próximos días es una intervención de ayuda que se ha demostrado útil para aquellas personas que experimentan un sufrimiento emocional debido a problemas que se experimentan en la vida diaria. Es decir, se aplica cuando se producen reacciones emocionales intensas o persisten. Al ser desagradables originan malestar y se manifiestan con frecuencia en forma de malestar corporal.

Si se resuelven o mejoran los problemas, el malestar se reducirá o incluso desaparecerá.”

“Así pues, la terapia que vamos a emprender es un proceso de ayuda en el que mi tarea será la de organizar y programar un plan que le ayude a encontrar y aplicar respuestas. Su tarea será la de encontrar unas respuestas razonables y aplicarlas. Siempre existe la posibilidad de equivocarse, pero siempre será menor si organizamos nuestras ideas y acciones conforme a una forma que reduzca los errores al mínimo posible.

¿Qué opina?”

O bien:

“Vamos a trabajar juntos en una terapia. Mi tarea será la de ayudarle a que usted mismo encuentre el modo más adecuado de resolver sus problemas. La suya será encontrar y aplicar las respuestas a sus problemas.

¿Qué opina?”

Ámbitos de exploración para la elaboración de la lista de problemas		
<i>¿Durante los últimos días/ meses ha experimentado alguno de estos problemas o acontecimientos...?</i>		
Problemas de relación con su pareja	Sí	No
Problemas de relación con sus hijos	Sí	No
Problemas de relación con hermanos, padres o familia de origen	Sí	No
Problemas de relación con amigos o vecinos	Sí	No
Problemas financieros/económicos	Sí	No
Problemas laborales	Sí	No
Enfermedades/Problemas de salud	Sí	No
Problemas legales	Sí	No
Descontrol en el consumo de alcohol, drogas u otros consumos	Sí	No
Alguno de estos problemas le ha ocurrido a un familiar cercano	Sí	No

Tomado de Salazar y Sempere (2012).

3. ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Qué quiero conseguir?

¿Qué cambios necesito para conseguir este objetivo?

¿Qué cambios quiero sobre el problema?

¿Qué cambios quiero en mi vida?

¿Qué me haría sentirme mejor?

¿Qué objetivos quiero trabajar con mi médico?

¿Cuáles de estos objetivos dependen de mí?

¿Conseguir estos objetivos me hará sentir mejor?

¿Estoy buscando objetivos incompatibles entre sí?

¿Quiero dos cosas que no se pueden conseguir a la vez?

4. GENERACIÓN DE SOLUCIONES

- La técnica más empleada para la elaboración de soluciones suele seguir el ejemplo de la **tormenta de ideas** (“*brain storming*”).
- Se solicita al paciente que elabore tantas soluciones como sea posible sin determinar de antemano su viabilidad.
- Resulta conveniente generar tantas soluciones como sean posibles, sin prejuzgar de antemano si son buenas o malas.

¿Qué puedo hacer para cambiar mi situación?

Si no tuviera impedimentos, ¿cómo trataría de cambiar mi situación?

¿Qué harían otros en mi situación que quisieran conseguir mis metas?

¿Cómo le ayudaría a un amigo que estuviera en mi lugar?

5. EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE SOLUCIONES

¿Qué obtendré si hago...?

¿Qué inconvenientes tiene la solución?

Si hago...conseguiré.... y el precio que tengo que pagar será....

Si no hago...conseguiré... y el precio que tengo que pagar será...

¿Cuál es la opción más atractiva?

¿Cuál es la solución menos atractiva?

6. APLICACIÓN DE SOLUCIONES

¿Qué inconvenientes preveo que puedan surgir al aplicar la solución?

¿Cómo puedo resolver esos inconvenientes?

¿Qué me ayudaría a realizar cambios?

¿Qué me impide realizar cambios?

¿Qué pasos concretos puedo comenzar a dar para aplicar la solución?

Mañana intentaré...

Tomado de Salazar y Sempere (2012).

7. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

“¿Eran los pasos demasiado generales?”

“¿Podían haberse concretado más?”

“¿Las acciones dependían de mí mismo?”

“¿He buscado objetivos incompatibles entre sí?”

En cualquier caso, al final del ciclo se debe **reevaluar de nuevo al paciente**, revisar su situación y decidir si precisa alguna otra intervención y a cargo de qué profesional.

Tomado de Salazar y Sempere (2012).

Material recomendado:

“Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria”.

Autores: Salazar y Sempere (2012).

Publica: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

Enlace:

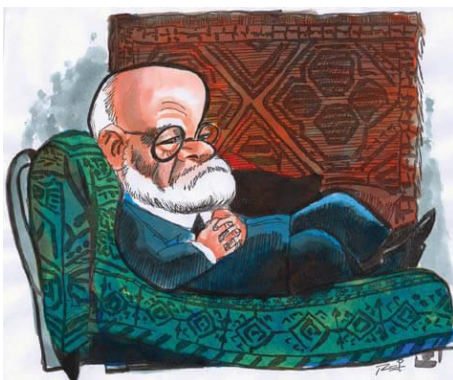
<https://consaludmental.org/publicaciones/Malestareemocionalmanualpractico.pdf>

16. RECURSOS BASADOS EN TIC's

IMPACTO GLOBAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES

- El 13% de la carga global de las enfermedades se deben a trastornos mentales, neurológicos y adicciones.
- Superan al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares
- Solo la depresión supone el 5%.
- Se estima que en 2020 mueran al año 1.5 millones de personas por suicidio y que entre 15 y 30 millones lo intenten al menos una vez (OMS, 2014).

¿QUÉ OFRECEMOS?



¿QUÉ PREFIEREN LAS PERSONAS USUARIAS?

Tratamientos farmacológicos vs Tratamientos psicológicos.

Metaanálisis (McHugh et al, 2013):

- 64 estudios, 90.430 pacientes con Depresión/Ansiedad.

Resultados:

- 75% preferían tratamientos psicológicos.
- La edad y el género se relacionaron con la preferencia por tratamientos psicológicos.

¿Son más eficaces los tratamientos farmacológicos?

En una revisión sistemática realizada por Huhn et al (2014) sobre la eficacia de los tratamientos por diagnóstico, compararon 3 condiciones entre ellas y frente a placebo:

- Tratamientos psicofarmacológicos.
- Tratamientos psicológicos.
- Tratamientos combinados.

Revisaron 61 metaanálisis que incluían un total de 852 estudios sobre 21 trastornos en 137.000 sujetos con un total de 45.000 resultados.

Resultados:

(TE: 0.50; 95% CI, 0.41-0.59)

- Las diferencias respecto a placebo fueron superiores en tratamientos psicológicos (muestras más pequeñas) que en tratamientos farmacológicos.
- En comparación directa tomados en conjunto no hubo diferencias significativas.

Concluyendo:

- En depresión/ansiedad, el 75% prefería tratamiento psicológico (Mc Hugh,2013).
- No existe evidencia de superioridad de ninguna forma de tratamiento sobre otra (tratamientos farmacológicos vs. tratamientos psicológicos) (Huhn, JAMA, 2014).
- A igualdad de efectividad la indicación de tratamiento debería orientarse por la preferencia del paciente.

¿QUÉ PUEDEN APORTAR LAS TICS A LA PSICOTERAPIA?

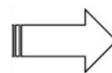
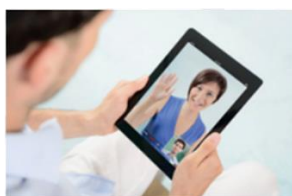
- Accesibilidad universal. Aumento de la efectividad
- Escalabilidad: menor a mayor intensidad.
- Flexibilidad. Adaptabilidad a las “preferencias” del usuario.
- Aumento de “proveedores”: Incorporación de no “expertos”.
- Ubicuidad: Descentralización de servicios
- Adaptabilidad a las necesidades del individuo o de los colectivos a los que van dirigidas (Kazdin y Blase, 2011).

TIPOS DE INTERVENCIÓN BASADAS EN TICS.

- Provisión de información guiada o auto-guiada (webs, biblioterapia, etc).
- Terapias regladas (CBT) con soporte o sin soporte de terapeuta a través de ordenador u otros dispositivos móviles.
- Grupos de soporte o redes sociales.
- Sensores u otros dispositivos integrados en smartphones, relojes o gafas.
- Realidad virtual y aumentada.

INTRODUCCIÓN A LAS “CIBERTERAPIAS”

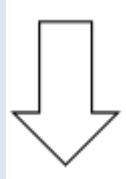
- Un campo emergente: *la E-terapia...*
- Uso de las TIC (no sólo Internet) para mejorar los procesos de la atención sanitaria.



TERAPIA ONLINE

¿Cuál es el rol del terapeuta online?

¿Se mantiene estable... un nuevo paradigma?



Depende de la herramienta utilizada (por ejemplo, en las herramientas asincrónicas desaparece la comunicación cara a cara).

Skype

E-mail

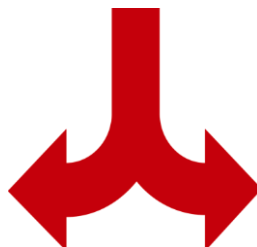
Redes sociales

Terapia asistida por ordenador

¿Qué es necesario en todos los casos?

- Buenas habilidades terapéuticas: Se mantienen los ingredientes esenciales del tratamiento (por ej.: empatía, colaboración del paciente, etc.).
- Conocimiento sobre cuestiones éticas y legales.

Confidencialidad



Seguridad

- Competencias digitales y sobre el impacto de las TIC sobre los pacientes.
- Consentimiento informado.

Beneficios de la Terapia Online.

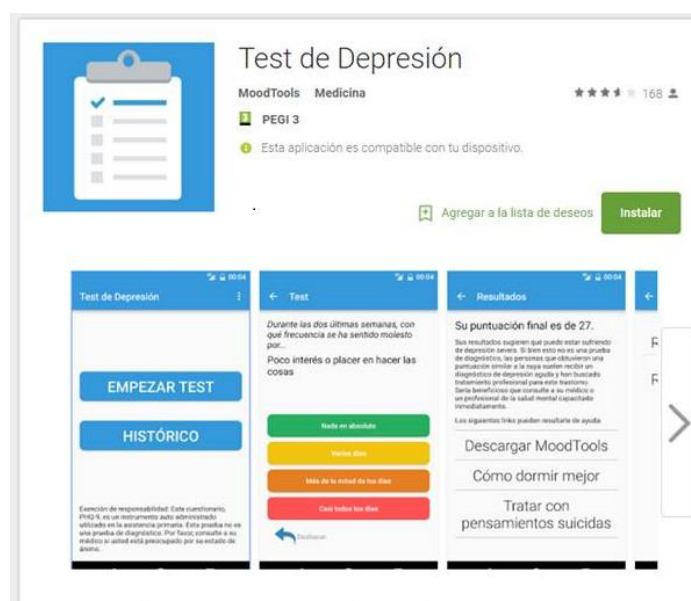
- Mejorar la eficacia/eficiencia de los protocolos de tratamiento tradicionales (por ej.: Terapia de Exposición mediante Realidad Virtual vs. Imaginación, prescripción de Apps, etc.).
- Incrementar la fiabilidad y la validez de los métodos de evaluación tradicionales (por ej.: los pacientes se muestran más sinceros al responder a un ordenador, incremento de la validez externa, evaluación en situaciones reales, etc.).
- Reducir la necesidad de realizar tareas repetitivas (por ej.: módulos de psicoeducación, relajación, etc.).

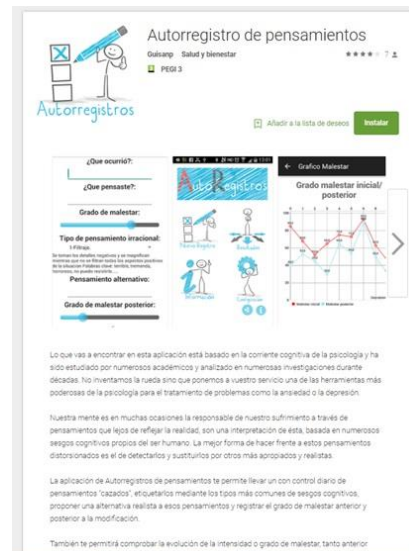
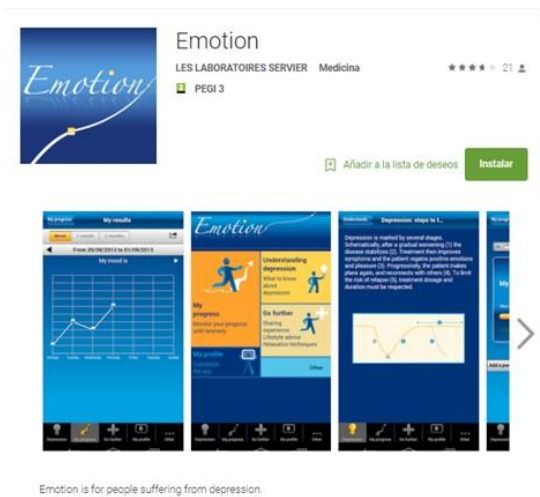
Aplicaciones para registro de situaciones de la vida diaria.



CBT Diario de Pensamiento

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.cbassistant.app&hl=es> 419





Protocolos de Intervención Computarizados en línea.



Enfoque de atención escalonada para tratar la depresión

En octubre de 2009, el NICE publicó su guía actualizada sobre el tratamiento de adultos con depresión y adultos con depresión y una enfermedad física crónica. En 2018, se ha publicado una nueva actualización. Estas guías clínicas NICE sobre depresión cubren:

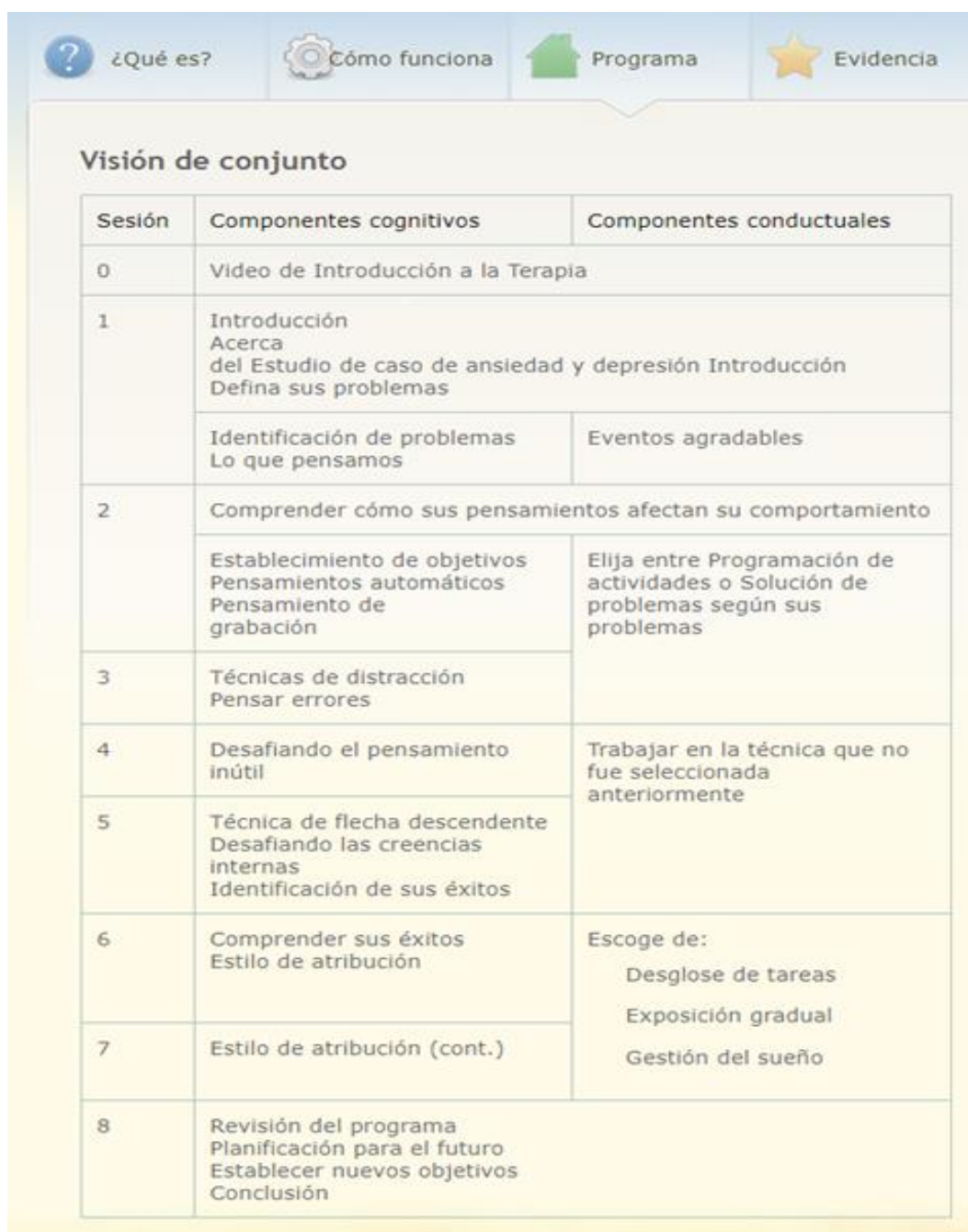
- La atención que las personas con depresión pueden esperar recibir de su médico de familia u otros profesionales de la salud, ya sea que reciban tratamiento dentro o fuera del hospital.
- La información que pueden esperar recibir sobre su problema y su tratamiento.
- Lo que pueden esperar del tratamiento, incluidas las terapias psicológicas, el tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva.
- El tipo de servicios que ayudan a las personas con depresión, incluido su médico de familia, servicios especializados de salud mental y atención hospitalaria.

Esta orientación indicó **que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) era el enfoque psicológico con mayor evidencia empírica para el tratamiento de la depresión y que la Terapia Cognitivo Conductual Computerizada (TCC-C) era una forma beneficiosa de proporcionar acceso a terapias psicológicas.**

El programa “Beating the Blues”. Pionero en la TCC computerizada.

Se trata de un programa de terapia guiado por ordenador en el que la persona usuaria dispone de 8 sesiones con materiales interactivos que proporcionan información y ejercicios que va completando semanalmente, así como evaluaciones que permiten monitorizar el progreso del tratamiento.

El programa permite también el acceso a terapeutas online para resolver dudas o actuar en caso de agravamiento de los síntomas o riesgo de suicidio.

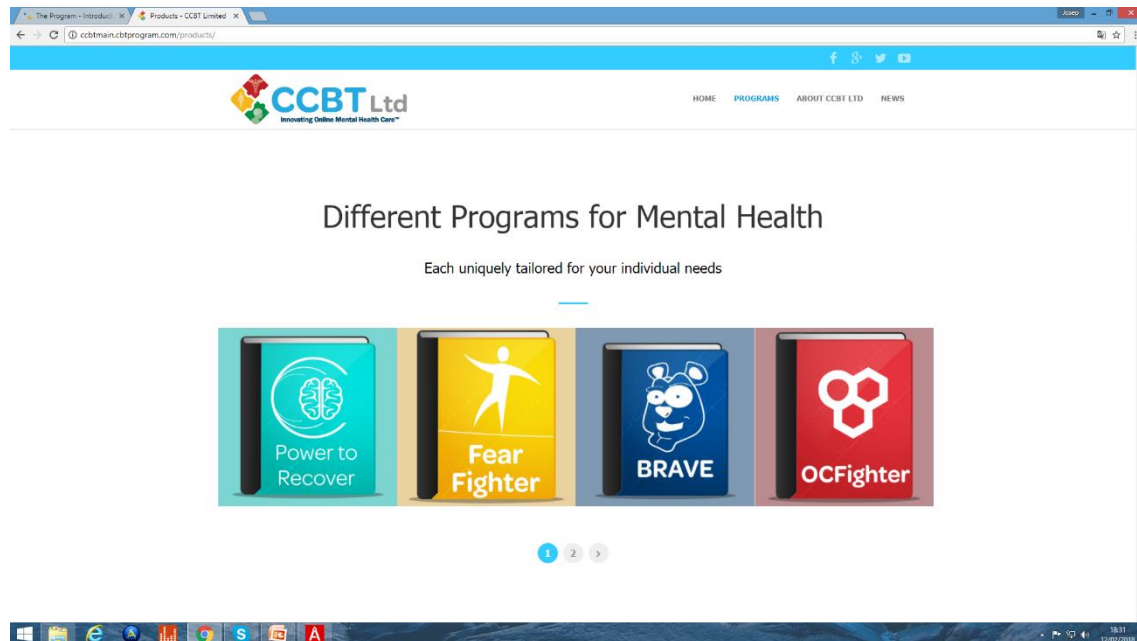


The screenshot shows the user interface of the 'Beating the Blues' program. At the top, there is a navigation bar with four icons: a question mark for '¿Qué es?', a gear for 'Cómo funciona', a house for 'Programa', and a star for 'Evidencia'. Below this is a section titled 'Visión de conjunto' (Overview) containing a table with 8 sessions. The table has three columns: 'Sesión', 'Componentes cognitivos', and 'Componentes conductuales'.

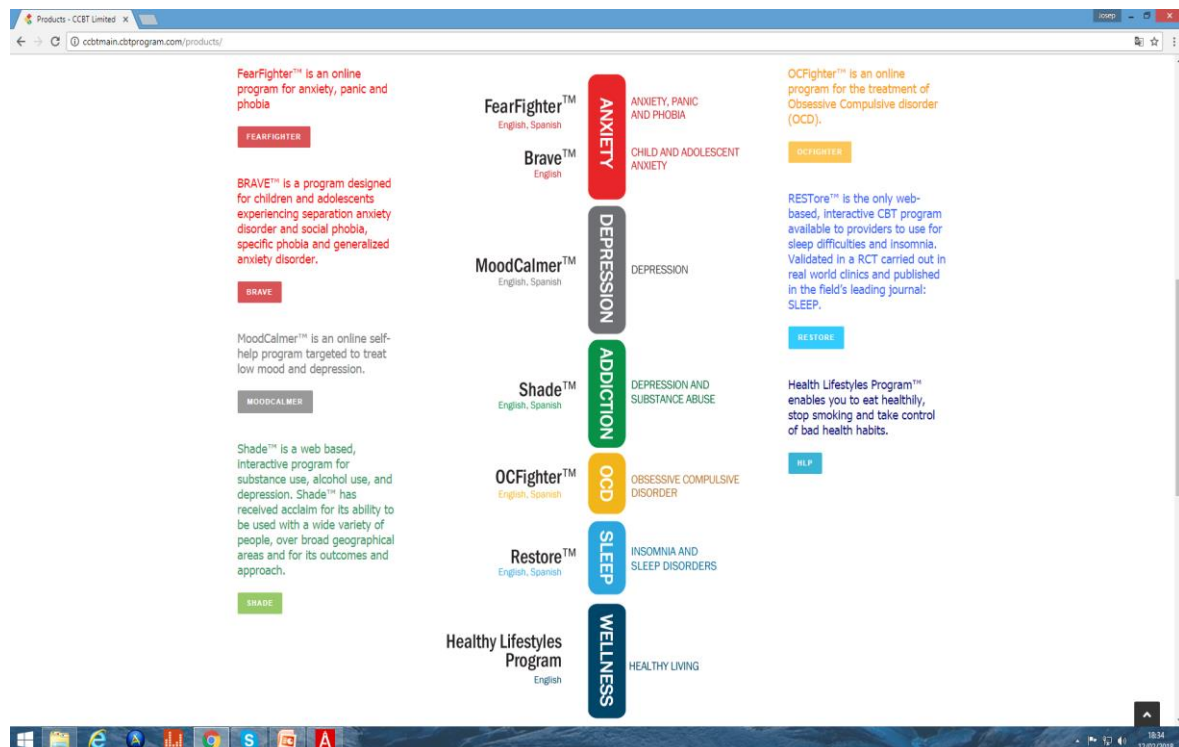
Sesión	Componentes cognitivos	Componentes conductuales
0	Video de Introducción a la Terapia	
1	Introducción Acerca del Estudio de caso de ansiedad y depresión Defina sus problemas	
	Identificación de problemas Lo que pensamos	Eventos agradables
2	Comprender cómo sus pensamientos afectan su comportamiento	
	Establecimiento de objetivos Pensamientos automáticos Pensamiento de grabación	Elija entre Programación de actividades o Solución de problemas según sus problemas
3	Técnicas de distracción Pensar errores	
4	Desafiando el pensamiento inútil	Trabajar en la técnica que no fue seleccionada anteriormente
5	Técnica de flecha descendente Desafiando las creencias internas Identificación de sus éxitos	
6	Comprender sus éxitos Estilo de atribución	Escoge de: Desglose de tareas Exposición gradual Gestión del sueño
7	Estilo de atribución (cont.)	
8	Revisión del programa Planificación para el futuro Establecer nuevos objetivos Conclusión	

<http://www.beatingtheblues.co.uk/patients/introduction/program>

Existen diferentes opciones de programas de TCC computerizada que abarcan distintas situaciones y trastornos. Algunos programas están disponibles en español.



<http://ccbtmain.cbtprogram.com/>



¿Y en nuestro país?

LABPSITEC Laboratorio de Psicología y Tecnología

INVESTIGACIÓN PROYECTOS ASISTENCIA PSICOLÓGICA QUIÉNES SOMOS MULTIMEDIA ENLACES

LABPSITEC Laboratorio de Psicología y Tecnología

En el Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec), de la Universidad Jaume I de Castellón y de la Universidad de Valencia, llevamos más de 25 años investigando las posibilidades que las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) pueden ofrecer a la Psicología Clínica. Estas herramientas (Realidad Virtual, Realidad Aumentada, Internet, sistemas móviles, etc.) pueden ser utilizadas para la evaluación y el tratamiento, así como para el estudio de los procesos psicológicos básicos.

Además, a través del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I de Castellón, nuestros pacientes pueden beneficiarse de los últimos avances de investigación en tratamientos psicológicos.

PROYECTOS RELEVANTES
SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA
Horario de Asistencia Tratamientos gratuitos
DONDE ESTAMOS

¿Estas sufriendo algún problema emocional y necesitas ayuda?
Ofrecemos **TRATAMIENTO GRATUITO** a través de Internet, a voluntarios que cumplan los criterios de este estudio de investigación.
Leer más...

Noticias.....

PLAZA Investigación. Oferta de trabajo a tiempo completo/ Ayuda de Investigación Marie Skłodowska-Curie ESR #8 **AFTECTech** Personal Technologies for Affective Health durante un periodo de 3 años en la Universidad Jaume I de Castellón para empezar en julio de 2017. Toda la información puedes encontrarla **AQUI**

MAYORDOMO. Proyecto galardonado en el LIGA Cities Pilot The Future 2013, en San Francisco, EEUU

© LABPSITEC - Universidad Jaume I, Edificio Investigación II, Despacho NB2167DL - Av. Vicent Sos Baynat s/n - 12.071 Castellón de la Plana. Telf. 964387647 - Fax 964729267

UNIVERSITAT JAUME I

<http://www.labpsitec.uji.es/esp/index.php>

¿CÓMO SE ESTÁN UTILIZANDO EN PSICOTERAPIA?

Complemento a la terapia tradicional + Prescripción de Apps

- Habilidades/estrategias.
- Relajación.
- Auto-registros.
- Psicoeducación.

m-Health



¿Qué podemos hacer si existen millones de Apps?



 Qui som | Transparencia | Consells Assessors | Ofertes de feina | Perfil del contractant

OBSERVATORI | OFICINA MHEALTH.CAT | ESTÀNDARDS | CONEIXEMENT | PUBLICACIONS | ÀREA DE PROJECTES | ACTUALITAT

INICI > OBSERVATORI > APPS I PROJECTES DE MOBILITAT

Enquesta TIC i salut | Tendències internacionals | Oficina mHealth.cat | Experiències en TIC i salut | Apps i projectes de mobilitat

APPS I PROJECTES DE MOBILITAT

Un dels objectius clau de la Fundació TicSalut per al 2014, alineats amb l'estratègia del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, i per encàrrec del Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família és dissenyar el Pla Mestre de Mobilitat en Salut i Social. La idea és col·laborar molt estretament amb la **Fundació Mobile World Capital Barcelona (MWC)** per definir les línies estratègiques de Salut junt amb les del Departament de Benestar pel que fa a la mobilitat i alhora fer operatius els projectes que es defineixin dins d'aquesta àrea.

Amb aquest objectiu, la Fundació té com a encàrrec aglutinar tots els projectes de mobilitat i d'apps que es desenvolupin al sector salut i també al social. En aquest apartat hi trobareu les apps i els projectes de mobilitat geolocalitzats i podreu fer-ne cerca per especialitats mèdiques, països, àmbits d'actuació, etc.

“ Aglutinem totes les apps i projectes de mobilitat que es desenvolupen al sector salut i social ”

AFEGEIX LA TEVA APP O PROJECTE DE MOBILITAT 


<http://www.ticsalut.cat/observatori/apps/>

Catálogo de aplicaciones móviles de salud

Aplicaciones con Distintivo AppSaludable


Salud 2.0 entre profesionales



Plataformas 
 Fecha de obtención del distintivo: 08/07/2013
 Profesionales sanitarios
 Información médica

Escuela de Pacientes: Aula de Cáncer de Mama



Plataformas 
 Fecha de obtención del distintivo: 24/06/2013
 Público en general
 Salud y bienestar general

iDoctus



Plataformas   
 Fecha de obtención del distintivo: 19/06/2013
 Profesionales sanitarios
 Salud y bienestar general, Información médica, Otra

ASISTENTE DE RCP



Plataformas  
 Fecha de obtención del distintivo: 16/06/2014
 Público en general
 Otra

<http://www.calidadappsalud.com/>



WAPA / ACREDITATE / INFÓRMATE / WEBS ACREDITADAS / NOTICIAS / CONTACTO / 

WAPA
 Webs y Aplicaciones de
 Psiquiatría y Psicología
 Acreditadas

WAPA / ACREDITATE / INFÓRMATE / WEBS ACREDITADAS / NOTICIAS / CONTACTO / 



<http://www.psiquiatria.com/wapa/>

RECOMENDACIONES PARA VALIDAR UNA WEB O UNA APP DE SALUD



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL



Recomendaciones

para el diseño, uso y evaluación de aplicaciones móviles de salud

octubre 2012

DISEÑO Y PERTINENCIA



Accesibilidad



Diseño



Usabilidad

CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN



Adecuación
a la audiencia



Transparencia
y Autoría



30/04/12

Actualización
de la información



Contenidos y fuentes
de información



Gestión
de riesgos

PRESTACIÓN DE SERVICIOS



Soporte técnico



Comercio electrónico



Ancho de banda



Publicidad

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD



Privacidad y protección de datos

ALGUNAS RECOMENDACIONES SOBRE APPS DISPONIBLES EN ESPAÑOL PARA COMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN EN ALGUNAS CONDICIONES DE SALUD MENTAL.

A continuación, hemos seleccionado algunas aplicaciones para móviles y *tablets* que pueden utilizarse como herramientas complementarias para las intervenciones con personas usuarias en la consulta de AP o en las USM. **Estas recomendaciones son meramente informativas** y no deben tomarse como indicaciones terapéuticas de elección. A pesar de su ubicua disponibilidad en las plataformas móviles, **el uso de estas aplicaciones no es inocuo**. Es responsabilidad del clínico orientar a las personas usuarias sobre su correcta utilización y monitorizar su uso adecuado. De este modo, podremos aprovechar su facilidad de acceso y uso para conseguir maximizar su utilidad.

La elección y la prescripción de estas apps deberá hacerse con precaución. Como hemos visto antes, no existen criterios estandarizados y, en la mayoría de los casos, tampoco se dispone de estudios *randomizados* o metaanálisis sobre eficacia que avalen la aplicación de estas herramientas como tratamientos empíricamente validados.

No obstante, **el clínico deberá estar informado sobre el contenido y la seguridad** de cada app para poder escoger con cierta garantía antes de sugerir o prescribir su uso para pacientes.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, deberemos basarnos en los criterios de calidad que se han descrito anteriormente y que han sido elaborados por instituciones con competencias en la materia (p. ej., la *Junta de Andalucía* o el *Servei Català de Salut*). Se insta encarecidamente a los clínicos a **consultar los catálogos de “apps saludables” elaborados por estas instituciones** y que “certifican” su utilidad, seguridad y aplicabilidad.

Algunos de los programas de Terapia Computerizada se hayan en proceso de validación y, unos pocos, cuentan ya con estudios de eficacia que aportan datos preliminares que sugieren su aplicabilidad tanto en el contexto de la Atención Primaria, como de la especializada. En el ámbito del estado español y en el de nuestra comunidad se han realizado colaboraciones con los servicios de salud para probar su eficacia y permitir su posterior uso como parte del arsenal terapéutico disponible por los y las profesionales.

Es posible contactar con distintos grupos de trabajo de Universidades u otras instituciones de investigación y/o sanitarias para formar parte de proyectos de investigación relacionados con la aplicación de protocolos de intervención basados en TICs.

ADVERTENCIA DE SEGURIDAD

El contenido sobre apps disponibles que se proporciona en esta sección se sustenta exclusivamente en las opiniones del Grupo de Trabajo para la elaboración del Proceso de Atención al TMC de la Comunitat Valenciana y está basado en los criterios de calidad propuestos por las diferentes organizaciones sanitarias que se mencionan previamente y en la experiencia clínica de los propios autores.

NO DEBE SER INTERPRETADA EN NINGUN CASO COMO UNA RECOMENDACIÓN CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA. LA RESPONSABILIDAD SOBRE SU USO DEPENDERÁ EXCLUSIVAMENTE DEL CRITERIO CLÍNICO DEL PROFESIONAL.

LOS COORDINADORES Y MIEMBROS DEL EQUIPO DE ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO, ASÍ COMO LA INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTAN DECLINAN CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR UN USO INAPROPIADO DE DICHA INFORMACIÓN.

Apps para...

- Ansiedad y estrés
- Mindfulness y meditación
- Insomnio
- Autoestima
- Depresión
- T Bipolar
- TDAH
- HHSS
- Demencias
- Autismo
- Psicosis...

ANSIEDAD Y ESTRÉS



Pacifica - Estrés y Ansiedad

<https://itunes.apple.com/es/app/pacifica-estrés-y-ansiedad/id922968861>



Ansiedad y estrés

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.metta.ansiedadyestres>

DEPRESIÓN



CBT Diario de Pensamiento

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.cbtassistant.app&hl=es_419



Depresión

Proyecto-TIC.es

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.d.epresin>

ATENCIÓN PLENA



Intimind. Meditación Mindfulness en español
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cuatrochenta.intimind>



El Mindfulness App
<https://play.google.com/store/apps/details?id=se.lichtenstein.mind.en>

APLICACIONES DE LA ATENCIÓN PLENA



REM Volver a casa (Mindfulness)
<http://remvolveracasa.com/>



En calma en el quirófano
<https://itunes.apple.com/sc/app/en-calma-en-el-quirófano/id1244782979>

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



PREVENSUIC
Prevención del suicidio

<https://www.prevensuic.org/>



Distintivo

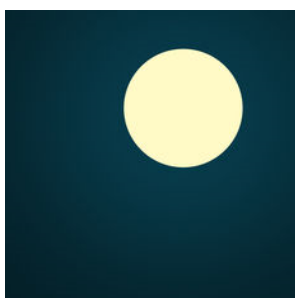
AppSaludable



Más Caminos

<http://www.mascaminos.org/>

SUEÑO



AutoSleep. Monitoriza tu sueño

<https://itunes.apple.com/es/app/autosleep-monitoriza-tu-sueño/id1164801111>



Insomnio

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ec.oapps.quiainsomnio&hl=en_US

OTROS



Fibroline Senior. Tratamiento cognitivo-conductual de la Fibromialgia (DE PAGO)

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.welltech.fibrolineseniorfree>



Guía práctica de relajación progresiva (DE PAGO)

<http://editorial.edu.umh.es/2013/07/24/guia-practica-de-relajacion-progresiva/>

17. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA

En las últimas décadas, el auge en la prescripción de las técnicas de relajación en el ámbito de la psicología clínica y de la salud se atribuye a la palpable evidencia de una aceleración en el ritmo de vida que el ser humano ha ido incorporando como forma habitual de funcionamiento cotidiano.

Este tipo de prácticas pretenden actuar no sólo como un tipo de intervención en la disminución del estrés personal, sino que devienen una eficaz alternativa en la prevención de la aparición del mismo. **La Relajación Progresiva de Jacobson es una de las más utilizadas**; a continuación, veremos sus características, sus fases y cómo se realiza.

Fundamentos de las técnicas de relajación

La relajación se considera como una respuesta contraria a la respuesta de tensión o estrés.

En la respuesta de estrés se produce una activación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). El SNA es la parte del organismo que controla las acciones involuntarias, como la frecuencia cardíaca y respiratoria, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, digestión, salivación, el sudor, etc.

El Sistema Nervioso Autónomo se divide en sistema nervioso simpático (el cual prepara al individuo para la acción) y el sistema nervioso parasimpático (que realiza funciones opuestas al primero, como mantener un estado corporal de descanso después de un esfuerzo, disminuyendo el nivel de estrés del organismo).

La relajación produce una activación de la rama parasimpática del SNA. Por lo tanto, la relajación puede considerarse como un estado de hipo-activación.

¿Qué es la relajación?

La definición que se otorga desde la psicología de las emociones propone conceptualizar la relajación como el ***estado fisiológico, subjetivo y conductual que se experimenta durante la ocurrencia de una emoción intensa, pero de signo opuesto a las emociones desagradables como la ira, el estrés o la agresividad.***

Por ello, la relajación permite contrarrestar los efectos de activación fisiológica derivados de este tipo de emociones, así como también deviene un **recurso muy útil para reducir la ansiedad**, los temores o los síntomas de depresión.

Otros beneficios de la relajación consisten en: mejora del riego sanguíneo, presión arterial y frecuencia cardíaca, optimización de la función de las ondas cerebrales, regulación del ritmo de respiración, favorece la distensión muscular, aumentando la sensación de calma y vitalidad general, posibilitando un mayor nivel atencional. En definitiva, la relajación tiene la capacidad de dotar al organismo de un estado de bienestar general facilitando una adecuada sincronía entre el funcionamiento fisiológico y psicológico del individuo.

Más concretamente, la relajación presenta los siguientes objetivos fundamentales:

- reducir o eliminar las tensiones cotidianas, aumento del bienestar general.
- fomento del autoconocimiento.
- incremento de la autoestima.
- potenciación del rendimiento de la actividad del sujeto.
- mejora en el afrontamiento de situaciones perturbadoras o conflictos determinados personales.
- derivado de ello, optar a relaciones interpersonales más satisfactorias.

Consideraciones generales de los procedimientos

En primer lugar, un aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de poner en práctica este tipo de técnica es el hecho de pensar que se trata de un conjunto de aprendizajes que se van a ir perfeccionando a medida que se van aplicando. El **proceso requiere una fase de entrenamiento** que permita ir consiguiendo cada vez mejores resultados tras los ejercicios, por lo que **la práctica es un requisito esencial** para valorar su eficacia.

El tiempo destinado a los ejercicios de relajación oscila entre los **30-40 minutos diarios durante las primeras dos semanas** para posteriormente reducir la duración de la actividad a unos 10 minutos o bien espaciándola cada dos días, por ejemplo.

A la hora de poner en práctica el entrenamiento, se debe tener en cuenta que la relajación debe realizarse prioritariamente en una habitación tranquila y silenciosa, lejos

de interrupciones, y con temperatura agradable y luz moderada (aunque no es excluyente). Además, se recomienda que la persona lleve ropa cómoda y suelta.

Efectos de estas técnicas

Cuando el objetivo de la relajación consiste en calmar la elevada activación fisiológica en una situación ansiógena intensa se recurre a procedimientos de relajación más cortos y adaptados al tipo de situación en concreto. Cuando la finalidad es rebajar el nivel de activación general se recomienda realizar el ejercicio más extenso en cuanto a tiempo en un contexto calmo exento de estimulación ambiental.

A medida que se va completando la fase del entrenamiento, el individuo **incrementa su percepción de autoeficacia en el control de situaciones estresantes** y en mantener un estado general relajado y de elevado bienestar, disminuyendo la probabilidad de que puedan ocurrir nuevos episodios de aumento del nivel de ansiedad.

El entrenamiento permite también **un mayor autocontrol de los pensamientos perturbadores**, ya que como se ha indicado anteriormente, el estado fisiológico y el psicológico guardan una estrecha relación entre sí. Usualmente, las técnicas de relajación se aplican como un componente más de una intervención psicológica más completa donde se trabajan más profundamente las áreas emocional, cognitiva y comportamental.

Por otra parte, cabe destacar que, en función del individuo, **la práctica de la relajación puede ocasionar que este experimente sensaciones nuevas no familiares para él**. Dado que es un aspecto totalmente habitual, se recomienda únicamente que la persona conozca el tipo de reacciones que pueden tener lugar previamente y el motivo por el cual se producen. Algunas de dichas sensaciones pueden consistir en: pesadez de una parte del cuerpo o bien lo contrario, sensación de ligereza; sensación de acorchamiento en las extremidades; así como hormigueo, sensación de inmovilidad o abandono del cuerpo, etc.

La Relajación Progresiva de Jacobson

Esta técnica fue desarrollada en 1929 y aún hoy en día es una de las más utilizadas. Consiste en aprender a tensar y relajar los diferentes grupos musculares del cuerpo.

La Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson, 1938) se basa en el hecho que la respuesta de estrés genera una serie de pensamientos y comportamientos que provocan tensión muscular en la persona. Esta tensión aumenta la percepción subjetiva

de ansiedad. La relajación progresiva reduce esta tensión muscular y, con esto, la sensación de ansiedad.

A nivel procedimental, el entrenamiento se realiza a lo largo de un mínimo de siete semanas. Durante este periodo, el usuario tendrá que aprender a tensar y a relajar 16 grupos de músculos en todo el cuerpo: manos, antebrazos, bíceps, hombros, frente, ojos, mandíbula, garganta, labios, cuello, nuca, espalda, pecho, abdomen, piernas (muslos y pantorrillas).

La fase de tensión se realiza para el usuario aprenda a percibir las sensaciones asociadas a la aparición de la ansiedad o tensión, siendo estas sensaciones las que indicarán a la persona que tiene que relajarse. Esta tensión muscular permite a los músculos relajarse todavía más que si se hubieran relajado tensar previamente. Al final del entrenamiento, se aprenderá a relajar los músculos directamente sin ponerlos previamente en tensión.

Fases

En la Relajación Progresiva de Jacobson usualmente se siguen las siguientes fases:

1. Durante las dos primeras semanas, se practicará cada día el tensar y después el relajar los 16 grupos de músculos (en la práctica, se utiliza la versión reducida a **8 grupos musculares**).
2. En la tercera semana, el tiempo para relajarse se reduce.
3. Durante la cuarta semana, se aprende a relajarse directamente sin poner los músculos previamente en tensión.
4. En la quinta y sexta semana se aprende a estar relajado mientras se hacen varias actividades sentado y también mientras se está de pie y andando.
5. En la última semana, se practica la relajación rápida muchas veces al día en situaciones no estresantes.
6. Finalmente, se empieza a aplicar la relajación en situaciones provocadoras de ansiedad empezando por aquellas situaciones que provocan menos ansiedad. Una vez que se consigue disminuir la ansiedad en esta situación, se pasa a la siguiente.

Realización

Más concretamente, en cada ejercicio de tensión-distensión la persona debe tensar un grupo de músculos durante unos cinco u ocho segundos. Posteriormente, focalizará la atención en la sensación que está experimentando ante esta tensión muscular. Pasados estos segundos, la persona relajará este grupo de músculos durante diez o quince segundos, para concentrarse luego en las sensaciones que experimenta en la zona relajada.

En cuanto a la postura a mantener durante la actividad, esta puede realizarse en tres posiciones distintas:

- **Sentado/a en un sillón**, con la cabeza apoyada, así como la espalda y los pies apoyados en el suelo. Los brazos están relajados sobre los muslos.
- **Tumbado/a sobre una superficie dura**, para tener apoyado todo el cuerpo y la cabeza ligeramente elevada.
- **Postura del cochero**, sentado/a en una silla, con el cuerpo inclinado hacia adelante, la cabeza apoyada en el pecho y los brazos sobre las piernas.

Aplicación de la Relajación Progresiva de Jacobson

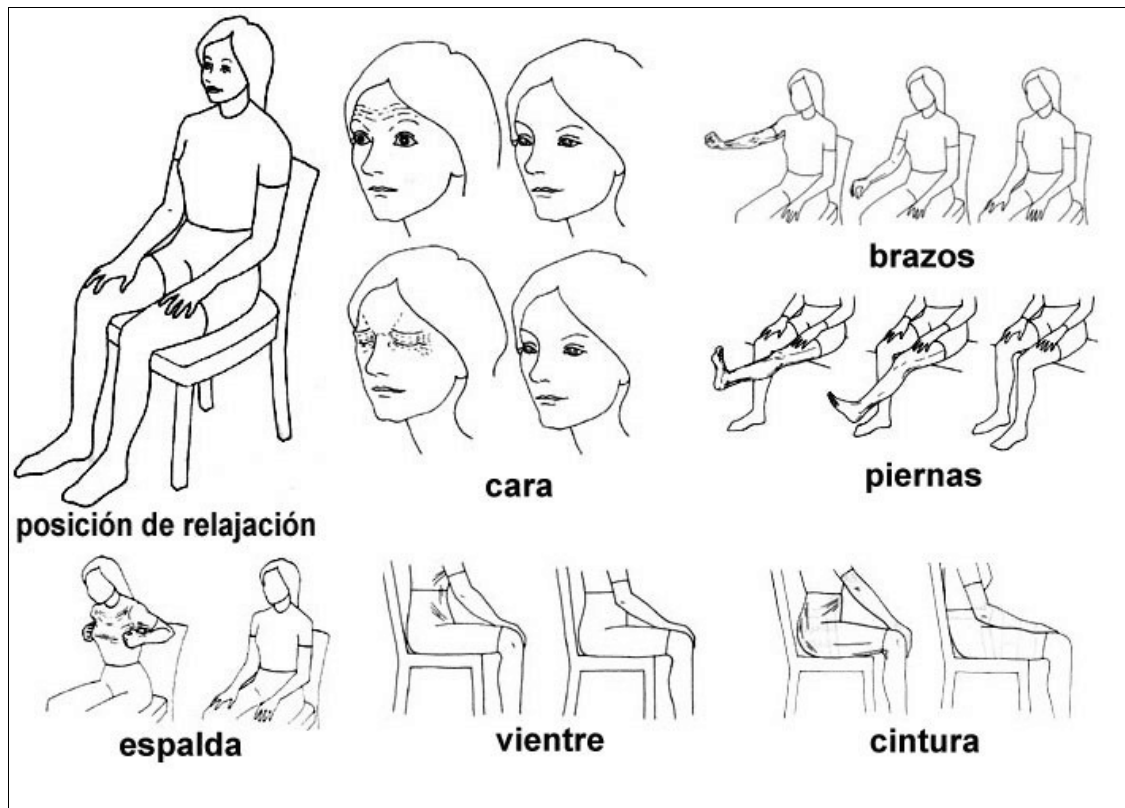
La Relajación Progresiva de Jacobson se centra en enseñar a la persona que lo practica a distinguir entre la sensación de tensión y distensión en las diferentes partes del cuerpo en que se distribuye el entrenamiento, en total 16 grupos musculares (en la práctica, vamos a utilizar la versión reducida a **8 grupos musculares**).

A partir de ese momento, el sujeto va a poder controlar de forma óptima qué situaciones cotidianas provocan cada una de las sensaciones de tensión-distensión y cómo debe proceder para destensar los grupos musculares en caso de notar un exceso de tensión.

Las situaciones tensas, usualmente, al relacionarse con emociones menos agradables, van disminuyendo con el entrenamiento, de forma que el estado de bienestar emocional y psicológico del individuo tiende a aumentar progresivamente.

Es conveniente llevar un **registro diario de la actividad** para monitorizar los progresos de la persona a la que se está entrenando.

Ejercicios de relajación muscular.



Autorregistro de la práctica de respiración y relajación

Semana 1...2 ...3			
Día	Hora	Sensación de relajación al terminar (0= Ninguna....10= Máxima relajación)	Observaciones

Ejemplo: Semana 1			
Día	Hora	Sensación de relajación al terminar (0= Ninguna....10= Máxima relajación)	Observaciones
7/7	18	3 = Me noto un poco menos tensa	Me he distraído mucho
9/7	21	8 = Me noto bastante más relajada	Tenía menos dolor
12/7	21.30	5 = Me noto algo más relajada al terminar	Muy preocupada por otro asunto

PROBLEMAS FRECUENTES CON LA RELAJACIÓN

Siempre encontraremos multitud de razones para no realizar las prácticas de relajación: ¡¡Nada de excusas!! Si quieres mejorar tienes que trabajártelo. ¡¡Busca ayuda y cuídate!!

1ª Excusa. “Es que no tengo tiempo”:

Pregúntate, ¿por qué no tienes tiempo? (“qué pensarán los demás”; “mis hijos me necesitan y eso está por delante de todo”; “estas cosas de la relajación no pueden cambiar nada”, “mi dolor es real” o “me duele demasiado para pensar en relajarme”)

Generalmente este pensamiento de la falta de tiempo se debe a:

- Dejar demasiado control en manos de los demás.
- Baja autoestima (no merecer trabajar por mí)
- Impotencia aprendida (no ser capaz)

Cuando surja este problema de la falta de tiempo plantéate el dilema:

“HACER O NO HACER”

2ª Excusa. “Con la relajación aumenta la conciencia de mi dolor o cansancio o...”

Piensa que frente al dolor hay dos opciones:

- IGNORARLO por temor a que empeore: esconderlo solo nos crea frustración, agotamiento y nos quita la posibilidad de intentar aprender a controlarlo.
- CONOCERLO y en base a esta información, intentar mejorar.

3ª Excusa. “Cuando me relajo me vienen pensamientos sobre mí mismo/a que no me gustan o me tenso aún más o me vienen a la mente recuerdos dolorosos”

Pregúntate:

¿Quién no te gusta eres tú mismo/a? Es tú vida, tú cuerpo, tú forma de ser y con ella tienes que vivir. Aprende a apreciarte, la vida se te escapa.

¿De qué tienes miedo, de qué te escondes? Esas experiencias “negativas” de las que huyes están ahí y lastran tus posibilidades de mejorar. Intenta llevarte bien con esos recuerdos, la vida se te escapa.

4ª Excusa. “Como llevo sin hacer la relajación más de una semana ya que más da”

Recuerda que hacer más o más frecuentemente no es necesariamente mejor.

Material recomendado

Página web de BIENESTAR EMOCIONAL del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Emocional *

Enlace:

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/comoEncontrarmeMejor/tecnicasRelajacion/entrenamientoRelajacion/home.htm>

Descripción:

Resumen de la técnica y **audio con instrucciones de relajación**.

* Proporcionar el enlace con el audio al paciente.

Material de autoayuda para pacientes.

GUÍAS DE AUTOAYUDA. JUNTA DE ANDALUCÍA: "APRENDA A RELAJARSE" *

Enlace

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/23_guia_relajarse.pdf

Descripción:

Guía de Autoayuda sobre entrenamiento en Relajación.

* Imprimir la Guía para el paciente o proporcionar el enlace.

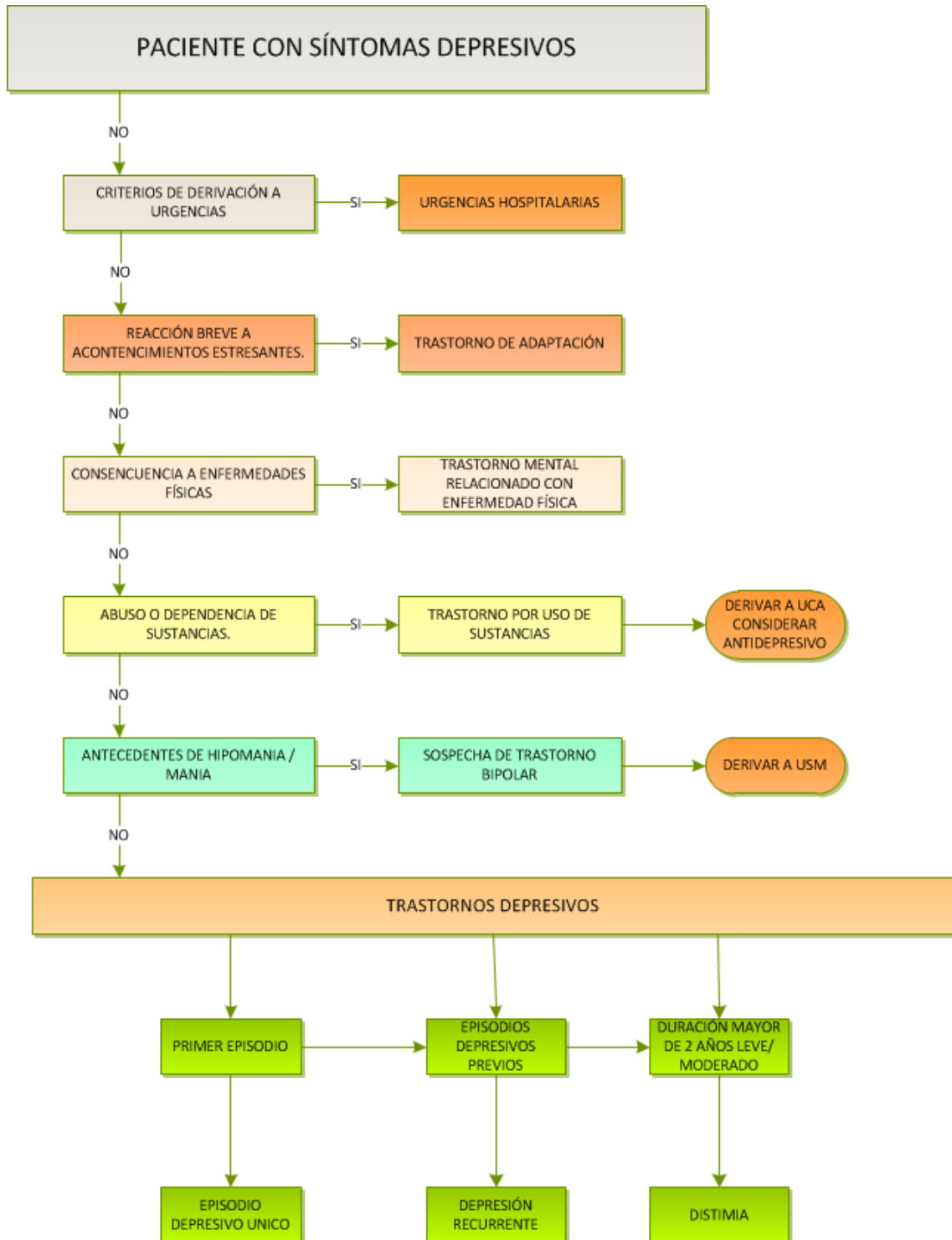
PARTE III

ANEXOS

ANEXO I.

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

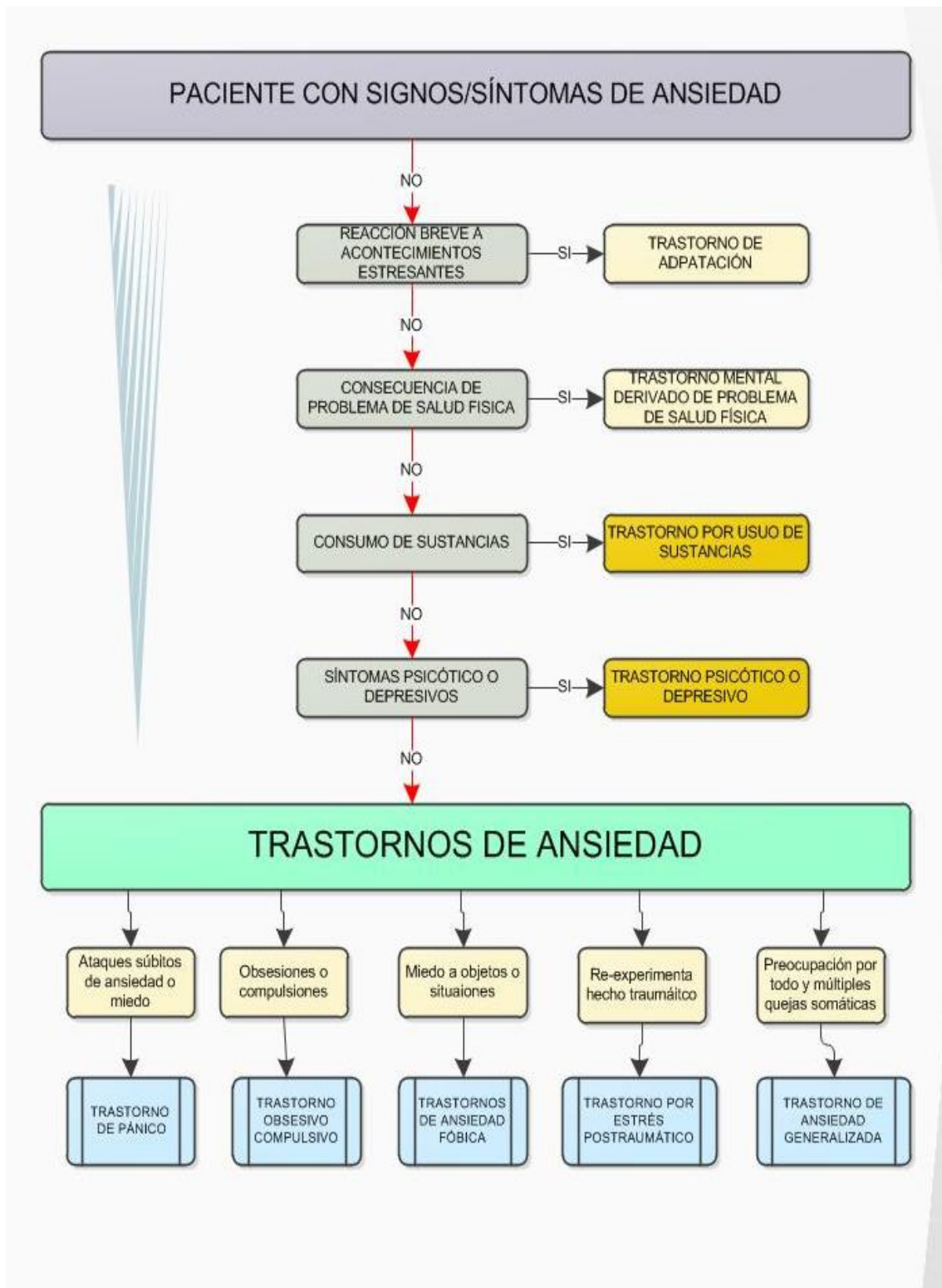
NO

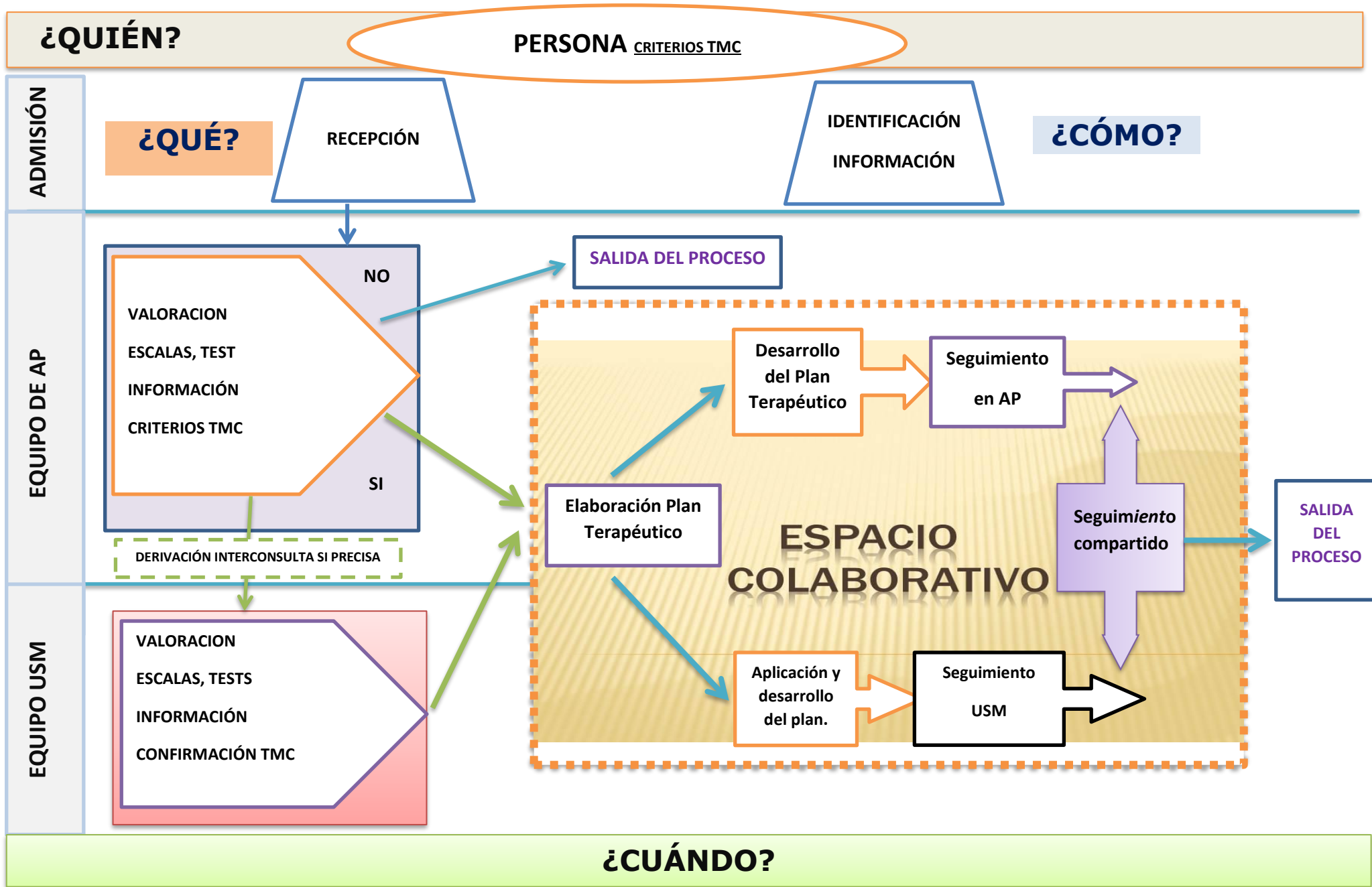
¿El paciente presenta durante un tiempo molestias y quejas físicas inexplicables, centrándose su preocupación y su temor en los síntomas?

SI

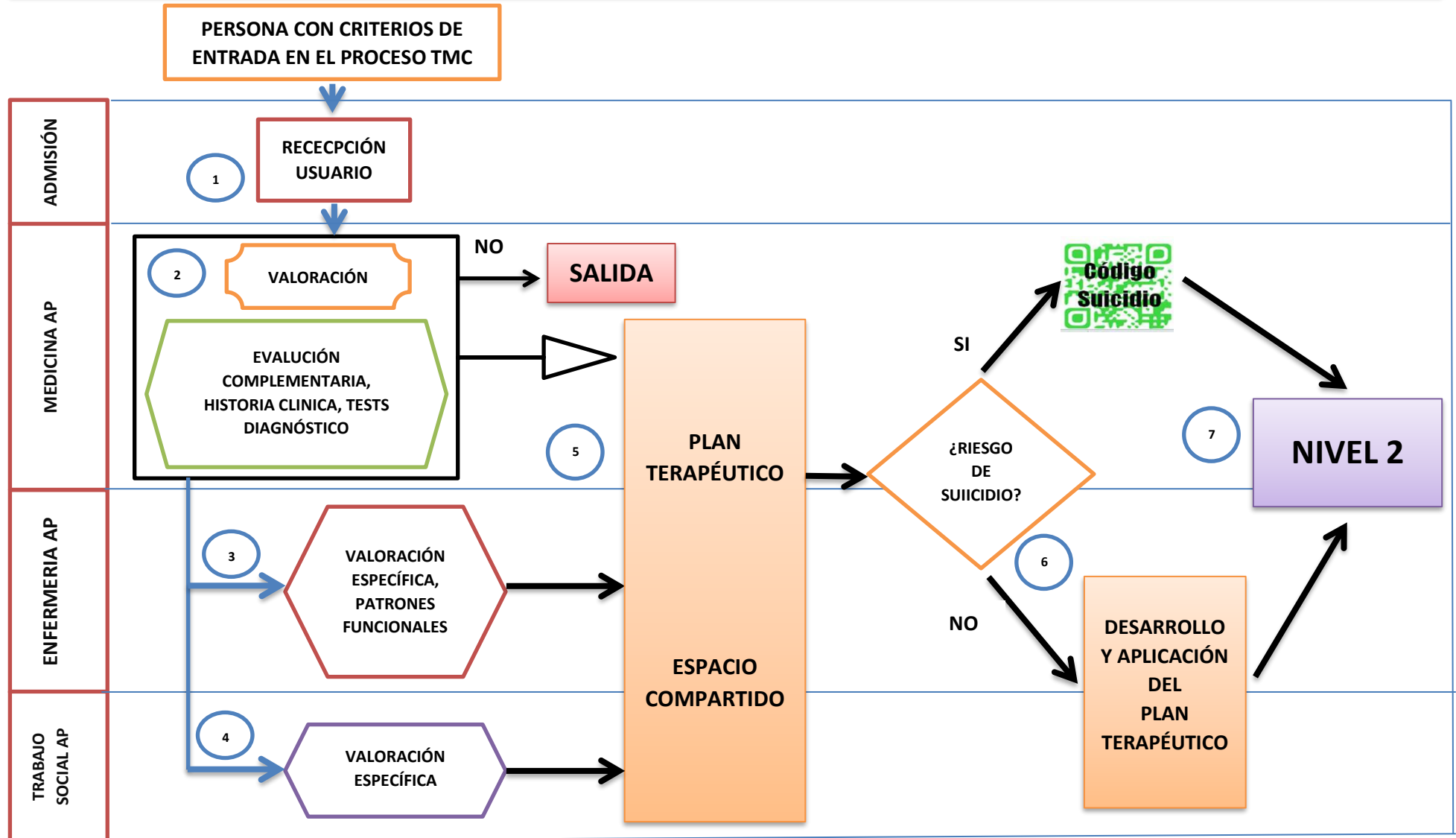
TRASTORNO SOMATOMORFO N. E

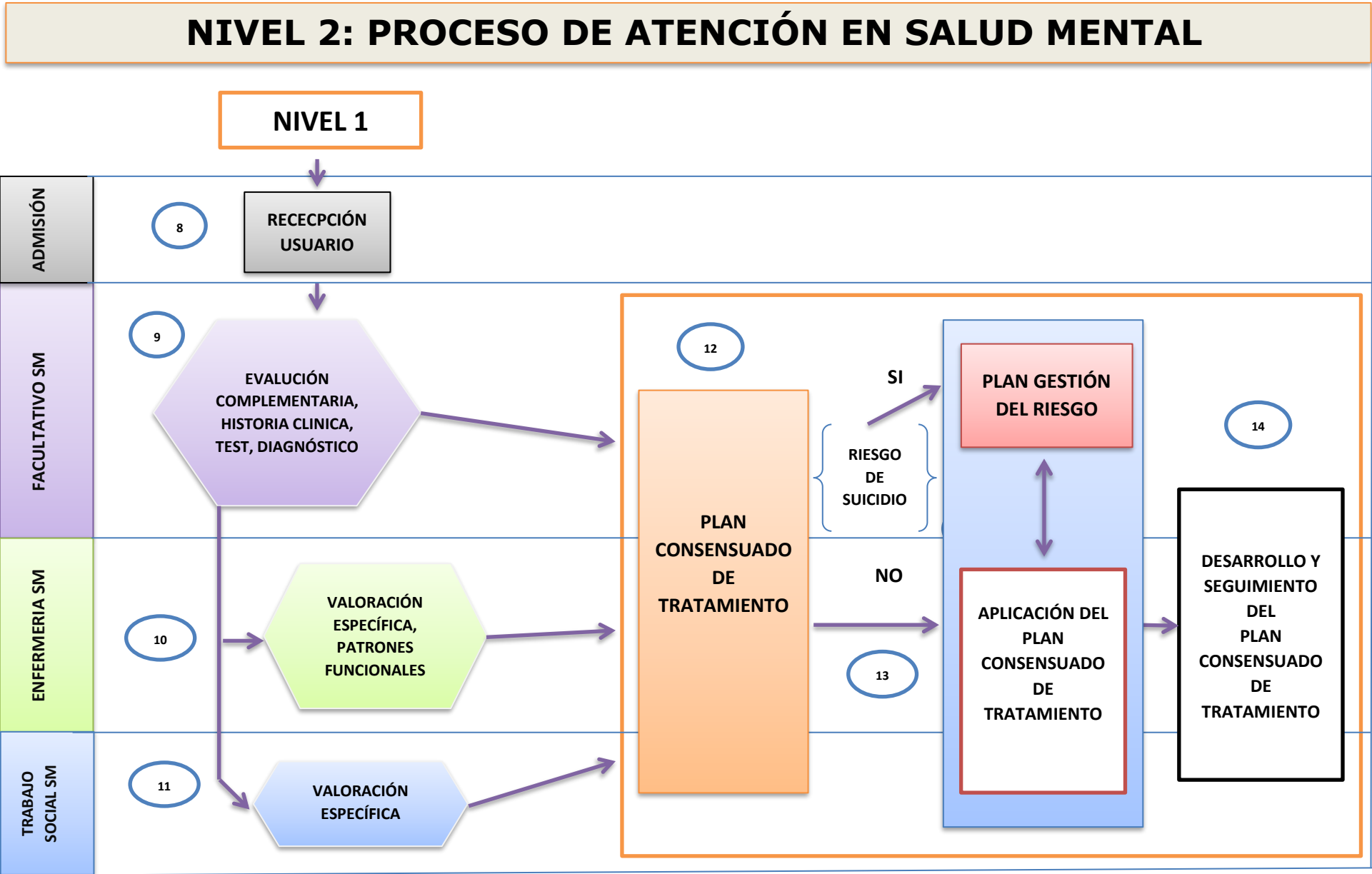
3) ATENCIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD





PROCESO DE ATENCIÓN INICIAL HASTA LA DERIVACIÓN A SM





ANEXO II.
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10

Trastornos Mentales Comunes

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve

F32.1 Episodio depresivo moderado

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos)

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F40.8 Otros trastornos 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

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

F42 Trastorno obsesivo – compulsivo

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

F43.0 Reacción a estrés agudo

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

F43.2 Trastornos de adaptación

F43.8 Otras reacciones a estrés grave

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

F44 Trastornos disociativos (de conversión)

F44.0 Amnesia disociativa

F44.1 Fuga disociativa

F44.2 Estupor disociativo

F44.3 Trastornos de trance y de posesión

F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad

F44.5 Convulsiones disociativas

F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas

F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos

F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación

F45 Trastornos somatomorfos

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F45.2 Trastorno hipocondríaco

F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo

F45.8 Otros trastornos somatomorfos

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación

F48 Otros trastornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

F48.1 Trastorno de despersonalización – desrealización

F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados

F48.9 Trastorno neurótico sin especificación

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- A. La disminución de la atención y concentración.
- B. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- C. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- D. Una perspectiva sombría del futuro.
- E. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- F. Los trastornos del sueño.
- G. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos **síntomas "somáticos"** son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este **síndrome somático** habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas del síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas del síndrome somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada

Melancolía

Depresión vital sin síntomas psicóticos

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0 - F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (F41.2).

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen 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, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morirse, a perder el control o a volverse loco. La ansiedad no se alivia por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante. Por lo general, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

Al adoptar el criterio de que el objeto y la situación fóbicos son externos al enfermo muchos de los temores referidos a la presencia de enfermedades (nosofobia) o a estar desfigurado (dismorfofobia), se clasifican en el epígrafe trastorno hipocondriaco (F45.2). Sin embargo, si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica).

La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

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. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público. La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. La mayor parte de los afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico. En ausencia de un tratamiento efectivo la agorafobia suele cronificarse, aunque su intensidad puede ser fluctuante.

Pautas para el diagnóstico

- 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.

La presencia o ausencia de trastorno de pánico (F41.0) en la situación que induce la agorafobia en la mayoría de los casos puede ser recogida mediante un quinto carácter:

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 Con trastorno de pánico

Incluye: Trastorno de pánico con agorafobia.

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 suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Al contrario que la mayoría de las fobias, las fobias sociales se presentan con igual frecuencia en varones y en mujeres. 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 la persona está convencida 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.

Pautas para el diagnóstico

- 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 y determinadas.
- C. La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

Incluye:

Antropofobia
Neurosis social

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

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. Las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al sida.

Pautas para el diagnóstico

- 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.

Incluye:

Zoofobias	Claustrofobia	Acrofobia
Fobia a los exámenes		Fobia simple

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Incluye:

Fobia sin especificación.

Estado fóbico sin especificar.

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 palpitaciones, 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 también puede persistir más tiempo. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en mujeres, son bastante variables. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos. Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico.

Pautas para el diagnóstico

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 de 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.

Incluye:

Ataques de pánico

Estados de pánico

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 afectado 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.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

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. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

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.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).

Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

F41.3 Otros trastornos mixtos de ansiedad

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-F48, aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional. Los ejemplos más frecuentes son: trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); trastornos disociativos (F44.-); trastornos de somatización (F45.0); trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y trastorno hipocondriaco (F45.2). Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes entonces se utiliza la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados

Incluye: Ansiedad histérica.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación

Incluye: Ansiedad sin especificación.

F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser siempre desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado reducida a un nivel mínimo. Casi siempre está presente un cierto grado de ansiedad. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos, en especial pensamientos obsesivos, y la depresión. Los enfermos con trastornos obsesivo-compulsivos tienen a menudo síntomas depresivos y en enfermos que sufren un trastorno depresivo recurrente (F33.-) a menudo se presentan pensamientos obsesivos durante sus episodios de depresión. En ambas situaciones el incremento o la disminución en la gravedad de los síntomas depresivos se acompaña por lo general por cambios paralelos en la gravedad de los síntomas obsesivos.

El trastorno obsesivo-compulsivo es tan frecuente en varones como en mujeres y la personalidad básica suele tener rasgos anancásticos destacados. El comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de la vida adulta. El curso es variable y, en ausencia de síntomas depresivos significativos, tiende más a la evolución crónica.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- A. Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- B. Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- C. La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- D. Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.

Incluye:

Neurosis obsesivo-compulsiva
 Neurosis obsesiva
 Neurosis anancástica

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos

Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. Por ejemplo, a una mujer le puede atormentar el temor de no poder resistir en algún momento el impulso de matar al hijo querido, o por la cualidad obscena o blasfema y ajena a sí mismo de una imagen mental recurrente. A veces las ideas son simplemente banales en torno a una interminable y casi

filosófica consideración de alternativas imponderables. Esta consideración indecisa de alternativas es un elemento importante en muchas otras rumiaciones obsesivas y a menudo se acompaña de una incapacidad para tomar las decisiones, aún las más triviales, pero necesarias en la vida cotidiana.

La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es particularmente íntima y se elegirá el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo cuando las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un trastorno depresivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos)

La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos ritual es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones. Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Incluye 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. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia etiológica no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia, tales como una vulnerabilidad específica. En otras palabras, el estrés no es un factor ni necesario ni suficiente para explicar la aparición y forma del trastorno. Por el contrario, los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como una consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática sostenida. El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes, y por lo tanto deben codificarse de acuerdo con las pautas de esta categoría.

F43.0 Reacción a estrés agudo

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. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

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, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

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.

Incluye:

Crisis aguda de nervios

Reacción aguda de crisis

Fatiga del combate

"Shock" psíquico

F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

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 hombre, 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). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

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 el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye:

Neurosis traumática.

F43.2 Trastornos de adaptación

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.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico

- 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.

Incluye:

"Shock cultural".

Reacciones de duelo.

Hospitalismo en niños.

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

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 (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

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 (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) 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.

F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados

F43.8 Otras reacciones a estrés graves

F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

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.

En estos trastornos aparecen con frecuencia un comportamiento de demanda de atención (histriónico), en particular en enfermos resentidos por su fracaso a la hora de convencer a los médicos de que su enfermedad es de naturaleza fundamentalmente somática y de la necesidad de realizar exámenes o exploraciones adicionales.

Excluye:

Trastornos disociativos (F44.-).

Tricotilomanía (F63.3).

Lambdacismo (F80.0).

Ceceo (F80.8).

Onicofagia (F98.8).

Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54.-).

Disfunciones sexuales no orgánicas (F52.-).

Movimientos estereotipados (F98.4).

Succión del pulgar (F98.8).

Síndrome de Gilíes de la Tourette (F95.2).

Trastornos de tics en la infancia y adolescencia (F95.-).

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.

Incluye:

Trastorno psicossomático múltiple.
Trastorno de quejas múltiples.

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.

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas.

Incluye: Trastorno psicossomático indiferenciado

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 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.

Incluye:

Hipocondría.

Neurosis hipocondriaca.

Nosofobia.

Dismorfofobia (no delirante).

Trastorno corporal dismórfico.

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 hipo psicógenos) 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.

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54).

Se usará un quinto carácter para clasificar los trastornos específicos en este grupo, indicando el órgano o sistema señalado por el enfermo como el origen de los síntomas:

F45.30 Del corazón y el sistema cardiovascular

Incluye:

Neurosis cardíaca

Astenia neurocirculatoria

Síndrome de Da Costa

F45.31 Del tracto gastrointestinal alto

Incluye:

Neurosis gástrica
Aerofagia psicógena
Hipo psicógeno
Dispepsia psicógena
Piloroespasmo psicógeno

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

Incluye:

Flatulencia psicógena
Meteorismo psicógeno
Colon irritable psicógeno
Diarreas psicógenas

F45.33 Del sistema respiratorio

Incluye:

Hiperventilación psicógena
Tos psicógena

F45.34 Del sistema urogenital

Incluye:

Disuria psicógena
Polaquiuria psicógena
Vejiga nerviosa

F45.38 Otra disfunción vegetativa somatomorfa**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, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así.

No deben incluirse aquí los dolores presumiblemente psicógenos que aparecen en el curso de trastornos depresivos o de esquizofrenia. No deben clasificarse aquí los dolores debidos a mecanismos psicofisiológicos conocidos o inferidos (como el dolor de tensión muscular o la migraña), en los que aún se presume un origen psicógeno, que deben codificarse de acuerdo con F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) y un código adicional de otro capítulo de la CIÉ 10, por ejemplo, migraña (G43.-).

Incluye:

Psicalgia.
Lumbalgia psicógena.
Cefalea psicógena.
Dolor somatomorfo psicógeno.

Excluye:

Dolor sin especificación (R52.-).
Cefalea de tensión (G44.2).
Lumbalgia sin especificación (M54.9).

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 (F45.0) y del trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). 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 III. CUESTIONARIOS

1) Cuestionario de Hamilton para ansiedad (establecer diagnóstico)

Elemento	Síntomas	Puntos
Ansiedad	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad	
Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse	
Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes	
Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos	
Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida	
Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficciones, depresión, despertar anticipado, variación en el día	
Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas, mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular	
Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad	
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborignos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto/tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros/respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
Puntuación Total		

Instrucciones

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 0 y 4). Los síntomas son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad del síntoma. Todos los ítems deben ser puntuados.

Ansiedad psíquica: preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14.
Ansiedad somática: preguntas 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

Valoración

Puntos	Diagnóstico
0 – 5	Sin ansiedad
6 – 14	Ansiedad leve
15 o más	Ansiedad moderada/grave

0 = Ninguno, 1= Leve, 2 = Moderada,
3 = Grave, 4 = Muy grave

Fuente: Hamilton, 1959. *Elaboración propia.*

2) GAD-7 para ansiedad

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Instrucciones	Valoración	
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 0 y 3). Marque en el casillero de la derecha la cifra que defina mejor la frecuencia de las afirmaciones. Todos los ítems deben ser puntuados.	Puntos	Diagnóstico
	0 – 4	Sin ansiedad
	5 – 9	Ansiedad leve
	10 – 14	Ansiedad moderada
	15 – 21	Ansiedad severa

Fuente: Spitzer et al., 2006. *Elaboración propia.*

3) Escala SAD PERSONS

		SI	NO
S A D P E R S O N S	Sexo masculino		
	Edad menor de 20 años o mayor de 45 años		
	Depresión		
	Tentativa suicida previa		
	Abuso de alcohol		
	Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)		
	Carencia de apoyo social		
	Plan organizado de suicidio		
	No pareja o cónyuge		
	Enfermedad somática		
Puntuación Total			

Instrucciones

Marque en el casillero de la derecha 'SI' o 'NO' según cada ítem. Se puntúa con un 1 si está presente y con un 0 si está ausente. En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación clínica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida, que es lo que determinará la decisión.

Valoración

<u>Puntos</u>	<u>Diagnóstico</u>
0 – 2	Bajo riesgo
3 – 4	Riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso
5 – 6	Riesgo alto, se recomienda ingreso, sobre todo si hay ausencia de apoyo social
7 – 10	Precisa ingreso

Fuente: Patterson et al., 1983. *Elaboración propia.*

4) PHQ-9 para detección y valoración de depresión (valorar gravedad)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Puntuación	0			
Puntuación total				
<p>Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p>				
No ha sido difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente Difícil <input type="checkbox"/>	

Instrucciones	Valoración	
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 0 y 3). Marque en el casillero de la derecha la cifra que defina mejor la frecuencia de las afirmaciones. Todos los ítems deben ser puntuados.	Puntos	Diagnóstico
	1 – 4	Depresión mínima
	5 – 9	Depresión leve
	10 – 14	Depresión moderada
	15 – 19	Depresión moderada grave
	20 – 27	Depresión grave

Fuente: MacArthur Foundation's Initiative, 2004. *Elaboración propia.*

5) Escala de Desesperanza Beck

Escala de Desesperanza de Beck	Verdadero	Falso
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 término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda pasar en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para el 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		

Instrucciones

Marque en el casillero de la derecha 'verdadero' o 'falso' la cifra que defina mejor las afirmaciones. Seleccione para cada ítem la puntuación según respuesta (entre 0 y 1). Todos los ítems deben ser puntuados.

Verdadero = 1 punto en preguntas 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20

Falso = 1 punto en preguntas 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19

Valoración

Puntos	Diagnóstico
0 – 3	Normalidad
4 – 8	Leve desesperanza
9 – 14	Moderada desesperanza
15 – 20	Severa desesperanza

Fuente: Beck et al., 1974. *Elaboración propia.*

6) APGAR Familiar

Función	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Está satisfecho/a con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

Instrucciones	Valoración	
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 0 y 2). Se debe marcar la opción que más se ajuste a su situación personal. Todos los ítems deben ser puntuados.	Puntos 7 – 10 3 – 6 0 – 2	Diagnóstico Normal Disfunción leve Disfunción grave

Fuente: Smilktein, 1978 y Smilktein et al., 1982. *Elaboración propia.*

7) Apoyo social funcional de Duke-UNC

Duke-UNC	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
Recibo elogios o reconocimientos cuando hago bien mi Trabajo	1	2	3	4	5
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
Recibo consejos útiles cuando me ocurren algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
Recibo consejos útiles cuando estoy enferma/o en la cama	1	2	3	4	5

Instrucciones

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 1 y 5). Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor las afirmaciones descritas. Todos los ítems deben ser puntuados.

Valoración

Puntos

Más de 32
Menos de 32

Diagnóstico

Apoyo social
Apoyo social bajo

Fuente: Bellón et al., 1996. *Elaboración propia.*

8) Escala de Zarit

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes	Casi siempre
	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta Negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Instrucciones

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia (entre 0 y 4). Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor su situación. Todos los ítems deben ser puntuados.

Valoración**Puntos**

Inferior a 46
Superior a 56

Diagnóstico

Sin sobrecarga
Sobrecarga intensa

Fuente: Zarit et al., 1980. *Elaboración propia.*

9) MOS de apoyo social

1. Aproximadamente, ¿cuántas amistades o familiares cercanas tiene? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). ¿Cuenta con alguien...?	Nº Amistades				
	Nº Familiares				
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría veces	Siempre
	1	2	3	4	5
2. que le ayude cuando tenga que estar en la cama?					
3. con quien pueda contar cuando necesite hablar?					
4. que le aconseje cuando tenga problemas?					
5. que le lleve al médico cuando lo necesite?					
6. que le muestre amor y afecto?					
7. con quien pasar un buen rato?					
8. que le informe y ayude a entender la situación?					
9. en quien confiar o hablar de sí mismo y sus preocupaciones?					
10. que le abrace?					
11. con quien pueda relajarse?					
12. que le prepare la comida si no puede hacerlo?					
13. cuyo consejo realmente desee?					
14. con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas?					
15. que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?					
16. con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?					
17. que le aconseje cómo resolver sus problemas personales?					
18. con quien divertirse?					
19. que comprenda sus problemas?					
20. a quien amar y hacerle sentir querido?					

Instrucciones

En la primera pregunta debe escribir un número concreto aproximado. En las siguientes preguntas, seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según la frecuencia (entre 1 y 5). Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor su situación, en respuesta a las preguntas planteadas. Todos los ítems deben ser puntuados.

Cada pregunta pertenece a un grupo de apoyo. La distribución es la siguiente:

Índice global: todas las preguntas.

Apoyo emocional: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Apoyo instrumental: 2, 5, 12 y 15.

Apoyo de interacción social positiva: 7, 11, 14 y 18.

Apoyo afectivo: 6, 10 y 20.

Valoración

Grupo de apoyo	Puntos		
	Mín.	Medi o	Máx.
Índice global	95	57	19
Emocional	8	24	40
Instrumental	4	12	20
Interacción social positiva	4	12	20
Apoyo afectivo	3	9	15

Fuente: Revilla et al., 2005. *Elaboración propia.*

10) Escala de evaluación de reajuste social

Nº	Acontecimiento social	Puntos	Marcar
1	Muerte del cónyuge	100	
2	Divorcio	73	
3	Separación matrimonial	65	
4	Cumplimiento de una condena de cárcel	63	
5	Muerte de un familiar cercano	63	
6	Lesión o enfermedad personal	53	
7	Matrimonio	50	
8	Despido del trabajo	47	
9	Desempleo	47	
10	Reconciliación matrimonial	45	
11	Jubilación	45	
12	Cambio en la salud de algún miembro de la familia	44	
13	Drogadicción y/o alcoholismo	44	
14	Embarazo	40	
15	Dificultades o problemas sexuales	39	
16	Llegada de un nuevo miembro de la familia	39	
17	Ajustes en los negocios	39	
18	Cambio en la situación económica	38	
19	Muerte de un amigo íntimo	37	
20	Cambio a un trabajo distinto	36	
21	Mala relación con el cónyuge	35	
22	Juicio por hipoteca o préstamo	30	
23	Cambio en las responsabilidades en el trabajo	29	
24	Hijo o hija que deja el hogar	29	
25	Problemas legales	29	
26	Logro personal notable	28	
27	La esposa comienza o deja de trabajar	26	
28	Comienzo o final de la educación escolar	26	
29	Cambios en las condiciones de trabajo	25	
30	Revisión de los hábitos personales	24	
31	Problemas con el jefe en el trabajo	23	
32	Cambio en las horas o de condiciones de trabajo	20	
33	Cambio de residencia	20	
34	Cambio de colegio	20	
35	Cambio de las actividades de ocio	19	
36	Cambio en las actividades sociales	19	
37	Cambio en las actividades sociales	18	
38	Cambio de hábito de dormir	17	
39	Cambio en el número de reuniones familiares	16	
40	Cambio de hábitos alimenticios	15	
41	Vacaciones	13	
42	Navidades	12	
43	Leves trasgresiones de la ley	11	
Puntuación Total			

Instrucciones

Señale en el casillero de la derecha los acontecimientos vitales que le han sucedido durante el último año.

Valoración

Puntos

> 300
299 – 150
< 149

Diagnóstico

80% probabilidad de enfermar en 3 meses
50% probabilidad de enfermar en 3 meses
30% probabilidad de enfermar en 3 meses

Fuente: Revilla, 1994. *Elaboración propia.*

11) Hamilton Rating Scale for Depression

HRSD

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

0	Ausente
1	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
2	Estas sensaciones las relata espontáneamente
3	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a

Sentimientos de culpa

0	Ausente
1	Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
2	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
3	Siente que la enfermedad actual es un castigo
4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

Suicidio

0	Ausente
1	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
3	Ideas de suicidio o amenazas
4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

Insomnio precoz

0	No tiene dificultad
1	Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño
2	Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

0	No hay dificultad
1	Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
2	Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

0	No hay dificultad
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Trabajo y actividades

0	No hay dificultad
1	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2	Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
3	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

0	Palabra y pensamiento normales
1	Ligero retraso en el habla
2	Evidente retraso en el habla
3	Dificultad para expresarse
4	Incapacidad para expresarse

Agitación psicomotora

0	Ninguna
1	Juega con sus dedos
2	Juega con sus manos, cabello, etc.
3	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4	Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

Ansiedad psíquica

0	No hay dificultad
1	Tensión subjetiva e irritabilidad
2	Preocupación por pequeñas cosas
3	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4	Expresa sus temores sin que le pregunten

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

0	Ausente
1	Ligera
2	Moderada
3	Severa
4	Incapacitante

Síntomas somáticos gastrointestinales

0	Ninguno
1	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
2	Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

Síntomas somáticos generales

0	Ninguno
1	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
2	Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

0	Ausente
1	Débil
2	Grave

Hipocondría

0	Ausente
1	Preocupado de si mismo (corporalmente)
2	Preocupado por su salud
3	Se lamenta constantemente, solicita ayuda

Pérdida de peso

0	Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
1	Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2	Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

Introspección (insight)

0	Se da cuenta que está deprimido y enfermo
1	Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
2	No se da cuenta que está enfermo

Instrucciones

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia o estado (entre 0 y 4). Marque en el casillero situado a la izquierda la cifra que defina mejor su situación. Todos los ítems deben ser puntuados.

Valoración

Puntos	Diagnóstico
0 – 7	No deprimido
8 – 13	Depresión ligera/menor
14 – 18	Depresión moderada
19 – 22	Depresión severa
> 23	Depresión muy severa

Fuente: Hamilton, 1960. *Elaboración propia.*

12) Inventario de depresión de Beck

Síntoma		Puntos
Tristeza	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	
Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	
Fracaso	0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	
Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	
Sentimientos de castigo	0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.	
Disconforme con uno mismo	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.	
Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	
Pensamientos o deseos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 Querría matarme 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
Llanto	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.	
Agitación	0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre haciendo algo.	
Pérdida de interés	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.	
Indecisión	0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	
Desvalorización	0 No siento que yo no sea valioso 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.	

Pérdida de energía	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.	
Cambio en los hábitos de sueño	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1 Duermo un poco más/menos que lo habitual. 2 Duermo mucho más/menos que lo habitual. 3 Duermo la mayor parte del día o despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	
Irritabilidad	0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.	
Cambios en el apetito	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1 Mi apetito es un poco menor/mayor que lo habitual. 2 Mi apetito es mucho menor/mayor que antes. 3 No tengo apetito en absoluto o quiero comer todo el día.	
Dificultad de concentración	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	
Cansancio o fatiga	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía	
Pérdida de interés en el sexo	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.	
Puntuación Total		

Instrucciones	Valoración	
Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia o estado (entre 0 y 3). Anote en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor su situación. Todos los ítems deben ser puntuados.	Puntos	Diagnóstico
	0 – 6	Sin depresión
	7 – 19	Depresión leve
	20 – 34	Depresión moderada
	35 – 60	Depresión grave

Fuente: Beck et al., 1961. *Elaboración propia.*

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/>
- Anseán A. (2014). *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. 2ª Ed. España: Fundación Salud Mental.
- 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 Esp Psiquiatr*;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; nº165-166, 15-33.
- 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. *Aten.Primaria*; 18(6): 289-295.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten.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.
- CCBT Ltd (2015-2025). *CCBT Ltd: Innovating Online Mental Health Care*. York, UK.: CCBT Ltd. Recuperado de: <http://ccbtmain.cbtprogram.com/>
- 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 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 (2005). *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 (2018). *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., Spineli, 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>
- 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. Aprende 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. *Perspect.Psychol.Sci*; 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. *J.Clin.Psychiatry*; 74(6): 595-602. Recuperado de: <https://goo.gl/iYAB4N>
- Medidisplay.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>
- Pacífica Labs Inc. (2019). Pacífica – Estrés y Ansiedad (7.1.3) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/FfDRKh>
- 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.
- Pérez, S., Morán, C., Carreño, P., Suárez, T., Cámara, E. y Sánchez, YB. (2009). Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. *Atención Primaria*; 41(3):153-157. Recuperado de: <https://goo.gl/eV7jya>
- Plumed, J. (2004). La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española. *Frenia*; IV (2):69-91.
- Proyecto-TIC.es (2016). Depresión (1.1) [Aplicación Móvil]. Descargado de: <https://goo.gl/w31Xt6>
- 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. *J Fam Pract*; 6: 1231-9.
- Smilktein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J.Fam.Pract.*; 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. (2016). 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, Avance Online*.
- Tantsissa (2018). Autosleep. Monitoriza tu sueño (6.0.1) [Aplicación Móvil]. Descargable en: <https://goo.gl/5QeqPP>
- TicSalut (2013-2019). *Observatori: App's i Projectes de mobilitat*. Catalunya, España: Generalitat de Catalunya. Recuperado de: <http://www.ticsalut.cat/observatori/apps/>
- 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).
- 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. ISSN 0214-7823. 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, JL., Herrán, A. y Artal, J. (1997). Epidemiological Research in Primary Care. *European Journal of Psychiatry*. ISSN 0213-6163, 11(3) pp. 133-144
- Welltech Treatment Management Systems (2018). Fibroline [Aplicación Móvil]. Descargable en: <https://goo.gl/9WjMY8>
- Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*; 20: 649-655.

