



5

Componentes

Profesionales, actividades, características de calidad

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

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

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

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

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

Se basa en tres principios:

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

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

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

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

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

PROFESIONALES DE AP: MÉDICO Y ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

PROFESIONALES DE AP: TRABAJADOR SOCIAL

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

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

PROFESIONALES DE AP: MEDICO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7 Las intervenciones posibles son:

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

PROFESIONALES DE AP: MÉDICO, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

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

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

Actividades	Características de calidad
	<p>presión leve persistente después de otras intervenciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas crónicos de salud física con síntomas de depresión leve que complica la atención de la patología física. <ul style="list-style-type: none"> - No prescribir o aconsejar el uso de la hierba de San Juan, por las diferentes concentraciones de los preparados disponibles y las potenciales interacciones graves con otros medicamentos (incluyendo contraceptivos orales, anticoagulantes y anticonvulsivos)⁸. - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ^{16} ESP. <p>• Intervenciones psicosociales y psicológicas de baja intensidad^{8,9}.</p> <p>En personas sin problema crónico de salud física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guía de autoayuda individual basada en los principios de la TCC (incluyendo la activación del comportamiento y los resultados y técnicas de resolución de problemas): debe incluir material escrito, o medios alternativos, con el apoyo de un profesional entrenado que revisa el progreso y los resultados. Constan de hasta 6-8 sesiones (cara a cara y por teléfono) durante 9-12 semanas, incluyendo el seguimiento. - TCC informatizada: a través de un programa independiente en soporte electrónico o referenciado a una página web. Explicar el modelo de TCC, fomentar las tareas entre períodos de sesiones, y efectuar un seguimiento de patrones de pensamiento y conducta. Considerar los resultados con apoyo de un profesional entrenado que revise el progreso. Los resultados suelen apreciarse en las semanas 9-12, incluyendo el seguimiento. - Programa de ejercicio físico en grupo: son grupos apoyados por un profesional. Normalmente constan de 3 sesiones por semana (con una duración de 45 minutos a 1 hora) durante 10-14 semanas. <p>Para las personas que rechazan una intervención psicosocial de baja intensidad, valorar su inclu-</p>

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

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Duración del episodio y trayectoria de los síntomas. • Curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento previo. • Probabilidad de adhesión al tratamiento y los posibles efectos adversos. • Preferencia de la persona. • Curso y evolución y tratamiento de cualquier problema crónico de salud física. <p>Con síntomas depresivos subumbrales persistentes o depresión leve o moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones anteriores (en episodio depresivo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe llegar a una decisión compartida sobre las diferentes intervenciones, pero garantizando siempre un antidepresivo, o una intervención psicológica de alta intensidad (que se valorará en el espacio de colaboración) √. - Cuando prescriba un antidepresivo, como norma general se recomienda prescribir un ISRS, ya que han demostrado ser igual de efectivos que otros antidepresivos (ISRN, ATC, IMAO) y tiene un cociente beneficio/riesgo favorable (Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación A)¹⁵. - En el contexto del SSPA y teniendo como criterios de selección, la seguridad, eficacia y adecuación, se considera que sertralina, citalopram* y fluoxetina son los fármacos apropiados como primera opción de tratamiento en la mayoría de los pacientes - Se valorará la medicación habitual o esporádica y sus posibles interacciones con la nueva prescripción Δ^{16} ESP. <p><i>*Citalopram puede provocar prolongación del intervalo QT, siendo el riesgo mayor conforme aumenta la dosis administrada. Debido a ello la dosis máxima recomendada se reduce a 40 mgrs al día. En pacientes mayores de 65 años o con disfunción hepática, la dosis máxima diaria no deberá superar los 20 mgrs día. AEMPS-referencia MUH (FV) 19/2011.</i></p> <p>Ante una depresión moderada y grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda que en este tipo de pacientes se administre siempre un antidepresivo y combinarlo con una intervención psicológica de alta intensidad que se valorará en el espacio de colaboración √. <p>Como norma general se recomienda prescribir un ISRS, ya que han demostrado ser igual de efectivos que otros antidepresivos (ISRN, ATC, IMAO) y tiene un cociente beneficio/riesgo favorable (Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación A)¹⁵.</p>

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

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



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

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

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

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

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

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

PROFESIONALES DE AP-USMC: MÉDICO

Actividades	Características de calidad
<p>7°</p> <p>SEGUIMIENTO</p>	<p>7.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona Δ² OMS-12 ESP.</p> <p>7.2 Se utilizará el Espacio de Colaboración mediante interconsulta, supervisión o coterapia a lo largo del seguimiento, individualizando en cada caso (Anexo 3) √.</p> <p>7.3 EN LA DEPRESIÓN MODERADA Y GRAVE Y PARA PERSONAS CON SÍNTOMAS PERSISTENTES DE DEPRESIÓN SUBUMBRAL O DEPRESIÓN LEVE A MODERADA CON RESPUESTA INADECUADA A LAS INTERVENCIONES RECOMENDADAS⁸.</p> <p>Para las personas que no se consideran con alto riesgo de suicidio, por lo general citar después de 2 semanas. Revisar con regularidad, por ejemplo, cada 2-4 semanas en los primeros 3 meses, y luego a intervalos más largos si la respuesta es buena.</p> <p>Para las personas que se consideran con un alto riesgo de suicidio o son menores de 30 años, valorar después de 1 semana y luego establecer seguimiento frecuente hasta que el riesgo ya no sea clínicamente importante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se presentan efectos secundarios:<ul style="list-style-type: none">- Si son leves y aceptables para la persona: seguimiento de la persona.- Si son graves o la persona muestra otra preferencia de tratamiento cambiar a otro antidepressivo, valorando interacciones. Δ¹⁶ ESP- Si se presenta ansiedad intensa, hay agitación y/o insomnio importante: puede emplearse tratamiento concomitante a corto plazo con benzodiazepinas.• Si ha respondido a ATC: se puede mantener el tratamiento con una monitorización cuidadosa.• Si hay respuesta clínica parcial: prolongar el tratamiento 2-4 semanas más y valorar tras ese periodo.• Si no se obtiene respuesta después de 3-4 semana a dosis terapéutica de antidepressivos:<ul style="list-style-type: none">- Comprobar la adherencia terapéutica y que el tratamiento se ha realizado correctamente según la prescripción.- Aumentar la dosis de acuerdo con las características del producto si no hay efectos secundarios significativos.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar un cambio de antidepresivo si: <ul style="list-style-type: none"> • Aparecen efectos secundarios, o. • La respuesta sigue siendo insuficiente tras el aumento de dosis o. • La persona prefiere cambiar de medicación. - Sustitución de antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a otro ISRS. • Cambiar a otro antidepresivo de nueva generación teniendo en cuenta su perfil de eficacia, efectos secundarios e interacciones medicamentosas. <p>La combinación y asociaciones de antidepresivos se detalla en la actividad 14.1.2.</p> <p>Ante una retirada o reducción de la dosis antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i Se informará a la persona de los síntomas generalmente leves y autolimitados que pueden aparecer al no mantener la continuidad de las tomas o en la reducción de la dosis y/o graves al interrumpir el tratamiento bruscamente. - i Se informará a las personas de la necesidad de asistir a la consulta en caso de aparición de síntomas significativos. - Se reducirá la dosis gradualmente durante 4 semanas en fármacos de vida media corta (paroxetina, venlafaxina). No es necesario en el tratamiento con fluoxetina. - Si la retirada o reducción produce síntomas graves, se reintroducirá el antidepresivo original, a las dosis que fue efectivo, reduciendo la dosis de forma gradual durante el seguimiento de los síntomas. También es posible reintroducir un antidepresivo, de la misma clase con una vida media más larga. <ul style="list-style-type: none"> • Se establecerá un plan de seguimiento en prevención de recaídas que contemplará: <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente está en remisión: <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con la medicación al menos 6 meses y se informará de su beneficio en la prevención de recaídas y de que el fármaco no produce adicción. - Si han transcurrido 6 meses en remisión, la continuación de la medicación dependerá de: <ul style="list-style-type: none"> • Número de episodios previos. • Problemas de salud física concurrentes y dificultades psicosociales.

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

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

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

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

PROFESIONALES DE LA USMC: PSIQUIATRA, PSICÓLOGO CLÍNICO

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

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

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

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

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

PROFESIONALES DE LA USMC: TRABAJADOR SOCIAL

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

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

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

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

Actividades

Características de calidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - De un no-IMAO reversible: se requiere un período de descanso de 2 semanas. <p>14.1.2.2 Combinación de antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como recomendación general, ante la falta de evidencias sólidas y los problemas de seguridad asociados, no se recomienda la asociación de antidepresivos entre sí, ni con otros antipsicóticos. En caso de estricta necesidad, se puede abordar el tratamiento combinado, que debe restringirse al ámbito especializado y con la perfecta coordinación entre profesionales. Debe asimismo informarse al paciente (o familiares/cuidadores) de lo anterior y sobre el riesgo de aumento de efectos secundarios. <p>En el caso de tomar la decisión de asociar otros fármacos y tras haber informado correctamente a la persona y confirmar que acepta y tolera el aumento de efectos secundarios, se puede potenciar un antidepresivo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Litio - Un antipsicótico (aripiprazol, olanzapina, quetiapina o risperidona). - Otro antidepresivo, como la mianserina o mirtazapina. <ul style="list-style-type: none"> • Sobre el tratamiento con litio, se recomienda referenciar la GPC o evidencias que avalan las recomendaciones. • Si se asocia un antipsicótico se recomienda seguimiento del riesgo vascular. <p>14.1.2.3 Combinación de tratamiento farmacológico y psicológico: si una persona con depresión no responde a una intervención independiente psicológica o farmacológica, se podrían combinar antidepresivos con TCC.</p> <p>14.1.2.4 Retirada o reducción de antidepresivos: Se seguirán las indicaciones establecidas en AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a las personas sobre los síntomas que pueden aparecer al interrumpir el tratamiento, con la discontinuidad en las tomas o al reducir la dosis de la medicación. Explique que estos son generalmente leves y autolimitados, alrededor de 1 semana; aunque podrían ser graves, sobre todo si el fármaco se interrumpe repentinamente. • Se debe reducir gradualmente la dosis durante 4 semanas (no es necesario con fluoxetina). Aunque este

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

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

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Para personas sin enfermedad crónica física: <ul style="list-style-type: none"> - TCC Individual: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Realizar 3-4 sesiones de seguimiento en los próximos 3-6 meses. Para la depresión moderada o grave: dos sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - TIP: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Para la depresión severa: dos sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - Activación del comportamiento: por lo general 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses. Continuar con 3-4 sesiones de seguimiento en los próximos 3-6 meses. Para la depresión moderada o grave: dos períodos de sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas. - Terapia Conductual de pareja: por lo general 15 a 20 sesiones durante 5-6 meses. • Para personas con un problema crónico de salud física: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos basados en la TCC: habitualmente en grupos de 6-8 personas con un problema físico común, durante 6-8 semanas. - TCC individual: se debe mantener hasta que los síntomas han remitido, aunque se considera lo usual: <ul style="list-style-type: none"> • 6-8 semanas (no más de 16-18 semanas) para la depresión moderada, más 2 sesiones de seguimiento en los próximos 6 meses. • De 16 a 18 semanas para la depresión severa y 2 o 3 sesiones de seguimiento en los próximos 12 meses, de ellas 3 sesiones dos veces por semana durante las primeras 2-3 semanas centradas en la activación conductual. - Terapia conductual de pareja: por lo general 15 a 20 sesiones durante 5-6 meses. <p>14.1.1.3.3 Seguimiento y prevención de recaídas Utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TCC individual para las personas que han sufrido una recaída a pesar de los antidepresivos, para las personas con un historial significativo de depresión y para los síntomas residuales a pesar del tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Normalmente realizar 16-20 sesiones en 3-4 meses. - Si se necesitan más para lograr la remisión, realizar 2 sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas; también incluyen 4-6 sesiones de seguimiento en los próximos 6 meses.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitiva tipo Mindfulness para las personas que actualmente están bien, pero han tenido tres o más episodios de depresión. Organizarla en grupos de 8-15 personas en reuniones semanales de 2 horas durante 8 semanas. Continuar con 4 sesiones de seguimiento en los próximos 12 meses. Para el plan de seguimiento ver Atención Primaria (apartado 7.3) <p>14.2 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)¹¹</p> <p>Si la persona con TAG no ha recibido alguna de las intervenciones indicadas en el ámbito de AP, se informará de los beneficios potenciales de estas intervenciones y se les ofrecerá tras debatirlo y acordarlo con ella, una de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinaciones de los tratamientos psicológicos y farmacológicos √ (faltan estudios sobre la efectividad de los tratamientos de combinación). • Combinaciones de antidepresivos y/o incremento de antidepresivos con otros fármacos, teniendo en cuenta que los efectos secundarios y las interacciones son más probables cuando se combinan y/o se aumentan los antidepresivos. <p>14.2.1 Tratamiento farmacológico</p> <p>La prescripción farmacológica seguirá las indicaciones establecidas para AP.</p> <p>14.2.2 Intervenciones psicológicas de alta intensidad</p> <p>Si una persona con trastorno de ansiedad generalizada elige una intervención psicológica de alta intensidad, se podrían indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de relajación: por lo general se realizan de 12-15 sesiones semanales (menos si la persona se recupera antes, o más si es clínicamente necesario), con una duración de 1 hora. (La Terapia de relajación podrá realizarse en AP). • Terapia cognitiva conductual (TCC): por lo general se realizan de 12-15 sesiones semanales (menos si la persona se recupera antes, más si es clínicamente necesario), con una duración de 1 hora. <p>14.3 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PÁNICO¹¹</p> <p>Reevaluar el trastorno de pánico de la persona, su entorno y sus circunstancias sociales, con valoración completa del riesgo</p>

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


PROFESIONALES FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA USMC

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

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

Cuando el triángulo lleve un superíndice numérico se refiere a:

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

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

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

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

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

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