

10

Anexos



ANEXO 1

HOJA DE RUTA DEL PACIENTE

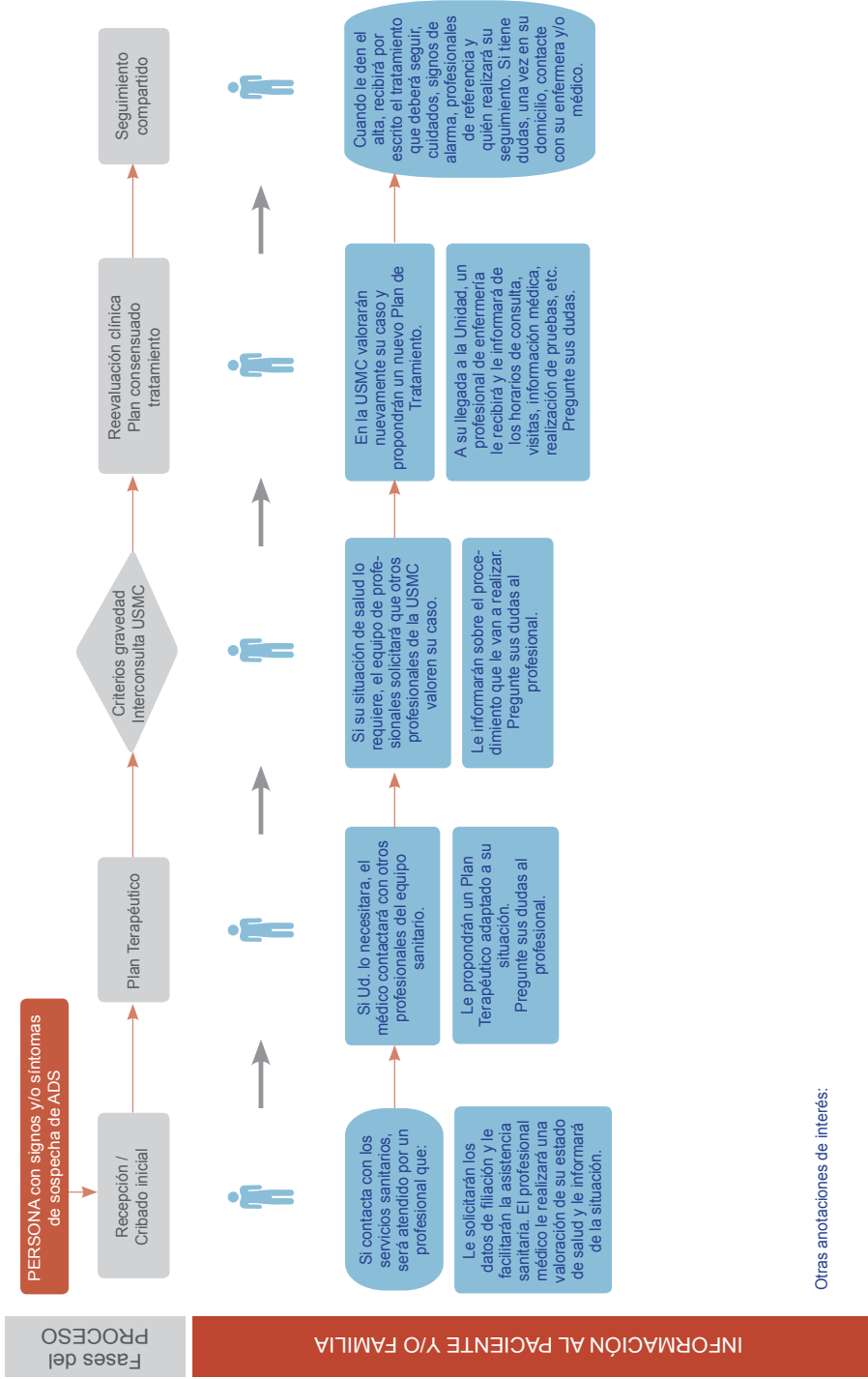
La Hoja de Ruta del paciente es una herramienta de información para el paciente y/o su familia, donde se recoge información específica y de utilidad sobre el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado.

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

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

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

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





ANEXO 2

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

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

F32	EPISODIOS DEPRESIVOS
F32.00	Episodio depresivo leve sin síndrome somático
F32.01	Episodio depresivo leve con síndrome somático
F32.10	Episodio depresivo moderado sin síndrome somático
F32.11	Episodio depresivo moderado con síndrome somático
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.30	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo
F32.31	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo sin especificación
F34	TRASTORNOS DEL HUMOR (afectivos) PERSISTENTES
F34.0	Ciclotimia
F34.1	Distimia
F34.8	Otro trastornos del humor (afectivos) persistentes
F34.9	Trastornos del humor (afectivos) persistente sin especificación
F40	TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA
F40.00	Agorafobia sin trastorno de pánico
F40.01	Agorafobia con trastorno de pánico
F40.1	Fobias sociales
F40.2	Fobias específicas (aisladas)
F40.8	Otros trastorno de ansiedad fóbica
F40.9	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación
F41	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F41.3	Otros trastornos mixtos de ansiedad
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados (histérica)
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación
F43	REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN
F43.0	Reacción a estrés agudo
F43.2	Trastornos de adaptación
F43.20	Reacción depresiva breve
F43.21	Reacción depresiva prolongada
F43.22	Reacción mixta de ansiedad y depresión
F43.23	Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones de otras emociones (distintas de la depresión y la ansiedad)

F43.24	Reacciones a estrés grave y Trastorno de adaptación con predominio de alteraciones disociales
F43.25	Trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y disociales
F43.28	Trastorno de adaptación con otros síntomas predominantes especificados
F43.8	Otras reacciones a estrés grave
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación
F45	TRASTORNOS SOMATOMORFOS
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondríaco
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa
F45.30	Disfunción vegetativa somatomorfa del corazón y sistema cardiovascular
F45.31	Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal alto
F45.32	Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto gastrointestinal bajo
F45.33	Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema respiratorio
F45.34	Disfunción vegetativa somatomorfa del sistema urogenital
F45.38	Disfunción vegetativa somatomorfa de otros órganos y sistemas
F45.4	Trastorno de dolor somatomorfo persistente
F45.8	Otro trastorno somatomorfo
F45.9	Trastorno somatomorfo sin especificación

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1992, 1994.³

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

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

2.1 Criterios diagnósticos para los Trastornos del Estado de Ánimo

F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

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

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

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

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

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

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

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

F34 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES

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

• **F34.0 Ciclotimia**

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

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

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

• **F34.1 Distimia**

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

Pautas para el diagnóstico:

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

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

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

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

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

2.2 Criterios diagnósticos para los Trastornos de Ansiedad

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

F40 TRASTORNOS DE ANSIEDAD FÓBICA

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

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

• **F40.0 Agorafobia**

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

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

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

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

• **F40.1 Fobias sociales**

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

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

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

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

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

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

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

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

Para un diagnóstico definitivo deben cumplirse todas las condiciones siguientes:

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

F41 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico:

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

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

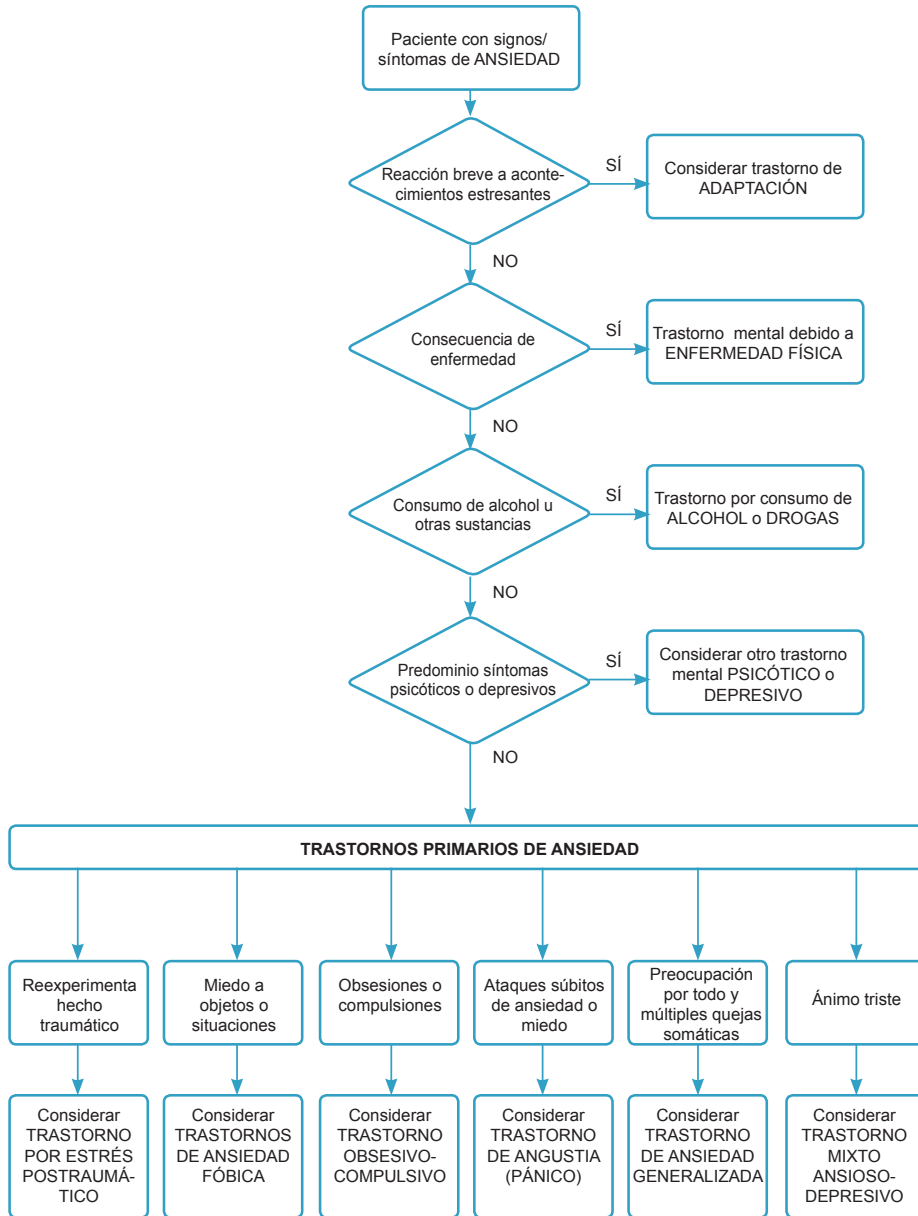
- 1) Trastorno por estrés postraumático (F43.1), si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y los síntomas duran menos de 4 semanas.
- 2) Trastorno por estrés agudo (F43.0), si los síntomas persisten al menos 2 semanas pero no más de 4 semanas.

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

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

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

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



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

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

F43 REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

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

• F43.0 Reacción a estrés agudo

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

Pautas para el diagnóstico:

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

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

• F43.1 Trastorno de estrés post-traumático

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

Pautas para el diagnóstico:

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

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

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

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

• **F43.2 Trastornos de adaptación**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Criterios diagnósticos para Somatizaciones

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

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

Junto con otros factores:

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

F45 TRASTORNOS SOMATOMORFOS

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

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

• **F45.0 Trastorno de somatización**

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico:

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

• **F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado**

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

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

• **F45.2 Trastorno hipocondriaco**

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico:

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

• F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa

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

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

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

Pautas para el diagnóstico:

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

• F45.4 Trastorno de dolor somatomorfo persistente

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

• **F45.8 Otros trastornos somatomorfos**

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

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

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

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

Incluye:

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



ANEXO 3

ESPACIO DE COLABORACIÓN ✓

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

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

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

A. ACTIVIDADES ASISTENCIALES DEL ESPACIO DE COLABORACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

B. GESTIÓN DEL ESPACIO DE COLABORACIÓN

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

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

El desarrollo de estos acuerdos se evaluarán anualmente.

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

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



ANEXO 4

PREVENCIÓN DE SUICIDIO

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

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

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

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

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

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

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA²²⁻²⁵

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

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

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

a) Estado mental actual:

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

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

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

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

b) Secuencia de preguntas sobre ideas suicidas:

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

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

Tabla 3. Secuencias de preguntas sobre ideas suicidas

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

c) Plan Suicida:

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

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

Tabla 4. Preguntas para explorar la planificación suicida

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

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

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

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

d) Tentativa suicida:

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

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

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

e) Entorno^{15,22,23}

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

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

3. REMISIÓN A SALUD MENTAL

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

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

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

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

4. MODELO INFORME CLÍNICO

Se recomienda que el informe clínico contemple los siguientes apartados:

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

5. CONSEJOS ANTE PENSAMIENTOS SUICIDAS¹⁵

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

INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN IDEAS SUICIDAS

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

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

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

INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ALLEGADOS

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

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

6. PLAN DE SEGURIDAD

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

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

7. RECOMENDACIONES ANTE UN SUICIDIO CONSUMADO

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

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



ANEXO 5

ESCALAS PARA EL DIAGNÓSTICO PAI-ADS

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

5.1. TEST DE HAMILTON de ansiedad³⁰⁻³²

Descripción e instrucciones:

Población diana:

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

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

Escala:

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Instrucciones para el paciente:

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

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

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

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

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

5.2. GAD-7 de ansiedad³³⁻³⁵

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

Descripción e instrucciones:

La escala consta de 7 ítems. La puntuación final se calcula asignando las puntuaciones de 0, 1, 2 y 3, a las diferentes categorías de respuesta respectivamente, y sumando la puntuación de los siete ítems. Por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Como puntos de corte se toman los valores 5 para la ansiedad leve, 11 para la ansiedad moderada y 16 para la ansiedad grave, respectivamente.

Interpretación:

0-4 puntos	No se aprecian síntomas de ansiedad
5-10 puntos	Síntomas de ansiedad leves
11-15 puntos	Síntomas de ansiedad moderados
16-21 puntos	Síntomas de ansiedad severos

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

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

5.3. PHQ-9 de depresión³⁶⁻³⁸

Descripción e instrucciones:

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

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

Cómo asignar puntuación al cuestionario PHQ-9

Métodos de puntuación para el diagnóstico	<p>Se sugiere depresión moderada o grave si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 o más de los 9 ítems se puntuaron al menos como “mas de la mitad de los días”, o se encuentran en la escala de grises. • El ítem 9 desde “Unos cuantos días” • Si el ítem 1 o el 2 son positivos, es decir, al menos “Más de la mitad de los días” <p>Se sugiere síntomas depresivos subumbrales o depresión leve si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De los 9 ítems: 2, 3 y 4, se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días” • O son positivos el ítem 1 o el 2, es decir, al menos “Más de la mitad de los días” 								
Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento	<p>Pregunta uno: Sume el valor en número de cada respuesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta: Nunca = 0 Unos cuantos días = 1 Más de la mitad de los días = 2 Todos o casi todos los días = 3 • Para interpretar la puntuación utilice la siguiente guía y contemple las recomendaciones de la segunda columna: <table border="1" data-bbox="484 1170 1125 1448"> <tr> <td data-bbox="484 1170 619 1243">5 a 9</td> <td data-bbox="625 1170 1125 1243">Evaluación, apoyo, psicoeducación, consejos sobre estilos de vida, folletos de autoayuda, seguimiento activo.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="484 1243 619 1315">10 a 14</td> <td data-bbox="625 1243 1125 1315">Intervenciones psicosociales de baja intensidad, autoayuda dirigida, prescripción de ejercicio y derivación si procede.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="484 1315 619 1388">15 a 20</td> <td data-bbox="625 1315 1125 1388">Medicación o intervenciones psicológicas de alta intensidad, consultoría en espacio de colaboración AP-SM.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="484 1388 619 1448">>20</td> <td data-bbox="625 1388 1125 1448">Medicación, terapias psicológicas de alta intensidad y, derivación a Salud mental.</td> </tr> </table> <p>Pregunta dos: En la pregunta dos, la respuesta del paciente puede ser una de las siguientes 4: Nada, Algo, Mucho, Extremadamente. Las 2 últimas respuestas sugieren que la funcionalidad del paciente se ha visto afectada. Tras haber comenzado el tratamiento, el nivel de funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si el paciente está mejorando (2-4 semanas).</p>	5 a 9	Evaluación, apoyo, psicoeducación, consejos sobre estilos de vida, folletos de autoayuda, seguimiento activo.	10 a 14	Intervenciones psicosociales de baja intensidad, autoayuda dirigida, prescripción de ejercicio y derivación si procede.	15 a 20	Medicación o intervenciones psicológicas de alta intensidad, consultoría en espacio de colaboración AP-SM.	>20	Medicación, terapias psicológicas de alta intensidad y, derivación a Salud mental.
5 a 9	Evaluación, apoyo, psicoeducación, consejos sobre estilos de vida, folletos de autoayuda, seguimiento activo.								
10 a 14	Intervenciones psicosociales de baja intensidad, autoayuda dirigida, prescripción de ejercicio y derivación si procede.								
15 a 20	Medicación o intervenciones psicológicas de alta intensidad, consultoría en espacio de colaboración AP-SM.								
>20	Medicación, terapias psicológicas de alta intensidad y, derivación a Salud mental.								

Cuestionario

Nombre del paciente _____ Fecha _____

1. Durante las últimas 2 semanas ¿Con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas? Señale con un círculo la opción que mejor represente su situación

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo), o tener más sueño de la cuenta	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de si mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean	0	1	2	3
7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. En las últimas dos semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a si mismo de alguna manera	0	1	2	3

2. Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuánto ha interferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas o con su relación con otras personas?

Nada	Algo	Mucho	Extremadamente
0	1	2	3

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

Descripción e instrucciones:

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

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

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

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

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

Escala

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Se trata de una escala **autoadministrada**.

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

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

>> Continúa en la siguiente página >>

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

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

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

Descripción e instrucciones:

Población diana:

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

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

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

Los puntos de corte recomendados son:

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

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario autoadministrado.

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

>> Continúa en la siguiente página >>

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

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

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

Descripción e instrucciones:

Población diana:

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

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

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

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

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

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

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

Descripción e instrucciones:

Población diana:

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

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

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

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

Cuestionario

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

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

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

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

5.8. MOS APOYO SOCIAL⁵¹⁻⁵⁵

Descripción e instrucciones:

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

Interpretación:

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

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

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

Cuestionario

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

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

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

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

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

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

>> Continúa en la siguiente página >>

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

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

Descripción e instrucciones:

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

Interpretación

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

Escala

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

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

>> Continúa en la siguiente página >>

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



ANEXO 6

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidados de Enfermería PAI-ADS nivel Atención Primaria

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

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

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

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



ANEXO 7

HERRAMIENTAS RELACIONADAS CON EL PAI-ADS

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

Nuestro compromiso por la calidad:

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

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

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

GPC en la red. Las más utilizadas:

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