

# LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN CANARIAS

---

## DOCUMENTO MARCO



Servicio  
Canario de la Salud



Gobierno  
de Canarias

DIRECCIÓN GENERAL  
PROGRAMAS ASISTENCIALES

## DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

**Elizabeth Hernández González**

### SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**M<sup>a</sup> Mar Julios Reyes**

Jefa del Servicio de Atención Primaria

**Javier Lobato González**

Técnico del Servicio de Atención Primaria  
Dirección General de Programas Asistenciales

### SERVICIO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**Víctor Naranjo Síntes**

Jefe del Servicio de Atención Especializada

### SERVICIO DE SALUD MENTAL

**Natalia González Brito**

Responsable del Servicio de Salud Mental

### SERVICIO de EVALUACIÓN de la CALIDAD ASISTENCIAL y SISTEMAS de INFORMACIÓN

**Rita Tristancho Ajamil**

Jefa de Servicio Evaluación de la Calidad Asistencial y Sistemas de Información

### COORDINACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

**Marcos Estupiñán Ramírez**

Responsable Coordinación de Historia Clínica  
Dirección General de Programas Asistenciales

**Carlos David Ramírez Álamo**

Técnico Drago- AP  
Dirección General de Programas Asistenciales

**Rosario Barrios Torres**

Técnica Drago-AP  
Dirección General de Programas Asistenciales

**Wilfredo Domínguez Castro**

Técnico Drago-AE  
Dirección General de Programas Asistenciales

## COORDINACIÓN

---

**J. Maila Pérez Mendoza**

Técnica de Salud del Servicio de Atención Primaria  
Dirección General de Programas Asistenciales

## AUTORA

---

**Francisca Guerra Cabrera**

Técnica de Salud de la Unidad de Apoyo a la Dirección General de Programas Asistenciales  
Dirección General de Programas Asistenciales

## GRUPO DE TRABAJO y REVISIÓN

---

**Francisco Javier Acosta Artilles**

Médico Especialista en Psiquiatría  
Técnico del Servicio de Salud Mental  
Dirección General de Programas Asistenciales

**Ayoze Hernández Sánchez**

Psicólogo Clínico  
Técnico del Servicio de Salud Mental  
Dirección General de Programas Asistenciales

**M<sup>a</sup> Dolores Suárez Santana**

Psicóloga Clínica  
Técnica del Servicio de Salud Mental.  
Dirección General de Programas Asistenciales

**Ana Bella Álvarez Medina**

Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Directora Médica  
Gerencia de Atención Primaria. Área de Salud de Gran Canaria

Documento elaborado por la Dirección General de Programas Asistenciales  
Plaza Dr. Juan Bosch Millares 1. 35004 - Las Palmas de Gran Canaria

EDITA  
Servicio Canario de la Salud  
Avda. Juan XXIII, 17 - Planta 6ª – 35004

---

ISBN: 978-84-16878-34-5

Las Palmas de Gran Canaria, 2022

# ÍNDICE

---

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....	5
2. JUSTIFICACIÓN .....	6
3. OBJETIVOS .....	7
4. FUNCIONES DEL/LA PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	8
5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN .....	9
6. ATENCIÓN CONSULTA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	10
7. ANEXOS.....	13
8. EVALUACIÓN: INDICADORES DE CALIDAD .....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	24

## 1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La salud mental constituye una prioridad del Gobierno de Canarias dada la elevada prevalencia, carga social y económica que suponen los trastornos mentales. Entre éstos, los Trastornos Mentales Comunes (TMC), principalmente la ansiedad y la depresión, son extremadamente prevalentes en la población adulta<sup>1</sup>. Se estima que hasta el 29,2% de la población padece algún trastorno mental común a lo largo de la vida<sup>2</sup>. En nuestra comunidad, la depresión destaca por presentar una prevalencia superior al 8% en relación al total de las patologías crónicas<sup>3</sup>.

Los estudios sobre prevalencia observada de los trastornos mentales en Atención Primaria muestran resultados que oscilan entre un 20 y un 40%, llegando hasta el 55% según algunos estudios<sup>4</sup>. Tras la pandemia por COVID-19 estas prevalencias se han duplicado, con el incremento asociado del consumo de psicofármacos. Así mismo, se estima que entre un 20 y un 25% de las consultas diarias en Atención Primaria son realizadas por personas que tienen como principal, o único motivo de consulta, un problema de salud mental<sup>5</sup>. Sólo un 5% de las consultas son derivadas a otros niveles asistenciales, por lo que el principal abordaje y seguimiento de estos pacientes con “trastornos menores” recae en el ámbito de la Atención Primaria.

Dada esta elevada prevalencia, se debe seguir avanzando en proporcionar una atención adecuada a los TMC evitando la excesiva medicalización y cronificación de los procesos, realidad habitual en nuestra actualidad. El Plan Estratégico de Salud Mental de Canarias 2019-2023 hace referencia a la importante cuestión de evitar la patologización y medicalización del malestar estableciendo en sus líneas de actuación “la prevención y promoción de la salud mental a través de la promoción de la reducción de la medicalización, psiquiatrización y psicologización de los problemas de la vida cotidiana mediante la realización de actividades formativas, talleres y grupos de apoyo, dirigidas a personas en situaciones de estrés y sufrimiento vital (Línea 1. Objetivo específico 6)”<sup>1</sup>. Además hace referencia a establecer un modelo de calidad en el abordaje de los trastornos mentales “en el cual las personas con trastorno mental sean el eje central, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, en un contexto de toma de decisiones compartida. Establece el promover la adscripción en la práctica clínica a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre trastornos mentales, mediante actividades de promoción y formación así como la mejora de la prescripción de psicofármacos, de tal forma que esté acorde a las recomendaciones nacionales e internacionales, y control del gasto por psicofármacos. (Línea 3, Objetivo específico 1, 1.1; Objetivo específico 3)”<sup>1</sup>.

Las principales GPC nacionales e internacionales recomiendan como primer escalón terapéutico para el abordaje de los trastornos mentales comunes el tratamiento psicológico, solo o en combinación con psicofármacos<sup>5</sup>, ya que es igual de eficaz que la medicación a corto plazo y a largo plazo reduce las recaídas de los procesos y evita tanto la cronificación como los efectos secundarios indeseados de la medicación.

La psicoterapia constituye una alternativa terapéutica muy útil y necesaria para los pacientes que acuden a las consultas de AP con problemas emocionales relacionados con estresores psicosociales de diversa índole (problemas en las relaciones personales, laborales, etc.) siendo preciso garantizar el acceso a los tratamientos psicológicos a la población y así evitar la psiquiatrización o la medicalización del sufrimiento humano. Las experiencias previas en España y Europa avalan la eficacia de la terapia psicológica en el contexto de la Atención Primaria y reconocen la necesidad de incorporar el perfil profesional de la psicología clínica en los equipos de AP<sup>6,4</sup>

El objetivo principal de la atención a la salud mental en AP, incluyendo en ésta el perfil de psicología clínica, es el de contextualizar el sufrimiento en la biografía y en las circunstancias personales de cada sujeto, ayudándole a gestionar sus preocupaciones y malestares fuera del contexto sanitario. También lo serán la resignificación y reinterpretación del malestar y el fomento de los vínculos personales y comunitario. La figura responsable de proporcionar y coordinar dicha atención es la del Psicólogo/a Especialista en Psicología Clínica<sup>7</sup>.

En el ámbito de la Atención Primaria los profesionales de los equipos junto al psicólogo/a clínico/a ejercen un papel relevante tanto en la prevención como en la promoción de los trastornos mentales y de la salud mental, así como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves y a veces irreparables<sup>8</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, junto con los Planes de Salud de Canarias, han representado los documentos de referencia básicos para la planificación y desarrollo estratégico de la salud mental en Canarias.

Por otro lado, con el fin de fortalecer y dotar de medios a la Atención Primaria y Comunitaria como eje del sistema sanitario a través de la remodelación, dimensión y nueva visión de la misma, se concretó primeramente en Canarias el documento de consenso “+AP Canarias. Estrategia para el impulso de la AP en Canarias”<sup>9</sup> y seguidamente a nivel del Sistema Nacional de Salud el “Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria”<sup>10</sup>.

Entre las propuestas de acción planteadas en estos marcos estratégicos, hay que destacar aquellas que impulsan la mejora de la calidad de los servicios de salud mental que recibe la población. Entre ellas están:

- Potenciar la figura de la/del psicólogo/a clínico/a en el ámbito del Sistema Sanitario y protocolizar los circuitos de derivación
- Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud.
- Extender los programas de autocuidados de personas y cuidadores/as en todas las áreas sanitarias
- Establecer protocolos de colaboración entre los EAP y los centros educativos en actividades de promoción de la salud y las derivadas de las necesidades específicas de cada centro.

Así mismo, el Documento de Consenso de Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria elaborado en Canarias delimita qué problemas de salud mental serán objeto de atención en las Unidades de Salud Mental (USM) y también especifica aquellas demandas que no serán objeto de valoración en las unidades, entre ellas la psicopatología leve, el trastorno mental común sin aplicación previa de un plan terapéutico, los trastornos adaptativos que no cumplan una serie de criterios estrictos o las secuelas emocionales de conflictos familiares o laborales<sup>11</sup>. Sin embargo, la demanda de atención a estos problemas sigue estando muy presente en las consultas de los médicos de familia y en la gran mayoría de las peticiones de interconsulta que reciben las Unidades de Salud Mental. El resultado es una cronificación y/o medicalización de estos trastornos por no ser adecuadamente atendidos en el ámbito comunitario.

En este sentido, la Estrategia para el Impulso de la Atención Primaria en Canarias apuesta por este proyecto piloto para implementar la presencia del profesional de psicología clínica en AP y dar respuesta a esta realidad creciente<sup>9</sup>.

### 3. OBJETIVOS

#### GENERAL

- Mejorar el abordaje de los TMC en el ámbito de la Atención Primaria a través de la priorización del abordaje psicoterapéutico .
- Garantizar el cumplimiento de uno de los objetivos principales de la Atención Primaria multidisciplinar: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

#### ESPECÍFICOS

- Realizar una intervención temprana y eficaz sobre la sintomatología de los TMC evitando su cronificación, empeoramiento o derivación al segundo nivel asistencial.
- Mejorar la capacidad de afrontamiento de trastornos físicos crónicos que cursan típicamente con sintomatología ansioso-depresiva.
- Aumentar la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas cotidianos y disminuir la medicalización de procesos emocionales funcionales (prevención cuaternaria).
- Aplicación y adecuación de los tratamientos con eficacia terapéutica según las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
- Reducir los costes sanitarios evitables, tanto los indirectos (incapacidades temporales) como los directos (gasto farmacológico).

## 4. FUNCIONES DEL PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A EN ATENCIÓN PRIMARIA

De acuerdo con las experiencias compartidas por los psicólogos/as clínico/as de otras comunidades autónomas como Cataluña<sup>12</sup> o Asturias<sup>13</sup>, la organización de la actividad asistencial vendrá en gran medida determinada por las necesidades específicas de la población atendida en el centro de salud del que se trate, así como de las sinergias generadas en los equipos multidisciplinares. Sin embargo, se pueden perfilar algunas de las acciones del psicólogo/a clínico/a en Atención Primaria.

### A. ATENCIÓN DIRECTA

- ✓ Prestar atención psicológica a la población correspondiente a la Zona Básica de Salud
- ✓ Elaborar y utilizar protocolos y/o programas de salud en coordinación con el resto del equipo multidisciplinar
- ✓ Contribuir con otros profesionales en las tareas de recuperación e integración social
- ✓ Consultorías que pueden adoptar los siguientes formatos:
  - Reuniones conjuntas con todo el personal facultativo del Centro de Salud.
  - Consultoría individual con cada facultativo
  - Entrevistas conjuntas a pacientes cuando el caso lo requiera
  - Consultoría con el equipo de la USM
- ✓ Todas aquellas funciones que le sean encomendadas de acuerdo a su capacitación, titulación y legislación vigente

### B. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

En el ámbito educativo, familiar, social, como profesional de apoyo para la prevención y promoción de la salud mental (adicciones, violencia, trastornos de la conducta alimentaria, salud afectivo sexual )

### C. FORMACIÓN Y DOCENCIA

- ✓ Participar en las actividades de formación pre y postgrado en colaboración con las Universidades (según acuerdos), con el propio E.A.P.
- ✓ Participar en los programas de formación continuada que se establezcan, a través de sesiones clínicas, bibliográficas, cursos (sobre aspectos relacionados con la evaluación e intervención en los problemas de Salud Mental que pudieran ser de utilidad para el resto del equipo).

### D. INVESTIGACIÓN

Para conseguir los siguientes objetivos:

- Detectar problemas de salud
- Elevar la calidad asistencial de la zona
- Colaborar con otros profesionales en relación a la salud

## 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Usuarios a partir de 15 años de las Zona Básica de Salud a la que está adscrita la consulta de psicología clínica que cumplan los criterios de inclusión según las patologías definidas. La derivación será realizada por medicina de familia, pudiendo ser sugerida por otros profesionales del equipo de Atención Primaria.

### Criterios de inclusión:

- Trastorno Mental Común de **intensidad leve/moderada** (ANEXO I):
  - Trastorno depresivos
  - Distimia
  - Trastorno adaptativo
  - Trastorno de ansiedad
    - Trastorno mixto ansioso-depresivo
    - Trastorno de ansiedad generalizada
    - Trastorno de pánico
    - Ansiedad fóbica
  - Somatizaciones
- Dudas en relación al diagnóstico del paciente o la pertinencia de derivación a USM según el Documento de Consenso entre Salud Mental y Atención Primaria en Canarias<sup>11</sup>

### Criterios de exclusión:

- Situaciones de conflicto o problemas de relación (pareja, trabajo, familia, entorno, etc.) sin psicopatología asociada
- Situaciones de estrés psicosocial no traumático abordables desde otro recurso comunitario establecido (por ejemplo los Servicios de Asistencia, Información y Asesoramiento a la Mujer del Ayuntamiento)
- Adicción como diagnóstico principal: derivación a la Red de Atención de Drogodependencia
- La existencia de síntomas o trastornos que cumplan criterios de derivación a Salud Mental recogidos en el Documento de Consenso entre Atención Primaria y Salud Mental en Canarias<sup>11</sup>
- Pacientes en seguimiento en USM
- Evaluaciones del cociente intelectual
- Peritajes y valoraciones de incapacidad o discapacidad
- Aquellas patologías con criterio de derivación a la USM según el [Documento de Consenso de Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria en Canarias<sup>11</sup>](#).

## 6. LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### A. DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La derivación del caso individual se hará por Medicina de Familia a través de Historia DRAGO-AP en el *Gestor de Peticiones*. La Interconsulta a la consulta de psicología clínica debe incluir como mínimo los siguientes apartados<sup>11</sup>:

#### INTERCONSULTA:

- ✓ **Datos de filiación** (aportados directamente por el sistema)
- ✓ **Antecedentes:**
  - personales:
    - problemas fundamentales
    - antecedentes psiquiátricos
    - consumo de tóxicos en el último año
  - familiares psiquiátricos de interés
- ✓ **Cuadro actual:** sintomatología, interferencia en la vida cotidiana: personal, familiar, social y/o laboral, tiempo de evolución, posibles desencadenantes
- ✓ **Sospecha diagnóstica**
- ✓ **Tratamientos seguidos** por este proceso: tipos (farmacológico, psicoterapia ), pautados con anterioridad como en la actualidad, adherencia, respuesta
- ✓ **Otros datos de interés**

## B. PRIMERA CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA . DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

El psicólogo/a clínico/a realizará una **primera visita programada**, que quedará reflejada en la Historia Clínica Drago-AP del paciente, y que permitirá:

- ✓ Hacer una valoración del paciente derivado de medicina de familia: evaluación, sospecha o diagnóstico inicial y pertinencia o no de intervención. Podrá ser de ayuda la utilización del banco de instrumentos *cibersam* de acceso gratuito como apoyo al diagnóstico.
- ✓ Diseñar un plan de intervención\*: intervención psicológica individual, intervención psicológica grupal, derivación a recurso comunitario, derivación a la USM
- ✓ Establecer un encuadre terapéutico con el paciente que contemple el foco de tratamiento, objetivos específicos del mismo, el tipo de intervención (única, individual, grupal, frecuencia), así como la duración de la misma, el número de sesiones, y las normas básicas: horarios, actuación ante ausencias, etc. Puede resultar de utilidad la elaboración de un contrato terapéutico verbal o por escrito con el paciente. Un claro encuadre/contrato terapéutico es uno de los elementos que favorece una buena adherencia al tratamiento.
- ✓ Dar recomendaciones generales y específicas sobre la participación activa del usuario en la recuperación de su proceso.

La organización y valoración del paciente podría seguir un modelo escalonado por niveles como plantean diversos autores como de gran utilidad en Atención Primaria:

- Nivel de normalización: indicación de no tratamiento
- Niveles intermedios: intervención única, breve, individual o grupal
- Nivel de derivación a USM: tras la valoración de gravedad o tras intervención de psicología clínica en primaria sin mejoría
- Nivel de derivación a urgencias

### \*TIPOS DE INTERVENCIÓN:

- Intervención psicológica individual breve. Se realiza un abordaje individual con objetivos de trabajo concretados en el contrato terapéutico. Una media de 3 a 6 sesiones en los cuadros leves y de 6 a 10 en los moderados.
- Intervención psicológica grupal. La elección de la misma se basará en las Guías de Práctica Clínica o en la evidencia existente y también vendrá dada por la demanda generada de la zona /población a atender<sup>12,13</sup>. Los procesos clínicos y /o preventivos susceptibles de intervención grupal serían:
  - ◆ Atención al duelo
  - ◆ Trastornos psicósomáticos
  - ◆ Dolor u otras enfermedades somáticas crónicas
  - ◆ Sintomatología ansioso-depresiva leve
  - ◆ Abordaje del sobrepeso y obesidad
  - ◆ Acciones preventivas en:
    - Adolescentes
    - Cuidadores

## C. CONSULTAS DE SEGUIMIENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

El psicólogo/a clínico/a realizará consultas de seguimiento en las que valorará el estado evolutivo clínico del paciente y planificará como conseguir los objetivos pactados.

#### D. CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FINAL

Finalizado el plan de intervención tras las sesiones anteriores, el psicólogo/a clínico/a revisará los cambios obtenidos así como el cumplimiento de los objetivos pactados y procederá a una sesión de cierre, explicando al paciente los logros obtenidos y el plan de recomendaciones futuras.

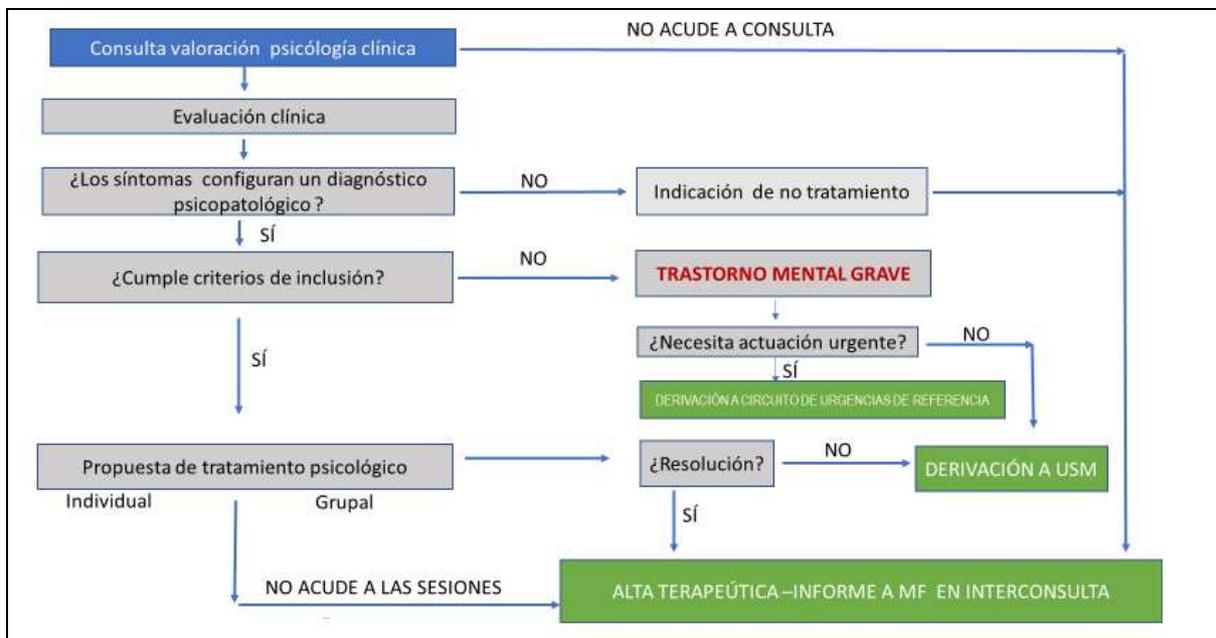
Los datos de esta valoración final se registrarán en la Historia Clínica Drago- AP en donde constará:

- ✓ las técnicas aplicadas
- ✓ el número de sesiones
- ✓ la evolución y resultados obtenidos (grado de consecución de objetivos fijados previamente)
- ✓ el plan de recomendaciones

Del mismo modo, valorará también si la evolución no ha sido la adecuada o si bien necesitara de tratamiento a largo plazo, la derivación a la USM.

Al finalizar la intervención se pasará a cada paciente una encuesta de satisfacción en relación a la atención recibida (Anexo II) tanto en la intervención individual como en la grupal.

#### ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Elaboración propia modificado de Martín García-Sancho Julio C; Garriga Puerto A; Egea C; Díaz G; Campillo Cáscales M.J; Espinosa Gil R.S. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *analesps* 2018, vol,34,nº1(enero),30-40. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.281491>

## 7. ANEXOS

### ANEXO I. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN AP

#### EPISODIO DEPRESIVO LEVE Y MODERADO<sup>5</sup>

<b>1. DEFINICIÓN</b>
<p>Cuando nos referimos a la depresión y sus diferentes subtipos siempre debemos tener en cuenta las fronteras entre la <i>tristeza normal</i>, los sentimientos normales de infelicidad, abatimiento o desánimo que son reacciones habituales y adecuadas ante acontecimientos o situaciones personales difíciles y la <i>tristeza patológica</i>: el trastorno depresivo. El duelo ante la pérdida de una persona amada es un ejemplo característico de situación que puede ser vivida con "normalidad" o generar una afectación patológica. Ante los acontecimientos adversos podemos reaccionar de diferentes formas que pueden agruparse en tres niveles:</p> <p>1. <u>Respuesta afectiva normal</u>: Sentimientos transitorios de tristeza y desilusión comunes en la vida diaria. Se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ser adecuada al estímulo que lo origina</li><li>- tener una duración breve</li><li>- no afectar a la esfera somática, al rendimiento profesional o a las actividades de relación o bien afectarlas de un modo que resultaría comprensible a la mayoría de la gente que viviera esa circunstancia.</li></ul> <p>2.- <u>Respuesta afectiva desproporcionada</u>: Manifestaciones emocionales intensas y persistentes que, por sí mismas, interfieren en la capacidad del sujeto para controlar el estrés que es origen de esa respuesta emocional. Estaríamos hablando de los trastornos adaptativos, que ocupan un lugar importante entre la normalidad y otros trastornos psiquiátricos mayores.</p> <p>3.- <u>Trastorno depresivo mayor</u>: Estado patológico en el que se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar, y la esperanza de recuperar el bienestar.</p> <p>Sin embargo, con frecuencia, el trastorno depresivo suele aparecer de forma no reactiva con características melancólicas que son generalmente estacionales.</p>
<b>2. CLASIFICACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Según la gravedad el episodio depresivo puede ser:<ul style="list-style-type: none"><li>• Leve</li><li>• Moderado</li><li>• Grave</li></ul></li><li>❖ Según el curso:<ul style="list-style-type: none"><li>• Episodio único (el primero)</li><li>• Episodio recurrente</li></ul></li></ul>
<b>3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Síntomas típicos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, disminución de la vitalidad, reducción del nivel de actividad y fatigabilidad</li></ul></li></ul> <p>Otros síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la atención y concentración</li><li>• Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad</li><li>• Ideas de culpa y de ser inútil</li><li>• Perspectiva sombría del futuro</li><li>• Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones</li><li>• Trastornos del sueño</li><li>• Pérdida del apetito</li></ul> <p>-<b>Episodio depresivo leve</b>: Al menos dos síntomas típicos y dos del segundo grupo. Ninguno de los síntomas es intenso. Habitualmente existe alguna dificultad para la realización de actividades laborales y sociales, pero no es probable que las deje por completo. Los síntomas deben de estar presentes durante al menos dos semanas.</p> <p>- <b>Episodio depresivo moderado</b> : Al menos dos síntomas típicos y al menos tres ( preferiblemente cuatro ) de los del segundo grupo. Habitualmente existen grandes dificultades para continuar con las actividades laborales, sociales o domésticas. Los síntomas deben de estar presentes al menos durante dos semanas.</p> <p>- <b>Episodio depresivo grave</b>: Están presentes los 3 síntomas típicos, y al menos cuatro de los del segundo grupo, los cuales deben ser de intensidad grave. Es poco probable que se pueda continuar con las actividades laborales, sociales y domésticas, más allá de un grado limitado. Aunque la duración mínima se establece en 2 semanas, períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.</p>

## DEPRESIÓN DISTIMIA<sup>5</sup>

### 1. DEFINICIÓN

Se denomina así a una depresión crónica o prolongada del estado de ánimo, que muy rara vez es lo suficientemente intensa como para diagnosticar un trastorno depresivo recurrente o un episodio depresivo actual leve o moderado (aunque pudo haber existido episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida.

Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Predominan sentimientos de inferioridad o inadecuación, pesimismo, desesperanza, autorreproches, escasa capacidad para experimentar placer, dificultades de concentración, cansancio crónico o disminución de la productividad. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana, con unos niveles de funcionamiento personal y adaptación relativamente conservados.

De forma típica, el paciente distímico acude a consulta manifestando quejas depresivas que, con frecuencia, plantea como relacionadas a circunstancias vitales difíciles (conflictos interpersonales, situaciones de enfermedad, exceso de responsabilidades...). En general no recuerda su inicio o refiere haber sido depresivo “desde siempre”.

Tiene una prevalencia del 3-5% de la población y en general los fármacos son de escasa utilidad, excepto en períodos de reagudización o empeoramiento de los síntomas, donde los ISRS serían de elección. Las benzodiazepinas no son aconsejables por largos períodos.

### 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTIMIA SEGÚN LA CIE-10 A

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años

B. Los síntomas no son tan graves o incapacitantes como en el trastorno depresivo mayor e incluye la presencia de tres o más de los siguientes síntomas:

- 1) Reducción de la energía o actividad
- 2) Insomnio
- 3) Pérdida de la confianza en sí mismo
- 4) Frecuentes deseos de llorar
- 5) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar el sexo y otras actividades placenteras
- 6) Dificultades para concentrarse
- 7) Sentimientos de desesperanza o continuos recuerdos acerca del pasado
- 8) Dificultad para enfrentarse a las responsabilidades de la vida cotidiana
- 9) Retraimiento social
- 10) Reducción de la capacidad para conversar

C. Durante el periodo de 2 años el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos

D. Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco

## TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN LEVE / MODERADO<sup>5</sup>

### 1. DEFINICIÓN.

Los trastornos de adaptación (TA) son estados de malestar subjetivo con síntomas como ansiedad o depresión y/o comportamentales que, por lo general, interfieren con la actividad social, laboral o académica, que aparecen en respuesta a un estresante psicosocial identificable (EPS) y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico. Son reacciones que resultan excesivas para lo esperado como normal ante dicho estresante. El paciente se siente incapaz de adaptarse a las circunstancias y sobrepasado por los acontecimientos.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados, en mayor o menor grado, por una predisposición o vulnerabilidad previa. El EPS puede ser un acontecimiento simple o una conjunción de diversos factores, siempre dentro del repertorio de las experiencias humanas habituales (ruptura sentimental, problemas económicos, conflictos laborales.....), a diferencia de los que provocan el trastorno por estrés posttraumático, que son vivencias más traumáticas e intensas y excepcionales (guerras, catástrofes, violaciones, accidentes.)

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas es de días o semanas, rara vez excede los seis meses una vez que ha cesado el estresante o sus consecuencias.

### 2. DIAGNÓSTICO

Los TA son un diagnóstico de exclusión, están en el límite entre la categoría de enfermedad y de problema. Para hacer un diagnóstico de trastorno adaptativo se requiere una reacción clínicamente significativa y excesiva frente al estresante en cuestión y no sólo el resultado de un problema psicosocial que requiera atención médica <sup>15</sup>. No existe una guía que permita al clínico distinguir los TA de las reacciones normales al estrés.

La CIE-10 los incluye dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40- F48). Incluye los siguientes subtipos (en función de los síntomas predominantes):

- síntomas predominantemente depresivos
- síntomas predominantemente ansiosos
- síntomas mixtos
- alteraciones del comportamiento (en cuanto a violar las normas sociales o los derechos de los otros)

Para llegar al diagnóstico de un Trastorno de Adaptación hay 4 puntos fundamentales a tener en cuenta:

- Relación causal con un agente psicosocial estresante
- Comparar el nivel de alteración del paciente con la reacción de una persona promedio en circunstancias semejantes. Si ese malestar es similar, se trata de un problema psicosocial y cuando es "desproporcionado" padecería un trastorno adaptativo
- Previamente al diagnóstico de TA, es necesario descartar otros trastornos psiquiátricos mayores específicos (Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, Psicosis paranoide, Trastorno disociativo...y sobre todo, el Trastorno por estrés posttraumático.)
- Una vez que el factor estresante o sus consecuencias han terminado, los síntomas no deben persistir más de 6 meses

La Psicoterapia es el tratamiento de elección en el TA, Sin embargo, a veces, cuando el cuadro es intenso, pueden ser necesarios tratamientos breves con ansiolíticos o antidepresivos, utilizando la dosis mínima eficaz, con la finalidad de aliviar los síntomas y ayudar a los pacientes a lograr un nivel de adaptación.

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD<sup>5</sup>

### 1.- DEFINICIÓN

La ansiedad puede definirse como un estado de activación psicofísica que predispone a la acción, acompañado de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión. Puede tratarse de un estado emocional:

- *Normal*: constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.
- *Patológico*: cuando la respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual. (Tabla 1)

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, activación que provoca un malestar clínicamente significativo y/o un notable deterioro de la actividad del individuo. La ansiedad patológica es el problema psiquiátrico que con mayor frecuencia ven los Médicos de Familia, apareciendo en un 12% de los pacientes que acuden a la consulta. Es generalmente crónico y causa considerable morbilidad y mala calidad de vida.

**Tabla 1. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos**

<u>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES</u>	<u>SÍNTOMAS SOMÁTICOS</u>
Preocupación, aturdimiento, desasosiego, irritabilidad, miedo incoercible, aprensión, agobio, miedo a perder el control, desrealización, despersonalización, dificultad para concentrarse, quejas de pérdida de memoria, inhibición o bloqueo psicomotor	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, disnea, sensación de ahogo, náuseas, vómitos, aerofagia, dispepsia, diarrea, estreñimiento, micción frecuente, interferencia con esfera sexual, tensión muscular, hormigueos, cefaleas, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, mareos, inestabilidad

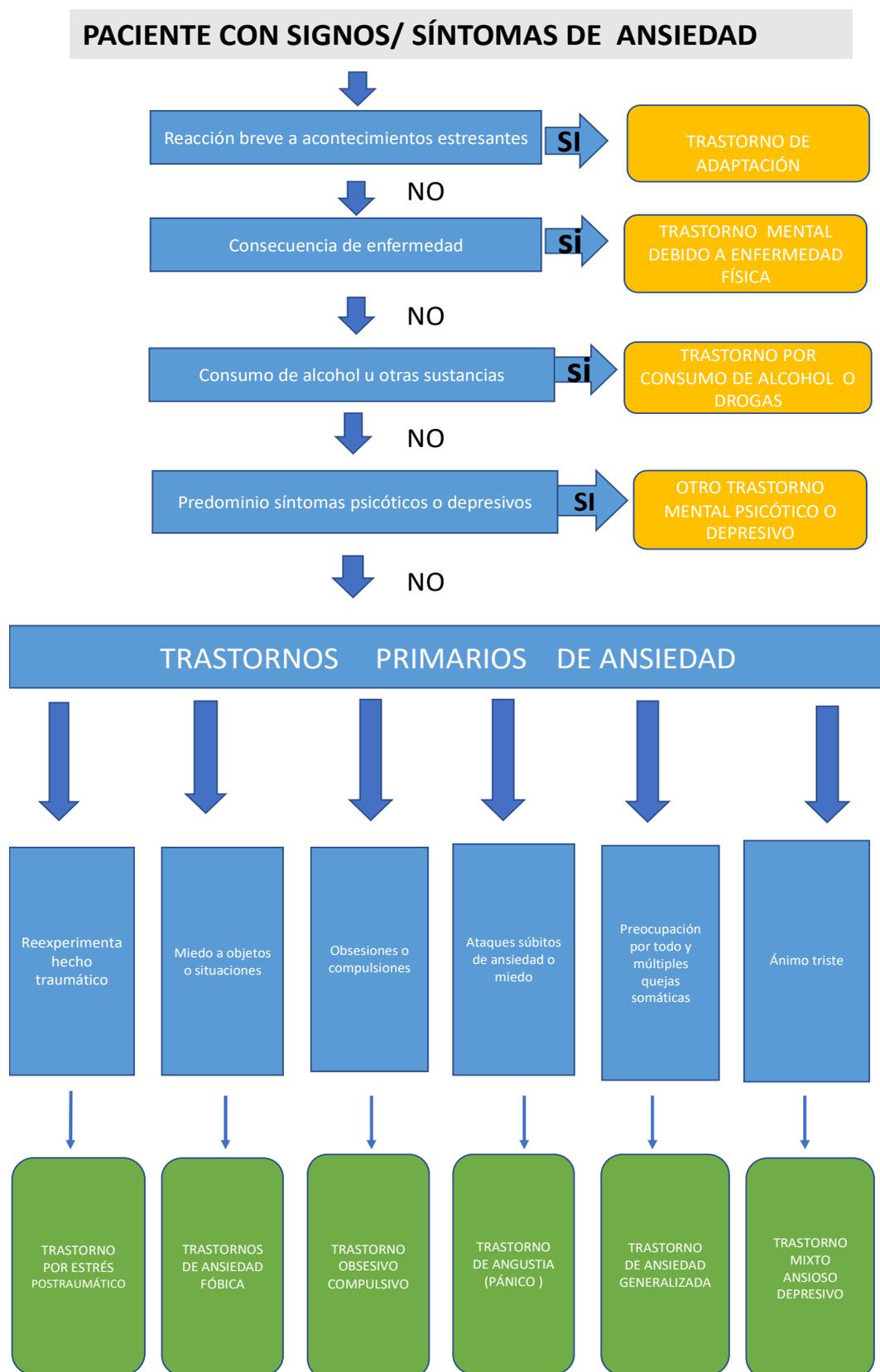
### 2. CLASIFICACIÓN

Entre los trastornos de ansiedad primarios pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos e incluso de ansiedad fóbica.

#### TRASTORNOS PRIMARIOS DE ANSIEDAD

- Re experimentación del hecho traumático: considerar Trastorno por estrés postraumático
- Con miedo a objetos o situación : considerar Trastorno por Ansiedad fóbica
- Obsesiones o compulsión: considerar Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- Ataques súbitos de ansiedad o miedo: considerar Trastorno por Angustia (pánico)
- Preocupación por todo: considerar Trastorno por Ansiedad Generaliza
- Ánimo triste: considerar Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo

Ante un paciente con síntomas que sugieren ansiedad se debe realizar este algoritmo diagnóstico: 14



Fuente: Modificado de Pascual Pascual P, Villena Ferrer A, Morera Rayo S, Téllez Lapeira J.M. El paciente ansioso. Fisterra.com; 2005

## TRASTORNOS SOMATOMORFOS<sup>5</sup>

### 1.DEFINICIÓN

Los trastornos somatomorfos son el grupo de trastornos en los que la queja principal es un síntoma o una preocupación somática que no se corresponde con los hallazgos exploratorios o con mecanismos fisiopatológicos conocidos, y en los que se presume una etiología psicológica, causando intenso malestar al paciente o deterioro socio laboral. Por definición, la producción de síntomas no es voluntaria, lo que les diferencia de los trastornos facticios o de simulación.<sup>5</sup>

#### 1.1 TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO

El rasgo principal de estos trastornos es la presentación reiterada de síntomas somáticos, difícilmente tipificarlos desde la fisiopatología, acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de sus repetidos resultados negativos y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen emocional. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o emocionales, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico.

Su prevalencia es del 10-12% en las consultas de Atención Primaria., es más frecuente en mujeres, y la edad de inicio suele ser antes de los 30 años. Suponen un elevado coste sanitario, generan mucho sufrimiento y pobre calidad de vida en los pacientes, así como frustración y rechazo en los profesionales sanitarios por su difícil manejo.

**La característica esencial de estos pacientes es que, a pesar de padecer malestar psicológico, presentan al médico síntomas físicos y no problemática psicosocial. Es fundamental, en las consultas de AP tener en cuenta este diagnóstico en los pacientes hiperfrecuentadores. Ciertos síntomas como mareo, dolor torácico o cansancio, presentados de forma aislada, corresponden en un 80% a somatizaciones. Un sentimiento de disconfort o de estar sobrepasado ante un paciente con un sinfín de síntomas vagos, indescriptibles, exagerados y a veces complejos en una “persona con buen aspecto” debe constituir una señal para incluir la somatización en el diagnóstico diferencial. Es habitual que el paciente refiera haber pasado ya por numerosos médicos y manifieste que “ninguno ha acertado con mi enfermedad”.**

En la práctica hay varias claves que nos hacen pensar en este diagnóstico:

1. La presencia de tres o más síntomas indefinidos y exagerados en distintos aparatos, expresados con preocupación desproporcionada y con alteración emocional.
2. El curso crónico, aproximadamente de dos años en el caso de trastorno de somatización y de al menos 6 meses en los trastornos somatomorfos.
3. La presencia de otro trastorno psiquiátrico asociado: trastorno por ansiedad, mixto ansiedad-depresión, distimia, trastorno de adaptación, etc.
4. Los esfuerzos del médico por clarificar los síntomas suelen ser poco productivos y frustrantes.
5. Historia de múltiples pruebas diagnósticas, visitas múltiples a los Servicios de Urgencias, distintos especialistas y terapias alternativas (acupuntura, homeopatía...)

El objetivo terapéutico es cuidar al paciente, no curarlo. La Psicoterapia es el tratamiento de elección en los trastornos somatomorfos indiferenciados. Actualmente, no se conoce ningún tratamiento farmacológico eficaz para los trastornos somatomorfos. Dada la elevada comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos, hay que estar atentos por si éstos aparecen y tratarlos. El tratamiento de elección en estos casos es con ISRS. Los benzodiacepinas deben usarse sólo por periodos breves.

El abordaje del paciente con trastorno somatomorfo se considera exitoso si se consigue disminuir el sufrimiento del paciente, mantener al paciente alejado de los Servicios de Urgencias, y si se reduce la exposición a procedimientos yatrogénicos, lo cual hará que disminuya nuestro desgaste emocional.

## **2. TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN<sup>15</sup>**

Es la forma grave de los trastornos somatomorfos con quejas somáticas múltiples, variables, persistentes con un importante deterioro en las áreas social y familiar de la vida del paciente y de curso crónico (aproximadamente dos años). Sería objeto de derivación a la USM.

## **3. TRASTORNO HIPOCONDRIACO<sup>15</sup>**

Este trastorno se define por la preocupación y el miedo a padecer una enfermedad grave, mediante la malinterpretación personal de sensaciones somáticas banales que persiste más de seis meses, a pesar de los resultados negativos de las pruebas exploratorias. (a diferencia del somatizador que pone más énfasis sobre los síntomas en sí mismos y que solicita más tratamientos farmacológicos para hacer desaparecer los síntomas)

Las preocupaciones que muestra este trastorno, no debe de tener carácter delirante (sería entonces un trastorno delirante hipocondríaco) ni obsesivo (sería un TOC con contenidos hipocondríacos); aunque en la clínica se pueden encontrar casos límites, de difícil clasificación. El auténtico hipocondríaco no se calma con las explicaciones médicas, pero es posible que reconozca su tendencia a sobrevalorar sus preocupaciones. Hay que recordar que pueden aparecer igualmente preocupaciones hipocondríacas en un trastorno por ansiedad o en una depresión. El curso suele ser crónico, recurrente, con ocasionales remisiones que pueden durar meses o años.

## **4. TRASTORNO DISMÓRFICO (DISMORFOFOBIA)<sup>15</sup>**

Este tipo de trastorno es muy cercano a la hipocondría, aunque el paciente está centrado en una preocupación excesiva (pero de nuevo no delirante) por un defecto físico inexistente.

Las preocupaciones más frecuentes hacen referencia a los rasgos faciales, a la piel, al pelo, etc. En ocasiones se centran en el olor corporal (disosmofobia). Suelen iniciarse entre los 15 y 20 años de edad y es mucho más habitual en las mujeres y suelen coexistir otras enfermedades mentales (depresión, ansiedad, TOC). Por definición, se excluyen aquellos casos asociados a anorexia nerviosa o transexualismo, o las alucinaciones dismorfofobias de los pacientes esquizofrénicos. Da lugar a repetidas consultas con dermatólogo o cirujanos plásticos, con el riesgo de iatrogenia.

Algunos estudios que los fármacos serotoninérgicos pueden resultar eficaces como en el TOC.

## ANEXO II

### Escalas de satisfacción con el tratamiento recibido VERSIÓN ABREVIADA DEL WHOQOL-BREF17

Durante las **dos** últimas semanas:

**1. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?**

Nada 1 Un poco 2 Lo normal 3 Bastante 4 Extremadamente 5

**2. ¿En qué medida necesita tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**

Nada 1 Un poco 2 Lo normal 3 Bastante 4 Extremadamente 5

**3. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada 1 Un poco 2 Lo normal 3 Bastante 4 Extremadamente 5

**4. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?**

Nunca 1 Raramente 2 Moderadamente 3 Frecuentemente 4 Siempre 5

**5. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de su familia?**

Muy insatisfecho/a 1 Poco 2 Lo normal 3 Bastante satisfecho/a 4 Muy satisfecho/a 5

**6. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?**

Muy insatisfecho/a 1 Poco 2 Lo normal 3 Bastante satisfecho/a 4 Muy satisfecho/a 5

**7. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Muy insatisfecho/a 1 Poco 2 Lo normal 3 Bastante satisfecho/a 4 Muy satisfecho/a 5

**8. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del sitio en el que vive?**

Muy insatisfecho/a 1 Poco 2 Lo normal 3 Bastante satisfecho/a 4 Muy satisfecho/a 5

- *Nota: Los ítems 1 y 2 miden "Calidad de vida física", los ítems 3 y 4 "Calidad de vida psicológica", los ítems 5 y 6 "Calidad de vida: Relaciones Personales" y los ítems 7 y 8 "calidad de vida: Entorno". El WHOQOL-BREF es la escala de percepción de la calidad de vida de la OMS, no tiene punto de corte, cuanto más alta sea la puntuación, más calidad de vida percibe la persona que tiene. Aplicable a partir de 18 años.*

## ANEXO III

### Encuesta de satisfacción para MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA de SALUD

1.- ¿Sabía usted de la existencia del Psicólogo/a Clínico/a en su centro de Salud?

SI / NO

2.- ¿Ha derivado a algún/a paciente al Psicólogo /a Clínico/a?

SI / NO

3.- ¿Encuentra útil la labor del Psicólogo/a Clínico/a en su Centro de Salud?

Nada 1   Poco 2   Suficiente 3   Mucho 4

4.- Respecto a los/as pacientes que ha derivado al Psicólogo/a Clínico/a ¿Encuentra algún cambio/mejora en ellos/as?

Nada 1   Poco 2   Suficiente 3   Mucho 4

5.- Respecto al funcionamiento interno del Equipo del centro de salud ¿Considera que la presencia del Psicólogo/a Clínico/a aporta algo al trabajo en equipo?

Nada 1   Poco 2   Suficiente 3   Mucho 4

## 9. EVALUACIÓN: INDICADORES DE CALIDAD

La evaluación del pilotaje del proyecto de atención psicológica se hará a los 6 y 12 meses del inicio.

- **OBJETIVO GENERAL: MEJORAR EL ABORDAJE DE LOS TMC EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE LA PRIORIZACIÓN DEL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO**

### INDICADORES

- ✓ Número de procesos de TMC (depresión, trastorno adaptativo, ansiedad, etc.) derivados por el MF a Psicología Clínica
- ✓ Porcentaje de consultas aceptadas por Psicología Clínica:
  - Número de consultas aceptadas por Psicología Clínica / Número total de interconsultas recibidas por Psicología Clínica
- ✓ Porcentaje de interconsultas realizadas por Psicología Clínica a la USM :
  - Número de interconsultas realizadas por Psicología Clínica a la USM/ Número de interconsultas atendidas por Psicología Clínica
- ✓ Tiempo promedio de espera en días para la asignación de cita a Psicología Clínica desde que se genera la IC del MF
- ✓ Tiempo promedio de espera en días para la asignación de cita a USM desde que se genera la IC de Psicología Clínica
- ✓ Tiempo promedio de espera en días para la asignación de cita a USM desde que se genera la IC de MF a la USM
- ✓ Número medio de sesiones **individuales** realizadas por Psicología Clínica por procesos en casos cerrados ( depresión, ansiedad, trastorno adaptativo,etc. ):
- ✓ Número de sesiones individuales atendidos por proceso (depresión, ansiedad, trastorno adaptativo)/ Total de sesiones individuales por TMC atendidos por Psicología Clínica
- ✓ Número medio de intervenciones **grupales** realizadas por Psicología Clínica por procesos (ansiedad, trastorno adaptativo, cuidadores, duelo, etc.):
- ✓ Número de intervenciones grupales de ansiedad/número total de intervenciones grupales( así con cada proceso)
- ✓ Número de nuevas dispensaciones de benzodicepinas en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Depresión
- ✓ Número de nuevas dispensaciones de antidepresivos en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Depresión.
- ✓ Número de nuevas dispensaciones de benzodicepinas en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Ansiedad
- ✓ Número de nuevas dispensaciones de antidepresivos en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Ansiedad.
- ✓ Tiempo medio de prescripción de benzodicepinas en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Depresión
- ✓ Tiempo medio de prescripción de antidepresivos en pacientes atendidos por Psicología Clínica con

- nuevo diagnóstico de Depresión.
- ✓ Tiempo medio prescripción de benzodiazepinas en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Ansiedad
- ✓ Tiempo medio de prescripción de benzodiazepinas en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Depresión
- ✓ Tiempo medio de prescripción de antidepresivos en pacientes atendidos por Psicología Clínica con nuevo diagnóstico de Ansiedad
- ✓ Número de dispensaciones por usuarios de benzodiazepinas y antidepresivos en los procesos de nuevo diagnóstico de TMC ( depresión, ansiedad, trastorno adaptativo) de las en ZBS que no dispongan de atención psicológica.
- ✓ Número de IT generadas por cada uno de los nuevos diagnósticos de depresión, ansiedad, trastorno adaptativo de ZBS con atención psicológica
- ✓ Duración media de las IT con diagnósticos nuevos de depresión, ansiedad, trastorno adaptativo de ZBS con atención psicológica
- ✓ Número de consultas posteriores por diagnósticos nuevos de depresión, ansiedad y trastorno adaptativo al MF en ZBS **con** Psicología Clínica
- ✓ Número de consultas al MF por diagnósticos nuevos de depresión, ansiedad, trastorno adaptativo en ZBS **sin** Psicología Clínica
- ✓ Utilidad percibida/satisfacción global del paciente y de los profesionales que han derivado a Psicología Clínica (Según los cuestionarios de satisfacción. Anexos II y III)
- ✓ Evaluación psicométrica: obtención de medidas de reducción de síntomas, satisfacción, calidad de vida y funcionamientos antes y después
  - El WHOQOL-BREF es la escala de percepción de la calidad de vida de la OMS, no tiene punto de corte, cuanto más alta sea la puntuación, más calidad de vida percibe la persona que tiene. Con él se obtiene 6 puntuaciones: "Calidad de vida general" (1-5), "Satisfacción con su salud" (1-5), "Calidad de vida física" (4-20), "Calidad de vida psicológica" (4-20), "Calidad de vida: Relaciones Personales" (4-20) y "Calidad de vida: Entorno" (4-20). Aplicable a partir de 18 años.

**OBJETIVO GENERAL 2: GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE UNO DE LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA MULTIDISCIPLINAR: LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

- ✓ Número de intervenciones grupales psicológicas de prevención y promoción de la salud mental realizadas en la ZBS
- ✓ Número de intervenciones de prevención y promoción de la salud mental realizadas por Psicología Clínica en la Comunidad de la ZBS.

## 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. [Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023](#). Las Palmas de Gran Canaria: Daute Diseño; 2019
2. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2): 476-93.
3. Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad Servicio Canario de la Salud Dirección General de Programas Asistenciales. [Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias](#). Grupo Editorial Entheos, Madrid; 2015.
4. Carballal Fernández A, Alonso Vilar C, Cid Gutiérrez P, Carreira Vidal MJ, Lago Canzobre S, Losada López CJ (2018): Documento Marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria. Colexio Oficial da Psicoloxia Clínica de Galicia.
5. Díaz González CL, Sánchez Padilla A, Beneyto Naranjo C, Guerra Cabrera FR, Jorge Pérez HD. [Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: Trastorno somatomorfo indiferenciado](#). Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Sabater Gráficas. Santa Cruz de Tenerife; 2008
6. Cano Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz Rodríguez P, Adrián Medrano L y González-Blanch C (2021): Transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*; pp 1-13
7. Comisión de Psicología Clínica del Colegio Oficial de la Psicología de las Palmas .La psicología clínica en Atención Primaria. Noviembre 2020
8. Buitrago Ramírez, F.; Ciurana Misol, R.; Chocrón Bentata, L.; Fernández Alonso, M. C.; García Campayo, J.; Montón Franco, C.; Tizón García, J.L. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018; 50 (Supl 1):83-108.
9. Servicio Canario de Salud (2019): +AP Canarias. Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias. Disponible en [Estrategia AP Canarias.pdf \(gobiernodecanarias.org\)](#)
10. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad ,Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria 10 de Abril 2019 Centro de Publicaciones. Madrid NPO 732-19-027-2;2019
11. Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. [Documento de Consenso de Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria en Canarias](#). Dirección General de Programas Asistenciales; 2019
12. Garriz, M (2021): participación en la Mesa Redonda de la Psicología Clínica en Atención Primaria, organizada por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) y la Asociación Catalana de Psicólogos Clínicos y Residentes (ACAPIR). Disponible en el canal ACAPIR Psicología Clínica de YouTube.
13. Veiga, C (2021): participación en la Mesa Redonda de la Psicología Clínica en Atención Primaria, organizada por la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) y la Asociación Catalana de Psicólogos Clínicos y Residentes (ACAPIR). Disponible en el canal ACAPIR Psicología Clínica de YouTube.

14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N°2006/10
15. Huidabro Pérez-Villamil A. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Psiquiatría 8ª edición. Madrid : CTO Editorial SL 2011
16. [Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud](#). 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo
17. López Alonso, N.; Veiga Martínez, C. 2017. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Intervenciones psicológicas en Atención Primaria
18. Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, Stockton D, Bradbury A, Delgadillo J (2020). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-yearso f practice-based evidence. British Journal of Clinical Psychology (60)