

LA ATENCIÓN PRIMARIA RECEPTORA DEL MALESTAR Y DEL T. MENTAL. PONENCIA

Ander Retolaza

1.-Introducción

No se puede entender nuestro sistema sanitario sin la Atención Primaria de Salud (AP). A pesar de su insuficiente dotación de recursos y de su continua y permanente crisis no es posible concebir su ausencia en un servicio público de salud digno y bien organizado. La filosofía de la AP implica una cercanía de la atención sanitaria al conjunto de la ciudadanía que debe de ser entendida tanto en lo relativo a la accesibilidad de los servicios como en el trato y consideración hacia los usuarios. No se trata solo de organizar los diversos niveles de la atención que culmina en los servicios hospitalarios de orden terciario. Una ordenada circulación de los pacientes implica una eficiencia mayor de los recursos con el consiguiente ahorro en el gasto, pero también una mayor satisfacción de aquéllos.

La atención a la Salud Mental (SM) no es en absoluto ajena a este planteamiento. Podemos concebir la atención psiquiátrica como una ruta que los usuarios y pacientes inician en la comunidad, transcurre por la AP, accede a los servicios comunitarios de SM y, solo en su tramo final y en caso de necesidad, desemboca los servicios de psiquiatría hospitalarios. Esta ruta es ancha y transitada en sus inicios y estrecha al final. Es así porque la mayoría de los casos son leves o presentan un malestar inespecífico (entendido éste desde una perspectiva diagnóstica) y al hospital llegan pocos casos, la mayoría graves y con niveles de riesgo (incluido el suicida) considerables.

En este proceso la AP evalúa, deriva y atiende a un gran número de pacientes que, salvo riesgo serio, mala evolución o deseo expreso de acceder a servicios especializados por parte de los usuarios, son la mayoría. Este funcionamiento puede resultar inapropiado cuando está sometido a tensiones procedentes de la propia estructura de los servicios, una demanda desbordante o gestionada con dificultad y unos procesos de atención ineficientes. Esto se traduce en resultados insatisfactorios tanto para los usuarios, como para los propios profesionales y los gestores responsables de los servicios.

Una característica determinante de los procesos de atención al malestar psicosocial, y una buena parte de los Trastornos Mentales (TM) establecidos y graves, es que se trata de intervenciones que no solo son de naturaleza sanitaria, sino que tienen un componente social o socio-sanitario imposible de obviar. De esta forma la red de atención se complica porque va más allá de cualquier tipo de intervención estrictamente clínica y alcanza un terreno en el que los sanitarios no suelen tener formación ni suficiente experiencia. Es imposible concebir y desplegar una psiquiatría y una atención a la SM a la altura de las necesidades de hoy en día si no se tiene en cuenta esta circunstancia.

Para empezar, y más allá del posible componente biomédico de los TM, existe una amplia gama de determinantes sociales relacionados con la mayoría de los pacientes que habitualmente son atendidos en nuestros servicios. Por otro lado, la presencia cada vez mayor de casos de malestar social (o psico-social) de dudoso etiquetaje diagnóstico condiciona un inadecuado abordaje de los mismos, cuya consecuencia más conocida es una medicalización excesiva y poco resolutive que, además, resta recursos económicos al sistema sanitario. La mayor parte de este tipo de casos son atendidos en AP y en los servicios de SM en la comunidad. De ahí que la crisis o la ineficiencia de estos niveles intermedios repercuta en un mal funcionamiento de todo el sistema.

2.-Determinantes Sociales y Malestar Psicosocial

Existen pruebas derivadas de múltiples estudios realizados a nivel internacional, que detallan el tipo y las características de los determinantes sociales que condicionan o aumentan el riesgo de padecer una peor SM. Los principales de estos determinantes son el Género Femenino; las Desigualdades Socio-Económicas; ser pobre o de Clase Social baja; la Edad (Jóvenes y Ancianos, peor que edades medias); estar Desempleado o sujeto a Precariedad laboral; las Malas condiciones de Vivienda o el Desahucio; un Bajo nivel de Educación; padecer Discriminación Social o Racial; la Migración y la Soledad. Su asociación con los problemas de SM es constante y muy evidente por lo que es necesario tenerlos en cuenta ante cualquier procedimiento que se pretenda terapéutico y, más o menos, resolutive.

En cuanto al llamado Malestar Psicosocial se detallan a continuación algunas de sus características principales:

- Demanda Espontánea (50% de los casos)
- Predominio de Conflictos Laborales o Familiares
- Frecuente presencia de Síntomas Adaptativos, Leves y Transitorios
- Diagnóstico Clínico Inexistente, Dudoso o Forzado
- Códigos Z (Demandas sin Diagnóstico según la ICD) en un 25% de los casos
- Sobrediagnóstico asociado a Presión Asistencial (AP y SM)
- Medicalización de Problemas comunes de la vida (Efectos Adversos y Gasto Sanitario)
- Remisión Espontánea, Alta o Abandono
- Necesidad de Apoyo y Sostén Inespecíficos
- Frecuente presencia de Estrés Crónico y Riesgo de TM
- Falta de Resolución e Ineficiencia de los servicios

Se hace necesario decir que necesitamos cambios (algunos importantes) en nuestro sistema de atención para abordar mejor el malestar social y los TM. Por supuesto que la AP (y también la SM) precisan más recursos humanos. Pero nuestra manera de trabajar debe evolucionar hacia modelos más accesibles para la ciudadanía y más colaborativos entre los profesionales. También debemos de perfeccionar un escalonamiento gradual de la intensidad de la atención, donde lo más leve sea tratado de la forma más sencilla posible (lejos de una especialización, que en SM resulta muchas veces estigmatizante) y lo más complicado o grave disponga de alternativas de tratamiento no solo farmacológico, sino psicoterapéutico y socio-sanitario. De todo esto hay pruebas de efectividad suficiente y experiencia contrastada en diversos países de nuestro entorno. En el País Vasco tenemos también algunos buenos ejemplos al respecto, pero aún no hacen suficiente masa crítica para generar un cambio en el sistema.

Finalmente se hace preciso que una ciudadanía más consciente de sus derechos participe en la organización y evaluación de los sistemas de atención. Pacientes, expacientes, usuarios y familiares deben aportar su conocimiento y

experiencia. Para ello, lo primero que necesitan es liberarse, al menos en parte, del estigma que pesa sobre este tipo de problemas. La buena noticia es que disponemos ya de legislación garantista que puede ayudar en este camino.

3.-La Demanda en Salud Mental

Se considera que, independientemente del motivo de consulta entre un 20 y un 25% de los pacientes que acuden a un médico de familia padecen algún tipo de malestar o TM. Puede ocurrir que, aún teniendo el problema, pueden consultar por otros motivos. Ya en la década de los 90 nuestro equipo de trabajo llevó a cabo un estudio centrado en consultas de AP del Centro de Salud de Basauri, hallando, mediante entrevista psiquiátrica estandarizada, que un 19% de los consultantes en AP presentaba un diagnóstico específico según criterios rigurosos de TM (ICD-9). Se encontró, además, un 10% de pacientes que, sin cumplir criterios definitivos de TM, presentaban diversos síntomas del tipo estrés, ansiedad o depresión que les generaban un evidente malestar. En resumen, casi un 30% de las personas consultantes (una de cada 3) presentaban síntomas que interferían en su normal funcionamiento de vida. De este grupo los médicos de familia identificaron como casos a un 45% (cerca de la mitad) y, aunque su especificidad fue alta (87,2%) indicaron presencia de TM en un buen número de casos que no cumplían criterios del mismo (es decir, en personas que no lo padecían).

La conclusión es que existen personas con TM que, por diversos motivos no consultan por el mismo o no son detectadas en AP y personas sin TM que pueden ser tratadas en AP o, incluso, derivadas y tratadas en SM. En consecuencia, podemos encontrar que en ambos niveles de atención pueden aparecer en tratamiento todo tipo de casos de intensidad leve o grave, además de pacientes no tratados en ninguno de los dos servicios a pesar de padecer a veces incluso síntomas importantes. Esta situación describe las características de lo que podemos llamar una atención mal orientada. Por el contrario, una atención bien orientada tendería a concentrar los casos leves, sin TM y no tratados en AP y los graves en SM.

El anterior es un objetivo de excelencia que, por múltiples motivos, resulta difícil de alcanzar en las condiciones actuales de nuestros servicios. Influyen en ello diversas circunstancias relacionadas con la accesibilidad de los mismos y las

peculiares características asociadas a la demanda de atención por causa de posible TM.

Diversos estudios han encontrado que en la decisión de consultar influyen factores tales como:

- La gravedad del TM
- La propensión de la persona en cuestión hacia la búsqueda de ayuda
- La accesibilidad de los servicios
- La disponibilidad de recursos alternativos

En la base del proceso están las características personales del paciente relacionadas con su cultura de origen (piénsese en emigrantes o minorías culturales), hábitos sociales o percepción del estigma asociado a los TM. También resultan determinantes las características de los servicios relacionadas con su accesibilidad (distancia, necesidad de transporte...), listas de espera, tipo y tiempo de consultas, etc... A lo anterior hay que añadir las características del médico, psicólogo o terapeuta que, reales o imaginadas, en muchas ocasiones, son conocidas con carácter previo por parte del potencial demandante e influyen en su decisión última.

En líneas generales tienden a consultar más las mujeres que, con mucha frecuencia, hacen demandas de escucha y apoyo. Aparecen muchas consultas relacionadas con conflictos laborales (incluidas bajas) y familiares. Debido a su mejor accesibilidad se suele consultar más en zonas urbanas. Por el contrario consultan menos por propia iniciativa los varones (especialmente si son ancianos o adolescentes), las personas con bajo nivel de escolarización y las minorías étnicas. La peor accesibilidad a los servicios influye en una menor demanda en zonas rurales distantes y despobladas.

4.-Modelo General de Organización. El papel de la Atención Primaria

Teniendo en cuenta todo lo anterior podemos considerar un Modelo General de Organización de los servicios de SM que, en lo sustancial diferenciaría un entorno de AP y otro especializado. El primero incluiría un gran grupo de problemas

de carácter leve o transitorio, además de todo lo relacionado con el malestar emocional que no sería propiamente TM, pero realiza demandas de asesoría y ayuda. El objetivo fundamental sería el de evaluar y orientar estas demandas intentando no medicalizar los problemas de la vida diaria. Una parte importante de pacientes con síntomas leves de ansiedad y depresión, con gran frecuencia relacionados con el estrés, serían abordados por la propia AP, intentando organizar sistemas de apoyo y sostén basados en la comunidad y, si es necesario, con protocolos sencillos de medicación durante un tiempo limitado. Finalmente la AP derivaría a SM aquellos casos en los que la urgencia o la gravedad del problema lo requiriera. En la práctica ocurre que, salvo en unos pocos casos graves, relacionados casi siempre con sintomatología psicótica, problemas de conducta graves o riesgo suicida evidente, los médicos de familia derivan a aquellos pacientes con los que, después de un tiempo, no ha funcionado el tratamiento que han ensayado. También, y por motivos obvios, tienden a enviar a SM a quienes insisten en ser derivados.

El entorno propio de la SM en cuanto especialidad se dividiría, a su vez, en dos campos relativamente diferenciados, aunque con puntos de contacto y solapamiento. En esencia habría que distinguir un ámbito propio de pacientes con TM, incluso grave, pero de *carácter agudo* y circunscrito en el tiempo, y que no precisan (o precisan poco) de recursos socio-sanitarios de sostén. Y un segundo ámbito de pacientes con TM, casi siempre *grave*, de curso *crónico* (superior a los dos años de tratamiento y, a veces, muchos más) que precisan recursos socio-sanitarios de gran intensidad dirigidos a evitar su deterioro psicológico y social y que les proporcionen los cuidados pertinentes. Se intenta que éstos sean dispensados en lo posible fuera del hospital psiquiátrico que, en lo ideal, no debiera de ser necesario. En el primer caso los dispositivos en los que se proporciona la atención son los Centros de Salud Mental (CSM) y los Servicios de Psiquiatría de Agudos en Hospital General. En el segundo, se dispone de Hospitales Psiquiátricos Monográficos (los tradicionales manicomios reformados y dedicados ahora a la rehabilitación) y otros recursos ambulatorios, tales como Hospitales y Centros de Día, así como dispositivos residenciales, de empleo protegido y sociales en la comunidad. En toda esta red de dispositivos resultan esenciales aquellos que proporcionan ayuda y sostén a las familias de los enfermos más graves y discapacitados.

Dentro de este modelo general ocurre que los servicios especializados (ambulatorios y hospitalarios) comparten muchos pacientes de perfil agudo y crónico así como los circuitos de atención que les corresponden, dado que se tiende a que estos sean lo más comunitarios y menos estigmatizantes posible. Por motivos similares, el ámbito de la AP y el especializado ambulatorio tienden a compartir un amplio grupo de pacientes, ya sea porque padecen enfermedades médicas además de TM, o porque, a lo largo del tiempo, fluctúan entre ambos sistemas según evolucionen sus síntomas y la necesidad de apoyo que precisen. Es frecuente que pacientes dados de alta en SM y reenviados a AP, reinicien contactos con el nivel especializado después de un tiempo.

Es en estas circunstancias donde se percibe mejor la manera en la que los determinantes de índole social, como los arriba mencionados, condicionan de forma importante el posible origen de los síntomas y la evolución de un buen número de pacientes. Y ello de forma independiente a la gravedad del problema que padezcan. En función de esto lo normal debiera de ser que este tipo de factores sociales pudieran ser convenientemente tenidos en cuenta también a la hora de programar y realizar los tratamientos. Pero esto no siempre resulta posible en las circunstancias actuales.

5.-Intervenciones y Modelos de Trabajo

Tras lo descrito en los apartados anteriores algunas de las intervenciones, actitudes y modelos de trabajo adecuados para ser aplicados en SM serían del orden siguiente:

-Limitar la actitud Diagnóstica (especialmente en AP): Pensar más en Códigos Z (Motivos y circunstancias asociadas a la demanda)

-Considerar una Indicación de NO Intervención (especialmente en SM)

-Desplegar Intervenciones de Baja Intensidad (tanto en AP como en SM):

Sin fármacos (o muy pocos y por poco tiempo)

Con personal no Médico (Enfermería, T. Social, Tercer Sector)

En la Comunidad, mejor que en los servicios de asistencia

- Desplegar Programas de Modelo Escalonado
- Implantar Modelos Colaborativos de Atención
- Generar Datos sobre el Problema e Investigar en lo relativo a los Códigos Z
- Trabajo estructurado como un continuo y coordinado en Red (Sanitaria y Sociosanitaria)
- Desplegar Políticas Sociales: Ingreso Mínimo Vital y/o Renta Básica.

En la actualidad la práctica más extendida en nuestros servicios es la de derivar al nivel especializado un gran número de casos con presencia de síntomas psicológicos circunstanciales y/o dificultades psicosociales diversas. Debido a la presión asistencial, formación insuficiente, actitudes y métodos de trabajo establecidos esto se hace con mucha frecuencia. Una vez en los servicios de SM, y en caso de que se decida no medicar al paciente o hacerlo de forma limitada, lo habitual es que le sea administrada algún tipo de terapia psicológica (siempre que exista esa posibilidad en el servicio, cosa que ocurre en pocas ocasiones dada la falta de recursos). Se supone que esta actitud es la más adecuada para casos de malestar psicosocial o TM de intensidad leve o moderada. Ante esta falta de recursos adecuados en SM, la tipología de los casos a tratar y la alta frecuentación de consultas, desde hace algún tiempo se está promoviendo la presencia de psicólogos clínicos en el primer nivel asistencial (AP) como forma de solución. Esta forma de trabajo recibe el nombre de *Modelo de Sustitución*. En ella el control y la responsabilidad del caso pasa de un profesional de AP a otro de SM durante, al menos, una parte del tiempo de tratamiento. Y, como acabamos de señalar, esta forma de proceder se relaciona con la provisión de terapias psicológicas, ya sea en contexto de SM o en contexto de AP.

Como alternativa, existe buena evidencia publicada apoyando la implantación del llamado *Modelo de Colaboración* del que existen experiencias en diversos países avanzados. Este modelo requiere algunos cambios en el sistema organizativo asistencial y en los métodos de trabajo (como puede ser la introducción de Tecnologías de la Información y Comunicación), por lo que suele presentar, de inicio, posibles resistencias a su implantación por parte de algunos profesionales apegados a sus hábitos tradicionales de trabajo. Se trata de un modelo de atención dirigido a la eficiencia y a la satisfacción de los usuarios que

incluye una amplia gama de intervenciones, tales como formación dirigida a profesionales, educación de pacientes, gestión de casos, provisión de consultas y un uso sistemático de guías de práctica clínica y sistemas de evaluación. Lo esencial del modelo se centra en un cambio de funciones de los clínicos de ambos niveles (AP y SM). El modelo puede requerir formación suplementaria para nuevos roles profesionales como es el de Gestor de Casos, papel que se suele asignar a profesionales de enfermería.

Para finalizar y como resumen, incluiremos las Recomendaciones del Consejo Asesor de SM del Gobierno Vasco (2017) sobre algunas de las principales cuestiones mencionadas en este texto:

- 1.- Elaborar y desplegar una Guía Clínica de Atención a la Depresión que incluya acciones tanto en AP como en SM (Basada en experiencia práctica, documental y de investigación).
- 2.- Impulsar intervenciones Psicoeducativas y Psicoterapéuticas en AP dirigidas a pacientes con Trastorno Mental Común, con supervisión y apoyo de SM.
- 3.- Desplegar Terapia Cognitivo Conductual por Internet, guiada y apoyada por profesionales, para trastornos depresivos leves y moderados, y a disposición tanto de AP como de SM.
- 4.- Desarrollar y desplegar un Sistema de Consultoría con SM y apoyo a la AP mediante el uso generalizado de TICs (Interconsulta no Presencial, Videoconsulta...).
- 5.- Estructurar y poner en marcha un Plan de Formación Continuada para toda la CAPV, consensado entre AP y SM, incluido en el Plan de Formación Corporativo del Departamento.

6.-Referencias

- Thornicroft G, Tansella M (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press.
- Bower P, Gilbody S *Managing common mental health disorders in primary care. Conceptual models and evidence base*. BMJ, 2005, 9; 330 (7495). 839-42.
- Silva M, Loureiro A, Cardoso G: *Social Determinants of Mental Health: a review of the evidence*. Eur J. Psychiat. 2016. Vol. 30, Nº 4 (259-292).
- Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. *Las consultas sin patología en salud mental*. En Retolaza A. (Editor). Trastornos mentales comunes: Manual de orientación. Madrid: AEN Estudios, 2009, 41;. p: 97-108.
- Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, Iruin A, García B. *Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión*. Investigación comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-13.
- Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Belaunzaran Mendizabal J, Iruin Sanz A, García Moratalla B: *Modelos de Colaboración entre atención Primaria y Salud Mental en la Asistencia Sanitaria a las Personas con Depresión: Resultados Principales y Retos Metodológicos de una Meta-Revisión Sistemática*. Rev Esp Salud Pública 2014; 88: 113-133.
- Martínez Alvarez JM, Marijuan Arcocha L, Retolaza Balsategui A y otros: *Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri*. Aten Primaria, 1993; 11:127-132.

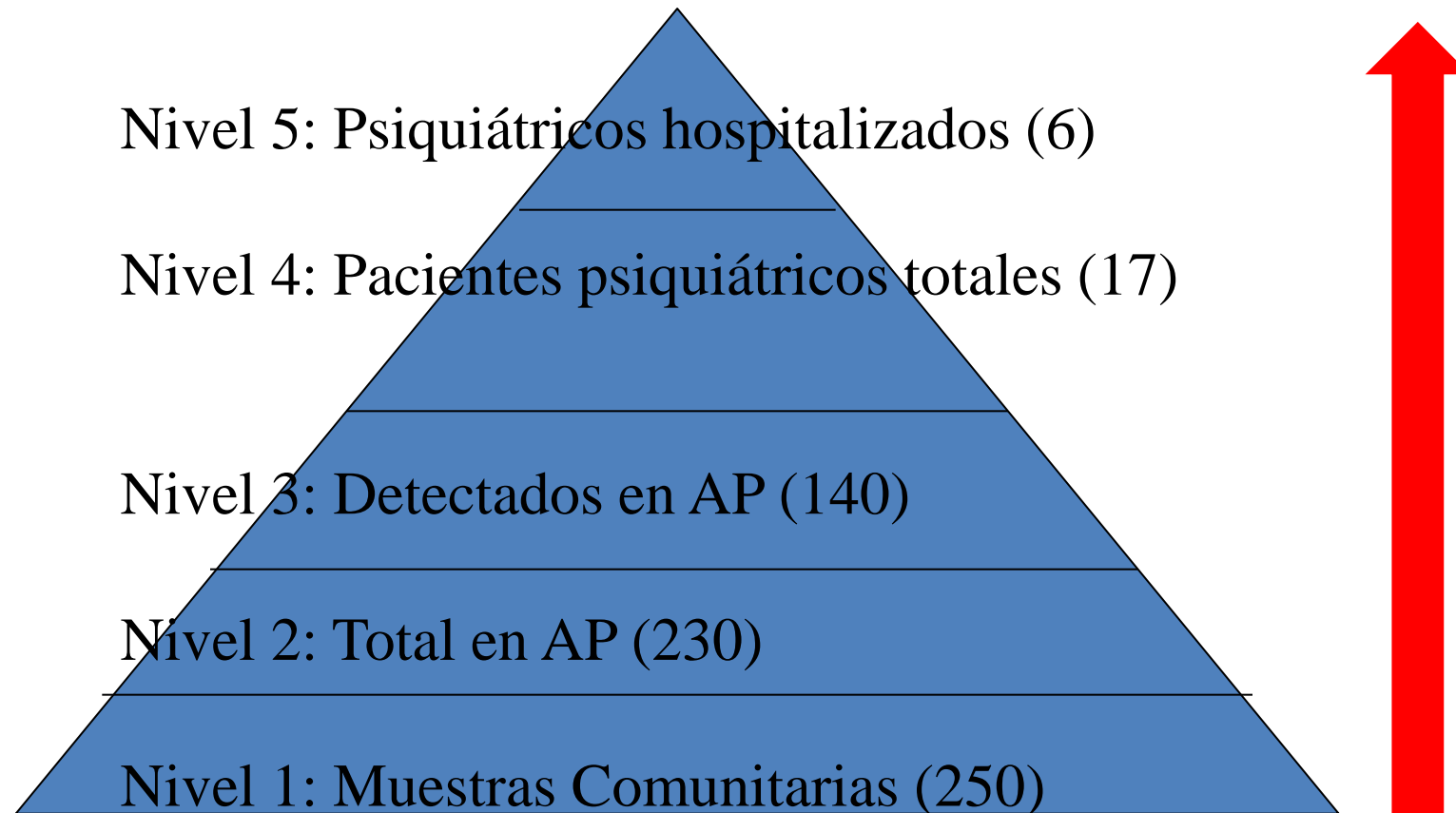
Atención Primaria Receptora del Malestar y del Trastorno Mental

@AnderRetolaza
ander.retolaza@telefonica.net
Psiquiatra

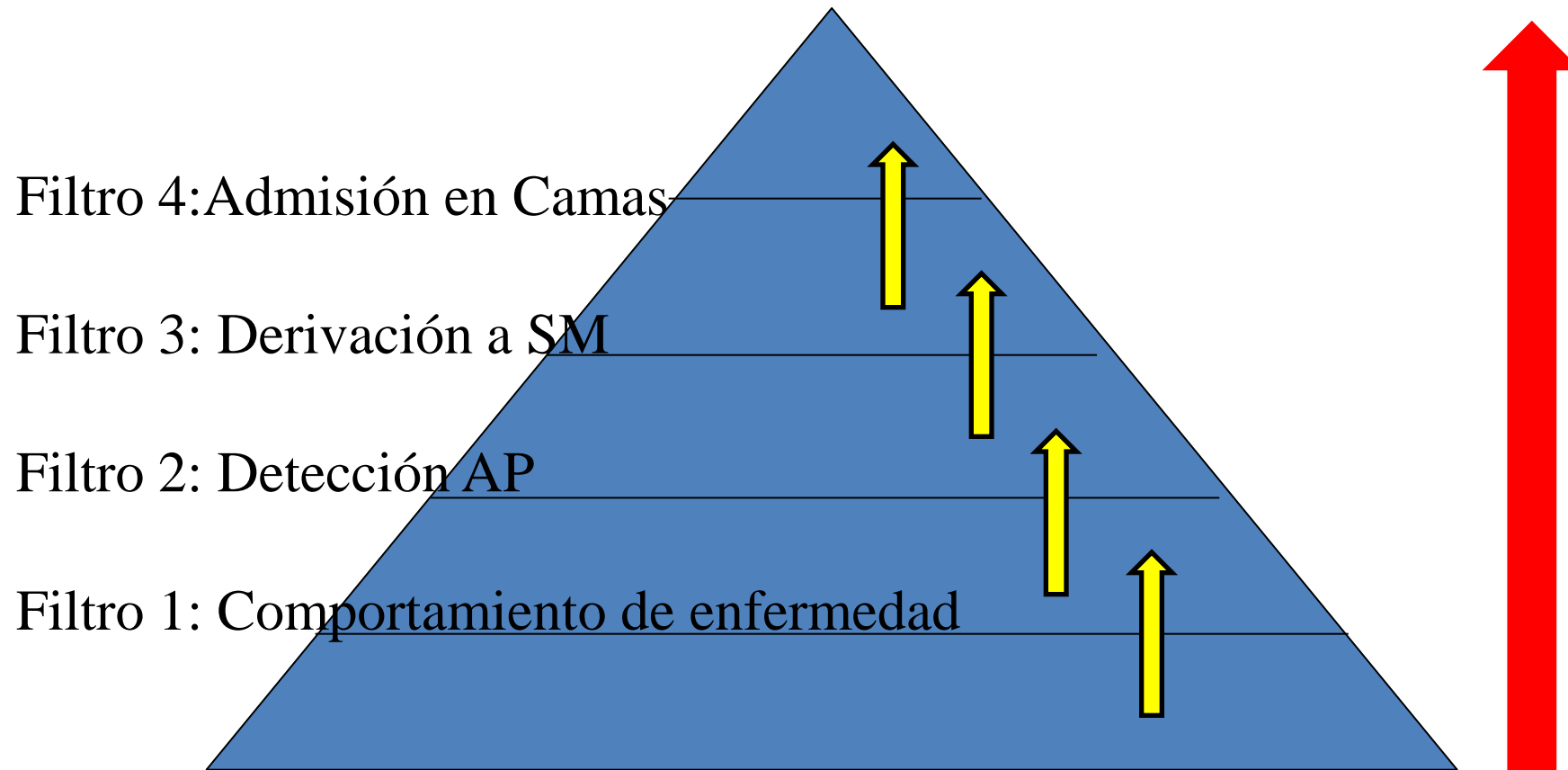
XLI Cursos de Verano de la UPV/EHU
Donostia-San Sebastián, 8 de Julio de 2022
Mesa sobre Prevención y Atención Temprana

Ruta de asistencia Psiquiátrica: 5 Niveles

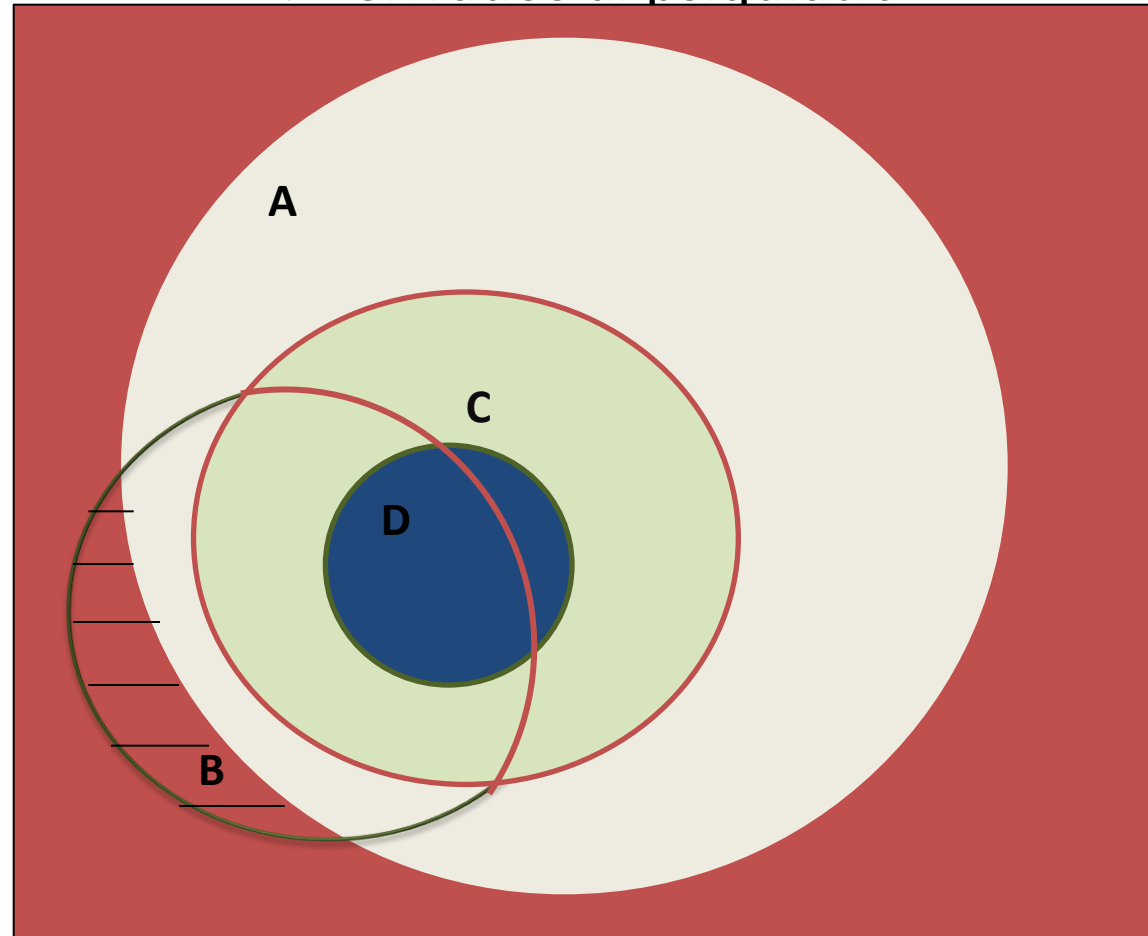
(Tasas x 1.000 en riesgo)



Ruta de asistencia Psiquiátrica: 4 Filtros

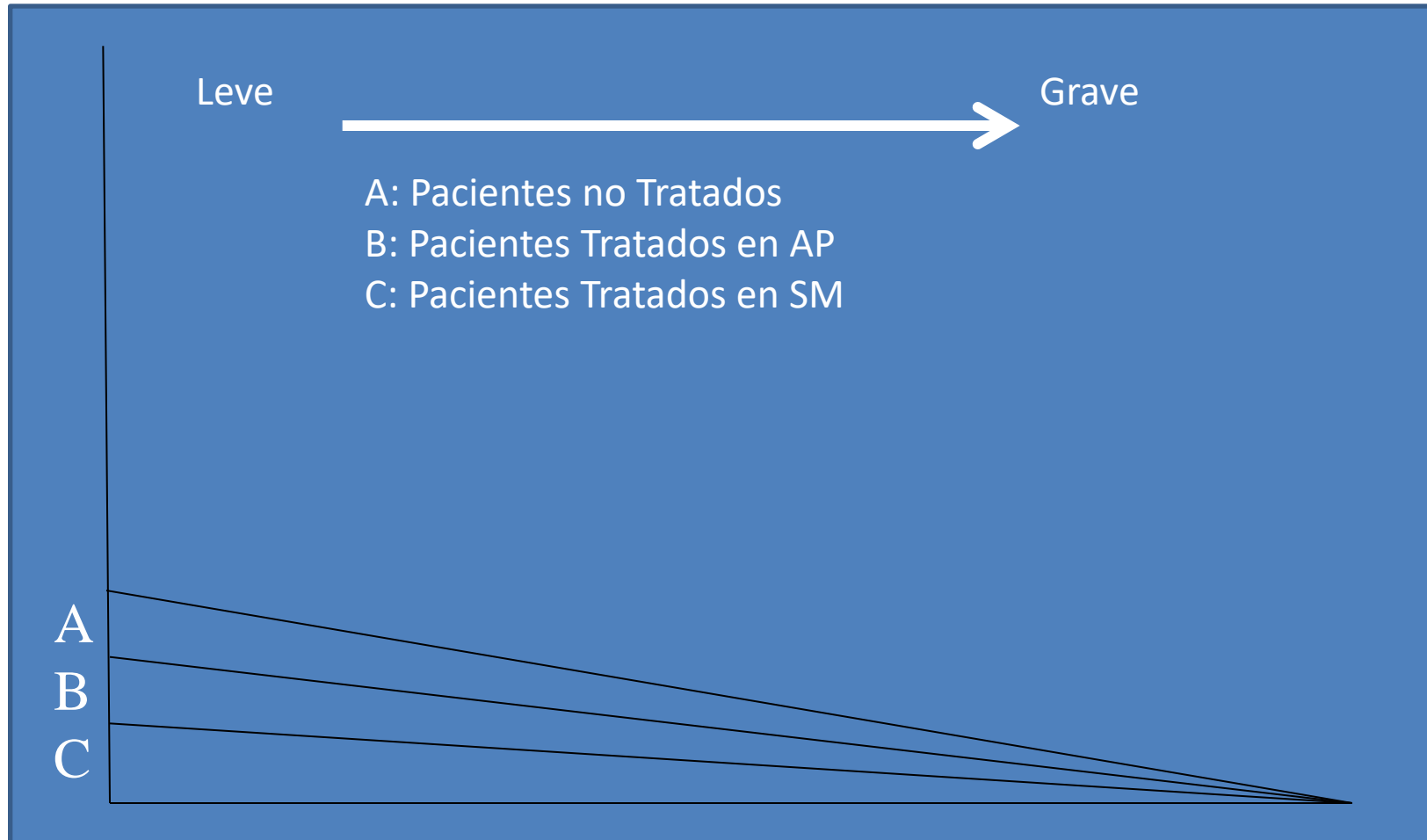


- A: Consultan a su médico
- B: Enfermos Psiquiátricos
- C: Diagnosticados por AP
- D: Derivados al psiquiatra



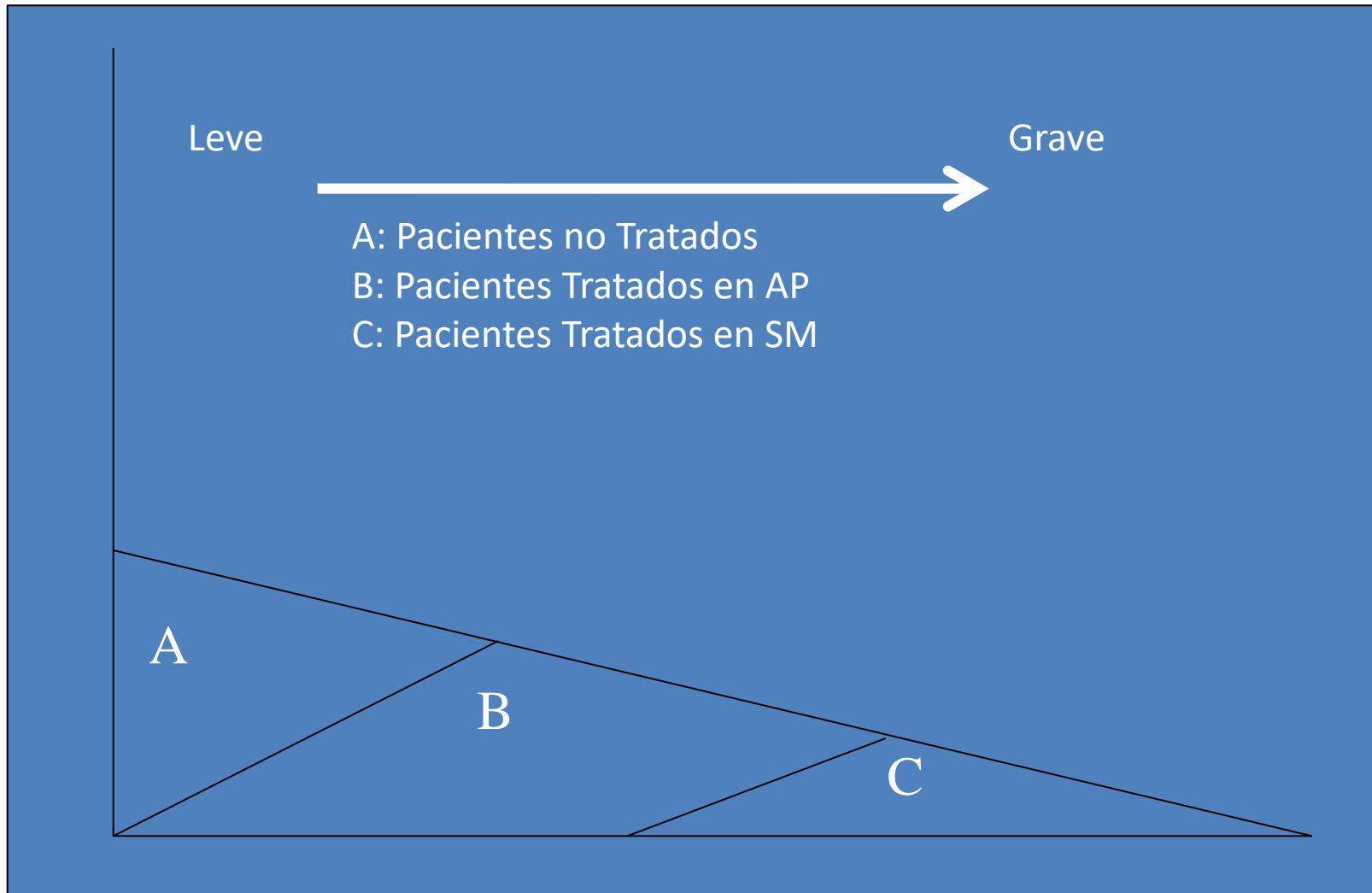
Servicio Mal Orientado

(Thornicroft y Tansella, 2009)



Servicio Bien Orientado

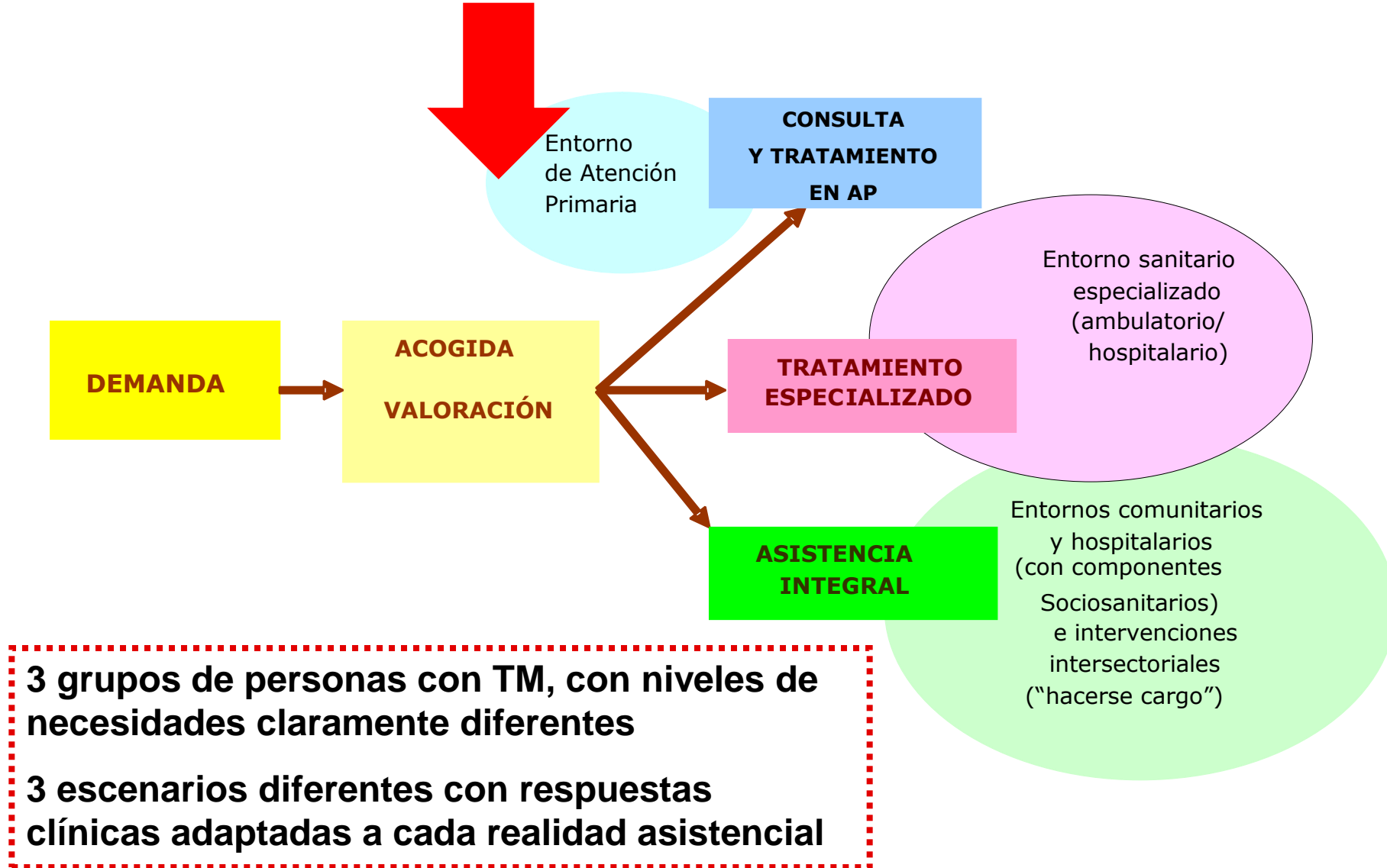
(Thornicroft y Tansella, 2009)



Demanda y Accesibilidad

- **Influyen:**
 - Gravedad del Trastorno
 - Características del Paciente: Cultura, Hábitos Sociales...
 - Características de los servicios: Accesibilidad, Listas de Espera, Tipo y Tiempo de consultas
 - Características del Médico o Terapeuta
- **Más:**
 - Mujeres
 - Demanda de Escucha y Apoyo
 - Conflictos Laborales
 - Bajas
 - Zonas Urbanas (Fácil Accesibilidad)
- **Menos:**
 - Varones
 - Ancianos
 - Adolescentes y Jóvenes
 - Bajo Nivel de Escolarización
 - Minorías Étnicas
 - Zonas Rurales Distantes y Despobladas (Baja Accesibilidad)

Modelo General de intervención en Salud Mental



SM y Determinantes Sociales: Evidencias sobre el Malestar

- Clase Social
- Pobreza:
Urbana vs Rural
- Desigualdades Socio-Económicas:
Wilkinson R. y Pickett K. (2009)
Países Ricos.
- Género:
Sobrecarga Crónica de Tareas Domésticas, Cuidados a Terceros, Baja escolarización, Carencia de Apoyo Afectivo, Baja Autoestima
- Edad:
Niños, Adolescentes, Ancianos
- Desempleo y Empleo Precario
- Vivienda
Escaso Espacio, Insalubridad, Contaminación, Barrios Peligrosos, Deshaucio, Hipoteca
- Educación
Abandono Escolar, Delincuencia
- Discriminación
Social, Racial, etc...
- Migración
- Soledad

CONSTELACIONES PROBLEMÁTICAS= Suma de Varias de las Anteriores

Malestar (Psico)Social: Características

- Diagnóstico Clínico Inexistente, Dudoso o Forzado
- Demanda Espontánea (50%)
- Predominan Conflictos Laborales o Familiares
- Sobrediagnóstico asociado a Presión Asistencial (AP y SM)
- Se medican Problemas sin TM (Efectos Adversos y Gasto Sanitario)
- Códigos Z (Demandas sin Diagnóstico)=25% en SM
- Síntomas Adaptativos, Leves y Transitorios
- Remisión Espontánea, Alta o Abandono
- Estrés Crónico y Riesgo de TM (TMC vs TMG)
- Falta de Resolución e Ineficiencia
- Apoyo y Sostén Inespecíficos

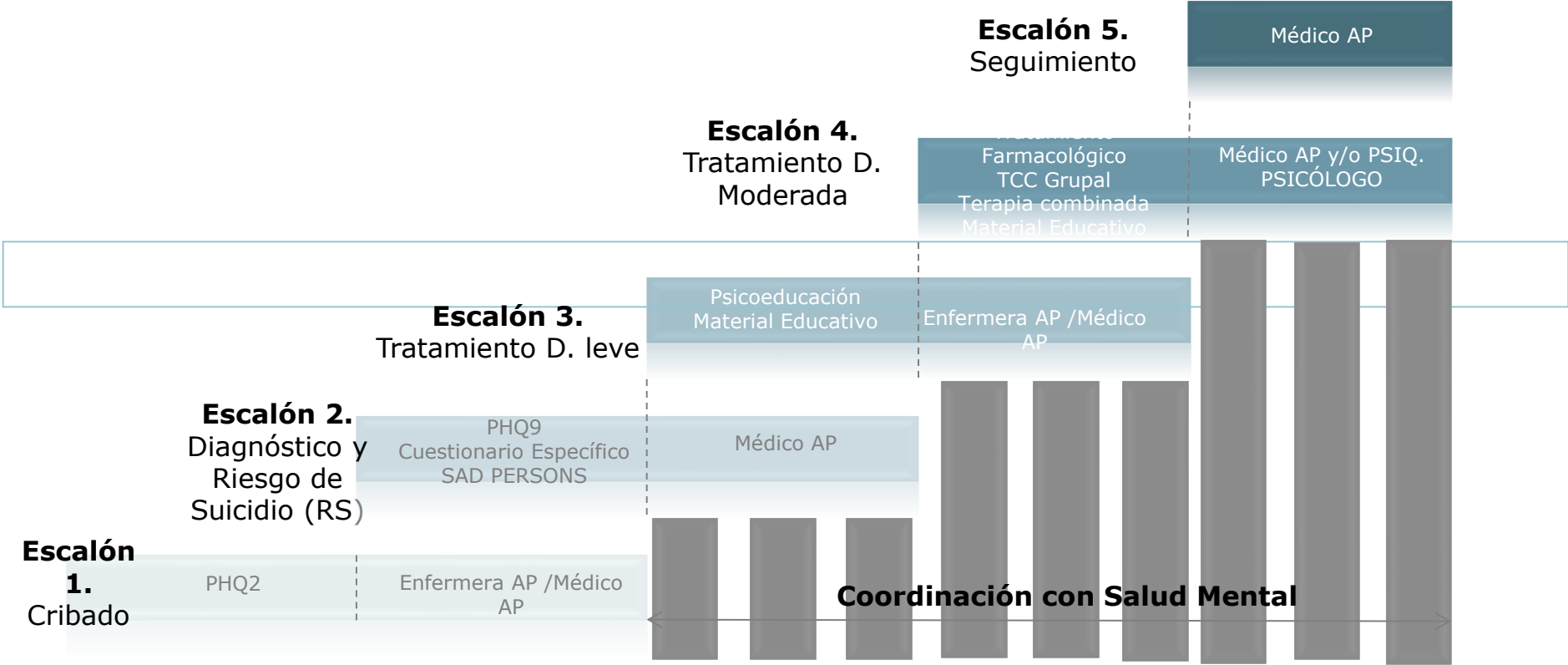
Modelo de Sustitución (Remisión)

- El control del Caso pasa a un profesional de SM durante una parte del tiempo de Tratamiento
- Se relaciona con la provisión de Terapias Psicológicas
 - En contexto de SM
 - En contexto de AP

Modelo Colaborativo

- **Requiere Cambios en el Sistema Organizativo Asistencial:**
 - Modificación de Métodos de Trabajo
 - Introducción de TICs
- **Amplia la Gama de Intervenciones:**
 - Formación
 - Educación de Pacientes
 - Gestión de Casos y Provisión de Consultas.
 - Guías de Práctica Clínica y Sistemas de Evaluación
- **Lo esencial:**
 - Cambio de Funciones de los Clínicos de ambos niveles de Atención
 - Puede requerir formación suplementaria para Nuevos Roles profesionales como el de ***Gestor de Casos***

BTS: Modelo Escalonado



Malestar (Psico)Social: Intervenciones

- Limitar actitud Diagnóstica: Pensar en Códigos Z
- Considerar Indicación de NO Intervención
- Intervenciones de Baja Intensidad:
 - Sin fármacos (o muy pocos y por poco tiempo)
 - Con personal no Médico (Enfermería, T. Social, 3er Sector)
 - En la Comunidad
- Desplegar Programas de Modelo Escalonado
- Implantar Modelos Colaborativos de Atención
- Generar Datos sobre el Problema e Investigar (Códigos Z)
- Ingreso Mínimo Vital y Renta Básica

Consejo Asesor de SM: Recomendaciones

(País Vasco, 2017)

- **1.- Elaborar y Desplegar una Guía Clínica de Atención a la Depresión que incluya acciones tanto en AP como en SM**
- **2.- Impulsar actividades Psicoeducativas y Psicoterapéuticas en AP dirigidas a pacientes con TMC, con supervisión y apoyo de SM**
- **3.- Desplegar TCC por Internet, guiada y apoyada por profesionales, para trastornos depresivos leves y moderados, y a disposición tanto de AP como de SM**
- **4.- Desarrollar y Desplegar un Sistema de Consultoría (Interconsulta NP, Videoconsulta) y apoyo a la AP mediante el uso generalizado de TICs**
- **5.- Estructurar y poner en marcha un Plan de Formación Continuada para toda la CAPV, consensuado entre AP y SM, incluido en el Plan de Formación Corporativo del Departamento**

Referencias

.-Thornicroft G, Tansella M (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press.

.-Bower P, Gilbody S *Managing common mental health disorders in primary care. Conceptual models and evidence base*. BMJ, 2005, 9; 330 (7495). 839-42.

.-Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Lozano Serrano C. *Las consultas sin patología en salud mental*. En Retolaza A. (Editor). Trastornos mentales comunes: Manual de orientación. Madrid: AEN Estudios, 2009, 41;. p: 97-108.

.-Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, Iruin A, García B. *Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión*. Investigación comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-13.

.-Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Belaunzaran Mendizabal J, Iruin Sanz A, García Moratalla B: *Modelos de Colaboración entre atención Primaria y Salud Mental en la Asistencia Sanitaria a las Personas con Depresión: Resultados Principales y Retos Metodológicos de una Meta-Revisión Sistemática*. Rev Esp Salud Pública 2014; 88: 113-133.

.-Martínez Alvarez JM, Marijuan Arcocha L, Retolaza Balsategui A y otros: *Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri*. Aten Primaria, 1993; 11:127-132



Eskerrik Asko
Muchas Gracias



Anselmo Guinea (1854-1906)