

Programa de col·laboració entre **l'atenció a la salut mental i les addiccions, i l'atenció primària i comunitària**



Direcció:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

Autors (per ordre alfabètic):

De la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària: Belén Enfedaque, Oriol Garcia, Esther Gil, Rafael Ruiz.

Del Pla director de salut mental i addiccions: Jordi Cid, Esther Lobo, Joan Vegué.

Revisors:

Francesc Xavier Arrufat, Josep Basora, Ana Bocio, Ramon Capdevila, Cristina Carbonell, Pilar Casaus, Joan Colom, Marta Coronado, Estela Díaz, Jordi González Jiménez, Joan Majó, Ariadna Mas, Guillermo Mattioli, Cristina Molina, Regina Muñoz, Diego Palao, Àngels Piera, Jordi Quílez, Gemma Ricós, Lúdia Segura, Mònica Solanes, José Soriano

Alguns drets reservats

© 2023, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina [web de Creative Commons](#).

Unitat promotora:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

1a edició:

Barcelona, abril de 2023

Assessorament editorial:

Gabinet del Conseller. Serveis editorials

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Pla editorial 2023:

Núm. de registre: 6588

Disseny de plantilla accessible 1.06.

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa

Sumari

1	Introducció	4
2	Objectius del programa	5
3	Metodologia	6
4	Cartera de serveis del programa PCP: la intervenció esglaonada	6
4.1	Nivell 1: Activitats i serveis per a la promoció de la salut mental i la prevenció universal i selectiva.....	8
4.2	Nivell 2: Activitats i serveis per a la prevenció indicada i per a la detecció precoç de problemes de salut mental	8
4.3	Nivell 3: Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns mentals lleus i moderats.....	10
4.4	Nivell 4: Activitats i serveis adreçats al tractament de persones amb trastorns de salut mental moderats i amb impacte substancial en el funcionament	12
4.5	Nivell 5: Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns de salut mental greus i/o potencialment recurrents i discapacitants	13
5	Protocol d'actuació per a l'abordatge dels problemes de salut mental i addiccions del programa PCP (nivells 3 i 4)	15
5.1	Estudi inicial en cas de sospita de problemes de salut mental	15
5.2	Abordatge terapèutic en el context del programa PCP	17
5.3	Interconsulta i derivació dels pacients des de l'APiC a SMiA	23
5.4	Interconsulta i derivació.....	24
5.5	Alta per part dels professionals de SMiA en el context del programa PCP	26
6	La relació entre els professionals de l'APiC i de SMiA en el context del programa PCP ...	27
6.1	Espais de comunicació i treball conjunt entre professionals	27
6.2	Estructures de coordinació	28
7	Registre de la informació i l'organització de l'activitat del programa PCP a l'ECAP.....	29
7.1	Característiques de l'agenda del professional de SMiA del programa PCP	29
7.2	Eines i espais per a realitzar les activitats del PCP als CAP	30
8	Resultats esperats i quadre de comandament.....	30
9	Implementació del programa PCP	32
	Annex 1. Conceptes bàsics del sistema esglaonat de Gordon.....	33
	Annex 2. Codis ATIC relatius a situacions que es poden abordar en els nivells 1 i 2 del de la intervenció esglaonada	34
	Annex 3. Tècnica BATHE.....	37
	Annex 4. Escala d'avaluació de l'activitat global (EAAG)	38
	Annex 5. Escala d'Avaluació Global per a nens (<i>Children's Global Assessment Scale; CGAS</i>)	40
	Annex 6. Plans de cures de l'ECAP	41
	Annex 7. Qüestionari <i>Early Detection and Intervention Evaluation</i> (EDIE).....	42
	Annex 8. Model funcional eCAP del Programa de col·laboració de salut mental i addiccions amb l'atenció primària i comunitària.....	43
	Referències bibliogràfiques.....	44

1 Introducció

El Programa de col·laboració entre salut mental i addiccions i l'atenció primària i comunitària (programa PCP) és un projecte amb diversos anys de trajectòria que recull tot un seguit d'activitats i serveis a l'entorn de l'atenció primària i comunitària (APiC), adreçats a millorar l'atenció a la salut mental de la població. La implementació del programa PCP es fonamenta en el treball conjunt entre els diferents equips i entitats proveïdores responsables de l'APiC i de l'atenció en Salut Mental i Addiccions (SMiA).

Els professionals¹ de SMiA (els que atenen adults, infants i joves, i persones amb addiccions) com els d'APiC, comparteixen una estratègia conjunta d'abordatge dels problemes de salut mental amb un conjunt d'activitats que es defineixen de forma coordinada i es desenvolupen de forma col·laborativa. Per tal de garantir l'execució d'aquesta estratègia, els professionals de l'APiC i de SMiA que participen en el PCP comparteixen, entre d'altres, espais físics de treball en els centres d'atenció primària (CAP), ja que posar en contacte els professionals de diferents àmbits assistencials contribueix a apropar l'atenció a la població i millorar el servei i el contínuum assistencial en salut mental.

La salut de les persones es configura a partir de múltiples factors, la majoria dels quals són aliens al sistema sanitari. Segons el model dels determinants de la salut proposat per l'Organització Mundial de la Salut, els que tenen més pes són de naturalesa econòmica i social, és a dir, aquelles condicions amb què les persones naixem, creixem, vivim, treballem i envellim.

Les situacions d'adversitat econòmica i social són generadores de patiment, que es pot manifestar en forma de símptomes psicològics o en forma de símptomes orgànics. S'observen desigualtats de gènere en la distribució del patiment. Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2021, en tots els grups d'edat, en tots els nivells d'estudis i en totes les classes socials les dones tenen malestar emocional en més proporció que els homes, i la diferència més acusada es produeix entre les dones i els homes que tenen estudis primaris o no en tenen.¹ El consum d'hipnosedants és també més elevat en les dones que en els homes.² Una identificació i atenció precoces del malestar psicològic influeixen en la seva evolució posterior, i poden evitar-ne la cronificació i la medicalització. El malestar emocional originat en resposta a situacions socials desfavorables o adverses requereix que l'abordatge bàsic es doni en l'entorn comunitari. Per la seva proximitat a la ciutadania, l'APiC i els serveis socials sovint són els millors coneixedors de la realitat psicosocial de la persona i tenen capacitat de dur a

¹ En aquest document s'empra el masculí com a categoria gramatical no marcada pel que fa al gènere, llevat del cas de les infermeres, d'acord amb el criteri del Consell Internacional d'Infermeres. Així mateix, s'hi han prioritzat els recursos que no comporten l'ús de formes dobles, com ara noms col·lectius i epicens, i expressions impersonals.

terme les intervencions més integradores, eficients i de qualitat d'abordatge del malestar emocional.

Amb l'objectiu d'augmentar la capacitat de resposta conjunta de l'APiC i de SMiA a les necessitats de les persones en situació de malestar psicològic i trastorn mental, la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària (DEAPiC) i el Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA) han actualitzat el programa PCP. Aquest programa es basa, d'una banda, en el reforç i sistematització del treball conjunt entre els professionals de l'APiC i els de SMiA i, de l'altra, en el desplegament del model esglaonat d'atenció que consisteix en l'atribució de nivells assistencials diferenciats i procediments diagnòstics i terapèutics específics en funció de la gravetat clínica i la complexitat psicosocial de les persones ateses. Aquest model defineix què, qui i com s'atén en els diferents esglaons: promoció de la salut mental, prevenció de trastorns mentals en poblacions de risc, detecció precoç, diagnòstic àgil i tractament més eficient en cada cas.

Amb aquesta actualització, el programa PCP vol esdevenir una millor eina per integrar els diversos agents que intervenen en l'abordatge de la salut mental en l'entorn comunitari i assolir les fites següents:

1. Millorar l'accessibilitat al servei.
2. Augmentar la resolució del procés assistencial.
3. Oferir una atenció integral.

A tal fi s'identifiquen els problemes de salut mental més prevalents en les consultes d'APiC i s'estableix una intervenció esglaonada d'acord amb les condicions clíniques de cada persona.

2 Objectius del programa

El Programa de col·laboració entre salut mental i addiccions i l'atenció primària i comunitària (PCP) té els objectius següents:

- Oferir una cartera de serveis eficient, sostenible, de màxima qualitat i segura, organitzada segons un model esglaonat d'intervencions.
- Contribuir a la millora de l'abordatge de les demandes provocades pel malestar emocional des d'una perspectiva holística i comunitària.
- Prestar serveis adreçats a millorar la salut mental d'acord amb les necessitats de salut del ciutadà, els determinants socials i el seu entorn de cura, tot garantint la presa de decisions compartida i la continuïtat assistencial.
- Millorar la capacitat de l'APiC de detecció i d'intervenció precoces en problemes d'addicció a l'alcohol, el cànnabis i altres drogues i també de les addiccions comportamentals.
- Garantir un accés òptim en el temps a les prestacions de salut mental, tant a SMiA com a l'APiC, principalment en els casos de persones amb trastorns mentals greus (TMG).
- Garantir un treball multidisciplinari i interdisciplinari entre els professionals de l'APiC i de SMiA, fent servir, entre d'altres, espais d'interconsulta i de suport,

visites conjuntes entre professionals d'ambdós àmbits i un programa de formació continuada per a tots els professionals.

3 Metodologia

L'actualització del programa de col·laboració entre SMiA i APiC es basa en la revisió de diversos antecedents i documents de grups de treball, entre els quals destaquen:

- La cartera de serveis de l'Atenció Primària i Comunitària (2022)³
- L'estudi "Diagnostic and Assessment Study of Mental Disorders in Primary Care" (2009)⁴
- L'informe de FoCAP "Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut (2016)⁵
- L'informe de FoCAP "Al voltant del model d'atenció a la salut mental amb l'atenció primària de salut. Reflexions i propostes" (2020)⁶
- Procediments terapèutics en l'atenció primària per a les persones amb problemes de salut mental i addiccions arran de la pandèmia COVID-19 (2022)⁷
- Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (2019)⁸.

En el decurs del procés d'elaboració d'aquest programa s'han fet entrevistes individuals a líders d'opinió i professionals experts de l'APiC i de SMiA. Així mateix, el document resultant ha estat validat per un grup consultor ampliat, en el qual han participat membres de la comissió assessora de l'APiC i de la comissió assessora del Pla director de SMiA, de la Subdirecció general d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víriques de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, i professionals de CatSalut.

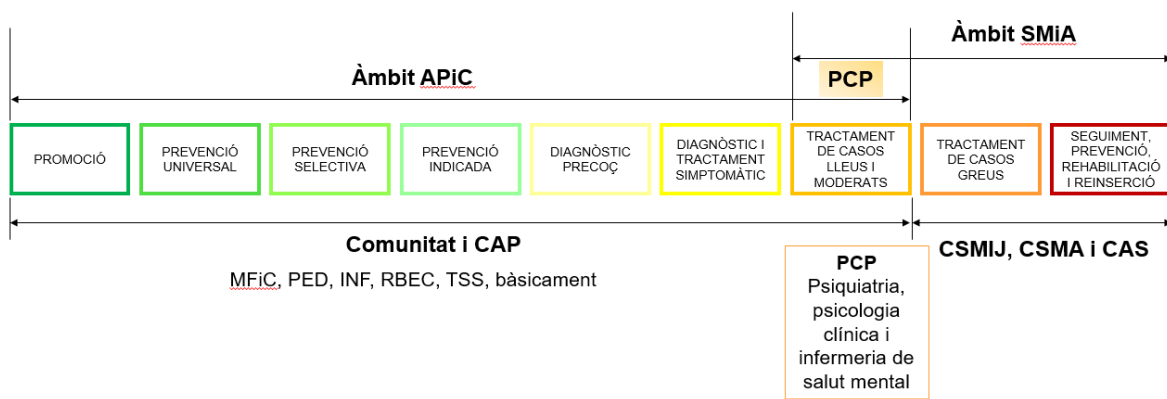
4 Cartera de serveis del programa PCP: la intervenció esglaonada

Les activitats i els serveis que conformen aquesta cartera, així com l'àmbit d'aplicació, es fonamenten en les dues premisses següents:

1. La majoria de malestans i trastorns lleus de salut mental obtenen poc benefici de les intervencions psicofarmacològiques perquè el seu origen és d'un altre tipus (social, laboral o econòmic), i molts d'aquests es resolen simplement de forma espontània un cop la persona ha fet el seu procés natural d'adaptació i/o de resolució de la crisi vital.⁹
2. Hi ha evidència dels beneficis que reporta –en termes de resultats en salut mental– fer una intervenció esglaonada, adaptada a les característiques de l'individu, derivades tant de factors de risc o de vulnerabilitat com dels signes i símptomes clínics de la malaltia mental i també del seu entorn psicosocial.

Les activitats i serveis que proposa el programa PCP i l'àmbit on es duen a terme es basen en l'espectre d'intervencions de Gordon¹⁰ (figura 1, vegeu l'annex 1).

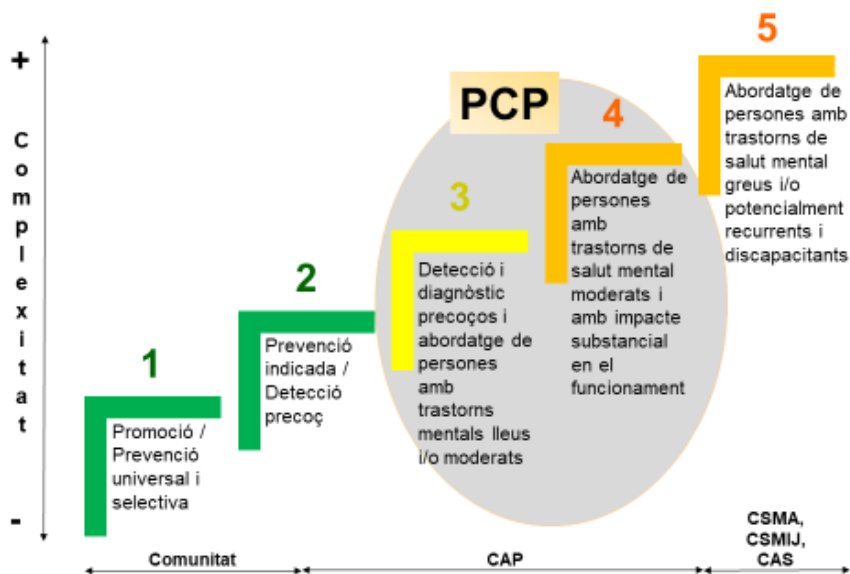
Figura 1. Model d'intervenció esglaonada



Els professionals que participen en el programa PCP per part de SMiA són psicòlegs clínics, psiquiatres i infermeres de salut mental, principalment.

D'acord amb aquestes premisses, es proposen un conjunt d'activitats i serveis que s'agrupen en 5 nivells diferenciats en funció del perfil de les persones a les quals s'adrecen, de l'entorn on es desenvolupen i dels professionals idonis per a la seva realització (figura 2).

Figura 2. Nivells del model d'intervenció esglaonada



L'àmbit d'intervenció del PCP es correspon amb els nivells 3 i 4.

4.1 Nivell 1: Activitats i serveis per a la promoció de la salut mental i la prevenció universal i selectiva

Nivell 1	
Activitats i serveis per a la promoció de la salut mental i la prevenció universal i selectiva	
Cartera de serveis	<ul style="list-style-type: none">• Activitats comunitàries i grupals educatives i de sensibilització sobre estils de vida saludables, a població general i a població amb factors de risc en relació a la seva salut. Es tracta d'intervencions orientades a la comprensió de les problemàtiques, l'acompanyament i la gestió emocional, la promoció d'estratègies adaptatives o de resolució de problemes.• Contribució a la construcció, manteniment i difusió del mapa de recursos i actius comunitaris del territori (sanitaris, socials i ciutadania: associacions, etc.).• Prescripció social i salut (PSS).
Població diana	Població general, persones amb factors de risc de tenir malestar o amb símptomes lleus de salut mental, persones en situació de vulnerabilitat. L'aparició d'ansietat, labilitat emocional, etc. no sempre indica que constitueixin un trastorn, sinó que poden donar-se com a símptomes en situacions adaptatives a crisis vitals i en situacions relacionades amb el cicle de vida (crisis normatives d'Erikson).
Professionals i entorn d'atenció	Les intervencions del nivell 1 les duen a terme principalment els professionals de l'APiC –oportunament hi poden col·laborar professionals de SMiA–. Les activitats es desenvolupen en la comunitat i els CAP.

4.2 Nivell 2: Activitats i serveis per a la prevenció indicada i per a la detecció precoç de problemes de salut mental

Nivell 2	
Activitats i serveis per a la prevenció indicada i per a la detecció precoç de problemes de salut mental	
Cartera de serveis	<ul style="list-style-type: none">• Grups d'abordatge i gestió emocional dels malestars de la vida per treballar eines no farmacològiques, tant al CAP com a la comunitat (p.ex. tallers i activitats en el context del Programa Salut i Escola). Inclou entre d'altres, l'abordatge del dol (també el perinatal), de les dificultats laborals, de relacions familiars, de les malalties cròniques, incloent-hi també els familiars i les persones cuidadores.

Nivell 2	Activitats i serveis per a la prevenció indicada i per a la detecció precoç de problemes de salut mental
	<ul style="list-style-type: none"> • Grups psicoeducatius: higiene de la son, dolor persistent, benestar emocional a través de l'activitat física, ús de les pantalles, entre d'altres. • Intervencions individuals amb la utilització de la tècnica BATHE¹¹, o l'entrevista motivacional, entre d'altres. • Contribució a la construcció, manteniment i difusió del mapa de recursos i actius comunitaris del territori (sanitaris, socials i ciutadania: associacions, etc.). • Prescripció social i salut (PSS).
Població diana	<ul style="list-style-type: none"> • Persones que inicien símptomes no predictius de TMG i que no compleixen criteris diagnòstics de TM, és a dir, que no duren més de 3 mesos des de l'estressor desencadenant. Freqüentment aquests símptomes són ansietat, insomni, dol, entre d'altres reactius a alguna situació vital estressant. • Persones amb consum de risc de substàncies o comportaments addictius de risc.
Codis CIM-10-MC	<p>F43.0 - Reacció aguda a l'estrès</p> <p>Aquestes situacions sovint es presenten com a conseqüència de factors que podem recollir a l'ECAP amb codis tipus Z.</p>
Codis Z més freqüents	<p>Z15 - Pèrdua o mort de la parella</p> <p>Z19 - Pèrdua o mort d'un fill</p> <p>Z23 - Pèrdua o mort dels pares</p> <p>Z55 - Problemes relacionats amb l'educació i l'alfabetització</p> <p>Z56 - Problemes relacionats amb la feina i l'atur</p> <p>Z59 - Problemes relacionats amb circumstàncies econòmiques i d'habitatge</p> <p>Z60 - Problemes relacionats amb l'entorn social</p> <p>Z63 - Altres problemes relacionats amb l'entorn més proper, incloent circumstàncies familiars</p> <p>Z81 - Antecedents familiars de trastorns mentals i del comportament</p> <p>Z69 - Assistència per a serveis de salut mental per a víctima i autor d'abús o maltractament¹²</p> <p>Z70 - Aconsellament relacionat amb l'actitud, el comportament i l'orientació sexuals</p> <p>Z72 - Problemes relacionats amb l'estil de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Z72.0) Problemes relacionats amb l'ús del tabac • (Z72.1) Problemes relacionats amb l'ús de l'alcohol • (Z72.2) Problemes relacionats amb l'ús de drogues • (Z72.6) Problemes relacionats amb el joc i les apostes <p>Z73 - Problemes relacionats amb la dificultat de gestionar la vida</p>

Nivell 2	Activitats i serveis per a la prevenció indicada i per a la detecció precoç de problemes de salut mental
	Z74 - Problemes relacionats amb la dependència del cuidador Altres situacions que s'aborden en aquest nivell es poden codificar amb la terminologia ATIC (vegeu l'annex 2).
Professionals i entorn d'atenció	Les intervencions del nivell 2 les duen a terme principalment els professionals de l'APiC –oportunament hi poden col·laborar professionals de SMiA–. Les intervencions es duen a terme en el CAP i a la comunitat.

4.3 Nivell 3: Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns mentals lleus i moderats

Nivell 3	Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns mentals lleus i moderats
Cartera de serveis	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada completa. Es poden fer servir diferents tècniques, com ara la tècnica BATHE, l'entrevista motivacional, intervencions breus motivacionals, entre d'altres. • Grups psicoeducatius adreçats a treballar aspectes o símptomes dels trastorns mentals. • Grups d'intervenció clínica. • Prescripció social i salut. • Tractament farmacològic amb psicofàrmacs de primera elecció.
Població diana	Persones amb símptomes que responen a criteris de diagnòstic de trastorn mental i/o d'addicció, sempre que els símptomes no els afectin el funcionament de manera substancial, és a dir, quan tenen un impacte lleu o moderat en la vida diària. Aquests símptomes es poden haver iniciat com a resposta a alguna situació vital estressant i/o de pèrdua. Per considerar que els símptomes constitueixen un trastorn mental cal que es perllonguin més enllà de 3 mesos des de l'acció de l'estressor.
Codis principals del CIM-10-MC	Les entitats definides en el CIM-10-MC a què es fa referència, són principalment les següents: F43.2 - Trastorns d'adaptació ² F43.8 - Altres reaccions a l'estrès greu

Nivell 3	Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns mentals lleus i moderats
	<p>F32.1 - Trastorn depressiu major d'episodi únic, moderat F41.0 - Trastorn de pànic [ansietat paroxismal episòdica] F41.1 - Trastorn d'ansietat generalitzada F41.9 - Trastorn d'ansietat no especificat F50.9 - Trastorn de la conducta alimentària no especificat F91 - Trastorns de conducta F93 - Trastorns emocionals amb inici especificat en la infància F94 - Trastorns del funcionament social amb inici especificat en la infància i l'adolescència F90 - Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) F10.1x; F10.9x Abús no dependent d'alcohol. Borratxera, embriaguesa F12.1x; F12.9x Abús de cànnabis F16.1x; F16.9x Abús d'al·lucinògens F13.1x; F13.9x Abús de sedants, hipnòtics o ansiolítics F11.1x; F11.9x Abús d'opioides F14.1x; F14.9x Abús de cocaïna F15.1x; F15.9x Abús d'amfetamines o simpaticomimètics d'acció similar F18.1x; F18.9x; F19.1x; F19.9x Altre tipus d'abús de drogues i abús de drogues mixtes o no especificades</p>
Professionals i entorn d'atenció	Les intervencions del nivell 3 poden ser realitzades per part de professionals de l'APiC i/o de SMiA del PCP. Les intervencions es desenvolupen principalment en el CAP.

4.4 Nivell 4: Activitats i serveis adreçats al tractament de persones amb trastorns de salut mental moderats i amb impacte substancial en el funcionament

Nivell 4	Activitats i serveis adreçats al tractament de persones amb trastorns de salut mental moderats i amb impacte substancial en el funcionament
Cartera de serveis	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada completa, que inclogui la consideració dels factors psicosocials, el diagnòstic diferencial amb trastorns orgànics i l'impacte funcional en l'individu i el seu entorn, per al diagnòstic i la intervenció sobre el problema de salut mental. Es poden fer servir diferents tècniques, com ara la tècnica BATHE, l'entrevista motivacional, entre d'altres. • Intervencions individuals específiques focalitzades, basades en l'evidència científica, com ara la teràpia breu estratègica, teràpia interpersonal, teràpia cognitiva de la depressió, i altres procediments d'intervenció en la crisi. Aquestes intervencions són breus i limitades en el temps (entre 6 i 10 sessions). • Tractament psicoterapèutic grupal (entre 6 i 10 sessions). • Tractament farmacològic avançat amb psicofàrmacs de primera o de segona elecció. • Prescripció social i salut.
Població diana	<p>Persones amb diagnòstic de trastorn mental i/o addictiu amb simptomatologia que afecta de manera substancial el funcionament de la persona. No s'inclouen en aquest nivell els diagnòstics especificats com a trastorns mentals greus (TMG) ni les addiccions que compleixen criteris de dependència.</p>
Entitats principals definides en el CIM-10-MC	<p>F43.8 - Altres reaccions a l'estrès greu F43.2 - Trastorns d'adaptació F32.1 - Trastorn depressiu major d'episodi únic, moderat F41.0 - Trastorn de pànic [ansietat paroxismal episòdica] F41.1 - Trastorn d'ansietat generalitzada F41.9 - Trastorn d'ansietat no especificat F50.9 - Trastorn de la conducta alimentària no especificat F91 - Trastorns de conducta F93 - Trastorns emocionals amb inici especificat en la infància F94 - Trastorns del funcionament social amb inici especificat en la infància i l'adolescència F90 - Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) sense comorbiditats F10.1x; F10.9x Abús no dependent d'alcohol. Borratxera, embriaguesa</p>

Nivell 4	Activitats i serveis adreçats al tractament de persones amb trastorns de salut mental moderats i amb impacte substancial en el funcionament
	<p>F12.1x; F12.9x Abús de cànnabis F16.1x; F16.9x Abús d'al·lucinògens F13.1x; F13.9x Abús de sedants, hipnòtics o ansiolítics F11.1x; F11.9x Abús d'opioides F14.1x; F14.9x Abús de cocaïna F15.1x; F15.9x Abús d'amfetamines o simpaticomimètics d'acció similar F18.1x; F18.9x; F19.1x; F19.9x Altre tipus d'abús de drogues i abús de drogues mixtes o no especificades</p>
Professionals i entorn d'atenció	<p>L'abordatge el duen a terme professionals de SMiA en el context del programa PCP. Les intervencions es desenvolupen principalment en el CAP.</p>

4.5 Nivell 5: Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns de salut mental greus i/o potencialment recurrents i discapacitants

Nivell 5	Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns de salut mental greus i/o potencialment recurrents i discapacitants
Cartera de serveis	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada completa, que inclogui la consideració dels factors psicosocials, el diagnòstic diferencial amb trastorns orgànics i l'impacte funcional en l'individu i el seu entorn, per al diagnòstic i intervenció sobre el problema de salut mental. • Tractament psicoteràpic individual i/o grupal de segona i tercera línia. • Tractament farmacològic. • Tractament biològic. • Intervencions familiars específiques. • Rehabilitació cognitiva i psicosocial.
Població diana	<p>Persones amb trastorns de caràcter greu en l'esfera de l'ansietat, l'esfera afectiva i les conductes addictives; persones amb trastorns de l'esfera psicòtica; persones amb trastorns greus de personalitat.</p>
Codis principals del CIM-10-MC	<ul style="list-style-type: none"> • F20—F9 Esquizofrènia i altres psicosis • F32.2 — Trastorn depressiu major d'episodi únic sense símptomes psicòtics, greu • F32.3 — Trastorn depressiu major d'episodi únic amb símptomes psicòtics, greu • F30 — Episodi maníac

Nivell 5	Activitats i serveis per a l'abordatge de persones amb trastorns de salut mental greus i/o potencialment recurrents i discapacitants
	<ul style="list-style-type: none">• F31 — Trastorn bipolar• F33 — Trastorn depressiu recurrent• F34 — Trastorns de l'estat d'ànim [trastorns afectius] persistents• F40 — Trastorns d'ansietat fòbica• F40.0 — Agorafòbia• F43.1 — Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)• F42 — Trastorn obsessiu compulsiu• F44 — Trastorns dissociatius i de conversió• F45 — Trastorns somatomorfs• F50.0 — Anorèxia nerviosa• F50.2 — Bulímia nerviosa• F63 — Ludopatia• F84.0 — Trastorn de l'espectre autista (TEA)• F90 — Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) comòrbid amb F91 — Trastorns de conducta i/o amb altres trastorns de salut mental• F10.2x — Dependència de l'alcohol• F11.2x — Dependència d'opioides• F12.2x — Dependència del cànnabis• F13.2x — Dependència d'hipnosedants• F14.2x — Dependència de la cocaïna
Professionals i entorn d'atenció	Aquest abordatge el duen a terme els professionals SMiA en els centres de salut mental (CSMA i CSMiJ i CAS) principalment.

Cal garantir el seguiment de les patologies que no pertanyen a l'esfera de la SMiA per part de l'APiC. La coordinació és particularment rellevant en persones amb TMG que tenen patologies orgàniques cròniques (p.ex. síndrome metabòlica) i que fan el seguiment al CSMA, al CSMiJ i al CAS. Per facilitar-ho, es recomana que els EAP ofereixin a les seves agendes visites de tipus interconsulta (9E INTC) als professionals de SMiA:

5 Protocol d'actuació per a l'abordatge dels problemes de salut mental i addiccions del programa PCP (nivells 3 i 4)

El **procediment assistencial bàsic** en presència de semiologia de l'esfera de la salut mental consta de les fases següents:

1. Estudi inicial, per part de l'APiC, específic per a cada patologia.
2. Abordatge terapèutic per part de l'APiC i de SMiA de persones situades en els nivells 3 i 4.
3. Interconsulta i/o derivació entre els professionals de SMiA i els de l'APiC en el context del PCP (nivell 3 i 4).
4. Seguiment dels pacients i pautes de reconsulta.

A continuació es detalla, en el context del PCP (nivells 3 i 4), el protocol d'actuació en cada fase del procediment assistencial i en quin moment cal remetre el pacient als serveis de SMiA o fer la interconsulta oportuna.

Les esferes afectades pels principals trastorns de salut mental que formen part del PCP són:

- Trastorns de l'esfera de l'ansietat
- Trastorns de l'esfera afectiva
- Trastorns per dèficit d'atenció i hiperactivitat
- Trastorns de la personalitat
- Trastorns de la conducta alimentària
- Trastorns per ús de substàncies (alcohol, opiàcids, cocaïna, cànnabis, etc.), i addiccions comportamentals (joc patològic, trastorn per ús de videojocs, etc.)

5.1 Estudi inicial en cas de sospita de problemes de salut mental

L'estudi inicial comporta fer una entrevista semiestructurada completa en tots els casos. Aquesta entrevista ha d'incloure la consideració dels factors psicosocials, eines validades de cribatge, un diagnòstic diferencial amb trastorns orgànics i la valoració de l'impacte funcional en l'individu i el seu entorn.

Pas 1. Entrevista amb la tècnica BATHE (vegeu l'annex 3) i valoració funcional (vegeu els annexos 4 i 5).

Consideracions específiques:

- Per explorar l'impacte funcional en l'individu i en el seu entorn en l'edat adulta es recomana utilitzar l'escala d'avaluació de l'activitat global¹³ (EEAG), disponible a l'eCAP (vegeu l'annex 4). En l'etapa infantojuvenil es recomana

l'eina *Children Global Assessment Scale* (CGAS; vegeu l'annex 5)³

- Si hi ha símptomes de l'esfera dels trastorns de l'espectre autista (TEA) cal utilitzar com a eina de cribratge el qüestionari M-CHAT revisat de detecció de l'autisme en nens de fins a 30 mesos amb una entrevista de seguiment (M-CHAT-R/F), disponible a l'eCAP¹⁴.

Pas 2. Exploració de l'ús abusiu d'alcohol, tabac i altres substàncies

Consideracions específiques:

- Si hi ha sospita de trastorn per dependència de l'alcohol cal considerar específicament l'ús de begudes estimulants i cannabinoides.

Pas 3. Diagnòstic diferencial per descartar patologia orgànica i efectes derivats de l'ús de fàrmacs

Consideracions específiques:

- Si hi ha semiologia de TDAH cal descartar l'existència d'hipertiroidisme.
- Si hi ha semiologia ansiosa cal descartar principalment l'existència d'hipertiroidisme, d'hipertensió arterial i de la síndrome de cames inquietes.
- Si hi ha semiologia afectiva cal descartar principalment l'existència d'hipotiroïdisme, d'anèmies, la fase inicial de la malaltia de Parkinson, el dolor crònic, les cardiopaties, el virus d'Epstein-Barr, la disfunció adrenal i la disfòria premenstrual. En persones de més de 70 anys, cal descartar demència.
- Si hi ha sospita de trastorns afectius, cal descartar el consum d'alcohol i de fàrmacs: corticoides, betabloquejadors, hipotensors, antivírics o antibiòtics (isoniazida, metronidazole, interferons, etc.), bloquejadors dels canals de calci, IECA, opiàcis.
- Si hi ha sospita de trastorn de la conducta alimentària (TCA), cal descartar el consum de fàrmacs i substàncies que afectin la gana i el pes. També cal descartar patologia orgànica (híper/hipotiroïdisme, endocrinopaties, patologia digestiva, neoplàsies, etc...) que produeixi anorèxia, hiperorèxia o canvis repetits de pes.

³ El qüestionari *Conners* és un test validat per al cribratge de TDAH en menors. Per al cribratge de trastorns de l'alimentació, una eina validada és el qüestionari SCOFF. El qüestionari per a la detecció d'estats mentals d'alt risc de psicosi *Early Detection and Intervention Evaluation* (EDIE) també està validat en aquest context. Cap dels anteriors es troba disponible a l'ECAP.

Pas 4. Exploració de l'acompliment dels criteris específics del CIM-10-MC i administració d'eines de l'eCAP de suport al diagnòstic

En cas de sospita de trastorn de la salut mental, cal seguir els criteris diagnòstics definits al CIM-10-MC. Alguns tests de suport al diagnòstic disponibles a l'eCAP són:

- Escala d'ansietat de Hamilton (HRS-A)
- Escala de trastorns depressius *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)
- Test de dependència alcohòlica *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)
- Escala de valoració del risc de suïcidi *Ask Suicide-Screening Questions* (ASQ)
- Test d'ús d'alcohol, tabac i altres substàncies *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (**ASSIST**).
- Qüestionari sobre ús d'alcohol i altres substàncies *Stages of change readiness and treatment eagerness scale* (SOCRATES 8D).

5.2 Abordatge terapèutic en el context del programa PCP

L'abordatge terapèutic en el context PCP (taula 1) es duu a terme d'acord amb les recomanacions següents:

- Si es diagnostiquen trastorns orgànics comòrbids que poden ser causa del trastorn mental, cal tractar-los en primer lloc.
- Tan important com el tractament farmacològic és l'adopció d'hàbits de vida saludable (nutrició, activitat física, higiene del son, abstinència de tòxics, ús adequat de pantalles, principalment), la gestió saludable de les emocions i la prescripció social. Cal valorar, motivar, indicar i acompanyar el tractament d'hàbits de vida saludable amb el suport adequat tant pel que fa a la tècnica com a la intensitat, en el marc d'un procés de presa compartida de decisions.
- Cal aplicar la tècnica d'entrevista BATHE en les visites de seguiment i recollir conjuntament amb la persona les millores que aquesta experimenta.
- En cada visita, cal valorar el grau de compliment de la pauta prescrita de medicació i els possibles efectes adversos. Així mateix, cal explorar si la persona s'automedica, el consum abusiu de substàncies i evitar la polifarmàcia.
- Es recomana aplicar plans de cures infermeres per tal de fer-ne el seguiment oportú (annex 6).

- A nivell farmacològic, si s'inicia un tractament amb inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS), cal esperar de 4 a 6 setmanes perquè comencin a fer efecte. Si després d'aquest període no hi ha millora, o bé és molt lleugera, cal incrementar la dosi i esperar 3 o 4 setmanes més abans de concloure que el tractament no resulta efectiu.
- Cal evitar el sobrediagnòstic i el sobretractament, tant farmacològic com psicològic.
- En el cas d'infants i joves és especialment important la coordinació amb l'equip d'assessorament psicopedagògic de referència del centre educatiu, els centres de desenvolupament infantil i d'atenció precoç (CDIAP) i els serveis socials bàsics (SBAS).
- En el nivell 4, cal valorar la idoneïtat de prescriure un tractament grupal psicoterapèutic. En aquest sentit, destaquen els següents:
 - ✓ Teràpia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT):¹⁵ tractament indicat en episodis depressius, especialment recurrents.¹⁶ Consta de 8 sessions i combina elements de la teràpia cognitiva i el *mindfulness*.
 - ✓ Protocol unificat transdiagnòstic per al tractament de trastorns emocionals¹⁷: s'estructura en 8 sessions i inclou components psicoeducatius, de regulació emocional i d'exposició interoceptiva.
 - ✓ Programa PsicAP de tractament dels trastorns emocionals a l'atenció primària:¹⁸ consta de 8 sessions on es treballen, entre altres, la psicoeducació, la regulació emocional, l'establiment d'objectius, la solució de problemes i la reestructuració cognitiva.¹⁹

Taula 1. Pautes bàsiques d'actuació en el context del PCP segons l'esfera mental afectada

Esfera	Pautes bàsiques d'abordatge
Afectació de l'esfera de l'ansietat	<ol style="list-style-type: none">1. Entrevista amb tècnica BATHE2. Seguiment: 2-3 visites en consulta programada amb una periodicitat quinzenal, seguida de visites mensuals fins a completar un període de 3 mesos.3. Intervencions en hàbits de vida saludable4. Tractament psicoterapèutic5. Tractament amb fitoteràpia i farmacològic:<ul style="list-style-type: none">• En casos molt lleus o bé si es rebutja el tractament farmacològic, cal valorar si s'utilitza fitoteràpia (infusions passiflora, melissa o tarongina, herba Lluïsa o tisanes similars).²⁰

Esfera	Pautes bàsiques d'abordatge
	<ul style="list-style-type: none">• Benzodiazepines (BZD) pautades, com ara Diazepam (2,5-5mg) i Lorazepam (1mg), preferiblement consumides a la nit. Les BZD d'inici ràpid d'acció (com ara l'Alprazolam) tenen una probabilitat més elevada de generar tolerància i més dificultat a l'hora de retirar-les.• Si en un mes no s'atenuen els símptomes o el pacient presenta símptomes que afecten el funcionament, es recomana instaurar tractament amb antidepressiu (AD) ISRS de primera línia, preferentment amb perfil sedatiu, com ara la sertralina, combinat amb aliments per millorar-ne l'absorció.• Si hi ha símptomes de tipus obsessiu-compulsiu (pensaments intrusius, rituals, compulsions...) es recomana utilitzar sertralina o fluoxetina a dosi plena. <p>6. Manteniment i retirada del tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cal mantenir el tractament fins assolir una millora simptomàtica i, a continuació, cal fer-ne una retirada progressiva.
Afectació de l'esfera afectiva	<p>1. Entrevista tècnica BATHE:</p> <p>En aquests casos cal explorar específicament:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si es tracta d'un primer episodi afectiu o n'hi ha hagut d'anteriors. En aquest cas, cal valorar si es tracta d'una recaiguda o una recurrència.• Si les pautes farmacològiques van ser efectives en el passat.• Si hi ha antecedents d'episodi maníac o hipomaníac. <p>2. Seguiment:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visites quinzenals els tres primers mesos i després mensuals o bimensuals fins a completar un període de 6 a 9 mesos. <p>3. Intervencions en hàbits de vida saludable</p> <p>4. Tractament psicoterapèutic</p> <p>5. Tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si hi ha hagut una pauta efectiva i ben tolerada en el passat, cal repetir-la.• En la resta de casos, cal iniciar ISRS (sertralina, citalopram, fluoxetina,...) a dosis baixes i, si cal, apujar-les fins a dosis plenes.• Si després de 6 setmanes de dosi plena no hi ha resposta, cal passar a AD dual de forma progressiva, és a dir, fins arribar a

Esfera	Pautes bàsiques d'abordatge
	<p>dosi noradrenèrgica a més de serotoninèrgica. Per exemple: començar amb venlafaxina a una dosi de 75 mg/dia i, si cal, augmentar-la fins a 150 mg/dia; o bé començar amb duloxetina 30 mg/dia i, si cal, augmentar-la fins a 60mg/dia.</p> <p>6. Manteniment i retirada del tractament farmacològic:</p> <p>Cal mantenir el tractament farmacològic un mínim de 6 mesos a partir de la millora simptomàtica i fer-ne una retirada progressiva.</p>
<p>Esfera de dèficit d'atenció (sense altres comorbiditats)</p>	<p>1. Entrevista amb tècnica BATHE</p> <p>2. Seguiment:</p> <ul style="list-style-type: none">• Visites mensuals durant els primers 6 mesos i després semestrals-anuals. Mentre hi ha tractament farmacològic, cal explorar el son i fer un control somatomètric i hemodinàmic (tensió arterial, pes, talla, IMC) cada 3-6 mesos. <p>3. Intervencions en hàbits de vida saludable i tractament psicoterapèutic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es recomana fer grups psicoeducatius amb pares.²¹ <p>4. Tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none">• El tractament farmacològic no està indicat en infants de menys de 6 anys.• El tractament farmacològic en infants i joves només està indicat quan el tractament psicològic i psicopedagògic no ha donat resultats o quan el TDAH és greu.• Abans d'iniciar el tractament farmacològic cal fer una anamnesi (antecedents familiars i personals) i una exploració física (tensió arterial, freqüència cardíaca, pes, talla i IMC); un ECG si hi ha antecedents personals de cardiopatia i/o símptomes suggestius; i una analítica (hemograma, ionograma, perfil lipídic i hepàtic).• A partir dels 6 anys es recomana metilfenidat. El tractament pot ser crònic o bé, atès que la situació clínica està associada a la neuromaduració, en determinats casos, pot millorar amb el temps i es pot retirar. <p>5. Manteniment i retirada del tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un cop ajustada la pauta a cada persona, el tractament s'ha de mantenir mentre perduri la necessitat i s'ha d'anar ajustant en funció del control simptomatològic. <p>En alguns casos, l'impacte del trastorn disminueix després el</p>

Esfera	Pautes bàsiques d'abordatge
	procés maduratiu (un cop finalitzada l'adolescència) i es pot retirar el tractament de manera progressiva.
Trastorns de la personalitat	<p>1. Entrevista amb tècnica BATHE</p> <p>2. Seguiment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cal fer un seguiment protocol·litzat, sinó que cal atendre les desestabilitzacions (simptomatologia ansiosa, afectiva, per consum de substàncies, etc.) segons els criteris assistencials corresponents establerts. <p>3. Intervencions en hàbits de vida saludable i tractament psicoterapèutic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • És especialment important el treball d'hàbits de vida saludables (alimentació, higiene, son, activitat física, etc.) així com l'establiment d'una rutina diària. <p>4. Tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hi ha un tractament farmacològic específic dels trastorns de personalitat, cal tractar la comorbiditat present (simptomatologia ansiosa, afectiva, trastorn per consum de substàncies, etc.) segons els criteris terapèutics corresponents.
Trastorns de l'esfera de les addiccions	<p>1. Entrevista amb la tècnica BATHE:</p> <p>En aquests casos, cal incorporar específicament:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratègies de reducció de danys associats a la conducta addictiva: físics, danys a tercers, impacte, negligència. • Valoració de la motivació cap al canvi o l'estadi de canvi: incrementar la consciència de l'existència d'un problema i fer patents les contradiccions de continuar consumint tot i tenir queixes somàtiques, símptomes de trastorn mental, etc. • Identificació de la fase de canvi en què es troba la persona (pre-contemplació, contemplació, preparació per a l'acció, acció, manteniment, recaiguda) i dels elements clau que permetin avançar cap a una voluntat de canvi i de manteniment de l'abstinència. • Intervenció breu motivacional ajustada al nivell de risc, segons el programa Beveu Menys i l'ASSIST. • Quan la persona té una addicció al joc (apostes, loteries, etc.), al sexe o a les compres compulsives i aquesta té un impacte substancial en la persona i el seu entorn, es pot remetre directament a la unitat d'addiccions comportamentals especialitzada de cada territori (conegudes també com a Joc

Esfera	Pautes bàsiques d'abordatge
	<p>Patològic). Si la persona té altres tipus d'addiccions comportamentals cal derivar, segons l'edat, a CSMIJ o al CAS.</p> <p>2. Seguiment:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2-3 primeres visites amb una periodicitat quinzenal i, a continuació, mensual, fins a completar 6 mesos. A continuació, caldrà fer-ne una valoració de manera individualitzada.• Cal monitorar l'estat de consum actiu de substàncies i els riscos orgànics associats a l'addicció: presència de símptomes de l'abstinència, tolerància, etc. <p>3. Intervencions en hàbits de vida saludable i tractament psicoterapèutic:</p> <ul style="list-style-type: none">• És especialment important el treball d'hàbits de vida saludables (alimentació, higiene, son, activitat física, etc.) així com l'establiment d'una rutina diària.

Activitats grupals dels EAP per a la salut mental

Els EAP ofereixen activitats grupals adreçades a la salut mental i el benestar emocional (hàbits de vida saludable, foment de la resiliència, gestió saludable de les emocions, regulació emocional, parentalitat saludable, entre d'altres). Aquestes activitats es desenvolupen amb el lideratge d'infermeres, RBEC, treballadors socials sanitaris, entre d'altres, i es duen a terme tant al CAP com a la comunitat. Les activitats s'adrecen a persones amb necessitats concretes, les quals poden haver estat detectades tant pels professionals de l'APiC com per professionals de SMiA, i poden haver estat dissenyades de forma conjunta.

Tant els professionals de l'APiC com els de SMiA poden derivar pacients a aquestes activitats grupals mitjançant la programació directa, a través d'ECAP, dels pacients en les activitats corresponents.

Prescripció social i salut

Tant els professionals de l'APiC com els de SMiA poden fer prescripció social²² als pacients que atenen. En aquest sentit, el RBEC té un rol d'assessorament als professionals de l'APiC i de SMiA en prescripció social: pot informar-los dels recursos i actius comunitaris disponibles que

consten al mapa d'actius d'ECAP, del procediment que cal seguir per fer efectiva la prescripció, i resoldre dubtes sobre l'adequació de la prescripció en casos concrets. Aquesta tasca d'assessorament es pot dur a terme en el si de sessions de coordinació, a través d'interconsultes telemàtiques a l'agenda, i també en el contacte personal entre els professionals.

5.3 Interconsulta i derivació dels pacients des de l'APiC a SMiA

Les interconsultes i derivacions de pacients des de l'APiC a SMiA es fan d'acord amb uns criteris i una prioritització establerts, en consonància amb una orientació diagnòstica i en el decurs de l'estudi de cada persona. Amb caràcter general, es recomana que els professionals de l'APiC facin interconsulta als professionals de SMiA del PCP quan els problemes tenen un impacte moderat en el funcionament, o bé si es tracta de problemes que no responen a l'abordatge (resistents) o bé són recurrents.

A continuació, es recullen les situacions susceptibles de conduir a una interconsulta o a una derivació del pacient als professionals de SMiA en el marc del PCP –en el mateix CAP–; en segon lloc, les situacions que impliquen una interconsulta o una derivació al CSMA, el CSMiJ o el CAS, i, per últim, les situacions que comporten una derivació als serveis d'urgències hospitalàries.

1. Criteris d'interconsulta als professionals de SMiA en el marc del PCP

- Si hi ha dubtes en el diagnòstic o d'abordatge assistencial.
- Si hi ha dubtes de maneig farmacològic (dosificació, selecció, temps de resposta, efectes secundaris, intoleràncies, etc.).
- Si hi ha hagut un fracàs terapèutic sense símptomes d'alarma ni criteris de derivació a altres dispositius.
- Si s'ha produït una pèrdua important de pes, se n'ha descartat la causa orgànica, i hi ha una sospita diagnòstica de problema de salut mental.
- Si s'ha manifestat una ideació passiva de mort sense planificació autolítica.
- Si hi ha símptomes afectius durant l'embaràs i hi ha dubtes en el maneig farmacològic o psicològic.
- Si hi ha una sospita de TCA sense impacte substancial en el funcionament amb un resultat de cribratge positiu o dubtós.

La derivació a CSMA, CSMiJ o CAS es produeix principalment pels diagnòstics clínics descrits en el nivell 5 de la intervenció esglaonada; i també quan es tracta

de persones ateses en els nivells 3 i 4 al PCP que han esdevingut resistents al tractament i/o amb episodis recorrents i amb impacte substancial de l'estat funcional i una mala evolució.

2. Criteris de derivació i/o interconsulta al CSMA, el CSMIJ o el CAS

- Si el trastorn mental comporta una alteració substancial del funcionament (escala d'avaluació de l'activitat global <60).
- Si actualment hi ha un episodi maníac o hipomaníac, o bé n'hi ha hagut un en el passat (comporta fer diagnòstic diferencial de trastorn bipolar).
- Si hi ha sospita de trastorn psicòtic, cal fer derivació si el resultat de l'escala EDIE és igual o superior a 20 punts o bé si es detecta algun dels símptomes o signes destacats amb asterisc a l'annex 7.
- Si el trastorn depressiu té episodis recorrents amb mala resposta al tractament i/o elevat impacte funcional.
- Si hi ha un trastorn depressiu major amb característiques melancòliques.
- Trastorn d'ansietat amb agorafòbia.
- Si hi ha una sospita diagnòstica de TDAH en edat adulta amb alteracions conductuals i/o amb un impacte funcional substancial.
- Si hi ha semiologia de TCA amb un resultat de cribratge positiu i impacte físic o funcional no lleu.
- Si el risc de conducta suïcida és moderat o greu (qüestionari ASQ).
- Si hi ha TDAH amb comorbiditats.

3. Criteris de derivació a serveis d'urgències hospitalàries

- Intent de suïcidi (emergència psiquiàtrica)
- Situació d'agitació psicomotora (emergència psiquiàtrica)
- Risc d'autoagressió o d'heteroagressió (emergència psiquiàtrica)
- Si hi ha TCA amb criteris de gravetat: freqüència cardíaca inferior o igual a 45 bpm / alteracions del ritme, hipotensió (TAS <70 mmHg), síncope, alteracions de la consciència / lipotímia / convulsions, alteracions iòniques (K<3 mEq/L o Na<130 mEq/L o Na>145 mEq/L), alteració renal o hepàtica greu, vòmits hemàtics, dilatació gàstrica, pancreatitis)

5.4 Interconsulta i derivació

Els professionals d'APiC poden sol·licitar l'atenció del professional de SMiA del PCP i assignar-los una visita a l'agenda del PCP, sense haver de fer una ordre clínica (OC).

Les interconsultes entre l'APiC i els professionals de SMiA del PCP no requereixen OC.

El temps de resposta a les interconsultes als professionals de SMiA del PCP ha de ser de 7 dies, com a màxim.

D'acord amb això, és essencial que es respectin les agendes dels professionals de SMiA del PCP i que, en cas d'incidència en el SMiA, s'eviti al màxim l'anul·lació de les visites programades.

Pel que fa a la derivació als CSMA, CSMIJ i CAS, els professionals d'APiC i del PCP han de sol·licitar l'atenció mitjançant una OC Interconsulta o bé una OC primera visita.

Les interconsultes entre l'APiC i els professionals de SMiA de CSMA, CSMIJ i CAS requereixen una ordre clínica.

Les situacions de sospita de problemes d'especial gravetat cal que es derivin amb la indicació a l'OC del seu caràcter urgent o preferent. El temps màxim per ser visitat s'estableix d'acord amb els límits de la taula 2.

Taula 2: Temps màxim de la visita per part dels professionals de SMiA, segons la prioritat fixada en l'OC

Prioritat	Temps màxim de la visita
Urgent	Menys de 7 dies
Preferent	Entre 7 i 20 dies
Ordinària	Entre 21 i 45 dies

Cal vetllar per la qualitat de les interconsultes i les derivacions així com per la resposta que reben els professionals i pacients en aquest procés. La informació clínica que ha de constar a l'OC per tal d'assegurar la qualitat del procés és la que recull el quadre següent:

Informació essencial en les OC per interconsultes i derivacions entre àmbits assistencials:

- Orientació diagnòstica fonamentada (CIM-10-MC) del problema de salut que és motiu d'interconsulta o derivació.
- Anamnesi i exploració física.
- Exploracions complementàries relacionades, amb data de realització, tant d'imatge, analítiques o altres.
- Temps d'evolució del problema de salut.
- Tractaments farmacològics, rehabilitadors, quirúrgics i altres relacionats que s'han dut a terme, amb data de realització.
- Impacte del problema de salut en la vida diària, la funcionalitat i l'activitat laboral de la persona.

5.5 Alta per part dels professionals de SMiA en el context del programa PCP

L'alta de la persona inclosa en el PCP i atesa per part dels professionals de SMiA es produeix quan es dona un dels tres supòsits següents:

- a. S'han assolit els objectius terapèutics i el quadre clínic que va motivar la consulta ha remès o bé ha arribat a un grau d'estabilitat que permet que el seguiment es pugui continuar per part dels professionals de l'APiC.
- b. Els professionals de SMiA no poden oferir cap servei que respongui a les necessitats de la persona ni que comporti una millora del seu procés.
- c. La persona expressa la voluntat de deixar de rebre el tractament, ja sigui perquè té efectes adversos, ja sigui perquè rebutja continuar.

Quan el professional de SMiA dona l'alta a la persona cal que la informi a través del curs clínic (eCAP) del pacient. La informació que cal compartir tant amb els professionals de l'APiC com amb altres serveis de salut oportuns implicats en la cura del persona és la següent:

Informació que cal compartir entre professionals de salut en el moment de l'alta

- Semiologia del pacient a l'inici del procés assistencial que duu a terme SMiA i situació actual.
- Objectius assolits pel tractament de SMiA i objectius no assolits.

- Intervencions realitzades.
- Recomanacions de pautes adreçades a mantenir la millora clínica i a l'autocura, per dur a terme de forma continuada en el temps per part de la persona i el seu entorn de cura, en el si de la comunitat, després de l'alta i en moments determinats.
- Suport indicat a domicili i adaptació de l'entorn.
- Criteris de nova derivació/retorn al SMiA.

Si SMiA rep una derivació o interconsulta per atendre un pacient i considera que no podrà oferir serveis que li suposin un benefici, caldrà que n'informi al professional de l'APiC que ha fet la interconsulta o la derivació, amb una resposta argumentada que plantegi alternatives i mitjançant circuits consensuats entre les diverses parts implicades.

6 La relació entre els professionals de l'APiC i de SMiA en el context del programa PCP

Cal garantir una comunicació adequada entre els professionals de l'APiC i els de SMiA en el context del PCP per tal de poder dur a terme un treball en equip que vetlli per una atenció coordinada i integrada, la continuïtat i la complementarietat entre els serveis. Un element facilitador d'aquesta coordinació és la continuïtat dels professionals implicats. A tal fi es preveuen els elements principals següents:

- Les figures professionals de l'EAP referents de SMiA (metges i infermeres referents de SMiA).
- La figura del professional de SMiA referent del PCP.
- Espais de comunicació i de treball conjunt.
- Una estructura de coordinació territorial.

6.1 Espais de comunicació i treball conjunt entre professionals

Els principals espais de comunicació i treball conjunt dels professionals de l'APiC i de SMiA en el context del PCP són els següents:

- a. **Sessions de treball entre professionals:** Cal fer sessions regulars de coordinació i de qualitat del procés assistencial en què hi participin professionals de SMiA i els professionals de l'EAP, principalment el referent de l'EAP de SMiA i el RBEC. Amb aquestes sessions conjuntes es vol facilitar que els professionals mantinguin un contacte fluid i que comparteixin les seves eines de contacte professional (telèfon i correu electrònic, principalment).

Entre d'altres, en aquestes sessions cal analitzar les necessitats de la població en matèria de benestar emocional i salut mental, ajustar al màxim possible els serveis oferts per l'APiC i per SMiA a les necessitats detectades, la qual cosa

implica definir l'àmbit de prestació de cada servei i la prestació conjunta de serveis, si escau. L'anàlisi de necessitats comporta la revisió conjunta dels problemes de salut i de les característiques del context social, així com dels resultats assistencials, elements indispensable per definir les accions oportunes de millora de la qualitat del servei. Les sessions de treball conjunt també es destinen a la formació continuada.

La gestió de les interconsultes i les derivacions, així com de la continuïtat assistencial en les transicions, són aspectes especialment rellevants que cal treballar en aquestes sessions. Cal vetllar per la qualitat de les interconsultes, de les derivacions i de les respostes entre professionals i al pacient, revisar que s'apliquen els criteris acordats, se segueixen els circuits definits i que la resposta entre professionals i la que rep la persona és òptima en temps i forma. Tant el referent de SMiA de l'EAP com el RBEC i el professional de SMiA referent del PCP, han d'estar especialment implicats en aquest àmbit, ja que plegats poden contribuir a facilitar informació, fer formació i recolzar els companys en casos de dubte, deliberar en equip i col·laborar en la presa de decisions.

Es recomana reservar un espai de temps periòdic, planificat al llarg de l'any, amb una cadència quinzenal adaptada a l'assoliment dels objectius.

- b. Disposar d'espais a l'agenda per a **interconsultes telemàtiques** entre els professionals de l'APiC i de SMiA és una prestació necessària per al bon desenvolupament del PCP. D'acord amb uns criteris definits, cal que tant els professionals de l'APiC com els de SMiA posin a disposició mútua espais per a donar resposta a les interconsultes.
- c. Programar espais a l'agenda dels professionals per a fer **visites interdisciplinàries** participades conjuntament per professionals d'APiC i de SMiA. Els professionals de SMiA disposen d'espais a l'agenda per a realitzar visites interdisciplinàries, tant al CAP com al domicili. Cal que tant MFIC com pediatres, infermeres i treballadors socials –principalment– puguin adaptar les agendes corresponents quan sigui necessari per poder realitzar aquest tipus de visites.

6.2 Estructures de coordinació

Cal una **estructura de coordinació a l'EAP** que faci el seguiment regular del programa PCP. Els perfils professionals que han de formar part d'aquesta estructura són els següents: el professional (o professionals) de l'EAP referent de SMiA, el professional de SMiA referent del PCP, el RBEC, el treballador social sanitari de l'EAP, el referent del CSMIJ, el referent del CSMA i el referent del CAS. Aquest conjunt de professionals lidera i organitza les sessions de treball entre professionals que es realitzen als EAP.

Adicionalment, cal una **estructura territorial de coordinació** que estigui formada per les direccions assistencials de l'APiC (SAP, DAP i equivalents), les direccions de les entitats proveïdores de SMiA (de CSMA, de CSMIJ, de CAS,

entre d'altres) i els responsables de CatSalut en el territori. Aquest equip ha de vetllar pel desplegament, seguiment i avaluació del PCP a cada territori.

7 Registre de la informació i l'organització de l'activitat del programa PCP a l'ECAP

Els professionals de SMiA que participen en el PCP treballen en els centres d'atenció primària (CAP) amb l'estació clínica d'atenció primària del SISCAT (ECAP), en la qual registren tota l'activitat assistencial adreçada als pacients.

Per tal que els professionals de SMiA que realitzen el PCP treballin amb l'ECAP cal que se'ls assigni un rol específic així com que disposin d'unes agendes definides, entre d'altres eines.

Les agendes del PCP estan assignades a les unitats productives (UP) dels CAP corresponents.

L'ECAP ha de garantir totes les funcionalitats que el PCP requereixi per al seu acompliment. L'activitat registrada a l'ECAP corresponent al PCP es registra al conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP).

7.1 Característiques de l'agenda del professional de SMiA del programa PCP

L'agenda de l'ECAP del professional de SMiA del PCP és de tipus seqüencial, no per capes, i té les característiques següents (vegeu l'annex 8):

1. Servei PCP: es defineixen tres tipus de servei, tots ells iniciats amb la sigla "PCP", en funció del perfil professional, a la qual s'afegeixen dues lletres per indicar el professional en concret que el duu a terme: psiquiatre (SQ), psicòleg (SI) i infermera (IN).
2. Mòdul: es defineixen tres tipus de mòdul per identificar el grup de població: adult (A), infantil i juvenil (I) i general (G, que inclou els dos anteriors). El camp mòdul té cinc caràcters, de manera que si hi ha diverses agendes es poden numerar. Aquest cinquè caràcter ha de ser un número. Per exemple, si un psicòleg clínic té una agenda exclusivament adreçada a població infantil i juvenil, la nomenclatura que cal aplicar és Servei: PCPSI; mòdul PCPI1. Si dos psicòlegs clínics tenen agenda PCPI al mateix EAP, l'un farà servir Servei: PCPSI; mòdul PCPI1 i l'altre Servei: PCPSI; mòdul PCPI2.
3. Els professionals que fan ús de l'agenda PCP són psicòlegs clínics, psiquiatres i infermeres, principalment.

4. Les prestacions específiques que s'ofereixen a l'agenda del programa PCP són les mateixes que en SMiA, és a dir:
 - Interconsulta
 - Visita conjunta APiC-SMiA
 - Tractament psicològic
 - Visita de seguiment PCP
 - Visita telemàtica (videoconferència o telefònica)
 - Visita grupal
 - Primera visita

5. Les visites a les agendes s'han de poder programar tant des dels CAP com des dels centres de SMiA.

7.2 Eines i espais per a realitzar les activitats del PCP als CAP

Cal que tots els professionals tinguin una organització de treball definida, amb horaris per a cadascuna de les activitats, entre elles, les relacionades amb la coordinació entre els professionals d'APiC i de SMiA (com ara sessions de casos clínics, de formació, altres) així com disponibilitat d'espais a l'agenda per fer visites multidisciplinàries.

Dins del CAP cal destinar espais perquè els professionals de SMiA que participen en el PCP puguin dur a terme l'atenció presencial i les reunions presencials i telemàtiques, és a dir, despatxos per a consulta individual al pacient i família i sales per a dur a terme activitats grupals.

8 Resultats esperats i quadre de comandament

En línia amb els objectius presentats a l'inici, els resultats que s'esperen assolir amb el programa PCP són bàsicament els següents:

1. **La millora de la salut i el benestar mental de la població.** Als sistemes d'informació del SISCAT caldrà recollir la informació corresponent per mesurar aquest objectiu, com ara:
 - a) Trastorns de salut mental diagnosticats a la ciutadania, tant incidència com prevalença.
 - b) Consums de substàncies tòxiques i addiccions comportamentals detectats a la ciutadania.
 - c) Qualitat de vida percebuda per la ciutadania candidata a ser atesa al PCP amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.
 - d) Dies d'incapacitat temporal laboral de les persones amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.
 - e) Visites a urgències de l'hospital i al CUAP degudes a un problema relacionat amb la salut mental de les persones amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.

- f) Hospitalitzacions en serveis de psiquiatria de les persones amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.
 - g) Persones que fan intents de suïcidi.
 - h) Defuncions per suïcidi de la població amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.
 - i) Característiques biopsicosocials (per exemple, edat, sexe, privació material) de la població amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4
2. **La millora en la detecció i l'abordatge de les necessitats en salut mental i addiccions de la ciutadania**, així com en la presa de decisions compartides i en l'autocura. Als sistemes d'informació del SISCAT caldrà recollir la informació corresponent per a mesurar aquest objectiu, com ara:
- a) Temps transcorregut entre l'inici de la simptomatologia mental o bé des que la persona consulta al CAP fins que és atesa pels professionals de SMiA (tant al CAP com als dispositius específics de SMiA).
 - b) Prescripció de psicofàrmacs en la població amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4, així com prescripció d'antidepressius durant més d'un any i prescripció d'ansiolítics durant més de 12 setmanes.
 - c) Prescripció social per a la salut i el benestar mental realitzada a la població amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4.
3. **La millora en l'accés a les prestacions de salut mental i addiccions**, pel que fa al temps en tots dos àmbits assistencials –SMiA i APiC–, d'acord amb les necessitats de cada persona. Als sistemes d'informació del SISCAT caldrà recollir la informació corresponent per mesurar aquest objectiu, com ara:
- a) Població amb diagnòstics CIM-10-MC dels nivells 3 i 4 que ha estat atesa per part dels professionals d'APiC i de SMiA (tant en el context del PCP com en CSMA, CSMIJ i CAS): per via presencial, telemàtica, individual, grupal, en el centre i també en el domicili.
 - b) Població atesa al PCP sense diagnòstics CIM-10-MC corresponents als nivells 3 i 4 ni tampoc 5.
 - c) Població atesa al PCP amb diagnòstics CIM-10-MC del nivell 5.
 - d) Freqüentació de la població atesa al PCP i altres unitats de SMiA.
 - e) Població atesa durant més de 3 mesos i durant més de 6 mesos al PCP.
 - f) Activitats grupals de l'àmbit de salut mental i benestar emocional adreçades a les persones ateses en el PCP, desenvolupades per professionals de SMiA.
 - g) Derivacions i interconsultes realitzades des de l'APiC a SMiA (en el PCP, CSMA, CSMIJ i CAS)
 - h) Temps de resposta a les interconsultes emeses des d'APiC al PCP i a CSMA, CSMIJ i CAS.

- i) Satisfacció ciutadana i dels professionals amb el servei del PCP.
- j) Professionals referents en salut mental per ABS i per territoris, per perfil professional que estan atenent pacients en el PCP.

9 Implementació del programa PCP

En consonància amb els resultats de l'estudi d'avaluació del PCP dut a terme l'any 2020 per l'equip de projectes de CatSalut, es preveu fer un acompanyament progressiu als EAP i als centres de SMiA en la implementació de l'actualització del programa PCP.

Alguns dels elements a tenir en compte en aquest àmbit són:

- Definició de circuits
- Formalitzar la coordinació i espais de treball compartit
- Disseny i realització de les agendes a l'ECAP
- Vetllar per l'adequació dels equipaments i materials
- Formació dels professionals sobre el model assistencial plantejat.

Annex 1. Conceptes bàsics del sistema esglaonat de Gordon

- **Prevenió universal:** promoció de la salut i del benestar emocional general.
- **Prevenió selectiva:** adreçada a la població que no té signes ni símptomes però sí que té factors de risc o de vulnerabilitat d'un o més dels tipus següents:
 - Antecedents personals
 - Factors comportamentals
 - Circumstàncies escolars o laborals
 - Factors socials
- **Prevenió indicada:** adreçada a persones amb signes o símptomes lleus, que no presenten criteris diagnòstics de trastorn mental segons les classificacions estàndard, per evitar que es desenvolupi el trastorn.

Annex 2. Codis **ATIC** relatius a situacions que es poden abordar en els nivells 1 i 2 del de la intervenció esglaonada

Codi ATIC	Descripció
10006117	Abús
10008631	Sospita d'abús sexual
10007127	Risc d'abús
10013613	Risc d'accident laboral
10007148	Addicció al tabac
10000050	Afflicció
10000051	Afflicció crònica
10000052	Afflicció crònica familiar
10000053	Afflicció crònica parental
10000054	Risc d'afflicció crònica
10000074	Agressivitat
10000080	Risc d'agressivitat
10006915	Risc de síndrome d'alienació del nen
10007135	Risc de síndrome d'alienació parental
10006860	Angoixa
10007811	Angoixa familiar
10007812	Angoixa parental
10000238	Ansietat
10000241	Ansietat d'incertesa
10000242	Ansietat d'incertesa familiar
10000243	Ansietat d'incertesa parental
10000240	Ansietat de separació
10000245	Ansietat familiar
10000246	Ansietat fisiològica
10000247	Ansietat fisiològica familiar
10000248	Ansietat fisiològica parental
10000249	Ansietat parental
10000250	Ansietat preoperatòria
10000244	Ansietat vers la mort
10005351	Crisi d'ansietat
10004427	Risc de síndrome ansiosa depressiva
10004428	Síndrome ansiosa depressiva
10007275	Astènia
10000426	Risc d'autolesió intencionada
10000427	Risc d'autolesió involuntària
10006120	Conducta abusiva
10006122	Risc de conducta abusiva
10005693	Conducta agressiva
10005694	Risc de conducta agressiva
10005723	Risc de conducta autodestructiva
10006119	Conducta violenta
10006121	Risc de conducta violenta

Codi ATIC	Descripció
10011107	Consum habitual excessiu d'alcohol
10012013	Risc de crisi d'ansietat
10012012	Risc de crisi de pànic
10005206	Risc de síndrome de davallada cognitiva
10006780	Depressió postpart
10006883	Risc de depressió postpart
10006882	Risc de síndrome depressiva postpart
10006804	Síndrome depressiva postpart
10001322	Desorientació
10005805	Dinàmica familiar disfuncional
10005807	Risc de dinàmica familiar disfuncional
10001329	Deteriorament de la dinàmica familiar
10001330	Risc de deteriorament de la dinàmica familiar
10005809	Dinàmica parental disfuncional
10005811	Risc de dinàmica parental disfuncional
10001331	Deteriorament de la dinàmica parental
10001332	Risc de deteriorament de la dinàmica parental
10005814	Deteriorament de l'estat mental
10005815	Risc de deteriorament de l'estat mental
10006037	Risc d'estrès posttraumàtic
10006036	Risc de resposta d'estrès posttraumàtica
10004443	Risc de síndrome d'estrès posttraumàtica
10005804	Deteriorament del funcionament familiar
10005806	Risc de deteriorament del funcionament familiar
10005808	Deteriorament del funcionament parental
10005810	Risc de deteriorament del funcionament parental
10006899	Dèficit d'hàbits de vida saludables
10006895	Dèficit d'hàbits antiestrès
10006894	Dèficit d'hàbits higiènics
10006892	Risc de deteriorament dels hàbits saludables
10006891	Risc d'adquisició d'hàbits tòxics
10008018	Intoxicació aguda per alcohol
10008020	Intoxicació etílica aguda
10006118	Maltractament
10006763	Risc de maltractament infantil
10008626	Sospita de maltractament infantil
10008632	Sospita de maltractament per omissió
10007128	Risc de maltractament
10008625	Sospita de maltractament
10005781	Crisi de pànic
10006064	Por
10006758	Por a caure
10007138	Por a la hipoglucèmia
10006068	Por a la immunització
10006067	Por al part

Codi ATIC	Descripció
10006065	Por familiar
10006066	Por parental
10007120	Por parental a la hipoglucèmia
10008597	Sofriment per abús
10008590	Sofriment per assetjament
10008591	Sofriment per assetjament escolar
10008592	Sofriment per assetjament laboral
10008593	Sofriment per <i>bullying</i>
10008595	Sofriment per ciberassetjament
10008596	Sofriment per maltractament
10008594	Sofriment per <i>mobbing</i> laboral
10006750	Tabaquisme
10004718	Temor
10007149	Temor a la hipoglucèmia
10006048	Temor a la vacunació
10006757	Temor a les caigudes
10000009	Temor al part
10004719	Temor familiar
10004720	Temor parental
10006906	Temor parental a la hipoglucèmia
10005691	Tristesa
10005692	Tristesa crònica
10007116	Tristesa crònica del cuidador
10007117	Tristesa crònica familiar
10007118	Tristesa crònica parental
10007119	Risc de tristesa crònica
10005008	Violència
10005722	Risc de violència autodirigida
10005009	Risc de violència
10005159	Desesperança del cuidador
10001314	Desesperança familiar
10001315	Desesperança parental
10001514	Dol complicat
10007866	Dol complicat del cuidador
10007116	Tristesa crònica del cuidador

Annex 3. Tècnica BATHE

La tècnica BATHE (en anglès "bany") és una tècnica d'entrevista i intervenció psicoterapèutica senzilla i ràpida. Està especialment pensada per ser aplicada en el context de l'APIC, amb un temps limitat. Aquesta tècnica es complementa amb la tècnica SOAP, acrònim que inclou les inicials dels conceptes següents:

- **Subjectiu:** motiu pel qual es consulta, allò que diu la persona que li passa.
- **Objectiu:** allò que observem a l'exploració.
- **Anàlisi:** diagnòstic.
- **Pla** a seguir, tractament.

L'acrònim BATHE seria així doncs «el bany després del sabó». Les inicials corresponen als termes següents:

- **Background** (recordatori): implica situar-se en el rerefons del problema. Què li està succeint en la vida familiar, laboral, social...? Li havia passat res de semblant abans?
- **Affect** (afectació): com l'està afectant? Com se sent?
- **Trouble** (problema): d'allò que explica, què és el que l'amoïna més? (ajuda a focalitzar el problema a tractar)
- **Handling** (maneig) Com està gestionant la situació? Què està fent per millorar o per resoldre el problema? (ajuda a donar espai per a l'autoeficàcia de la persona, assumir que pot obtenir resultats positius).
- **Empathy** (empatia): mostrar comprensió i reconèixer i recolzar els esforços de la persona.

Com a resultat de l'anterior es decideix si alguna de les opcions següents té cabuda en relació amb el problema plantejat:

1. **Normalitzar:** legitimar la reacció de la persona (tristor en cas de pèrdua, cansament i apatia després d'una gran tensió, etc.).
2. **Oferir informació adaptada:** oferir una explicació que ajudi a entendre la reacció a l'element estressor que l'ha causat. En tots els casos, plantejar que **cal un període de temps suficient** i realista perquè es pugui produir una millora.
3. **Consensuar** amb la persona **tasques, accions i/o canvis específics**. Es proposen diverses opcions i es pacten i es recullen unes tasques adequades per a cada persona que li permetin realitzar-les. Implica fer un treball personal que s'ha de supervisar a la consulta, per valorar conjuntament si funciona o no.
4. **Fer-ne el seguiment**, en una consulta programada per valorar resultats.

Annex 4. Escala d'avaluació de l'activitat global (EAAG)

Cal considerar l'activitat psicològica, social i laboral al llarg d'un contínuum hipotètic de salut-malaltia. No cal incloure alteracions de l'activitat degudes a limitacions físiques o ambientals.

Puntuació	Descripció
100 91	Activitat satisfactòria en una àmplia gamma d'activitats, mai no sembla superat pels problemes de la seva vida, és valorat pels altres a causa de les seves abundants qualitats positives. Sense símptomes.
90	Símptomes absents o mínims (p. ex., lleugera ansietat abans d'un examen), bona activitat a totes les àrees, interessat i implicat en una àmplia gamma d'activitats, socialment eficaç, generalment satisfet de la seva vida, sense més preocupacions o problemes que els quotidians (p. ex., una discussió ocasional amb membres de la família).
80	Si hi ha símptomes, són transitoris i constitueixen reaccions esperables davant d'agents estressants psicosocials (p. ex., dificultats per concentrar-se després d'una discussió familiar); només hi ha una lleugera alteració de l'activitat social, laboral o escolar (p. ex., descens temporal del rendiment escolar).
70	Alguns símptomes lleus (p. ex., humor depressiu i insomni lleuger) o alguna dificultat en l'activitat social, laboral o escolar (p. ex., fer campana ocasionalment o robar alguna cosa a casa), però en general funciona força bé, té algunes relacions interpersonals significatives.
60	Símptomes moderats (p. ex., afecte aplanat i llenguatge circumstancial, crisis d'angoixa ocasional) o dificultats moderades en l'activitat social, laboral o escolar (p. ex. pocs amics, conflictes amb companys de feina o d'escola)
50	Símptomes greus (ideació suïcida, rituals obsessius greus, robatoris a botigues, etc.) o qualsevol alteració greu en l'activitat social, laboral o escolar (sense amics, incapaç de mantenir-se en una feina, etc.)
40	Una alteració de la verificació de la realitat o de la comunicació (p. ex., el llenguatge és de vegades il·lògic, fosc o irrellevant) o alteració important en diverses àrees com el treball escolar, les relacions familiars, el judici, el pensament o l'estat d'ànim (p. ex., un home depressiu evita els amics, abandona la família i és incapaç de treballar; un nen copeja freqüentment nens més petits, és desafiant a casa i deixa d'anar a l'escola).
30	La conducta està considerablement influïda per idees delirants o hi ha una alteració greu de la comunicació o el judici (p. ex., de vegades és incoherent, actua de manera clarament inapropiada, preocupació

Puntuació	Descripció
	suïcida) o incapacitat per funcionar en gairebé totes les àrees (p.ex., roman al llit tot el dia, sense feina, habitatge o amics).
20	Algun perill de causar lesions a altres o a si mateix (intents de suïcidi sense una expectativa manifesta de mort; freqüentment violent; excitació maníaca, etc.) o ocasionalment deixa de mantenir la higiene personal mínima (taques d'excrements) o alteració important de la comunicació (p. ex., molt incoherent o mut).
10	Perill persistent de lesionar greument altres persones o a un mateix (p. ex., violència recurrent) o incapacitat persistent per mantenir la higiene personal mínima o acte suïcida greu amb expectativa manifesta de mort.
0	Informació inadequada

Annex 5. Escala d'Avaluació Global per a nens (*Children's Global Assessment Scale; CGAS*)

CGAS és una escala desenvolupada per la Universitat de Columbia que proporciona un resultat global del nivell de funcionament en nens i adolescents. Actualment, molts programes de diversos països l'utilitzen per avaluar el funcionament. L'escala proporciona una puntuació global, en una escala que va de 0 a 100 punts, amb les següents categories:

100-91 Funcionament òptim

90-81 Bon funcionament

80-71 Deteriorament lleu del funcionament

70-61 Funcionament general força bo amb dificultats en una sola àrea

60-51 Funcionament variable amb dificultats esporàdiques

50-41 Deteriorament moderat del funcionament

40-31 Deteriorament important del funcionament de diverses àrees

30-21 Incapacitat per funcionar en gairebé totes les àrees

20-11 Necessitat considerable de supervisió

10-1 Necessitat constant de supervisió

0 Informació inadequada

L'estimació de les puntuacions i la informació complementària es pot consultar a l'[enllaç següent](#).

Annex 6. Plans de cures de l'ECAP

A continuació es relacionen els plans de cures aplicables:

- Assetjament escolar
- Baixa autoestima infantojuvenil
- TDHA_seguint
- Claudicació familiar
- Risc claudicació familiar
- Depressió lleu/moderada
- Dol disfuncional
- Dol
- Manteniment d'hàbits saludables adults i pediatria
- Malestar vital (ansietat/tristesia) adults
- Malestar emocional en la infància i l'adolescència
- Malestar emocional en joves
- Seguiment del desenvolupament psicomotor infantil
- Consum excessiu d'alcohol
- Deixar de fumar
- Risc d'addiccions a les noves tecnologies en joves
- Risc d'addiccions a les noves tecnologies en adults
- Sospita de trastorn de la conducta alimentària (TCA) en adults
- Sospita de trastorn de la conducta alimentària (TCA) en joves

Annex 7. Qüestionari *Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE)*

Ítem	Puntuació
1. La família està preocupada	1 punt
2. Consum excessiu d'alcohol	1 punt
3. Consum de drogues (inclòs el cànnabis)	1 punt
4. Discuteix amb amics i la família	1 punt
5. Dificultats per dormir	2 punts
6. Falta de gana	2 punts
7. Humor depressiu	2 punts
8. Concentració pobre	2 punts
9. Inquietud	2 punts
10. Tensió o nerviosisme	2 punts
11. Absència de plaer per les coses	2 punts
12. Sensació que la gent l'està observant (*)	3 punts
13. Sensació que escolta coses que la resta no pot escoltar (*)	3 punts
14. Idees d'autoreferència (*)	5 punts
15. Creences estranyes (*)	5 punts
16. Pensament o llenguatge estranys	5 punts
17. Afectivitat inadequada	5 punts
18. Conducta o aparença estranyes	5 punts
19. Història de psicosis d'un familiar de primer grau i estrès augmentat o deteriorament del funcionament (*)	5 punts

Puntuació i valoració: es recomana avaluar amb més detall la persona que arriba a una puntuació igual o superior a 20 punts, d'acord amb els valors indicats per a cadascun dels símptomes, o bé si es presenta qualsevol dels símptomes marcats amb asterisc, encara que no s'arribi a 20 punts.

Annex 8. Model funcional eCAP del Programa de col·laboració de salut mental i addiccions amb l'atenció primària i comunitària

Es defineixen tres tipus de servei, tots ells iniciats amb la sigla "PCP", en funció del perfil professional, a la qual s'afegeixen dues lletres per indicar el professional en concret que el duu a terme: psiquiatre (SQ), psicòleg (SI) i infermera (IN).

Es defineixen tres tipus de mòdul per identificar el grup de població: adult (A), infantil i juvenil (I) i general (G, que inclou els dos anteriors). El camp mòdul té cinc caràcters, de manera que, si hi ha diverses agendes, es poden numerar. Aquest cinquè caràcter ha de ser un número.

Per exemple, si un psicòleg clínic té una agenda exclusivament adreçada a la població infantil i juvenil, la nomenclatura que cal aplicar és Servei: PCPSI; mòdul PCPI1. Si dos psicòlegs clínics tenen agenda PCPI al mateix EAP, l'un farà servir Servei: PCPSI; mòdul PCPI1 i l'altre Servei: PCPSI; mòdul PCPI2.

Servei	Mòdul	Tipus de visita PCC	Descripció del tipus de visita	Observacions
PCPSI (per professionals psicòlegs) PCPSQ (per professionals psiquiatres) PCPIN (per professionals infermeres)	PCPA PCPI PCPG	Interconsulta (sense pacient).	Interconsulta (sense pacient).	
		Primera visita PCP.	Primera visita.	És APiC, per tant, no obre episodi.
		Visita conjunta SM-AP.	Visita conjunta primària amb professional SM.	
		Tractament psicològic.	Psicoteràpia individual.	
		Visita de seguiment PCP.	Visita successiva Individual.	
		Visita telemàtica (videoconferència o telefònica).	Visita successiva individual telefònica.	
			Visita successiva individual per videotrucada.	
		Visita grupal.	Psicoteràpia grupal.	

Referències bibliogràfiques

- ¹ Schiaffino A, Medina A. Enquesta de salut de Catalunya, 2021. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2022. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7854>
- ² Informe d'activitat assistencial: centres d'atenció i seguiment a les drogodependències; any 2020. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències; 2021.
- ³ Cartera de serveis de l'atenció primària i comunitària. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2022. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/8735>
- ⁴ Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, Roura P, Bertsch J, Mercader M, Haro JM. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Feb;45(2):201-10. doi: 10.1007/s00127-009-0056-y. Epub 2009 May 19. PMID: 19452110.
- ⁵ Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016. Disponible a: <https://focap.files.wordpress.com/2016/05/atencioc81-a-les-persones1.pdf>
- ⁶ Fernández de Sanmamed M^a José, González Yolanda, Mazo M^a Victòria, Pons Gemma, Robles Iago, Serrano Elena, Teixidó Araceli, Zapater Francesca. Al voltant del model d'atenció a la salut mental a l'atenció primària de salut. Barcelona. Fòrum Català d'Atenció Primària. 2020 Disponible a: <https://focap.files.wordpress.com/2020/07/al-voltant-del-model-datencic3b3-a-la-salut-mental-a-laps.pdf>
- ⁷ Procediments terapèutics en l'atenció primària per a les persones amb problemes de salut mental i addiccions arran de la pandèmia COVID-19 Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2022. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addiccions/procediments-terapeutics-atencio-primaria-persones-problemes-salut-mental-covid19.pdf
- ⁸ Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària: ENAPISC. Barcelona: Departament de Salut; 2019. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/5524>
- ⁹ Informe Layard , Layard R, Bell S, Clark DM, Knapp M, Meacher M, Priebe S et al. The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. London: London School of Economics; 2006)
- ¹⁰ Gordon, R. (1987), 'An operational classification of disease prevention', in Steinberg, J. A. and Silverman, M. M. (eds.), Preventing Mental Disorders, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1987.
- ¹¹ Lieberman, J. A., 3rd, & Stuart, M. R. (1999). The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 1(2), 35–38. <https://doi.org/10.4088/pcc.v01n0202>
- ¹² Grup de Treball per a la Revisió del Protocol de Maltractament Infantil i Adolescent, Subcomissió sobre Maltractament, Prenatal, Subcomissió sobre Formació, Subcomissió sobre l'Informe d'Atenció Sanitària i Comunicació Judicial. Protocol d'actuació davant de

maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. Barcelona: Secretaria de Salut Pública; 2019. <http://hdl.handle.net/11351/4053>

¹³ Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) Instrumento de evaluación nº 14 de la publicación "Detección e intervención temprana en las psicosis". Servicio Andaluz de Salud, 2010. Disponible a:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/14-GAF.pdf

¹⁴ Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. M. A., Dumont-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*, 133(1), 37-45.

¹⁵ Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press

¹⁶ A. Stephen Lenz, Joseph Hall & Laura Bailey Smith (2016) Meta-Analysis of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Decreasing Symptoms of Acute Depression, *The Journal for Specialists in Group Work*, 41:1, 44-70, DOI: [10.1080/01933922.2015.1111488](https://doi.org/10.1080/01933922.2015.1111488)

¹⁷ Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321. <https://doi.org/10.1177/0145445514553094>

¹⁸ Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., ... & Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP study): protocol for a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 5(4), e6351.

¹⁹ González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A.,... & de Investigación PsicAP, G. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11.

²⁰ <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-integrativo-del-insomnio-atencion-S0212656714002893>

²¹ National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management [NICE Guideline No. 87].

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>

²² Capella González J, Braddick F, Jara Martín M. Guia de prescripció d'actius comunitaris: Programa de Prescripció Social i Salut (PSS). Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències; 2021. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/5787>