

AVALUACIÓ DEL PROGRAMA DE COL·LABORACIÓ ENTRE  
ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT MENTAL EN LA RIBERA.

TESI DOCTORAL  
DEPARTAMENT DE MEDICINA  
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



ANY 2015

CURS DOCTORAT 260 Q PSIQUIATRIA


AUTOR: EN GUILLEM LERA CALATAYUD

DIRECTORS:

DR.JOSÉ ENRIQUE ROMEU CLIMENT I DR.EDUARDO AGUILAR ITURROSPE

## CERTIFICAT DE DIRECCIÓ DE LA TESI DOCTORAL

Els doctors sotasignants informen que han dirigit la tesi doctoral d'En Guillem Lera Calatayud i que dita tesi reuneix les condicions per tal d'optar al grau de Doctor per la Universitat de València.



DR.JOSÉ ENRIQUE ROMEU CLIMENT



DR.EDUARDO AGUILAR ITURROSPE

València, a 23 d'Abril de l'any 2015

## AGRAÏMENTS

En primer lloc cal agrair a la meua esposa, Trini, la seua paciència i abnegació alhora de deixar que fes la tesi doctoral renunciant a presentar la seua tesi abans que jo. Unir el treball seu diari hospitalari, les demandes de dues xiquetes a casa i la comprensió i estima cap a la meua persona és una feina que ha fet durant anys de forma encomiable.

Gràcies als meus pares, que han sigut sempre un model de treball a seguir i d'esforç per la feina ben feta. Sempre han intentat que el seu fill busque l'excel·lència en les obligacions que ha tingut a la vida i en l'estudi i acompliment de la seua professió.

Gràcies també a les meues filles que, sense saber-ho, han estat espenta constant alhora que m'esforcés en la feina i la redacció d'aquesta tesi buscant ser un pare que pogués transmetre la il·lusió per obtenir coneixements i el compromís social de la professió de cadascú.

A la Dra. Maria Cuenca Torres, que m'ha ajudat en la supervisió de les estadístiques de la tesi i també m'ha aconsellat sobre l'organització general. Tots els seus consells han sigut de grandíssima vàlua.

Al Dr. José Maria de la Cámara de las Heras, bibliotecari de l'Hospital de La Ribera, que m'ha ajudat a fer recerques bibliogràfiques sense importar-li hores ni temps amb mi invertits.

Al Dr. José Enrique Romeu Climent, coordinador de Psiquiatria en La Ribera i director d'aquesta tesi. Ell va ser el que em proposà fer aquesta tesi, qui ha dedicat innumerables esforços en la supervisió i correcció d'aquest treball i també qui em va

proposar com president del grup de docència i investigació en psiquiatria. No solament ha demostrat ser un coordinador que ha sabut traure el millor de cada professional a les seues ordres sinó que també el creixement exponencial de les investigacions científiques del departament en psiquiatria no te precedents.

Al Dr. Eduardo Jesús Aguilar García-Iturraspe, professor del departament de Medicina de la Universitat de València, que em va instruir com a psiquiatre mentre era resident i que posteriorment accedí a codirigir aquesta tesi.

Al Dr. David Cuesta Peredo, Subdirector mèdic en l'Hospital de La Ribera i que m'ha ajudat a obtenir les dades poblacionals de La Ribera.

A tots els meus companys i amics de la Unitat de Salut Mental de Sueca, de la Unitat de Salut Mental de la Infantesa i l'Adolescència i la Unitat de Trastorns de Conducta Alimentària per haver-me mostrat sempre la seua comprensió i suport alhora de fer esta tasca i per haver-me ajudat a créixer també com a persona.

1 – INTRODUCCIÓ	14
1.1 MARC LEGAL	14
1.2 RELACIÓ ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT MENTAL	15
1.3 DERIVACIONS DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA A SALUT MENTAL	43
1.4 MALALTIES MENTALS MÉS COMUNES TRACTADES EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: DEPRESSIÓ I ANSIETAT	50
1.5 INTERRUPCIIONS LABORALS PER MOTIUS DE DEPRESSIÓ O ANSIETAT	68
1.6 SITUACIÓ DE LA RELACIÓ ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT MENTAL EN LA RIBERA.	69
1.7 CONCLUSSIÓ DE LA INTRODUCCIÓ I JUSTIFICACIÓ FINAL.	76
2 – HIPÒTESI	79
3 – OBJECTIUS	80
4 – MATERIAL I MÈTODE	82
4.1 ÀMBIT D'ESTUDI	82
4.2 DISSENY DE L'ESTUDI	83
4.3 POBLACIÓ I MOSTRA	100
4.4 VARIABLES	103

4.5 ANÀLISI DELS RESULTATS	109
4.6 RECERCA BIBLIOGRÀFICA	113
4.7 CONSIDERACIONS ÈTIQUES	131
5 – RESULTATS	132
5.1 ESTUDI DE LES DERIVACIONS ENTRE MAP I SM	132
5.2 ESTUDI SOBRE L'ABORDAMENT DELS QUADRES ANSIOSOS I DEPRESSIUS EN AP	159
6 – DISCUSSIÓ	187
6.1 CONCLUSIONS GENERALS EN RELACIÓ ALS MODELS DE COL·LABORACIÓ ENTRE AP I SM	187
6.2 ESTUDI DE LES DERIVACIONS ENTRE MAP I SM	191
6.3 ESTUDI SOBRE L'ABORDAMENT DELS QUADRES ANSIOSOS I DEPRESSIUS EN AP	205
6.4 LÍNIES FUTURES D'INVESTIGACIÓ	214
6.5 LIMITACIONS DE LA TESI	215
6.6 FORTALESES DE LA TESI	219
7 – BIBLIOGRAFIA	224
8 – ABREVIATURES	265

## ÍNDEX DE TAULES, GRÀFICS I IL·LUSTRACIONS:

TÍTOL	Pàgina
Il·lustració 1. - Mapa sanitari de la Comunitat Valenciana	82
Il·lustració 2.- Mapa Assistencial del departament de salut 11 de La Ribera	83
Il·lustració 3: Piràmide poblacional de La Ribera	83
Taula 1: Divisions de La Ribera per zones bàsiques i adjudicació de referents	85
Taula 2: Valor adjudicat a cada informació de la derivació	90
Taula 3: Informació que es busca i període de recollida de dades sobre la prescripció d'antidepressius, la incidència de ILT i el total de dies de ILT.	102
Taula 4: Variables sobre la descripció de les derivacions, possibles valors i fonts d'informació	103
Taula 5: Variables sobre la qualitat de les derivacions, possibles valors i fonts d'informació	104
Taula 6: Variables, possibles valors i font d'informació específics per MAP amb "cupo"	105
Taula 7: Variables, possibles valors i font d'informació en relació a la qualitat de la interconsulta	105
Taula 8: Variables associades a l'adequació de la interconsulta	106
Taula 9: Variables associades a diagnòstic de Depressió / Ansietat	107
Taula 10: Variables associades amb prescripció i ILT relacionades amb Depressió / Ansietat	108
Taula 11: DEC 1	114
Taula 12: DEC 2	115
Taula 13: DEC 3	116

Taula 14: DEC 4	118
Taula 15: DEC 5	119
Taula 16: DEC 6	121
Taula 17: DEC 7	122
Gràfic 1: Sexe de la mostra prèvia a la intervenció en valors absoluts	133
Gràfic 2: Edat dels pacients en mostra prèvia a la intervenció en diagrama de caixes	133
Gràfic 3: Procedència de les derivacions preintervenció	134
Gràfic 4: Sexe de la mostra posterior a la intervenció en valors absoluts	134
Gràfic 5: Edat dels pacients en mostra posterior a la intervenció en diagrama de caixes	135
Gràfic 6: Procedència de les derivacions postintervenció	135
Taula 18: Freqüències relatives de l'emplenament de la informació de derivacions preintervenció	136
Taula 19: Freqüències relatives de l'emplenament de la informació de derivacions postintervenció	137
Gràfic 7: Diferències entre les dades emplenades en les interconsultes des de AP a SM abans (roig) i després de la intervenció (blau) expressades en percentatges.	138
Taula 20: Resultats de l'estudi estadístic de les diferències de les distintes variables entre la mostra prèvia i posterior a la intervenció	139
Taula 21: Mitja de les qualificacions de les derivacions pre-intervenció i post intervenció	140
Taula 22: Derivacions prèvies a la intervenció segons si són no acceptables,	141



acceptables o excel·lents.	
Gràfic 8: Gràfic de sectors de les derivacions prèvies a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.	141
Taula 23: Derivacions posteriors a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.	141
Gràfic 9: Gràfic de sectors de les derivacions posteriors a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.	142
Taula 24: Freqüències relatives de derivacions acceptables, no acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció.	142
Taula 25: Estadístics descriptius de les 12 derivacions comentades prèviament entre MAP i SM.	143
Taula 26: Qualificació de les interconsultes comentades en reunions entre MAP i SM.	143
Taula 27: Freqüències relatives de les derivacions comentades entre MAP i SM destriades en no acceptables, acceptables o excel·lents.	144
Taula 28: Mitja de qualificacions pre i postintervenció dels casos comentats entre MAP i SM.	144
Taula 29: Derivacions de MAP amb “cupó” a SM abans de la intervenció segons si eren urgents, preferents o ordinàries.	145
Taula 30: Derivacions de MAP amb “cupó” a SM després de la intervenció segons si eren urgents, preferents o ordinàries.	145
Gràfics 10-15: Derivacions urgents, preferents i ordinàries dels MAP amb “cupó” abans i després de la intervenció.	146
Taula 31: Informació de les derivacions prèvies a la intervenció en MAP que	147

van assistir a la intervenció.	
Taula 32: Informació de les derivacions posteriors a la intervenció en MAP que van assistir a la intervenció.	148
Taula 33: Comparació de l'emplenament de les derivacions abans i després de la intervenció.	149
Taula 34: Freqüències absolutes i relatives de derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que van acudir a la intervenció.	150
Gràfics 16 i 17: Derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que van acudir a la intervenció.	150
Taula 35: Informació de les derivacions prèvies a la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.	151
Taula 36: Informació de les derivacions posteriors a la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.	152
Taula 37: Comparació de l'emplenament de les derivacions abans i després de la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.	153
Taula 38: Freqüències absolutes i relatives de derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que no van acudir a la intervenció.	154
Gràfics 18 i 19: Derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que no van acudir a la intervenció.	154
Taula 39: Comparació entre MAP que sí van acudir a la intervenció i els que no van acudir de les diferències abans i després de la intervenció	155
Taula 40: Taula de contingència sobre diagnòstics agrupats segons MAP i SM	157

prèviament a la intervenció	
Taula 41: Taula de contingència sobre diagnòstics agrupats segons MAP i SM posterior a la intervenció	158
Taula 42: Freqüències absolutes i relatives de la variable Sexe en el grup de pacients amb sospita de quadre depressiu o ansiós	159
Gràfic 20: Diagrama de caixes de la variable edat del grup de pacients amb sospita de quadre depressiu o ansiós	159
Gràfics 21-30: Diagrames de sectors amb freqüències absolutes i relatives de respostes a Dep5 i Ans5	160
Gràfic 31: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector	161
Gràfic 32: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector	162
Gràfic 33: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector	162
Gràfic 34: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien sí a D1 i D2	163
Gràfic 35: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien sí a D1 i D2.	164
Gràfic 36: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien sí a D1 i D2	164
Gràfic 37: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien no a D1 o	165

D2	
Gràfic 38: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien no a D1 o D2.	166
Gràfic 39: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien no a D1 o D2	166
Gràfic 40: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien sí a A1 o A2	167
Gràfic 41: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien sí a A1 i A2.	168
Gràfic 42: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien sí a A1 i A2	168
Gràfic 43: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien no a A1 o A2	169
Gràfic 44: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien no a A1 o A2.	170
Gràfic 45: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien no a A1 o A2	170
Taula 43: Antidepressius receptats en La Ribera (Octubre-Desembre 2013) ordenats de major a menor nombre de prescripcions	171
Gràfic 46: Antidepressius receptats en La Ribera entre Octubre i Desembre de l'any 2013.	172
Taula 44: Antidepressius receptats en La Ribera (Maig-Juliol 2014) ordenats	173

de major a menor nombre de prescripcions	
Gràfic 47: Antidepressius receptats en La Ribera entre Maig i juliol de l'any 2014.	174
Taula 45: Total de ILT noves per diagnòstic i mes actives durant els 6 mesos previs a la intervenció (Juliol-Desembre 2013) en tota l'àrea de La Ribera	176
Taula 46: Total de dies de interrupció laboral durant els 6 mesos previs a la intervenció (Juliol-Desembre 2013) en tota l'àrea de La Ribera	178
Gràfic 48: Dies de baixa en Octubre-Desembre del 2013 en patologies relacionades amb depressió i ansietat en La Ribera	180
Taula 47: Total de ILT noves per diagnòstic i mes actives durant els 6 mesos després de la intervenció (Maig-Octubre de l'any 2014) en tota l'àrea de La Ribera	181
Taula 48: Total de dies de interrupció laboral durant els 6 mesos posteriors a la intervenció (Maig-Octubre 2014) en tota l'àrea de La Ribera	183

## 1 - INTRODUCCIÓ

### 1.1 Marc Legal

Segons la llei 16/2003 del 28 de Maig de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut s'estableix dins de les prestacions d'Atenció Primària (AP) l'atenció a la Salut Mental (SM), en coordinació amb els serveis d'Atenció Especialitzada i inclou l'atenció a la SM dins les prestacions d'Atenció Especialitzada.

El Reial Decret 1030/2006, del 15 de Setembre, per el qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per la seua actualització inclou en la cartera d'AP un apartat específic i descriu en ell les següents prestacions relatives a la SM en coordinació amb els serveis d'Atenció Especialitzada:

1. Activitats de prevenció i promoció, consell i recolzament per al manteniment de la SM en les distintes etapes del cicle vital.
2. Detecció, diagnòstic i tractament de trastorns adaptatius, per ansietat i depressius, amb derivació a serveis de SM en cas que puga quedar superada la capacitat de resolució del nivell d'AP.
3. Detecció de conductes addictives, de trastorns del comportament i d'altres trastorns mentals i reaguditzacions en trastorns ja coneguts i, en el seu cas, la seua derivació a SM.
4. Detecció de psicopatologies de la infantesa i l'adolescència inclosos els trastorns de la conducta en general i alimentària en particular i la derivació, en el seu cas, al servei especialitzat corresponent.

5. Seguiment de forma coordinada amb SM i Serveis Socials de les persones amb trastorn mental greu i prolongat.

### 1.2 Relació entre Atenció Primària i Salut Mental

Després de més de 30 anys des de la Declaració d'Alma Ata, l'Organització Mundial de la Salut continua emfatitzant la rellevància de l'AP al sistema sanitari (WHO, 2008) i ha remarcat més recentment la importància d'integrar la SM en AP (Gonçalves et al., 2011; Weiss i Schwartz, 2013). D'altra banda, el primer article de les series de Lancet sobre malaltia mental assenyala que cal buscar una major aproximació entre salut mental i física (Prince et al., 2007).

Quasi tots els països europeus han dissenyat estratègies de salut mental, assenyalant les prioritats i els models de servei de salut mental (Muijen, 2012). Estes estratègies comparteixen principis comuns que combinen AP, serveis comunitaris i sala d'aguts hospitalària, en línia amb la Declaració Europea sobre Salut Mental (WHO, 2005).

Gran part dels pacients amb trastorns psicopatològics és atesa en AP, on per diverses raons s'observen problemes d'inadequació diagnòstica i terapèutica (Mitchell et al., 2011). Diversos estudis epidemiològics realitzats en Europa han assenyalat que aproximadament un 25% dels pacients que consulten en AP presenten algun tipus de trastorn mental (Buitrago Ramírez et al., 2014; Ferreras et al., 2011; Ansseau et al., 2004; Ansseau et al., 2005; Szádóczy et al., 1997). Aquesta prevalença és molt semblant a la que s'observa en estudis multicèntrics duts a terme a Espanya, entre els

quals la prevalença dels trastorns mental oscil·la entre 29.5% i 53.5% (Vázquez-Barquero et al., 1997; Baca Baldomero, 1999; Simon, 2002).

Malgrat la gran càrrega de malalties mentals que es pateixen en el món (WHO, 2008), solament una minoria de persones amb malalties mentals greus rep algun tipus de tractament (The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). A més a més, entre el 30 i el 60% de les malalties mentals comunes no són detectades pels Metges d'Atenció Primària (MAP) (Gonçalves et al., 2011; Kessler et al., 2002; Ani et al., 2008; MaGPIe Research Group, 2005) i això malgrat que, en els darrers anys, els MAP s'han involucrat cada vegada més en l'atenció dels pacients amb malalties mentals (Olfson et al., 2014). La probabilitat de rebre tractament de Salut Mental es molt més elevada als centres d'AP que en les Unitats de Salut Mental (USM) (Wang et al., 2007). Els centres d'AP són aquells en que les persones solen entrar en contacte amb el sistema sanitari i, per tant, representen l'oportunitat idònia per millorar la identificació i el tractament eficaç de les persones amb malaltia mental.

L'actitud dels MAP front als problemes de salut mental suscita interès en molts països del món i des de punts de vista molt variats. Hi ha interès en la percepció dels seus coneixements i habilitats (Lester et al., 2005; Ndeti et al., 2011; Casini et al., 2013; Ohtsuki et al., 2012), dels aspectes relacionats amb el procés diagnòstic i terapèutic (Barley et al., 2011; Schumann et al., 2012), dels factors que influeixen en la motivació (Ashcroft et al., 2014), de la viabilitat de la gestió en funció de la complexitat (Barley et al., 2011), del temps disponible i la càrrega de treball (Hutton & Gunn, 2007; Zantinge et al., 2009), dels problemes en les derivacions a SM (Chew-Graham et al., 2007), de la necessitat d'una relació més fluïda amb els especialistes (Fuller et al.,



2011b; Fuller et al., 2011a) i dels elements que faciliten o empitjoren eixa relació (Supper et al., 2014).

Hi ha factors que afavoreixen la relació professional entre AP i SM. Per una banda, les actituds positives, l'interès mostrat i beneficis esperats en la col·laboració són facilitadors en este àmbit. D'altra banda, els facilitadors estructurals serien eines de comunicació per compartir informació (com històries clíniques electròniques que es puguem compartir i sistemes de missatgeria que puguem millorar la comunicació i reduir els esdeveniments adversos), espais físics per reunions dedicats a la col·laboració i una direcció apropiada de l'equip (Supper et al., 2014).

Hi ha molts factors que afecten negativament a la gestió dels problemes de SM en AP: Els perfils complexos dels pacients (la complexitat de les pròpies malalties mentals, malalties comòrbides), la cultura del professional i l'organització del servei així com la falta d'accés a recursos i mecanismes formals de coordinació (Fleury et al., 2012). La falta de reconeixement del "rol" específic de cada membre de l'equip també pot dificultar les tasques col·laboratives. També s'ha detectat la "jerarquia percebuda" com una de les principals barreres en la col·laboració (Supper et al., 2014).

Luciano Devís va estudiar també el grau de coordinació entre AP i SM en Catalunya, catalogant-la de "satisfactòria" i apuntant com aspectes a millorar el temps de demora alhora de ser atès un pacient per SM (Luciano Devis et al., 2009).

Cal tenir en compte que hi ha habilitats més presents en els equips de SM (diagnòstic de malalties psiquiàtriques, coneixement detallat dels medicaments utilitzats en psicosi, pràctica de psicoteràpia psicodinàmica, teràpia sistèmica i cognitiva) i altres normalment presents en AP (tractament conjunt de malalties mentals amb altres no

mentals, cures al primer any de vida, tractaments crònics dels trastorns no psicòtics, trastorns adaptatius i la relació metge pacient) (Tyrer P, Higgs R, 1993).

També cal tenir present diferències ja conegudes en la conceptualització de l'enfermetat mental per part de MAP i d'especialistes. Els MAP solen expressar, per exemple, oposició a la “forma psiquiàtrica de veure la depressió” i la consideren una visió reduccionista (Stange i Ferrer, 2009). Els MAP veuen com una necessitat fer diagnòstics basats en instruments (Mitchell et al., 2009). D'altra banda, els psiquiatres pensen en general que el diagnòstic cal fer-lo per impressió clínica i no per instruments o tests (Davidsen i Fosgerau, 2014). Els metges de família i els psiquiatres tenen diferents percepcions respecte a la depressió en funció de la seua diferent vinculació amb el pacient i dels contextes i expectatives de la seua vida professional (Calderón Gómez et al., 2012).

En els darrers anys les polítiques sanitàries dels països desenvolupats occidentals remarquen la necessitat d'una estreta coordinació entre els centres d'AP i els dispositius especialitzats de SM amb la finalitat d'incrementar la detecció dels trastorns mentals i l'adequació del tractament d'aquests (Gómez-Moreno et al., 2006; Gervas J, 2006). Cal fer un esforç per fer arribar a AP les evidències més recents en el tractament de les enfermetats mentals comunes durant i també després de la formació dels MAP (Casini et al., 2013).

En Gran Bretanya per exemple, els serveis de salut mental comunitària van ser organitzats per atendre el tractament de malalties mentals greus i duradores en el temps. La resposta d'estos centres de salut mental comunitaris a la gran demanda que existeix ha sigut limitar l'accés utilitzant “portes d'entrada” i “triatge” (Gask i Khanna, 2011). Estes mesures es van prendre perquè les persones que no tenien malalties mentals greus

i duradores o que tenien problemes socials, presentaven una pobra evolució tenint en compte la limitada capacitat per intervindre dels especialistes. La restricció ha causat insatisfacció entre els MAP, donat que algunes derivacions no són acceptades (Gask i Khanna, 2011). D'altra banda, a França, es duu temps implementant programes per la millora d'atenció en AP a malalties mentals (Rotge, Tignol i Aouizerate, 2007).

En el nostre context i malgrat que els plans sanitaris de moltes comunitats autònomes promouen la coordinació entre AP i SM, algunes investigacions indiquen que hi ha una insuficient relació entre AP i SM (Arrillaga et al., 2004; Latorre et al., 2005).

Altres estudis assenyalen que mitjançant el model d'atenció compartida entre MAP i SM i la integració de SM en AP el psiquiatre pot potencialment arribar a més gent i multiplicar els seus efectes. En la literatura és habitual reconèixer les bondats de la integració de SM en AP (Zeidler Schreiter et al., 2013). A més a més, es pot beneficiar de la familiaritat del MAP alhora d'atendre al pacient. D'altra banda, l'alt volum de derivacions per depressió suggerien un increment en la capacitat de reconeixement de la patologia psiquiàtrica per part del MAP (Sorel i Everett, 2011; Turner i De Sorkin, 1997).

Un estudi va analitzar la consulta telefònica entre MAP i psiquiatres sobre pacients i conclou que és una pràctica apreciada pel MAP i no una tasca que consumisca temps rellevant. En l'estudi s'hipotetitza que l'atenció telefònica entre MAP i SM pot donar suport als MAP i els capacita per tal de gestionar casos que d'altra manera no podrien gestionar, promociona una continuïtat de tractament, comporta un major contacte personal entre SM i MAP creient millor les parts de SM i les d'AP i també possibilita destriar ("triatge") casos per telèfon abans de fer la derivació. A més a

més, en l'estudi es fa referència a que els MAP poden ser capaços amb aquesta ajuda de gestionar casos difícils incloent emergències i així evitar qualsevol solució amb pitjor cost-efectivitat o menys convenient, com per exemple acudir a valoració a urgències hospitalàries de vegades (Kates et al., 1997).

Rotgé i col·laboradors (2007) assenyalen que una cooperació estreta entre AP i SM basada en la complementarietat dels dos nivells assistencials és requerida per tal de millorar l'atenció de la depressió.

Molts estudis han demostrat que la qualitat assistencial millora conforme ho fa la coordinació entre MAP i l'atenció especialitzada (Alonso JP i Febrel M, 1999; GAMIC, 2004; O'Brien et al., 2000; Pérez de Castro et al., 1991; Velasco Sánchez et al., 1993; Mimbela i Foradada, 1993; Irazábal i Gutiérrez, 1996; Cummins, Smith i Inui, 1980; Llobera Cànaves, 1988; Fraile de Abajo et al., 1986).

Hi ha resultats que suggereixen que un equip multidisciplinari MAP – SM pot ràpidament avaluar i estabilitzar pacients amb una gran variació de diagnòstics psiquiàtrics, reduir el nombre de derivacions a SM i millorar l'atenció col·laborativa (Felker et al., 2004).

Les experiències de col·laboració més efectives són aquelles que integren intervencions orientades a afavorir la responsabilitat dels diferents professionals en el tractament i seguiment del pacient, el redisseny i el recolzament mantingut en la gestió i la informació i comunicació compartides. Els efectes de la formació dels professionals d'AP, la disseminació de les guies de pràctica clínica i la incorporació de nous professionals són més favorables quan formen part d'eixos models o estratègies integradores (Calderón Gómez C. et al., 2014).

Tanmateix, no totes les publicacions recolzen amb resultats positius tots els intents de millorar la relació entre AP i SM:

- Entre d'altres, existeix un estudi randomitzat en que es comparaven els resultats en depressió entre dos grups: Un grup de MAP que rebien formació sobre depressió i que tenien assignat un grup de suport (un psiquiatre i una infermera que estaven amb ells 8 hores a la setmana) i un grup de MAP que seguia la seua pràctica habitual. No va existir diferències significatives en els resultats de depressió entre els grups (Dobscha et al., 2006).

- Segons un projecte d'Investigació Comissionada del Govern Basc on es feia una meta-revisió sobre els models i intervencions de col·laboració entre AP i SM en pacients diagnosticats de depressió, la qualitat de les evidències publicades sobre efectivitat d'eixos models és en general baixa o dubtosa i el seu significat i aplicabilitat són menors quant menys precisió existeix en la definició dels components, processos i circumstàncies d'implementació (Gobierno Vasco, 2010).

Hi ha diferents models de relació entre MAP i SM. Inicialment, es van descriure quatre models: La interconsulta, la capacitació, l'enllaç i la integració (Gask L et al., 1997).

En el nostre àmbit, la relació entre AP i SM cal ubicar-la en el model de "consulta i enllaç" però amb molts elements també del model col·laboratiu (encara que sense "case manager"). Gask explica el mode definint-lo així (Gask et al., 1997):

- Hi ha contacte cara a cara regular entre el psiquiatre i els MAP i altres membres de l'atenció sanitària primària.
- Infermeria psiquiàtrica i altres membres de l'equip de salut mental comunitària poden també estar presents.

- Les sessions deuen ser, al menys, una vegada al mes.
- Derivacions a SM solament són admeses després de parlar-les “cara a cara” en aquestos encontres.
- Algun episodis de malaltia són gestionats i atesos per l’equip d’AP sense derivació a SM però després de parlar-los “cara a cara”.
- Quan hi ha derivació, es comunica a l’equip d’AP l’evolució i tractament del cas.

El model d’enllaç es troba entre el tercer i quart nivell segons la classificació de distribució de morbiditat psiquiàtrica descrita per Golberg i Huxley (Huxley, 1996), on s’estableixen cinc nivells que van de menor a major especialització en l’atenció psiquiàtrica, de tal forma que representaria un pont interdisciplinar i compartit entre MAP i els equips de Salut Mental (Ribé et al., 2010).

Mes tard, Calderón en 2014, en descriu sis models: Atenció escalonada, consulta-enllaç, gestió de malalties i gestió de casos, programes de millora de qualitat, atenció a la cronicitat (“chronic care model”) i models d’atenció col·laborativa. També apunta set tipus d’intervenció: Formació dels professionals d’AP, activitats de destriar pacients, difusió de guies de pràctica clínica, sistemes d’informació, atenció telefònica, telepsiquiatria i incorporació de nous professionals o nous “rols”. La diferència entre aquestos models ve marcada per la major o menor fluïdesa en la informació entre ambdós nivells, així com la major o menor implicació dels professionals de cada nivell en l’assistència dels pacients. El solapament entre diversos models i intervencions és molt freqüent.

A continuació es descriu cada model:

### 1.2.1. Atenció escalonada:

El model d'atenció escalonada apareix identificat i avaluat en general com part d'altres propostes col·laboratives més complexes (Katon i Seelig, 2008; Gilbody et al., 2003; Kates i Mach, 2007). Bàsicament consisteix en l'establiment de nivells de disposició dels recursos en funció de la gravetat i evolució dels trastorns depressius. En general, el primer nivell és el d'AP, de d'on es deriven a SM aquells casos que requereixen una atenció més especialitzada. En el nivell de SM és el psiquiatre qui habitualment desenvolupa el paper més important, rebent als pacients procedents de diversos metges i centres d'AP i organitzant la seua assistència amb la participació d'un ventall de professionals que varia segons els casos (psicologia, treballadors socials infermeria) (Gask i Khanna, 2011). La seua implantació no és exclusiva dels trastorns mentals, sinó que s'estén a altres problemes de salut i especialitats.

L'atenció escalonada es correspon amb les recomanacions proposades per la guia clínica de NICE (NICE, 2010), encara que la seua organització concreta i el tipus d'assistència prestada varia segons els sistemes sanitaris (Gask i Khanna, 2011; Maxwell i Pratt, 2008), sent el model característic dels serveis públics de salut on AP constitueix la porta d'entrada al sistema, com és el nostre cas.

Malgrat tot, l'evidència procedent d'estudis directes sobre l'efectivitat del model d'atenció escalonada en trastorns mentals comuns és limitada, suggerint-se en la guia NICE de 2010 que la seua integració en un model més complexe d'atenció col·laborativa podria associar-se amb millors resultats, com una major concordança amb la medicació i una millora en les taxes de recuperació (Gilbody et al., 2003).

### 1.2.2. Consulta-enllaç:

El model de consulta-enllaç s'enfoca principalment cap a la vinculació-derivació entre els professionals d'AP i psiquiatres o altres especialistes de SM d'aquells pacients que la requereixen i amb especial atenció al component educatiu (Gilbody et al., 2003; Gask et al., 1997; Fuller et al., 2011a; Fuller et al., 2011b). La responsabilitat en el seguiment es manté principalment en AP (Bower i Gask, 2002; Bower i Gilbody, 2005), encara que les particularitats en la seua concreció i el tipus de professionals involucrats varia enormement en funció de les diferents condicions d'accés, cobertura i organització dels serveis de salut (Barbui i Tansella, 2006; Bower i Gask, 2002; Berardi et al., 2007). En aquest sentit, el model de consulta-enllaç pot ser compatible tant amb l'ordenament dels recursos conforme al model d'atenció escalonada com amb models de col·laboració més complexes.

De fet, el model de consulta-enllaç com a tal mostra una evidència limitada i inconsistent en la millora de l'atenció a la depressió (Bower i Gask, 2002; Bower i Gilbody, 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2010; C. Doughty, 2006) mentre que la seua inclusió en models organitzatius més complexes podria presentar una major eficàcia i un ús més eficient del temps de l'especialista (Bower i Gask, 2002). El model permet col·laborar millor i compartir el treball clínic i s'ha demostrat que no hi ha empitjorament de resultats alhora de transferir els pacients des dels especialistes a AP mantenint la col·laboració (Meadows et al., 2007). El coneixement i les relacions entre ambdós professionals dels diferents nivells assistencials, així com la seua motivació, pareixen ser fonamentals per la seua implementació (Bower i Gask, 2002; Bauer et al., 2010), si bé s'adverteix per una altra banda la seua falta d'impacte com model aïllat en els resultats finals (Cape, Whittington i Bower, 2010). En un metanàlisi recent (Cape,



Whittington i Bower, 2010), es trobà que no hi havia canvis significatius en l'ús d'antidepressius ni tampoc en millores de resultat en quant a depressió es refereix i s'apuntava que l'evidència d'eficàcia d'este tipus de relació entra AP i SM era limitada en comparació al model col·laboratiu. També en esta anàlisi s'explica que aquest tipus d'abordament potser siga més efectiu en un xicotet grup de pacients complexes, com els que pateixen comorbiditat o una història de falta de resposta al tractament. Altres estudis al respecte informen que pareixen trobar-se diferències clares entre aquest model i altres de major grau d'integració (Butler et al., 2008), però amb possible major eficàcia en zones de baix nivell social (Bauer et al., 2010).

En problemes d'ansietat hi ha pocs estudis d'aquest model i un d'ells conclou clarament que no hi havia un adient balanç cost-efectivitat alhora d'atendre trastorns ansiosos en AP. En este estudi es va comparar el tractament habitual amb un tractament dut a terme per MAP que rebien formació en patologies ansioses i l'ajuda d'un equip d'enllaç psiquiàtric (König et al., 2009).

És un model que ha sigut provat per teleconferències en alguns països de forma satisfactòria, però que no hi ha evidència clara que indique que millora els resultats de salut dels pacients (Gask i Khanna, 2011). Alguns d'eixos països tenen una població molt dispersa com Austràlia (Fielke et al., 2009; Buist A., 2003; Browne, Lee i Prabhu, 2007; Taylor et al., 2009) i altres tenen uns recursos psiquiàtrics del tot insuficients com Etiòpia (Mollica R. i Hovelson DH, 2008) que fan que no siguen comparables amb l'àmbit d'estudi d'aquesta tesi.

### 1.2.3. Gestió de malalties i gestió de casos:

La gestió de malalties i gestió de casos són models molt variables segons la seua configuració i enfocament com programes més o menys integrats. També ací es tracta de models que no són específics de l'àmbit de la psiquiatria i el seu desenvolupament concret depèn en gran mesura de les característiques de cada context sanitari. Aquest tipus de relació entre AP i SM té el seu origen als Estats Units com resposta alhora de guanyar efectivitat i eficiència en l'atenció a determinades patologies, generalment cròniques, o a pacients amb un o diversos problemes de salut que requereixen d'una assistència més integrada i continuada (CCA, 2013; CMSA, 2012). Inicialment els serveis assistencials van assumir un major protagonisme en la seua evolució posterior integrant-se en les xarxes preexistents, o creant xarxes externes per el seu desenvolupament (Peiró, 2003). La seua extensió a altres països inclòs el nostre, s'ha acompanyat de cridades d'atenció sobre la importància de ser considerats com part d'estratègies i polítiques sanitàries més globals (Ross et al., 2011), així com dels riscos derivats de la poca evidència, el seu disseny vertical i el seu possible "trasplant" precipitat en estaments com infermeria i treballs socials (Gervas J, 2006; R Meneu, 2006).

Concretament en els estudis analitzats destaca com component característic d'aquest model l'existència d'un determinat professional que assumeix la responsabilitat d'identificar i fer el seguiment dels pacients, així com de la coordinació, gestió i avaluació de tots els recursos que resulten necessaris per la seua assistència ("care" o "case manager"). En aquest sentit, les revisions analitzades mostren una gran variabilitat de professionals, "rols" i poblacions implicades (Bijl et al., 2004; Badamgarav et al., 2003; Weingarten et al., 2002) així com dificultats en l'avaluació de

l'evidència dels seus components (Lu et al., 2008; Neumeyer-Gromen et al., 2004; Smit A. i Tiemens BG., 2007; Christensen et al., 2008).

Els programes de gestió de malalties es mostren efectius en l'atenció als pacients amb depressió (Neumeyer-Gromen et al., 2004). La inclusió de destriar pacients en el model aporta resultats positius en la depressió major en els Estats Units però no al Regne Unit (Bijl et al., 2004). Els seus efectes comporten un increment de xicoteta magnitud en quant a milloria de símptomes, satisfacció de pacients, augment de visites a AP i adequació i adherència farmacològica; però la millora no és significativa en la funcionalitat física, estat de salut, hospitalització, costos, resultats derivats de l'adherència de professionals i pacients i la derivació a psiquiatria (Badamgarav et al., 2003).

Els models de gestió de casos s'associen també amb millores en resultats dels pacients, especialment si el gestor de casos es vincula i informa directament als MAP i participa en l'assistència mitjançant activitats de teràpia psicològica (Christensen et al., 2008). L'increment en l'adherència al tractament podria intervindre com mecanisme d'acció clau en la millora dels resultats (Christensen et al., 2008) inclús en 6-12 mesos (Gensichen et al., 2006).

#### 1.2.4. Programes de millora de qualitat i "Breakthrough Series":

Els programes de millora de qualitat aplicats en l'àmbit de la col·laboració entre nivells assistencials en pacients psiquiàtrics representen un nivell més complexe en la mesura que, generalment, actuen simultàniament sobre diferents dimensions i agents implicats en l'organització de l'assistència (formació, disseminació de guies de pràctica clínica, gestió de casos, recolzament des de SM i monitorització entre d'altres). Per això

alguns autors han situat este model en una fase més avançada dels models col·laboratius (Katon et al., 2010; Oxman et al., 2005; Craven i Bland, 2006). Les revisions sobre la seua efectivitat venen condicionades pels seus contextos (Rost et al., 2001; Beaudin i Kramer, 2005; Callahan, 2001) i plaços temporals en que s'han dut a terme (Gilbody et al., 2003; Smit A. i Tiemens BG., 2007).

Els programes de col·laboració per la millora de la qualitat es van iniciar a finals dels anys 80 en Estats Units, Austràlia i Canadà i també al Regne Unit i Holanda. En general, el seu desenvolupament s'ha caracteritzat per una gran heterogenicitat d'experiències i àmbits d'aplicació, amb importants inversions en esforços, temps i recursos (Mittman, 2004; Schouten et al., 2008).

En alguns estudis es mostren millores als 6 mesos i en alguns estudis fins i tot als 5 anys després de la seua implementació (Smit A. i Tiemens BG., 2007; Beaudin i Kramer, 2005), mentre que en altres estudis els resultats positius apareixen a l'any però desapareixen als 2 anys (Gilbody et al., 2003). Aconseguir millores a curt plaç requereix la combinació d'activitats de formació a professionals i pacients, gestió de casos per infermeria i monitorització de la medicació (Gilbody et al., 2003). És a dir, activitats necessàriament integrades i complexes (Callahan, 2001) l'avaluació estadística de les quals és complexa (Rost et al., 2001).

El model "Breakthrough Series" va ser iniciat en 1995 i representa una proposta particular de programa de col·laboració en la millora de la qualitat per ajudar a les organitzacions sanitàries a disminuir la diferències entre allò que se sap i el que es fa. El seu pla d'acció és a curt termini. Açò comporta les seues pròpies limitacions davant canvis organitzatius de certa complexitat (Solberg, 2005) i tal vegada explique la

incertesa de les evidències derivades de la seua implementació (Solberg, 2005; Nease Jr. et al., 2008; Franx et al., 2009; Kates i Mach, 2007).

#### 1.2.5. Atenció a la cronicitat:

El model d'atenció a la cronicitat proposat a finals dels anys 90 (Wagner et al., 1996) s'ha difós notablement en la majoria de països occidentals arribant a ser un dels referents principals de les nombroses polítiques sanitàries a nivell nacional europeu (Epping-Jordan, 2004; Coleman et al., 2009, O'Donnell et al., 2013) i també al País Basc (Gobierno Vasco, 2010). Originalment presenta 6 elements per garantir una atenció de qualitat en l'assistència de malalties cròniques:

- Organització del sistema sanitari: Objectius definits, capacitat per liderar, participació dels professionals incientius, etc
- Recursos i relacions en la comunitat: Informació , convenis i acords, etc
- Recolzament de l'autocura: Educació sanitària del pacient, recolzament psicosocial i ferramentes d'activació entre d'altres.
- Organització dels serveis assistencials: Elements de coordinació, continuïtat de cures, optimització del treball en equip, sistemes de control de visites i seguiment proactiu.
- Sistemes d'informació: Registre de pacients, retroalimentació al professional sobre els resultats i evolució del pacient, recordatoris per els professionals, etc.
- Recolzament en la presa de decisions: Guies clíniques, formació i servei de consulta amb experts.

En una revisió sistemàtica del 2011, es conclouia que l'abordament conjunt entre especialistes i MAP en pacients malalts mentals crònics, millorava la funcionalitat dels pacients (Mitchell et al., 2011).

L'aplicació d'aquest model en l'àmbit concret de la depressió s'ha justificat per l'evolució prolongada del trastorn i per la seua freqüent comorbiditat amb nombrosos problemes de salut (Tylee i Haddad, 2007; Summerfield, 2006).

La simultaneïtat de les activitats en els sis camps proposats i la importància del redisseny en la forma d'organitzar i administrar els serveis explica la ubicació del model també en les fases avançades de l'esquema classificatori d'Oxman et al (2005), Craven et al (2006) o Katon et al (2010). També explica la gran variabilitat en el seu desenvolupament pràctic segons els distints països, serveis i programes. Dita variabilitat, així com la complexitat de la seua implementació, contribueixen a explicar les dificultats per l'avaluació del model tant en general (Rosen, 2007) com en la seua aplicació a l'atenció a la depressió (Craven i Bland, 2006) i les reticències davant el seu trasllat a contextos diferents dels Estats Units (McEvoy i Barnes, 2007), o amb sistemes d'AP més consolidats (Burton i Maxwell, 2007; Gervas J, 2010).

En l'àmbit concret de la depressió, trobem diferents accents en un o altre component (gestió de casos, atenció escalonada, desenvolupament de guies de pràctica clínica, tecnologia de la informació, recolzament i educació de pacients) (Kates i Mach, 2007), si be en general, la figura del gestor de cures ("care manager"), principalment orientada a infermeria, tendeix a ser considerada com un dels seus elements clau (Williams et al., 2007; Rubenstein et al., 2010).

Encara que no existeix evidència sobre la influència dels distints components de l'atenció a la cronicitat sobre els efectes, s'ha suggerit que el redisseny del sistema i el

recolzament en l'autogestió pels pacients tindrien una major vinculació amb els resultats, mentre que el recolzament en la presa de decisions afectaria més als processos (Tsai et al, 2005). Els efectes, en qualsevol cas, semblen ser discrets (Tsai et al., 2005; Ford et al., 2002) i es reflecteixen principalment en l'adherència als tractaments medicamentosos, la milloria de símptomes (Williams et al., 2007) i la satisfacció dels pacients i MAP (W. J. Katon i Seelig, 2008). No es descriuen beneficis en pacients amb depressió menor (Williams et al., 2007).

En algunes revisions de les experiències de l'atenció a la cronicitat es descriuen de forma molt concreta i local (Belnap et al., 2006; Ford et al., 2002) i de difícil sostenibilitat i implementació en condicions rutinàries (Bower i Gask, 2002; Magruder i Yeager, 2007) donat el increment detectat dels costos inicials (Magruder i Yeager, 2007).

#### 1.2.6. Models d'atenció col·laborativa:

##### -Descripció i història:

Internacionalment s'ha remarcat repetidament la importància d'un abordament integrat per les patologies psiquiàtriques comunes en el que professionals d'AP, SM i agents comunitaris treballen de manera coordinada i complementària (Kessler et al., 2009; Ivbijaro i Funk, 2008; Maxwell i Pratt, 2008), constatant-se els darrers anys un augment en la publicació d'experiències "col·laboratives" en l'atenció a la depressió fonamentalment i propostes a favor de la seua disseminació (Katon i Unützer, 2006; Gilbody et al., 2006; Aragonés et al, 2014).

Tantmateix, eixes experiències comporten una pluralitat de models i intervencions (Hedrick et al., 2003; Kates i Mach, 2007; Christensen et al., 2008; Collins et al., 2010) dels que es coneix poc en el nostre medi sobre quins són els aspectes essencials o determinants que intervenen en el seu funcionament. És fonamental aleshores, posar en funcionament el sabut fins ara dels models col·laboratius i veure la seua aplicabilitat.

En este capítol s'han agrupat un ampli nombre d'estudis que incorporen en tots els casos models complexos de col·laboració entre SM i AP (Vannoy et al., 2007; Bower et al., 2006; Byrne et al., 2006; Meyer et al., 2009). És a dir, models que contemplen intervencions simultànies en gran mesura comunes a les descrites a propòsit dels programes de millora de qualitat i d'atenció crònica al pacient (Barbui i Tansella, 2006; Katon i Seelig, 2008; Bower i Gilbody, 2005) però sense identificar-se explícitament com eixos.

L'atenció col·laborativa es defineix com un procés de col·laboració entre AP i SM que permet que la responsabilitat de l'atenció del pacient estiga repartida de forma acorde als tractaments necessaris en els diferents moments del procés d'un trastorn mental i de les habilitats del MAP i el psiquiatre (Kisely i Campbell, 2007; Kates i Craven, 2002).

Les definicions assenyalen la importància en general de la col·laboració entre els professionals d'AP i SM (Thielke et al., 2007) per assegurar que els pacients reben el servei, el professional i la localització més adients, amb rapidesa i amb els menors obstacles possibles (Craven i Bland, 2006). Tanmateix i almenys en el que respecta a l'assistència en la depressió, crida l'atenció la diversitat en les definicions dels "models col·laboratius" i en el nombre i tipus d'intervencions, moltes vegades poc descrites i



avaluades (Blount i Ed, 2003). Això genera interrogants sobre el paper dels diferents elements dels models (Thielke et al., 2007) i de la gran varietat d'agències de serveis i sistemes de finançament involucrats, particularment als Estats Units (Collins et al., 2010). En general, es parla de model col·laboratiu si, al menys, dos de tres professionals (MAP, psiquiatre i “care manager”) estan involucrats en el tractament del pacient (van der Feltz-Cornelis et al., 2010). En eixa col·laboració, el psiquiatre pot donar consell al MAP o al “care manager” i també visitar en persona al pacient durant el curs del tractament.

Simon exposa en la seua revisió sobre col·laboració en trastorns anímics que les peces clau de l'atenció col·laborativa inclouen psicoeducació per tal de fomentar l'adherència, monitorització sistemàtica de l'adherència i resultats i consulta amb psiquiatres i psicòlegs. Els psiquiatres i psicòlegs proporcionen supervisió i reserven el contacte clínic directe pels pacients amb patologia severa o depressions resistents (Simon, 2009).

Kisely, en Canadà, estudià també la col·laboració entre AP i SM i aporta com principal conclusió que els participants en els models col·laboratius tenien més coneixements, habilitats i capacitats alhora d'atendre persones amb malalties mentals (inclús després d'haver controlat possibles biaixos com l'interès en psiquiatria) (Kisely et al., 2006 i Kisely et al., 2012).

Lucena i Lesage van fer un estudi qualitatiu en Montreal entre 1998 i 1999 en que descobreixen tres temes fonamentals en la relació entre AP i SM: Comunicació, formació dels MAP en temes de SM i accés als psiquiatres. Els MAP volien que els psiquiatres feren diagnòstics definitius i que aportaren plans concrets de supervisió, preferint comunicació telefònica entre AP i SM (Lucena i Lesage, 2002).

En un estudi holandès, s'analitzaven deu anys d'atenció integral entre AP i SM als pacients psiquiàtrics a través de tres nivells. Un "macro nivell" en que es descriu la integració de psiquiatria, deixant les grans institucions i acostant-se a la població a través d'una atenció comunitària. Un "nivell mitjà" on s'explica la integració de SM en AP. I finalment s'aborda un "micro nivell", on s'estudia com cal instruir als MAP alhora de tractar enfermetats mentals comunes a través d'un model col·laboratiu (van der Feltz-Cornelis, 2011).

Després d'iniciatives pioneres d'origen angloamericà (Von Korff i Goldberg, 2001) i ajustant-se de forma variable a l'esquema del model col·laboratiu, també es va anant estenent la proposta a diferents països europeus com Holanda (van der Feltz-Cornelis, 2011), Anglaterra (Richards et al., 2009), França (Younés, 2008), Itàlia (Berardi et al., 1999 i Berardi et al., 2014) i Espanya (Gabilondo et al., 2012). També el model col·laboratiu s'ha aplicat en Brasil (Onocko-Campos et al., 2012), Austràlia (Kisely et al., 2012) i Canadà (Lucena i Lesage, 2002).

També s'ha descrit en la literatura les bases de la relació entre AP i SM mitjançant el model col·laboratiu en el nostre departament de La Ribera (Morera-Llorca et al., 2014). Aquesta situació serà analitzada amb deteniment més endavant.

#### -Resultats del model i cost-efectivitat:

Quan s'ha estudiat l'efectivitat del model col·laboratiu, els resultats han sigut positius en general:

Per una banda, Van der Feltz-Cornelis (2010) exposà que els models col·laboratius multidisciplinars i les guies d'atenció clíniques per patologies ansioses (Terluin B et al., 2004) i depressives (MaGPIe, 2005; Romeijnders et al., 2005) s'han

desenvolupat en l'ambient d'AP, però apunta que l'efectivitat dels models encara no ha sigut ben estudiada. D'altra banda, en una revisió Cochrane del 2012 es conclou que l'atenció col·laborativa està associada a una millora significativa dels pacients amb depressió o ansietat en comparació amb el tractament habitual (Archer et al., 2012). Este resultat positiu està en concordança a altres estudis posteriors (Sighinolfi et al., 2014). Malgrat tot, cal ser cautelós alhora d'avaluar correctament els resultats positius (Calderón Gómez et al., 2014).

El model col·laboratiu ha permès als MAP tenir millor accés als equips de SM (Kisely et al., 2006). La majoria de les revisions sobre l'atenció col·laborativa afirmen que estos models són més efectius que l'atenció habitual (Vlasveld et al., 2008). Un factor important en l'eficàcia de l'atenció col·laborativa és l'experiència i involucració dels MAP (Hedrick et al., 2003; Glasgow et al., 2001). En els estudis secundaris analitzats es mostra una milloria als sis mesos (Smit A., Tiemens BG., 2007; Chang-Quan et al., 2009; Bower et al., 2006) i dotze mesos (Chang-Quan et al., 2009), en particular en la depressió major (Adli et al., 2006; Vergouwen et al., 2003) a través d'un tractament més llarg (Chang-Quan et al., 2009) i millora en adherència (Vergouwen et al., 2003). En un estudi (Bauer et al., 2011) es descriu que es té un major èxit en els pacients depressius quan l'atenció col·laborativa és implementada especialment en els 3 primers mesos de malaltia. S'adverteix evidència de benefici a llarg plaç fins els cinc anys (Katon i Seelig, 2008; Gilbody et al., 2006), encara que els resultats no són consistents en tots els estudis (Gunn et al., 2006; Smith, Allwright i O'Dowd, 2007) i, en general, es reconeixen com modestos. També es refereixen efectes positius en l'estat de salut (Bower i Gilbody, 2005), el grau de satisfacció dels pacients (Katon i Seelig, 2008; Craven i Bland, 2002; Bower i Gilbody, 2005) i els metges d'AP (Katon i Seelig,

2008; Craven i Bland, 2002), l'adherència a la medicació (Katon i Seelig, 2008; Vergouwen et al., 2003; Bower i Gilbody, 2005), la reducció d'ideació suïcida en pacients majors (Chang-Quan et al., 2009) i la disminució del temps d'espera (Haggarty et al., 2012). En ocasions, els resultats favorables se sostenen en referències a altres models com gestió de malalties integrables en l'atenció col·laborativa (Barbui i Tansella, 2006). En un article on es descriu un model de col·laboració en Depressió on es van randomitzar dos grups (amb col·laboració amb SM i sense col·laboració), es conclouia que la intervenció amb col·laboració resultà en una millora de la simptomatologia depressiva més ràpida i una més ràpida i mantinguda milloria en la situació de salut mental del pacient (Hedrick et al., 2003).

Segons els estudis, eixos beneficis es relacionen amb l'experiència professional en SM del gestor de casos i la seua tasca en supervisió (S. Gilbody et al., 2006; Oxman, Dietrich i Schulberg, 2005), existència de relacions clíniques prèvies, guies de pràctica clínica compartides i canvis organitzatius (Craven i Bland, 2006), potenciació d'infermeria (Gilbody et al., 2003) i incorporació de recursos addicionals (Gilbody et al., 2003; Vergouwen et al., 2003), desenvolupament d'equips multidisciplinars (Bartels et al., 2002; Skultety i Zeiss, 2006) – en cap cas amb inclusió de farmacèutics (Lu et al., 2008) – i majors intervencions psicosocials principalment en gent major (Skultety i Zeiss, 2006), encara que no està clar quines d'aquestes són més adients o efectives en AP (Skultety i Rodríguez, 2008).

Els efectes dels models col·laboratius resulten inferiors en la depressió menor (Skultety i Rodríguez, 2008; Doughty, 2006). No sembla existir un clar increment en els costos (Chang-Quan et al., 2009 i Simon, 2009), assenyalant-se una major eficiència si es combina amb l'atenció escalonada (Anfinson i Bona, 2001).

Segons Gilbody, els estudis col·laboratius realitzats fora dels Estats Units no pareixen aportar resultats favorables significatius, advertint-se una major heterogeneïtat entre ells (Gilbody et al., 2006). Les explicacions s'han vinculat a les diferències en la fortalesa dels sistemes d'AP en els distints països (Gunn et al., 2006), en particular en el cas del Regne Unit (Bower i Gask, 2002) i també a que els estudis en els Estats Units s'han dirigit fonamentalment a grups de risc, com pacients amb comorbiditat física i altres patologies psiquiàtriques (Gilbody et al., 2006).

Els programes de col·laboració en depressió entre AP i SM aporten majors beneficis pel pacient i, encara que suposa augmentar un poc la despesa sanitària a curt plaç, són intervencions amb molt bona relació cost-efectivitat (Von Korff i Goldberg, 2001; Richards et al., 2009; Huijbregts et al., 2013). Aquestes intervencions tenien en comú integrar una figura d'especialista com suport en AP i parlen de la necessitat de millorar la relació entre MAP i els especialistes de SM.

Unutzer afirma que els costos dels pacients deprimits de 65 anys o majors en seguiment en este estudi randomitzat van ser menors en una anàlisi durant quatre anys inclús tenint en compte les despeses inicials de posar en marxa el projecte (Unutzer et al., 2008). Katon, el mateix any, també estudià els costos a llarg termini en un estudi randomitzat sobre atenció col·laborativa en pacients deprimits que patien diabetis i conclouia que els costos als 5 anys eren uns 4000 \$ menys en els pacients assignats a la branca col·laborativa de l'estudi que els que continuaven amb l'atenció habitual (Katon i Seelig, 2008). També Katon et al publicà un article en 2012 sobre atenció col·laborativa en pacients deprimits amb diabetis mal controlada o malaltia coronària i destaca una milloria dels pacients més marcada que en atenció habitual amb solament un lleu increment dels costos (Katon, 2012). En general, els estudis a curt termini

determinen un xicotet increment de costos en l'atenció col·laborativa en depressió (Simon et al., 2000; Simon et al., 2001; Simon et al., 2001; Simon, 2002; Simon et al., 2007). Alguns estudis de fins 24 mesos indiquen que els beneficis de l'atenció col·laborativa es mantenen després de ja suspeses les intervencions i que l'increment de costos és pràcticament zero (Katon et al., 2005; Schoenbaum et al., 2001). Si s'estudia 4 ó 5 anys, s'obté una major benefici en relació als costos. De qualsevol forma, cal tenir en compte que alguns estudis són duts a terme sobre pacients pluripatològics i els resultats cal interpretar-los amb cautela (Simon, 2009). Per la seua banda, Jacob i col·laboradors va fer una revisió sobre els costos dels tractaments mitjançant el model col·laboratiu conclouent que en diversos punts (beneficis econòmics, anàlisi cost/benefici, cost-utilitat, cost-efectivitat), l'atenció col·laborativa en els trastorns depressius proporcionen una gran valia econòmica, recomanant-se la seua disseminació (Jacob et al., 2012; Katon, 2012).

#### -Model col·laboratiu en depressió:

Parlant sobre problemes depressius atesos mitjançant el model col·laboratiu, al voltant del 60% de pacients milloren i el 25% aconseguixen la remissió a curt termini en comparació al 40% de pacients que milloren i 10% que experimenten remissió amb el tractament habitual (Bauer et al., 2011; Dietrich et al., 2004; Unützer et al., 2002; Alexopoulos et al., 2005).

El projecte Bologna és un dels primers casos de col·laboració entre SM i MAP duts a terme a Itàlia, sent dissenyat específicament pel sistema de salut italià. Aquest model es considera apropiat especialment per aquells sistemes sanitaris on els MAP funcionen de forma independent (Berardi et al., 1999 i Berardi et al., 2014). En un

estudi multicèntric randomitzat i amb grup control en Itàlia publicat recentment també es descriuen millors resultats alhora d'analitzar l'atenció col·laborativa en depressió en comparació amb l'atenció habitual. S'explica que, a diferència dels Estats Units, en Itàlia no han disposat d'infermeria com "case manager" (Menchetti et al., 2013).

Un altre estudi analitza el model col·laboratiu en depressió moderada al Regne Unit, comparant un grup d'atenció mitjançant el model col·laboratiu i un altre grup tractat com habitualment (Richards et al., 2009). Participaren 48 MAP de Manchester, Londres i Bristol. Van estudiar resultats als 4 i als 12 mesos i van concloure que el model col·laboratiu millora la depressió de forma immediata i que la milloria perdura als 12 mesos després d'iniciat l'estudi en comparació amb el model habitual (Richards et al., 2013).

Altres iniciatives també han demostrat la superioritat del model col·laboratiu en depressió front a l'abordament habitual en poblacions determinades com els adolescents (Richardson et al., 2014).

En el nostre àmbit més proper, s'han estudiat programes de col·laboració al País Basc (Gabilondo et al., 2012) en depressió. Determina que els projectes col·laboratius són un tipus de funcionament en xarxa promogut per diversos motors: La medicina basada en l'evidència, les tecnologies de comunicació i la gestió descentralitzada i complexa del coneixement.

D'altra banda, Aragonés i col·legues han observat els efectes del model col·laboratiu en una mostra de 338 pacients amb depressió comparant-lo amb la pràctica habitual. Aquest model va tenir millors resultats als de la pràctica habitual en els primers 12 mesos. Però als 3 anys els beneficis mesurats com remissions i resposta al tractament no aconsegueixen diferències significatives respecte al grup de tractament

habitual. Cal dir que tant les remissions com la resposta al tractament eren superiors en el grup amb col·laboració, però sense aconseguir un resultat estadísticament significatiu (Aragonès et al., 2014).

Vlasveld en els Països Baixos ha publicat recentment un estudi randomitzat sobre atenció col·laborativa en relació en pacients deprimits en que els pacients atesos amb model col·laboratiu milloraven més ràpidament, però no va haver diferència significativa amb el grup control alhora del temps de tornada al treball ni en el temps de remissió (Vlasveld et al., 2013).

La revisió sistemàtica d'Aldi conclou que els algorismes de tractament per depressió juntament amb els programes col·laboratius augmenten les taxes de remissió de la malaltia i els resultats dels tractaments durant la fase de manteniment (Adli et al., 2006). També s'apunta que estos resultats són especialment interessants per la població geriàtrica.

Una revisió sistemàtica recent (Thota et al., 2012) va trobar robusta evidència que demostra l'efectivitat dels models col·laboratius en el tractament dels trastorns depressius. També explica que aquestes intervencions són aplicables en la majoria de contextos d'AP i a la majoria de la població per tal de tindre millors resultats sanitaris en depressió. Els canvis organitzatius per tal d'implementar correctament el model són necessaris per tal que existisca un equip coordinat on hi haja MAP, "case managers" i especialistes en SM. A més a més, s'apunta que els models col·laboratius també proporcionen un marc de treball que impulsa als pacients amb depressió a tenir un rol actiu en la seua pròpia cura.



-Model col·laboratiu en altres patologies psiquiàtriques:

En França es va fer un estudi sobre l'impacte d'una intervenció de col·laboració específica en "el món de la pràctica diària" tal i com apunta l'article que ho explica (Younés et al., 2008). Aquest estudi també té una característica especialment valuosa: S'inclouen problemes d'ansietat i trastorns de personalitat, sent així els criteris d'inclusió amples. Durant la intervenció, un 65% dels pacients amb malalties mentals vistos en AP eren derivats a SM (més que en les prèvies condicions habituals sense programa de col·laboració), sent la satisfacció per part dels MAP elevada. Després de dos anys, es tornà a avaluar la intervenció i l'equip d'AP seguia sent la porta principal d'entrada ajudats per un equip d'enllaç. Un altre estudi de Craske en pacients amb Trastorn de Pànic va aportat resultats positius en acceptació i baixes pèrdues de pacients alhora d'utilitzar el model col·laboratiu en esta patologia (Craske et al., 2002).

Un dels pocs estudis randomitzats rellevants sobre atenció col·laborativa i que inclou múltiples quadres psiquiàtrics va trobar diferències significatives als 4 mesos a favor del grup de pacients atès amb col·laboració en comparació amb el grup atès segons el procediment habitual. Però no troba diferències significatives entre l'atenció col·laborativa i l'habitual als 8 mesos ni als 12 mesos de seguiment (Oosterbaan et al., 2013).

En quant a l'aplicació del model en altres patologies psiquiàtriques que no siguin depressió, Craske reflexiona sobre un programa d'abordament del trastorn de pànic en AP, hi ha evidència d'eficàcia en la intervenció des d'AP en aquesta patologia buscant la col·laboració també d'un terapeuta conductual i un psiquiatre a més a més del MAP (Craske et al., 2002). Als Països Baixos també han estudiat els trastorns d'ansietat abordats mitjançant un model col·laboratiu (Muntingh et al., 2014; Muntingh et al.,

2009; Goorden et al., 2014). Estos estudis aborden l'atenció del trastorn de pànic i del trastorn per ansietat generalitzada en AP donat que són dos dels trastorns ansiosos més costosos (Olatunji et al., 2007; Lépine, 2002) que es presenten en AP (Roy-Byrne i Wagner, 2004; Roy-Byrne et al., 2005). Uns pocs estudis previs ja havien demostrat que el model col·laboratiu en estos trastorns és més efectiu que l'atenció habitual (Roy-Byrne et al., 2001; Roy-Byrne, Wagner i Schraufnagel, 2005; Roy-Byrne et al., 2010; Rollman et al., 2005). En l'estudi de Muntingh del 2014, fet de forma el més propera possible a la clínica diària i randomitzat, naturalístic, es troba la major diferència a favor del model col·laboratiu als 12 mesos de l'atenció, quan els pacients tractats com habitualment empitjoren i el pacients abordats amb el model col·laboratiu mantenen la milloria. En este estudi, el primer pas en l'abordament dels trastorns ansiosos era una guia d'autoajuda per al pacient. Segons Goorden i col·laboradors del 2014 i altres estudis previs (Katon et al., 2002; Joesch et al., 2012) els costos i també els efectes del tractament col·laboratiu eren majors en comparança al tractament habitual en els trastorns de pànic.

Buscant també una millor resposta a la demanda d'atenció de problemes depressius i ansiosos en AP, el Govern Australià va fer reformes en les institucions de salut mental en AP. Es va instaurar un programa per la millora de resultats en salut mental ("The Better Outcomes in Mental Health Care") en 2001 i posteriorment en 2006, es va implementar amb un altre programa per la millor accessibilitat a psiquiatres, psicòlegs i metges d'AP (programa "Better Access") (Department of Health, 2006). Els dos programes tenen un nombre de components i els dos inclouen mecanismes pel que els MAP poden derivar a pacients amb malalties com ansietat o depressió a experts en SM (fonamentalment psicòlegs) que els tractaran per sis sessions amb atenció

psiquiàtrica basada en l'evidència, amb capacitat per prolongar el tractament una vegada han sigut vistos de nou pels MAP (Fletcher et al., 2008).

### 1.3 Derivacions des d'Atenció Primària a Salut Mental.

El MAP és l'encarregat de remetre als pacients a psiquiatria i és fonamental una adient comunicació entre MAP i SM (García-Testal et al., 1998; Herrán et al., 2000; Beltran Vilella et al., 2001; Tanielian et al., 2000). La forma més comuna de comunicació entre AP i SM segueix sent la interconsulta i que la derivació és el punt crític entre els dos sistemes (Martín-Jurado et al., 2012). El 60% dels MAP en estudis propers al nostre medi pensen que l'aspecte que pot millorar més en la relació AP-SM és la comunicació entre els professionals (Martín-Agueda et al., 2005).

Segons un estudi de Montero, Sanjuán i Frades, abans que la SM estigués integrada en AP, existia una falta d'interès en la comprensió de la vessant psicològica de les patologies així com en les diverses formes de derivació a SM que probablement ha canviat des de la integració (Montero et al., 1986). Encara que s'ha descrit una "gratificant estabilitat" durant dècades de les taxes de derivació en Espanya (Prado Prieto et al., 2005), la freqüentació ha augmentat i els motius pel que es consultat tenen menor "entitat" (Gérvás et al., 2007). Davant estos canvis, mantenir taxes estables de derivació significaria que la derivació ha augmentat "de facto" i que els especialistes reben cada vegada més pacients amb problemes "menors", o directament sense problemes, tal i com s'ha demostrat en l'àmbit de la psiquiatria (Ortiz Lobo et al., 2006). No és la major demanda un problema solament de l'especialitat de psiquiatria. Els tres primers motius de consulta en les derivacions més freqüents des d'AP a

especialitats (diagnòstic primerenc de càncer ginecològic, pèrdua d'agudes visual i tumoracions benignes de la pell) són problemes que poden abordar-se i resoldre's en la major part dels casos en AP i resulta poc eficient la utilització de mitjans tecnològics i humans del segon nivell assistencial (Rodríguez Alcalá et al., 2005). En el cas de les derivacions a psiquiatria per depressió, s'han estudiat ja les causes de derivació al nostre medi. Els principals motius de derivació a SM de pacients deprimits són el risc de suïcidi, falta de resposta al tractament i la severitat dels símptomes. D'altra banda, els motius més habituals per no derivar a SM a pacients deprimits són el temps d'espera i la dolenta percepció dels psiquiatres per part dels pacients (Martín-Agueda et al., 2005).

L'absència d'un instrument específic que ajude a millorar els criteris de derivació des d'AP a SM és un fet (Herrero et al., 2008). Des de fa temps es constata que es deu consensuar entre AP i SM un document de derivació estructurat en apartats mínims que descriuen el procés de la malaltia (Ruiz et al., 1995). I tant mateix, una adient derivació de casos juntament amb la resposta en un temps apropiat serien els requisits clau per un millor aprofitament dels recursos (Granja Romero et al., 2004). En algun estudi ja s'ha constatat aquest problema i s'ha determinat que els criteris de derivació sempre estaran sota debat i que la flexibilitat pot servir com propòsit tant a MAP com a especialistes (Chew-Graham et al., 2007).

Ferreras i col·laboradors, sobre una mostra de 108 pacients, observen que les derivacions urgents són majoritàriament dels pacients que apunten idees de suïcidi (Ferreras Amez et al., 2011).

Martín-Jurado i col·laboradors en un estudi sobre una mostra de 1132 derivacions d'AP a SM, troba un 1.5% de derivacions molt inadequades, un 6.3% inadequades, un 19.9% dubtoses, un 68.8% adients i un 3.6% molt adients. En quant al

contingut de la informació del full de derivació, divideix la mostra en tres grups: Escassa informació (40.3%), correcta (56,7%) i completa (solament un 3%) (Martín-Jurado et al., 2012).

En quant a la concordança entre el diagnòstic proposat pel MAP en la derivació i el diagnòstic final que rep el pacient en SM, Martín-Jurado i col·laboradors en 2012 indiquen que la concordança diagnòstica va ser pobra (índex Kappa de 0.342). Landa et al 2008 obté un índex kappa de 0.499+/- 0.045. Per l'altra banda, la concordança més alta la trobà Alcaine Soria i col·laboradors (2012) sent del 68.9%. El 61.3% dels diagnòstics dels MAP de l'estudi d'Herrán i col·legues (2000) en concordaven amb el diagnòstic proposat en SM.

Es va estudiar la bibliografia existent al nostre entorn sobre quines dades eren les més rellevants que deuria portar un informe de derivació a SM. A continuació es detalla la bibliografia més important referida a esta qüestió en el nostre àmbit:

- Miranda Chueca i col·laboradors assenyalen com informació pertinent que deu portar inclosa una derivació a SM els antecedents patològics, l'orientació diagnòstica i tractament pautat. S'explica que hi ha un 21-58,4% d'absència del judici diagnòstics en derivacions i inclús un 70-82,8% de falta de pauta terapèutica (Chueca et al., 2003).

- Ferreras i col·laboradors apunten que es deu registrar en les derivacions les variables sociodemogràfiques com edat i sexe i variables clíniques com: Tipus de derivació, símptomes referits, diagnòstic, durada del seguiment i canvis del tractament (Ferreras Amez et al., 2011).

- En el “Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid” (Consejería de Sanidad de Comunidad de Madrid, 2010) ja es parla de les dades bàsiques que ha de dur reflectit un full d’interconsulta a SM:

“Establecer un documento de derivación bidireccional normalizado con los siguientes contenidos básicos:

- Motivo de la derivación, ajustado a los criterios expresados intentando evitar la derivación a petición propia.
- Patología médica relevante.
- Antecedentes de tratamientos previos y resultados obtenidos.
- Situación laboral e información familiar y social relevante.
- Datos de contacto del médico de Atención Primaria“

Tanmateix, la majoria d’estudis constaten que algunes d’aquestes dades es reflecteixen poc en la majoria de derivacions: Solament el 19% de les derivacions apunten una demanda específica en l’estudi de Ruiz i col·legues (1995); sols el 34% de les derivacions de l’estudi d’Herran i col·legues (2000) tenia dades d’exploració psiquiàtrica.

- Moré Herrero i col·laboradors expliquen que seria beneficiós disposar d’un instrument que permetés orientar al metge específicament en quant a la derivació o no del cas psiquiàtric detectat, donat que el 4% dels pacients d’AP serien susceptibles de derivació a SM (Herrero et al., 2008). Així es disminuiria el biaix que existeix alhora de derivar als pacients a SM segons l’habilitat dels MAP per la detecció dels problemes

psiquiàtrics i les actituds que presenten envers estos problemes (Ross i Hardy, 1999), (Glied, 1998; Oiesvold et al., 1998; Ruiz et al., 1995; Ortiz et al., 1996; Chueca et al., 2003).

En la literatura estrangera també hi ha dades sobre l'estudi de les derivacions d'AP a SM. Una de les publicacions recents més importants va analitzar 11 estudis diferents en anglès publicats després de 1995 (Durbin et al., 2012). A continuació es descriuen les dades que s'han buscat en cada derivació amb el percentatge mitjà d'emplenament dels 11 estudis entre parèntesi:

- Dades administratives: Data de registre (90%), nom del metge (98%) i dades de contacte del metge que deriva (95%).
- Dades del pacient: Nom (100%), adreça (99%), Data de naixement (96%), telèfon (44%), gènere (100%), situació civil (47%), nom del familiar de confiança (24%), parentesc amb el familiar de confiança (37%) i dades de contacte del familiar (40%).
- Dades clíniques: Diagnòstic (62%), estat mental (51%), exploració física (31%), proves complementàries (14%), història psiquiàtrica (33%), història familiar i problemes socials (34%), tractaments rebuts no farmacològics en l'episodi actual (45%) i altres serveis mèdics utilitzats (18%).
- Dades de la derivació: Motiu de la derivació (74%), motiu de consulta (74%), tractament farmacològic rebut (62%), nivell d'urgència (19%), risc vital (10%) i informació donada al pacient sobre la derivació (26%).

Malgrat la importància de fer adientment derivacions des d'AP a especialitats, molt poques intervencions s'han avaluat rigorosament. La majoria dels estudis s'han fet al Regne Unit i són de difícil generalització (Akbari et al., 2008). Com a resultat, hi ha

una escassa evidència alhora de recomanar accions concretes però es poden concloure diversos punts de la revisió Cochrane: La disseminació passiva de guies per fer derivacions es pressuposa poc útil, però la disseminació local sembla necessària. Alguns estudis observaren millores en la qualitat de les derivacions quan les guies de derivacions anaven acompanyades d'una fulla estructurada de derivació. Aquest mètode també ajuda a que l'exploració del MAP prèvia a la derivació siga més adequada. D'altra banda, cal tenir en compte que no és convenient sobrecarregar als MAP amb fulls de derivació per omplir en molts camps. Cal utilitzar aquestes fulles de derivació solament per patologies freqüents i importants.

Hi ha diversos estudis que han proposat estratègies per millorar les derivacions des d'AP a SM:

- Ball va analitzar al Regne Unit una mostra de derivacions telefòniques comparant-les amb les escrites en un estudi observacional en que la variable fonamental era la quantia d'informació que tenien les derivacions. La mostra van ser derivacions (seleccionades de forma aleatòria) a les unitats de salut mental comunitàries d'adults (50 derivacions escrites i 50 telefòniques). No hi havia diferències en la gran majoria dels ítems estudiats excepte 4 d'ells que es constataren més telefònicament: El telèfon del pacient, descripció d'idees de suïcidi, informació sobre la persona de confiança del pacient i el telèfon d'aquesta persona (Ball, 1997).
- Hilton i col·legues al Regne Unit van fer un estudi observacional en que hi havia una intervenció en la que s'utilitzava un format estructurat de derivació. La mostra van ser derivacions agafades de forma consecutiva a les unitats de salut mental comunitàries d'adults (40 en format estructurat i 60 fetes com



- habitualment). La variable principal era la freqüència de derivacions urgents i els resultats van suposar que les derivacions fetes mitjançant el format estructurat eren significativament més propenses a ser derivades com urgents i menys propenses a ser considerades per urgents per part del servei de SM (Hilton et al., 2008).
- Kisely i col·legues a Austràlia van fer un estudi amb grup control. Al grup amb intervenció se'ls donava una derivació a SM estructurada per emplenar. Es van analitzar 85 derivacions prèvies a la intervenció, 274 durant 18 mesos després de la intervenció en el grup control i 967 durant 18 mesos en el grup d'intervenció. Els resultats van ser de més completa informació en les derivacions amb la intervenció que en el grup control, descrivint-se una bona acceptació per part dels MAP (Kisely et al., 2002).
  - En Aràbia Saudita van fer un estudi observacional en que es proposà un format de derivació estàndard i on la variable principal va ser la quantitat d'informació en les derivacions, com d'acurat era el diagnòstic i si es podia llegir bé la derivació. La mostra van ser 540 derivacions. En els resultats es descriu que les derivacions en format prefixat eren de pitjor qualitat en quant a la informació. S'apunta a que formats llargs poden veure's com un problema i càrrega. A més a més, els autors expliquen que el diagnòstic del MAP que derivava no era conceptualitzat com una dada important per part de l'equip que rebia la derivació (Qureshi et al., 2007).
  - Shaw i col·legues al Regne Unit van fer un estudi observacional amb aleatorització en que la intervenció consistia en explicar a un grup de MAP el que deien les guies WHO sobre derivacions a SM. Van fer un grup control

agafant 50 derivacions habituals i unes altres 50 derivacions fetes pel grup de MAP que havia estat en la intervenció. La variable principal era la quantitat d'informació emplenada en la derivació. El resultat va ser que no hi havia diferències entre ambdós grups. Com comentaris en el estudi s'apuntava que els MAP semblaven en general reticents a posar certa informació en la derivació (com el diagnòstic) ja que la derivació era "per saber l'opinió de l'expert". A més a més, es remarca que les pràctiques de derivació a llarg termini semblen ser difícils de canviar solament per donar una nova guia als MAP (Shaw et al., 2005).

1.4 Malalties mentals més comunes tractades en Atenció Primària: Depressió i Ansietat.

1.4.1 Quines són les patologies psiquiàtriques més freqüents a AP?

Si volem avaluar la gestió de les malalties de Salut Mental en relació al treball de col·laboració entre AP i SM, caldrà començar per les patologies més freqüents. Els trastorns mentals més freqüentment trobats en els centres d'AP constitueixen diversos tipus de trastorns depressius i ansiosos tal i com es constata en el paràgraf següent.

Els trastorns psiquiàtrics són una de les principals causes de morbiditat en el món sencer i molt freqüents en països industrialitzats, sent la seua càrrega notable: Reducció de qualitat de vida, preu dels tractaments, pèrdua de productivitat, disminució de funcionalitat i absentisme laboral (Goldney et al., 2004; Mathers i Loncar, 2006; Fernández et al., 2010; Botella et al., 2011; Fleury et al., 2012; Vlasveld et al., 2013; Laufer et al., 2013). Les morts atribuïbles a causes neuropsiquiàtriques en Europa són el

19.5%, solament darrere de les causes cardiovasculars (WHO, 2006). És de gran importància la gestió dels problemes de salut mental en AP, especialment els problemes comuns de salut mental (Watson et al., 2005; Walters P. i Tylee A, 2008; Fleury et al., 2012). Els pacients psiquiàtrics són uns dels que més utilitzen les consultes dels MAP (Watson et al., 2005; Lester et al., 2007). Norton i col·legues expliquen que a França l'ansietat en global i la depressió són les principals malalties mentals vistes en AP (Norton et al., 2009). Cerimele i Zimmerman i col·laboradors en els Estats Units indiquen el mateix (Cerimele et al., 2012; Zimmerman et al., 2012). Nordström i Bodlund van fer un estudi de 1132 pacients i remarquen que un de cada tres pacients atesos per MAP en Suècia pateix depressió, ansietat o problemes amb alcohol (Nordström i Bodlund, 2008). Inclús en països en vies de desenvolupament com Tailàndia, la depressió i l'ansietat són les malalties psiquiàtriques més prevalents en AP (Lotrakul i Saipanish, 2009).

En Espanya, diverses investigacions també apunten en la mateixa direcció (Fernández et al., 2010; Ferreras Amez et al., 2011). En aquest sentit, el llibre “Common Mental Disorders in Primary Care” explica que la depressió i l'ansietat són les patologies psiquiàtriques més comunes en l'AP (Michele Tansella, 2003). Molts autors s'han referit als problemes depressius i ansiosos com “malalties mentals comuns” (Fleury et al., 2012). Encara que els trastorns depressius i ansiosos estan classificats com categories diagnòstiques diferents, el concepte de malaltia mental comuna és vàlid per l'atenció donat l'elevat nivell de comorbiditat entre aquestes malalties i la similitud epidemiològica i respecte a la resposta del tractament (Goldberg, 1992; Jacob et al., 1998; Tyrer, 2001). Les malalties mentals comunes provoquen incapacitat accentuada en les persones que les pateixen a través de símptomes com cansament o insomni i estan

associades amb un major cost en la despesa sanitària i reduïda productivitat (Chisholm et al., 2000; Patel i Kleinman, 2003; Patel et al., 2007; Norton et al., 2009). Algunes d'aquestes afeccions provoquen interrupcions laborals transitòries. La interrupció laboral transitòria (ILT) és un element terapèutic pertinent en algunes malalties mentals per tal de poder aconseguir millor i més prompte la recuperació plena del pacient. És per això, entre d'altres, que és molt important poder-les tractar eficientment des de la porta d'entrada natural sanitària, el MAP (Ayalon et al., 2011).

La depressió és el trastorn mental que més afecta a la població mundial, unes 350 milions de persones (Fernández et al., 2010; Schumann et al., 2012; Buitrago Ramírez et al., 2014), i per tant constitueix un important problema de salut pública (Moussavi et al., 2007; Eaton et al., 2008; Kessler et al., 2009; Soria i Urretavizcaya, 2009; Lamers et al., 2010). A més a més, hi ha sectors de la població especialment vulnerables a patir aquesta malaltia com les dones que acaben de donar a llum (Sanjuán et al., 2008) o la gent major (Álvarez et al., 2011). També és sabut que el 25% de la població patirà símptomes depressius en algun moment de la seua vida (Sartorius i Ustun, 1995; Montero-Marín et al., 2013) i que la depressió provoca un impacte negatiu en la salut i la qualitat de vida dels pacients (Lejtzén et al., 2013; DeMers et al., 2014). I com a conseqüència, els pacients que pateixen depressió major tenen una major taxa de consultes en atenció primària (García-Huidobro et al., 2012).

La prevalença de trastorns depressius oscil·la entre el 4 i el 20% (Brody, 1996; deGruy i Pincus, 1996; Pingitore i Sansone, 1998; Simon et al., 2001; Patel i Kleinman, 2003; WHO, 2006; Patel et al., 2007; WHO, 2008; Rush et al., 2009; Fernández et al., 2010; Muskens et al., 2013), els trastorns d'ansietat entre el 4 i el 15% (Brody, 1996; deGruy i Pincus, 1996; Pingitore i Sansone, 1998; Kessler et al., 2009; Martín-Merino

et al., 2010) i els trastorns de somatització entre el 0,5% i el 11% (Brody, 1996; deGruy i Pincus, 1996; Pingitore i Sansone, 1998; Kessler et al., 2009). A més a més, existeixen correlacions importants (entre 0,70 i 0,95) entre estos tres grups de trastorns (Sartorius i Ustun, 1995; Scott et al., 2009) i els MAP admeten dificultat en separar ansietat, depressió i presentacions somàtiques (Kuruvillea i Jacob, 2012). Quan la somatització és particularment prominent, com passa en dos terços dels pacients deprimits que acudeixen a AP, els MAP poden centrar-se en els símptomes físics i fallar alhora de detectar el substrat depressiu (Bostwick, 2010). En la majoria dels pacients deprimits coexisteixen altres trastorns, freqüentment l'ansietat (Gaynes et al., 2007; Aragonès et al., 2009). La cronicitat d'aquests quadres ja ha estat contrastada, especialment en els quadres depressius, on la recurrència si es segueixen els casos és de més del 60% (Yiend et al., 2009). La bibliografia també apunta als problemes que es deriven de la no remissió d'aquesta patologia: Més visites a MAP, més visites a USM i més costos associats entre d'altres (Byford, Barrett, Despiegel, & Wade, 2011).

En l'àmbit estatal, les taxes de prevalència / any publicades per la depressió major en adults es situen al voltant del 3,9 % en població general (Haro et al., 2006; Calderón Gómez et al., 2014) i entre 8,4 i 29 % en pacients atesos en AP (King et al., 2008; Roca et al., 2009; Grandes et al., 2011). Inclús tenint en compte la gran variabilitat en la seua quantificació, l'elevada presència dels trastorns depressius es reflexa tant en consultes ambulatories d'AP com SM (Ezquiaga Terrazas et al., 2011).

La depressió és habitualment tractada pels MAP sense derivació a SM (Goldberg, 1992; Gaynes et al., 2007; M. Roca et al., 2009; Fernández et al., 2010; Cape et al., 2010; Gili et al., 2011; Wun et al., 2011), però hi ha estudis que identifiquen

deficiències en el diagnòstic i atenció de la depressió en AP (Von Korff i Goldberg, 2001; Haddad et al., 2012).

Les persones amb depressió major tenen absències laborals molt més elevades que els treballadors que no pateixen depressió (Bijl i Ravelli, 2000; Kruijshaar et al., 2003; Vlasveld et al., 2008; Lotfi et al., 2010) sent la principal càrrega econòmica, fins al 80%, deguda a la pèrdua de producció (Smith, Allwright i O'Dowd, 2007). A més a més, patir depressió està associat a hiperfreqüentació en AP (Gili et al., 2011). El problema s'agreuja si no es tracta correctament la malaltia i se sap que la taxa d'acompliment del tractament és baixa en el nostre medi (M. Roca et al., 2011).

Entre els problemes detectats en l'assistència a les persones diagnosticades de depressió, les mancances existents en la interrelació entre els professionals d'AP i SM configuren un camp d'especial importància en quant a les seues repercussions en la qualitat de l'atenció (Herrán et al., 2000; Telford et al., 2002), sobretot si tenim en compte el seu caràcter crònic o al menys molt prolongat en el temps, remarcat per diferents autors (Tylee i Haddad, 2007; Busse et al., 2010).

Les insuficiències en la interrelació entre els nivells assistencials afavoreixen una excessiva variabilitat clínica amb buits i intervencions qüestionables (Fernández et al., 2006) i que són expressió de dinàmiques organitzatives poc adients (Henke et al., 2008) que constitueixen un repte de gran transcendència en les actuals circumstàncies de crisi de finançament en els serveis de salut. Els estudis del nostre medi confirmen les mancances en eixos vincles (Chueca et al., 2003; Ortiz Lobo et al., 2006; Ciurana Misol, 2009), així com la necessitat de promoure mecanismes assistencials i models de col·laboració compartits i centrats en el pacient (Téllez Lapeira et al., 2005; Calderón Gómez et al., 2009).

L'increment progressiu en el consum de medicació antidepressiva al nostre medi (Osakidetza, 2002; Ortiz A, 2005; Calderón Gómez et al., 2014) podria considerar-se un indicador indirecte de la creixent demanda, sense que això signifiqui que l'assistència a les persones amb depressió siga l'adient. Aquest augment de la prescripció d'antidepressius és també patent en els altres països europeus (Mercier et al., 2011; Hedenrud et al., 2013), on ja es recomana obertament millorar el reconeixement dels símptomes de la depressió per tal de contribuir al seu millor tractament (Briffault et al., 2010). Els antidepressius són el tipus de tractament més prescrit en els Estats Units, 264 milions de prescripcions en 2011 (IMS, 2012). Malgrat que no es proporciona més psicoteràpia, mantenint-se constant des de la dècada de 1990, la proporció de gent que pren antidepressius ha augmentat notablement (Druss, 2006; Gili et al., 2014). Els antidepressius són freqüentment prescrits en AP (A. Mercier et al., 2013), sobretot els del grup d'inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (Vedia Urgell et al., 2005; Pinto-Meza et al., 2008; Trifirò et al., 2013). És sabut que un percentatge rellevant dels pacients resulten incorrectament diagnosticats (Aragonès et al., 2006) i tractats (Cameron et al., 2011), altres abandonen el tractament de forma prematura (Serna Arnáiz et al., 2006; Roca et al., 2011) i les pautes terapèutiques no sempre són les adequades (Fernández et al., 2006). Molts MAP consideren prescriure antidepressius inclús quan el pacient no té clínica depressiva major, potser perquè veuen poc perill en provar aquests fàrmacs en el pacient (Lawrence et al., 2012). Norton i col·legues assenyalen en un estudi fet a França (on existeix el major consum europeu de fàrmacs psiquiàtrics) que la meitat dels pacients tractats amb ansiolítics o antidepressius no acomplien els criteris de les malalties on està comprovat que són eficaços (Norton et al., 2009).

Aquest augment d'ús d'antidepressius es produeix en pacients amb malalties en que l'eficàcia dels fàrmacs està provada però també en altres pacients on l'eficàcia és dubtosa (Druss, 2006). És sabut que els MAP segueixen més les guies de pràctica clínica quan es tracta d'episodis greus depressius que quan es tracta de depressions menys severes (Dumesnil et al., 2012). En aquestes patologies denominades menors cada vegada es prescriuen més antidepressius (Mojtabai i Olfson, 2011). Una explicació seria l'eixida al mercat de fàrmacs antidepressius millor tolerats i també la millor cobertura de la Seguretat Social (Mojtabai i Olfson, 2008). Malgrat l'augment del consum d'aquests fàrmacs del 2002 al 2012, no ha disminuït la prevalença dels trastorns mental o l'índex de suïcidis (Wang et al., 2009). Aquesta paradoxa es podria explicar parcialment per la falta de pràctiques efectives en el diagnòstic i tractament de la depressió (Barkil-Oteo, 2013). Barkil-Oteo proposa per pal·liar aquests problemes millorar el reconeixement de la depressió en el context d'AP, utilitzar tractaments adients i evitar utilitzar antidepressius si els símptomes són poc consistents, utilitzar dosis adients dels antidepressius evitant donar-los per baix de les que són eficaços i que la durada del tractament siga la pertinent (Barkil-Oteo, 2013).

Hi ha molts factors que influeixen en l'augment de prescripció d'antidepressius. En general, la prescripció de psicotròpics pot ser iniciada o mantinguda per la pressió del pacient, o per la falta de temps per tractaments alternatius. Més encara, la importància de les característiques de l'enfermetat mental també exerceix una influència evident. Com que la psiquiatria ha estat considerada com una especialitat "més imprecisa" que altres, el tractament ha sigut més difícil de romandre dins de la medicina basada en l'evidència i s'ha vist més influenciat per consideracions individuals (Hedenrud et al., 2013). Les emocions també participen alhora de iniciar, restringir o



mantenir un tractament psiquiàtric. En aquest sentit, una hipòtesi sobre prescripció “emocional” ha sigut formulada com un intent per explicar una prescripció irracional o inapropiada (Figueras, 2011). D'altra banda, les tecnologies informàtiques fan possible renovar prescripcions fàcilment (Hedenrud et al., 2013).

També la medicalització de la població ha sigut un factor que ha influït en la prescripció exagerada d'antidepressius darrerament. I és que, malgrat que els països desenvolupats gaudeixen d'una salut inigualable al llarg de tota la història de la humanitat, disminueix la percepció de la salut en la població (Folch et al., 2012). Segons una enquesta anglesa, hi ha molts problemes de la vida que no són malalties que tendeixen a medicalitzar-se com per exemple el treball, l'avorriment, l'envelliment, la ignorància, i la infelicitat entre d'altres (R. Smith, 2002).

D'altra banda, els trastorns ansiosos resulten un gran problema per els pacients que els pateixen, pel sistema sanitari i també per la societat en general (Muntingh et al., 2009). Encara que hi ha un augment de l'atenció prestada als trastorns ansiosos, està molt lluny de la rebuda per la depressió en termes d'investigació, “screening”, diagnòstic i tractament (Kroenke et al., 2007). De fet, quasi la meitat dels pacients que pateixen un a patologia ansiosa no són tractats (Weisberg et al., 2007). Els pacients que pateixen algun tipus d'enfermetat ansiosa tenen una reduïda qualitat de vida (Buist-Bouwman et al., 2006; Lejtzen et al, 2013). A més a més, els trastorns ansiosos estan associats a augment de la despesa sanitària per l'ús dels Serveis Sanitaris i també disminució de productivitat (Kessler et al., 2001). Donat que la majoria d'aquests pacients són vistos en AP (Young et al., 2001; Prins et al., 2008; Combs i Markman, 2014), aquest és un escenari adient per tal de tractar aquestes malalties (Muntingh et al., 2009). En les dècades recents, l'evidència dels tractaments dels trastorns ansiosos ha

sigut revisada i descrita en nombroses guies clíniques (van Vliet i van Balkom, 2005; NICE, 2007; Andrews et al., 2003), però aquestes guies són rarament implementades en AP. Solament un terç dels pacients amb trastorns ansiosos reben tractament correcte en AP seguint eixes guies clíniques (Young et al., 2001; Stein et al., 2004; Fernández et al., 2007). Una de les principals raons d'aquest problema és la baixa detecció d'aquestes patologies en AP (Muntingh et al., 2009). Un altre problema és la incapacitat de fer-se entendre per part del pacient o simplement no voler comentar aquest problema amb el MAP (Prins et al., 2008; Alonso et al., 2008; Mechanic, 2007). A més a més, com que els problemes d'ansietat solen comportar cronicitat (Yonkers et al., 2003), encaixen malament en el model d'AP focalitzat en malalties agudes (Roy-Byrne et al., 2005).

Hi ha un nou concepte en la CIE-11 que és especialment destacable pel seu futur impacte alhora de diagnosticar els problemes més freqüents de SM en les consultes d'AP: Depressió ansiosa.

En els centres d'AP és molt freqüent tractar a pacients que presenten ansietat i depressió (Gili et al., 2013). La definició de la CIE-11 proposta ho considera com un únic diagnòstic en lloc de dos trastorns prou diferenciats. La classificació de la CIE-10-AP va introduir el concepte de “trastorn mixt ansiós-depressiu” (Sartorius i Ustun, 1995) per tal de definir a les persones amb símptomes dels dos trastorns però que cadascun d'ells no és suficient per arribar al llindar de “cas”. És molt freqüent trobar este tipus de pacients en AP i en una enquesta epidemiològica suposava el 20% de totes les malalties del Regne Unit (Das-Munshi et al., 2008). La categoria proposada de la CIE-11 AP de depressió ansiosa inclou quatre graus de gravetat: Subllindar, lleu, moderat i greu. Goldberg et al (2012) expliquen que actualment solament es pot diagnosticar aquesta entitat posant dos diagnòstics comòrbids de depressió major i

trastorn d'ansietat generalitzada, sent l'actual oportunitat de crear el diagnòstic de depressió ansiosa una idea universalment ben acollida. A més a més, sembla que la conjunció de clínica depressiva i ansiosa comporta també diferències en l'evolució de la depressió o ansietat que es presenten per separat. Així, en un estudi de Fava i col·legues en que s'examinava si la depressió major amb símptomes ansiosos estava associada a diferent resposta al tractament que la depressió sense símptomes ansiosos, es va constatar que els pacients del primer grup tenien pitjor resposta o remissió amb citalopram que els del segon grup (Fava et al., 2008). A més a més, els pacients amb depressió i ansietat comòrbides, tenen més probabilitat de mantenir el tractament amb antidepressius (Piek et al., 2014) i tenen més risc de presentar sofriment emocional que quan aquestes patologies no es presenten de forma conjunta (Walters et al., 2011).

Aquesta perspectiva transdiagnòstica, en que les categories diagnòstiques serien variacions menors d'una síndrome neuròtica general, també ha sigut estudiada i defensada inicialment per Fairburn (Fairburn et al., 2009) i també amb col·laboració amb Cooper i Shafran (Fairburn et al., 2003) entre altres (Parker, 2014). Watkins també l'han estudiat trobant grans avantatges alhora de la seua aplicació en clínica (Watkins, 2011). Els estudis més concrets també han aportat conclusions favorables tant en els trastorns ansiosos (Schmidt et al., 2012; Norton, 2008) com en els trastorns emocionals (Bullis et al., 2014; Boswell et al., 2014). Inclús hi ha estudis sobre perspectiva transdiagnòstica en relació al tractament conjunt de processos ansiosos i depressius (Botella et al., 2012; Queen et al., 2014).

#### 1.4.2 Dificultats alhora de detectar malalties psiquiàtriques en AP.

Per diverses raons un elevat percentatge dels pacients que acudeixen al Metge d'Atenció Primària (MAP) amb patologies psiquiàtriques no són detectats ni tractats (Tylee i Haddad, 2007; Gunn et al., 2008; Lotfi et al., 2010). Les xifres al respecte no han canviat molt al llarg dels darrers anys. Per exemple, Ustun fa més de 15 anys, al 1995, exposava que un 49% de pacients que tenien Depressió Major segons instruments de diagnòstic no van ser reconeguts pels MAP a Gran Bretanya (Üstün and Sartorius, 1995). En 2010 i sobre un estudi dut a terme per Jameson i Blank sobre 11658 pacients es conclou que els trastorns depressius i ansiosos són infradiagnosticats en AP, especialment els quadres ansiosos (Jameson i Blank, 2010). Mitchell tornava a insistir en la dificultat de la correcta detecció de patologies psiquiàtriques freqüents com depressió lleu (el MAP solament s'identificava el 33.8%) (Mitchell et al., 2009; Mitchell et al., 2011). Molts altres autors opinen que hi ha un infradiagnòstic de la depressió en AP (Tiemens et al., 1996; Shedler et al., 2000; Simon et al., 2004; Schwenk et al., 2004; Tylee i Walters, 2007; Caballero et al., 2008; Barley et al., 2011; Joling et al., 2011; Ohtsuki et al., 2012; Chang et al., 2013). D'altra banda, en altres estudis s'assegura que existeix un sobrediagnòstic (Barbui i Garattini, 2006; Jureidini i Tonkin, 2006; Mitchell et al., 2009; Baumeister, 2012). En el cas dels trastorns ansiosos, la capacitat dels MAP alhora de detectar les diverses patologies d'aquest grup pot variar molt. S'ha establert que la capacitat de detectar els trastorns obsessius compulsius i la fòbia social és elevada per part dels MAP, però molt baixa en el cas de l'ansietat generalitzada (Kartal et al., 2010).

Com possibles factors que influïsquen en estes asseveracions tant diferents, cal tenir en compte que moltes persones defugen comunicar als metges símptomes

depressius, de vegades per por a que se'ls prescrivien fàrmacs (Bell et al., 2011). D'altra banda, també cal nomenar que diferents estudis han subraïat que els casos no detectats en AP tendeixen a ser menys greus, així que la seua detecció podria ser simplement un marcador de gravetat (Goldberg et al., 1998; Aragonès et al., 2004; Tylee i Walters, 2007). A més a més, els casos detectats i el que no són detectats tenen una evolució semblant (Dowrick i Buchan, 1995; Goldberg et al., 1998; Gilbody et al., 2008). Este fet podria estar relacionat amb el tipus de tractament que es prescriu habitualment, ja que moltes vegades este tractament no segueix els criteris de recomanacions de les guies establertes (Fernández et al., 2010).

Però quins obstacles hi ha per tal de detectar i tractar adientment les malalties comunes psiquiàtriques en AP ?

Hi ha tres obstacles a més a més dels factors relatius al MAP (actituds cap a l'enfermetat psiquiàtrica) i de l'escàs temps disponible per consulta en AP (Lotfi et al., 2010):

- El primer obstacle és que algunes d'aquestes malalties es presenten inicialment com queixes somàtiques (V Patel, 1996; Lotfi et al., 2010; Barley et al., 2011). La detecció de depressió en pacients amb enfermetats físiques és particularment complicada donat que molts símptomes de les dues bandes poden coincidir en la seua presentació (Barley et al., 2011). En el cas del Trastorn d'Ansietat Generalitzada, que és el trastorn ansiós més invalidant en AP, les queixes més habituals per tal de consultar són dolor i trastorns de la son (Garcia-Campayo et al., 2012).
- El segon obstacle és l'ús inadequat de les medicacions sense seguir clarament la medicina basada en l'evidència (Vikram et al., 2003). Aprofundint en aquest

segon punt, Fernández i Luque conclou en la seua revisió que les principals dificultats en relació a la prescripció farmacològica en pacients situats entre MAP i atenció especialitzada són el desconeixement mutu, la diferent organització, l'àmplia variabilitat de recomanacions sobre el tractament i la poca o nul·la comunicació entre ambdós professionals, sent aquesta darrera condició la més citada (Fernández Liz i Luque Mellado, 2007). També Jameson i Blank expliquen que la baixa detecció de quadres depressius i ansiosos s'acompanya de una deficient utilització de les guies de recomanacions per el tractament d'aquestes patologies (Jameson i Blank, 2010).

- El tercer obstacle per detectar i tractar adientment les patologies mentals en AP és que pocs dels pacients atesos per MAP amb malalties comunes psiquiàtriques rep tractament no farmacològic, habitualment per falta de recursos humans que puguen desenvolupar les tècniques psicològiques (V Patel, 2000). La depressió per exemple és una malaltia considerada complexa, particularment difícil de tractar quan s'associa a problemes socials (Barley et al., 2011).

#### 1.4.3 Com ajudar en la detecció i tractament de les malalties mentals comunes en AP.

Per tal d'ajudar als MAP i altres treballadors d'AP en la identificació dels pacients amb trastorns mentals, la OMS va desenvolupar una versió del capítol de la CIE-10 sobre trastorns mentals i de comportament per a AP: CIE-10-AP (WHO, 2000). Esta versió va proporcionar una classificació diagnòstica breu per a l'ús en centres d'AP i recomanacions per al tractament. Este sistema estava supeditat a estudis internacionals (Goldberg, 1995) mitjançant els quals es va avaluar la seua acceptabilitat i facilitat en

aplicació. No obstant, la utilitat i l'adopció d'aquest sistema en el camp han quedat limitats degut a que va ser "adaptat per a" en lloc de ser "desenvolupat en" centres d'AP, perdent-se la complexitat del trastorn psicològic com es manifesta als centres d'AP (Gask et al., 2008).

A França, els MAP tenen diferents propostes per millorar aquest problema com per exemple la formació mèdica continuada centrada en el pacient i crear un "circuit" especial per als pacients amb depressió (Mercier et al., 2010).

A Canadà, Ashcroft explica que hi ha 6 tipus d'incentius i desincentius per tal de potenciar o no el tractament de les malalties mentals comunes en AP: Actituds i creences del MAP, entrenament, capacitat de liderar, organitzatius, econòmics i sistèmics. El disseny dels sistemes d'AP requereixen d'alguna forma la combinació d'aquests sis elements. El simple fet d'educar als MAP alhora d'identificar i tractar els problemes habituals de salut mental no és suficient (Ashcroft et al., 2014). En este sentit, canvis en les estructures organitzatives sí que poden ajudar a millorar els resultats en atenció a pacients amb depressió (Linda Gask, 2013).

Els mètodes d'"screening" per depressió en AP tenen una història de més de 40 anys (Weissman et al., 2010; Coulehan et al., 1989; Coyne et al., 1994; Coyne et al., 2003; Gilbody et al., 2001; Goldberg i Blackwell, 1970; Herrman et al., 2002) i fa 13 anys que la "US preventive Task Force" va recomanar l'ús de mètodes d'"screening" en depressió (Culpepper, 2012). Hi ha una necessitat en desenvolupar instruments d'avaluació que permeten al MAP fer una aproximació diagnòstica amb poc de temps i un nombre reduït d'ítems (Latorre et al., 2012). Un ús més ampli d'aquests mètodes proporcionaria una millor detecció dels quadres d'ansietat i depressiu en AP amb un raonable balanç cost-efectivitat (Jameson i Blank, 2010; Halaris, 2011).

Els mètodes d'“screening” en depressió no van ser àmpliament difosos fins que els fàrmacs anomenats Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS) van ser d'ús comú en els primers anys de la dècada de 1990. La disponibilitat de tractaments accessibles pels MAP va ser un moment clau alhora d'iniciar un major interès en la detecció de pacients que es podrien beneficiar d'aquests tractaments (Culpepper, 2012).

Els mètodes d'“screening” poden millorar la detecció de trastorns depressius i ansiosos (Gaynes et al., 2010) però el seu ús com a “gold Standard” diagnòstic és controvertit (Ostergaard et al., 2010). No totes les veus recolzen l'utilització de mètodes d'“screening” en depressió i inclús en un estudi recent s'afirma que utilitzar instruments que aporten una puntuació sobre depressió no resultava beneficiós pels MAP i que “hi ha poques raons per tal d'implementar aquests mètodes en AP” (Pettersson et al., 2014). Cal remarcar que aquest estudi era qualitatiu i descrivia les percepcions de solament 27 MAP suecs. D'altra banda, en els concorreguts centres d'AP de tot el món en que es disposa de poc de temps per tal de fer proves amb paper i llapissera no és útil que els MAP hagen de passar escales complexes o recordar tots els símptomes necessaris per classificar trastorns mentals concrets (Nutting et al., 2008). També s'han recomanat escales estandaritzades per tal de mesurar els resultats del tractament de les depressions (Zimmerman et al., 2012; Trivedi et al., 2006).

No hi ha cap test definitiu diagnòstic d'“screening” per la depressió (Huot et al., 2013). Les escales habituals dirigides a diagnosticar depressió són relativament llargues (més de 5 preguntes o ítems per contestar) per tal de ser implantades en AP de forma generalitzada: L'escala Hamilton de depressió té 17 ítems en el seu format habitual (Hamilton, 1960), 10 l'escala Montgomery-Asberg (Montgomery i Asberg, 1979), 21



l'escala de Beck sobre depressió (Beck et al., 1961), 37 l'escala "Primary Care Screener for Affective Disorders – PC-SAD) (Picardi et al., 2012), 11 l'escala de Bech-Rafaelsen de Malenconia (Bech et al., 1979; Smolka i Stieglitz, 1999), 20 l'escala de Zung i Conde (Zung, 1965), 10 l'escala de depressió DEPS (Poutanen et al., 2010) i 9 l'escala PHQ (Kroenke et al., 2001). Moltes d'aquestes escales també serveixen per mesurar la gravetat de la depressió (Rogers et al., 2005).

En l'àrea d'ansietat passa el mateix: L'escala de Hamilton per ansietat consta de 14 ítems (Hamilton, 1959), l'escala breu d'ansietat de Tyrer 10 ítems (Tyrer et al., 1984), l'escala d'ansietat clínica està formada per 7 ítems (Snaith et al., 1982), el qüestionari mèdic (PQ) està format per 14 ítems (Rickels i Howard, 1970) i el inventari d'ansietat estat-tret te 40 ítems (Spielberger et al., 1970).

Inclús s'han fet escales per tal d'avaluar l'ansietat i depressió de forma conjunta. Tanmateix, encara que moltes escales dirigides a diagnosticar patologia ansiosa o depressiva es consideren breus, la gran majoria també tenen més de 10 ítems, com per exemple la "Depression Anxiety Stress Scales - DASS 21" (Tran et al., 2013) o la "Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS" (Hansson et al., 2009). També l'escala 4DSQ ("Four-dimensional Symptom Questionnaire") està destinada al mateix àmbit però te 50 ítems, cosa que la fa molt poc útil en AP (Terluin et al., 2004; Terluin et al., 2006).

És important disposar d'instruments fiables, vàlids i breus per tal d'aplicar en el context clínic (Roca et al., 2009; Arroll et al, 2003; Orive et al., 2010). Per tal d'abordar aquest problema, els investigadors han desenvolupat escales molt breus per tal de facilitar que el MAP avalue i diagnostique els trastorns d'ansietat i depressió (David et al., 2012; Zimmerman et al., 2012; Gili et al., 2014). Buscant escales senzilles s'ha

proposat, per exemple, en depressió la “Patient Health Questionnaire 2”. Aquesta escala consta solament de dos preguntes sobre els dos aspectes claus d’aquesta patologia, anhedònia i ànim deprimat, i s’ha comprovat que té elevada sensibilitat alhora d’identificar casos de depressió major (Bostwick, 2010). S’ha arribat a estudiar l’Escala Analògica Digital autoaplicada per tal d’avaluar la intensitat dels símptomes depressius contrastant-la amb l’Escala Hamilton de Depressió. Aquest estudi conclouia que l’Escala Analògica Digital mostrava una elevada correlació amb l’Escala Hamilton, “el que suggereix que el ús de l’Escala Analògica Digital en AP podria ser útil i fiable per aquesta finalitat en contextes mèdics amb poca disponibilitat de temps” (Cordero-Villafàfila et al., 2011).

Goldberg i col·legues en 2012 justifiquen la utilització de dues escales (una per detectar depressió en AP anomenada Dep5 i una altra per detectar quadres ansiosos anomenada Ans5): Molts clínics tenen dificultat en recordar llistes de nou símptomes necessaris per diagnosticar depressió, l’ús de test que calga emplenar amb llapis i paper o ordinador és reduït, molts pacients són analfabets i no saben contestar tests. Proposen aquestes escales per poder fer diagnòstics de depressió, ansietat o depressió ansiosa per sí mateixos. Aquestes escales solament són vàlides si estan aplicades quan el metge sospita un quadre de depressió i/o ansiós. També serveixen per valorar la severitat d’aquests quadres. Com que són curtes, tenen més probabilitat de ser recordades pels MAP sense necessitar llapis i paper o ordinador. Són escales adients per la pràctica clínica diària, sent la seua validesa comparable a escales més llargues. No tenen punt de tall ni puntuació específica, ja que més que separar els pacients en “cas” o “no cas”, els metges deuran combinar la informació del número de símptomes amb la discapacitat associada als símptomes per obtenir un grau de severitat del problema psiquiàtric.

Les escales Dep5 i Ans5 tenen dues preguntes de selecció en cada escala i altres tres preguntes que solament cal fer si les dues primeres són positives. Estes escales es van desenvolupar i avaluar en clíniques d'AP i es va descobrir que tenien un elevat poder pronòstic per la CIE-10 i els trastorns ansiosos i depressius del DSM-IV (Goldberg et al., 2012). Es van considerar molt útils en els centres d'AP per la seua curta duració y perquè els MAP podien recordar els ítems amb facilitat. Si el metge utilitza este escales en pacients sospitosos de patir un quadre depressiu o ansiós, el valor positiu predictiu és del 78-90%.

Tant la Ans5 com la Dep5 són útils com a mètodes d'“screening”, però per tal de copsar el diagnòstic de patologia ansiosa o depressiva, cal també que siguen corroborades les sospites mitjançant l'entrevista clínica tal i com succeeix en la majoria dels mètodes d'“screening” (Inoue et al., 2012).

Els esforços per millorar el tractament d'aquestes malalties comunes en els països desenvolupats inclouen la creació de guies per malalties comunes mentals i la disseminació d'aquestes guies mitjançant l'aprenentatge dels MAP (Gerrity et al., 1999; Lin et al., 1997). Aquest aprenentatge s'ha associat a un increment en la detecció d'aquestes malalties, encara que hi ha estudis que posen en entredit que açò millore el pronòstic d'eixos pacients (Sikorski et al., 2012; Thomson O'Brien et al., 2000; Gerrity et al., 1999). Els programes de millora de qualitat exitosos han inclòs, a més a més de millorar les taxes de reconeixement de les malalties, estratègies diferents com aprofundir en la naturalesa crònica i recurrent de les malalties comunes mentals i la baixa adherència als tractaments de medicina basada en l'evidència (Simon et al., 1999; Simon et al., 2001; Katon et al., 1995; Unützer et al., 2008; Wells et al., 2000). En la revisió sistemàtica de Bower es comprovà que la utilització rutinària d'instruments de

“screening”, l’ experiència professional dels sanitaris i la supervisió per part de l’ especialista promocionaven un millor pronòstic dels pacients (Bower et al., 2006). Al metaanàlisi del 2012 dut a terme per Sikorski i companys es conclou que formació combinada amb implementació mitjançant la difusió de guies de pràctica clínica podria ser una mesura d’ intervenció duradora inclús després que la intervenció acabés.

### 1.5 Interrupcions laborals pels motius de depressió o ansietat

Els estudis sobre l’ impacte laboral dels problemes depressius, i sobretot, dels problemes ansiosos, són pocs (Calvo E., 2009). Diversos autors han estudiat les ILT en un centre específic, constatant que els trastorns mentals són una de les principals causes d’ absentisme laboral i que les enfermetats mentals generen ILT llargues (González-Barcala et al., 2006; López Cuenca et al., 2006; García-Díaz et al., 2006). En un estudi es va analitzar el risc d’ absentisme i la pèrdua de productivitat en una mostra de 1876 persones mitjançant l’ estudi NESDA (Plaisier et al., 2012). Van concloure que els pacients amb trastorns ansiosos tenien un risc 1,84 vegades superior de presentar una ILT de més de dues setmanes i un risc 2,13 vegades major de mostrar deteriorament del rendiment laboral. Eixe deteriorament persistiria després de la suposada remissió dels símptomes. Les persones amb comorbiditat de depressió i ansietat tenen major risc de presentar absentisme laboral i també deteriorament del rendiment laboral (Marciniak et al., 2004).

En un estudi dut a terme pel Ministeri de Treball i Immigració, s’ estudià una mostra de 16.174 persones que van rebre una baixa laboral per “contingència comú per algun trastorn neuròtic” durant els anys 2003-2007. El temps de ILT en dies de mitja

van ser de 80 dies en el cas de trastorns ansiosos, 81 dies en cas de trastorns adaptatius i 104 dies en cas de depressió (Calvo E., 2009).

#### 1.6 Situació de la relació entre Atenció Primària i Salut Mental a La Ribera.

En l'àrea sanitària de La Ribera on s'ha fet l'estudi actual passa com en altres zones del nostre entorn, on en les darreres dècades s'ha produït una demanda creixent de l'atenció en SM que ha portat a una sobrecàrrega assistencial i a la saturació dels Serveis de SM (Landa González et al., 2008; Goñi Sarriés A. et al., 2008; Aparicio, 2002).

El programa d'“enllaç” va ser iniciat en La Ribera en 2006. A continuació es fa una breu cronologia del seu desenvolupament:

2006: Creació i posada en marxa del projecte. Instauració de la figura del psiquiatre referent en cada Zona Bàsica (ZB). Disseny de l'enquesta a MAP sobre la relació AP-SM, aplicació i avaluació de la mateixa.

2008: Creació del Grup de Treball de relació AP-SM (reunions d'enllaç).

2008/09: Elaboració del Subprograma USMIA – Pediatria.

2009: Inici de Vesprades Docents en Salut Mental obertes a tots els clínics del Departament. Creació de la pàgina web “Salut Mental” .

2009/10: Creació de la figura del “MAP Referent” per cada ZB.

2010: Elaboració del Subprograma de Formació dels MAP Referents en SM. Creació de la Carpeta Departamental “AP\_SaludMental”.

2011: Creació del Grup de Treball per l'Avaluació del Programa (format en un 50% per MAP i 50% per psiquiatres).

El “Programa de Col·laboració entre Atenció Primària i Salut Mental” (PCApSm) en l’Àrea de La Ribera sorgeix de la necessitat de coordinació entre els dos serveis, ja que gran part de les consultes al MAP són de patologies relacionades amb la Salut Mental. El programa es basa en el model de col·laboració.

Durant els primers mesos de l’any 2006 es va gestar el PCApSm del Departament de Salut de La Ribera. Després d’una primera reunió en cada Centre d’Atenció Primària (CAP) entre els coordinadors i altres membres dels dos equips, es va assignar un psiquiatre per cadascuna de les 10 Zones Bàsiques (ZB) en que es distribueix el Departament de Salut de La Ribera per realitzar funcions d’enllaç. Les psicòlogues de les diferents Unitats de Salut Mental (USM) es distribuïren també en diferents ZB.

Eixe any es programaren els cursos d’Octubre 2006 a Juny 2007 en totes les ZB, abastant sessions teòric-pràctiques i revisió de guies clíniques, així com l’entrega en molts casos de material psicoeducatiu que servís de guia per als MAP i com informació per al pacient. D’altra banda, es van fer sessions para la gestió pràctica de casos clínics compartits per ambdós serveis. Es va recomanar una freqüència mensual mínima per aquestes sessions tal i com marca la bibliografia existent explicada en la introducció. També es van definir les vies de comunicació (telèfon, correu electrònic informe d’interconsulta) tenint en compte que aquest Departament està completament informatitzat, amb Història Clínica Electrònica i amb Intranet que permet disposar de “Webs” i carpetes departamentals d’ús comú, així com de correu electrònic entre tots els professionals. Al final de cada curs s’extrauen conclusions per tal que el programa siga dinàmic i en constant revisió.

Es va subministrar una enquesta (Annex I) que s'administrà als diferents MAP per conèixer la seua opinió sobre 4 temes relacionats amb SM: La demanda de problemes de SM en AP, l'atenció que se'ls presta, la seua actitud front al pacient amb problemes de SM i els seus coneixements al respecte.

En l'any 2008 es crea el Grup de Treball para el Programa de Col·laboració amb Primària (PCP). Inicialment va estar constituït per membres de l'equip de SM (un per cada unitat específica). Posteriorment, en 2009, s'integren també diversos MAP.

En els anys 2008 i 2009 s'inicia el subprojecte de col·laboració USMIA – Pediatria.

En l'any 2009 s'inicien les Vesprades Docents en SM. Són quatre a l'any, creant un espai més multitudinari per tal de difondre i formar en temes d'interès creixent. Es pretén així crear unes vesprades docents obertes a la resta de professionals sanitaris del nostre Departament, de forma que tots puguen beneficiar-se del coneixement científic respecte al tractament i l'ús de medicaments de forma adient para patologies concretes, d'aspectes referents a la relació entre SM i altres especialitats així com altres temes d'interès. El programa, segons consta en els arxius compartits en la carpeta departamental compartida està detallat a l'annex II.

En el curs 2009/2010, es va seguir implementant el programa PCApSm amb unes directrius generals que incloïen:

- Informar i crear la figura del MAP referent en SM (figura homònima al psiquiatre Referent) en cadascuna de les ZB de salut. El MAP referent opta a fer un rotatori presencial durant 15 dies en la USM corresponent. El MAP referent s'encarrega de la coordinació amb el Psiquiatre d'enllaç (línia directa), de potenciar la participació dels companys en el programa, de l'accés i l'ús del material psicoeducatiu i és el consultor

més immediat en temes de SM per als companys MAP. A més a més, cal que participe en la confecció de les Vesprades Docents que es fan 4 vegades a l'any en La Ribera.

- Programar el curs alternant sessions teòric-pràctiques consensuades i sessions de gestions de casos així com sessions clíniques presentades tant per MAP com per psiquiatria en totes les ZB.

- El material confeccionat com ajuda pràctica o guia consta d'informació sobre:

- a. Actuació front l'ansietat
- b. Actuació front les crisis d'ansietat
- c. Actuació front trastorns adaptatius
- d. Actuació front els Trastorns de la son /higiene de la son
- e. Detecció problemes d'alcohol
- f. Guia pràctica dels trastorns depressius (Intranet).
- g. Guia per ajudar en dol
- h. Detecció de primers episodis de psicosi

- Potenciar la remissió prèvia per e-mail dels casos clínics per les sessions de gestió de casos.

Així mateix es creà una carpeta departamental comuna per el grup (per SM i MAP referents) i per tal de contenir la informació necessària a difondre.

Les diferents unitats específiques - Unitat de Trastorns de Conducta Alimentària, Unitat de Conductes Addictives i Unitat de Salut Mental Infantil i d'Adolescents - han participat en el programa al menys 1 vegada presentant-se en totes les ZB i explicant el seu catàleg de prestacions així com els protocols de derivació i detecció de problemes relacionats.



En l'any 2009 també es crea la pàgina web "Salut Mental" a la que poden accedir tots els professionals del departament, amb 3 apartats: Programa de Col·laboració amb AP, promoció de la SM i Docència i investigació en SM. Cadascun d'aquests apartats es van actualitzant amb activitats, articles i material d'interès.

Durant Setembre de l'any 2010 es realitza una reunió del Grup de Treball a la que són convocats els referents de ambdós equips per tal de revisar i proposar estratègies i directrius del programa. Una de les conclusions a que s'arriba és la necessitat d'avaluar el treball realitzat i per realitzar. És aleshores quan es crea el Grup de Treball per l'Avaluació del Programa, format inicialment per tres psiquiatres, tres MAP, un MIR de SM i el Subdirector Metge de l'Àrea de Salut. (En 2012 s'agregà al grup el psiquiatre sotasignant d'aquesta tesi).

En la tardor de l'any 2010 també es creà la carpeta departamental "AP\_SaludMental", en intranet i d'accés comú per el equip de SM i els referents MAP. En ella s'inclouen les presentacions originals (normalment en format "Power Point") realitzades en les reunions conjuntes en les diferents ZB, guies de pràctica clínica, material psicoeducatiu per entregar als pacients i articles d'interès. Els referents MAP s'encarreguen aleshores de transmetre aquesta informació al seu Centre de Salut corresponent. Així mateix es recomana en eixe moment crear una carpeta específica en cada Centre de Salut a la que accedisquen tots els MAP del centre.

A continuació es detalla cadascun dels components relatats de la Carpeta Departamental:

A. Presentacions originals. Segons consta en els estatus del PCApSm:

- "Manejo de los Trastornos Depresivos.
- Exploración Psicopatológica.

- Cartera de Servicios de Psicología. Criterios de derivación.
- La muerte, la agonía y el duelo.
- Paciente difícil.
- Paciente hiper-frecuentador.
- Detección de la psicosis en AP.
- Presentación Proyecto BDZ.
- Trastornos del Sueño.
- Burnout.
- Normativa de actuación legal en las Urgencias Psiquiátricas.
- Recurso del Departamento relacionados con la Salud Mental.
- Programas de Colaboración USMIA, UTCA y UCA.
- Protocolo de Derivación y Atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Listado Tics y Síndrome de la Tourette (USMIA).
- TDAH casa y escuela. Pautas a seguir (USMIA).
- Técnicas de respiración (USMIA).
- TDAH en Atención Primaria (USMIA).
- Psicofármacos en Pediatría.”

B. Materials escrits. Guies breus per al MAP:

- “Protocolo Coordinación entre los Equipos de AP y SM” (Annex III).
- Guía para el manejo de los Trastorno Depresivos.
- Exploración Psicopatológica.
- Listado Tics y Síndrome de la Tourette (USMIA).
- Guía Breve para el manejo de los Trastornos Adaptativos.

- Técnicas de respiración (USMIA).
- Guía Breve para la Detección de la Psicosis.
- Guión para la presentación de casos clínicos.
- Protocolo “Desintoxicación alcohólica”.
- Test de Hiperactividad adulta de la OMS.
- Valoración del riesgo de suicidio.
- Recursos del Departamento relacionados con la SM.
- Normativa de actuación legal en las Urgencias Psiquiátricas.
- Programa de Formación para Referentes MAP.”

#### C. Material psicoeducatiu:

- “El paciente experto en ansiedad (artículo revista Ribera 10).
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de la ansiedad y de los Trastornos adaptativos.
- Material psico-educativo sobre Benzodiazepinas.
- Material psico-educativo sobre la ansiedad.”

Finalment i amb la creació del grup PCApSm, durant el 2011 s’apleguen a unes conclusions que calia dur a terme:

1. -Avaluació del programa (2006-2010)
2. -Homogenització de les ZB
3. -Potenciar un subprograma d’infermeria
4. -Crear i difondre guies breus clíniques amb abordament de la interrupció del treball.

5. -Formació continuada: Resolució de problemes, teràpia interpersonal, “Counselling”, Teràpia conductual, Teràpia de relaxació impartida per infermeria.
6. -Valoració del futur del programa. Possible integració.

També es reformulen tots els objectius:

1. Els objectius generals:

- Millorar la qualitat de les derivacions.
- Millorar l’adequació de les mateixes (expressat en percentatge).
- Millorar l’accessibilitat a les USM.
- Millorar la gestió de les interrupcions laborals.

2. Els objectius cap als professionals. Comunicació i formació:

- Augmentar el percentatge de casos comentats.
- Protagonisme compartit. Flux bidireccional d’informació.
- Enquesta periòdica sobre coneixements, participació i satisfacció.

3. Els objectius cap a la població:

- Enquesta de satisfacció general i continuïtat percebudes.

4. Objectius d’investigació operativa:

- Analitzar, escollir i desenvolupar treballs per l’avaluació continuada.

1.7 Conclusió d’introducció i justificació final.

És patent que els serveis d’AP s’han convertit no solament en el punt d’entrada del sistema sanitari, sinó també en el principal medi des d’on les necessitats i demandes

en problemes mentals són rebudes i en molts casos ateses (Ribé et al., 2010). És lògic aleshores recomanar una bona formació en psiquiatria en l'àmbit d'AP (Ribé et al., 2010).

Més investigacions sobre l'eficàcia dels diversos elements dels models de col·laboració entre AP i SM centrats en els pacients psiquiàtrics i intervencions són necessàries, existint una mancança general d'aquestos estudis (van der Feltz-Cornelis et al., 2010) i de la seua aplicació local en Europa (Richards et al., 2009). A més a més, cal investigar la relació de psiquiatria amb atenció primària en depressió però també en altres malalties mentals molt prevalents en AP com els trastorns ansiosos, poc estudiats en la literatura (Katon et al., 2002; Arthur et al., 2002; Younès et al., 2008).

En l'àrea sanitària de La Ribera es duu a terme una col·laboració entre MAP i SM d'anys d'evolució, però fins recentment no s'han intentat igualar els mètodes i docència en els diversos sectors inclosos. L'avaluació de la col·laboració és necessària (Younès et al., 2008).

En aquesta tesi es descriu la posada en marxa de mètodes d'avaluació una vegada es porte a terme l'homogenització de tota l'àrea del model d'enllaç emprat. Aquesta avaluació pot ser considerada per l'impacte en els patrons de derivacions d'AP a SM, per la capacitat del MAP i l'habilitat per tal de detectar i tractar malalties mentals que no són derivades a SM i per la qualitat dels resultats d'aquestes intervencions (Gask et al., 1997). Tanmateix, fins ara no s'han establert mecanismes de mesura tàcits i perdurables que aconseguisquen donar llum sobre els suposats beneficis de l'aplicació del model d'enllaç en l'Àrea de La Ribera.

Donada la importància descrita de la relació entre AP i SM i la necessitat d'una adient comunicació entre aquestes dos vessants, es considera que primer cal estudiar la

derivació de MAP a SM i com incideix el model emprat en l'adequada derivació. En aquest sentit s'estudiaran les derivacions fetes a l'àrea, es farà una intervenció reglada homogènia sobre l'adequació de les derivacions i finalment es tornarà a valorar la qualitat de les derivacions.

Seguidament i en relació a estudiar les abans descrites com malalties psiquiàtriques més freqüents en AP, s'analitzaran diversos ítems referents a l'atenció a síndromes depressius i ansiosos i com incideix al respecte el model d'enllaç i les intervencions proposades. A més a més, l'habilitat dels MAP alhora de valorar pacients psiquiàtrics pot variar molt (Bakker et al., 2009) i és per això l'èmfasi amb que s'ha proposat la forma metòdica d'abordament dels processos depressius i ansiosos.

La tesi respondrà a la necessitat d'estudis que puguin ser traslladats al "mon real" ja demandats en previs estudis (Younès et al., 2008). És per això que no busca respondre a la pregunta de si és efectiu el mode de relació entre MAP i SM (ja estudiat abans com s'exposa en esta introducció), sinó mostrar l'aplicació i resultats en eixe "món real" i analitzar tant la forma més freqüent de relació entre AP i SM (derivació) com les patologies més freqüents que necessiten coordinació (ansietat i depressió).

## 2 – HIPÒTESI

Hipòtesi de l'estudi d'aquesta tesi:

→Hipòtesi principal de l'estudi: Amb la instauració completa del PCApSm en La Ribera, millorarà la qualitat de l'informe d'interconsulta i l'adequació de les derivacions d'AP a SM i la concordança diagnòstica en els pacients derivats així com l'abordament dels quadres depressius i ansiosos tractats en AP.

→Hipòtesis secundàries:

En relació amb l'estudi de les derivacions d'AP a SM, augmentarà el nombre de derivacions rebudes, es millorarà la qualitat de l'informe d'interconsulta a SM, augmentarà el nombre de derivacions considerades acceptables o excel·lents a SM, hi haurà un major percentatge de derivacions per causes pertinents i s'augmentaran els paràmetres de concordança diagnòstica entre AP i SM.

En relació amb l'abordament de quadres depressius i ansiosos, es coneixeran millor les característiques dels quadres depressius i ansiosos en AP i els diversos tipus d'antidepressius emprats en la zona, disminuirà el nombre d'interrupcions laborals i la mitjana de dies d'interrupció laboral en persones amb quadres depressius i ansiosos.

### 3 – OBJECTIUS

#### OBJETIU PRINCIPAL:

Valorar si la instauració completa del PCApSm en La Ribera millora la qualitat i l'adequació de l'informe de derivació d'AP a SM, la concordança diagnòstica general en els pacients derivats i l'abordament dels quadres depressius i ansiosos.

#### OBJETIUS SECUNDARIS:

En relació a les derivacions entre AP i SM:

- 1- Conèixer el nombre de derivacions rebudes abans i després de la intervenció i les característiques d'edat i sexe dels pacients derivats.
- 2- Analitzar la qualitat de l'informe d'interconsulta a SM abans i després de la intervenció, donant una qualificació numèrica a les derivacions i destriar-les en no acceptables, acceptables i excel·lents.
- 3- Descriure la pertinença de les mateixes, segons els criteris de Ribé (2010).
- 4- Valorar els paràmetres de concordança diagnòstica entre AP i SM.

En relació a l'abordament dels quadres depressius i ansiosos :

- 1- Conèixer el nombre de pacients que consulten per quadres depressius i ansiosos en AP i els que són derivats a SM. Analitzar les escales Dep5 i Ans5 dels pacients, les puntuacions en valoració clínica i discapacitat associada puntuada pel MAP



- 2- Conèixer la prescripció total d'antidepressius en l'àrea sanitària, destriar-los segons el principi actiu i veure quins són els diagnòstics associats a la prescripció durant 3 mesos abans i 3 mesos després de la intervenció.
- 3- Estudiar el nombre d'interrupcions laborals en persones amb quadres depressius i ansiosos i calcular la mitjana de dies d'interrupció laboral en persones amb quadres depressius i ansiosos 6 mesos abans i 6 mesos després de la intervenció.

## 4 – MATERIAL I MÈTODE

### 4.1 ÀMBIT D'ESTUDI

L'estudi es va realitzar en el Departament de Salut de “La Ribera” de la Comunitat Valenciana.

En el mapa que s'adjunta en la Il·lustració 1, es poden observar la situació geogràfica d'aquest Departament de salut.

El departament de La Ribera està format per un total de 31 municipis, amb un nombre total d'habitants de 259.874 segons l'Estadística del “Padrón Continuo” a 01 de Gener de 2013 (l'any en que es realitzà la major part de les intervencions descrites en aquesta tesi doctoral). (Font: “Instituto Nacional de Estadística”, INE).



Il·lustració 1.- Mapa sanitari de la Comunitat Valenciana

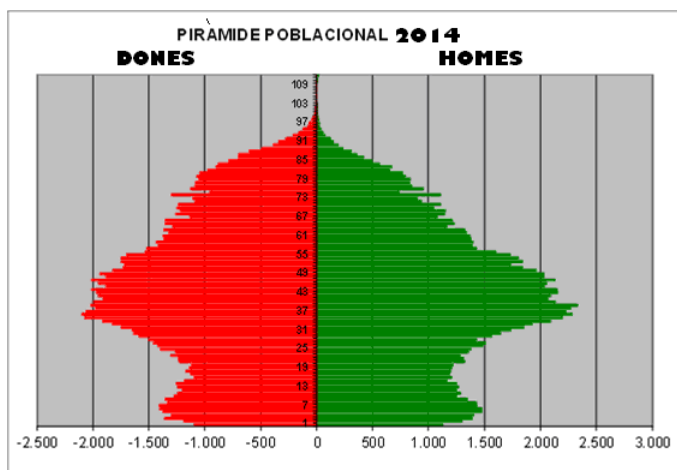
Aquest Departament coincideix quasi amb exactitud amb la comarca valenciana de La Ribera (dividida en Ribera Alta amb capital a Alzira i Ribera Baixa amb capital a Sueca). Alzira és la població on es va construir l'Hospital de La Ribera (De Rosa, 2006). El municipi més poblat és Alzira amb 44.788 habitants i el menys poblat Cotes amb 385 habitants. En la il·lustració 2 es poden veure la situació dels diferents

municipis que formen aquest departament de La Ribera i en la il·lustració 3 es pot veure la piràmide poblacional de la població atesa.

Il·lustració 2.- Mapa Assistencial del departament de salut 11 de La Ribera



Il·lustració 3: Piràmide poblacional de La Ribera en 2014



Actualment, aquest departament s'organitza en 11 Zones Bàsiques de Salut, formades per un total de 5 centres de salut integrats (CSI ), 12 centres de salut, 25 consultoris auxiliars i 4 consultoris d'estiu.

En relació a la Salut Mental, aquest Departament de Salut està comprés per tres Unitats de Salut Mental (USM a Alzira amb tres psiquiatres, una infermera i dues psicòlogues; USM Sueca amb tres psiquiatres, una psicòloga a temps complet i una altra a mitja jornada i una infermera; USM Carlet amb dos psiquiatres, una psicòloga i una infermera), Unitat de Salut Mental de l'Adolescència i la infantesa a Sueca (USMIA) (amb una psiquiatre durant 3 dies a la setmana) i Unitat de Trastorns de Conducta Alimentària a Sueca (a-UTA) (USMIA i a-UTA comparteixen una altra psiquiatre, una infermera i tres psicòlogues) i una Unitat de Conductes Addictives (UCA) a Alzira amb una metgessa, dues psicòlogues i una infermera.

Tota l'àrea de salut es divideix en zones bàsiques (ZB). En la taula 1 es pot veure la distribució de les ZB per cada USM. Cada psiquiatre té assignada una ZB de la que és referent. Cada ZB també té assignat un MAP com referent en SM. Tots dos referents (psiquiatre i MAP de cada ZB) organitzen sessions clíniques i reunions per tal de debatre casos amb els altres MAP de zona regularment seguint les directrius del grup PCApSm.

Taula 1: Divisions de La Ribera per zones bàsiques i adjudicació de referents

USM	Referent USM	Zona Bàsica
Alzira	Psiquiatre 1	Alzira
	Psiquiatre 2	Algemesí
	Psiquiatre 3	Carcaixent
Carlet	Psiquiatre 4	Alberic
	Psiquiatre 5	L'Alcúdia
	Psiquiatre 5	Alginet
	Psiquiatre 4	Carlet
Sueca	Psiquiatre 6	Benifaió
	Psiquiatre 7	Cullera
	Psiquiatre 8	Sueca

Durant l'any 2012 en que es començà l'arreglada de dades d'aquest estudi, es van atendre a les USM de La Ribera 32.554 consultes. També en el 2012 es comptabilitzen 249,81 MAP treballant en consultes ambulatories (els decimals corresponen al còmput per jornada efectivament treballada): 141,98 dels MAP són dependents de la Unió Temporal d'Empreses Ribera Salut i 107,83 dels MAP pertanyen a l'Agència Valenciana de Salut. (Memoria anual 2012. Departamento de Salud de La Ribera).

## 4.2 DISSENY DE L'ESTUDI

Es tracta d'un estudi d'intervenció comunitària format per dos parts:

4.2.1. Estudi de les derivacions entre AP i SM.

4.2.2. Estudi d'abordament en AP dels quadres ansiosos i depressius.

La intervenció en el primer subestudi va ser una sessió clínica formativa als MAP de l'àrea de La Ribera en totes les ZB valorant-se la qualitat i adequació de les derivacions abans i després de la intervenció.

La intervenció en el segon subestudi constà de tres sessions clíniques formatives per als MAP i la posada en marxa d'un protocol d'actuació en cas de sospita de quadre ansiós o depressiu en AP el qual va incloure la recollida de dades en un full per cada pacient amb les escales Ans5 i Dep5, una escala de valoració clínica del MAP i una altra escala de discapacitat associada. Per aquesta última part, el disseny de l'estudi va ser exclusivament descriptiu donat que aquesta informació no es recollia prèviament i l'inici de la seua recollida va ser, precisament, part de la pròpia intervenció. Sí que va ser possible la comparació abans i després d'aquesta intervenció en els paràmetres de prescripció d'antidepressius i en ILT.

No es va optar per un disseny amb randomització dels grups donat que aquest model d'enllaç i col·laboratiu comporta més beneficis al pacient que el model habitual i no seria ètic deixar-lo d'aplicar en algun cas ja que s'empitjora el pronòstic dels pacients que no estiguen inclosos (Katon et al., 1995; Katon et al., 1996; Katon et al., 1999; Bower i Gask, 2002; Bower et al., 2006; van der Feltz-Cornelis et al., 2010).

D'aquesta forma, la tesi s'ha centrat en valorar l'aplicabilitat i els possibles problemes i beneficis del model d'enllaç i col·laboració a l'àrea de La Ribera.

Descripció detallada de les intervencions:

#### 4.2.1. Estudi de les derivacions entre AP i SM.

Entre Octubre de l'any 2012 i Desembre del mateix any es realitzà la intervenció en totes les ZB. El tipus d'intervenció va ser una sessió clínica de tipus teòric presentada mitjançant format "PowerPoint". La intervenció constava de diverses parts organitzades en diapositives.

En primer lloc feien un repàs informatiu sobre l'existència i la constitució actual del grup avaluador del PCApSm, la justificació de la situació actual, de la relació AP-SM al llarg del temps en l'àrea de Salut de La Ribera. Després s'informava d'allò que es pot mesurar en l'enllaç/col·laboració: El primer que s'anava a estudiar era la interconsulta.

En la intervenció també es va explicar:

- Les fases d'aquesta avaluació.
- Que aquesta informació devia ser presentada en cada ZB.
- El full de recollida de dades sobre les interconsultes (Annex IV).
- Les diverses patologies psiquiàtriques i quines cal remetre a SM.
- La concordança diagnòstica entre AP i MAP que deu ser el més elevada possible.
- Com fer una completa exploració psicopatològica.
- Les grans síndromes en psiquiatria i com distingir-les.

- La informació que caldria que contingués una remissió “ideal” segons la bibliografia actualitzada.
- La fulla “Excel” a emplenar després de cada reunió pels referents en cada ZB.

Es recolliren de forma consecutiva les interconsultes de les primeres visites a USM Carlet, USM Alzira i USM Sueca durant 2 mesos previs a la intervenció (Agost i Setembre de l’any 2012) i durant els 2 mesos posteriors (Gener i Febrer de l’any 2013). No es recolliren les de USMIA i UTCA donat que allí deriven principalment Pediatria i altres especialitats, no inclosos en el programa de relació amb primària i que no havien rebut la formació explicada en sessió clínica.

Es descriví la mostra d’interconsultes recollides prèvies a la intervenció i posteriors.

També s’aprofità l’estudi per tal d’avaluar les variables sociodemogràfiques dels pacients derivats a les unitats de SM de La Ribera.

Per ser més comprensible la informació, es dividirà a continuació segons els objectius secundaris descrits en apartat “objectius”:

4.2.1.1. Conèixer el nombre de derivacions rebudes abans i després de la intervenció i les característiques d’edat i sexe de les mateixes i

4.2.1.2. Analitzar la qualitat de l’informe d’interconsulta a SM abans i després de la intervenció, donar una qualificació numèrica a les derivacions i destriar-les en no acceptables, acceptables i excel·lents.

Es recolliren de forma consecutiva totes les interconsultes provinents d’AP de les primeres visites a USM Carlet, USM Alzira i USM Sueca durant 2 mesos previs a la



intervenció (Agost i Setembre de l'any 2012) i durant els 2 mesos posteriors (Gener i Febrer de l'any 2013).

Comptant amb la interconsulta, els infermers que van rebre en cada centre de SM de l'Àrea Sanitària les primeres visites van emplenar sistemàticament un full (Annex IV) marcant cadascun dels ítems en funció de si la informació constava o no constava en la interconsulta.

Després de la intervenció es recolliren de nou les interconsultes durant Gener i Febrer de l'any 2013 complimentant de nou el full de l'Annex IV per part d'infermeria de nou.

Es descrigué la mostra de derivacions prèvia i posterior a la intervenció i es van avaluar les diferències per veure si hi havia canvis estadísticament significatius.

Amb la finalitat de quantificar la qualitat de les derivacions, un comitè d'experts format pel director (MAP) i secretari (psiquiatre) del grup PCApSm, el Cap de Servei de Psiquiatria (psiquiatre), el Subdirector Mèdic de l'àrea (MAP) i l'autor d'aquesta tesi (psiquiatre), es reuniren per tal d'acordar el valor que se li adjudicaria a cadascun dels ítems avaluats de cada derivació. No hi ha dades en bibliografia fins on coneix l'autor d'esta tesi en que s'haja fet esta tasca prèviament. Es va arribar al següent consens:

Taula 2: Valor adjudicat a cada informació de la derivació

EDAT	1 punt
SEXE	1 punt
PROCEDÈNCIA	0,5 punts
TIPUS DE DOCUMENT	1 punt si és Interconsulta, 0.5 punts si és una còpia de contacte
ANTECEDENS PSIQUIÀTRICS I TRACTAMENTS	3 punts
DESCRIPCIÓ DE LA MALALTIA ACTUAL	3 punts
COMENÇAMENT, EVOLUCIÓ I RESPOSTA A TRACTAMENT	2 punts
MALALTIES FÍSiques COEXISTENTS I TRACTAMENTS	2 punts
PROBLEMES PSICOSOCIALS COEXISTENTS	2 punts
CONSUM ALCOHOL O DROGUES	2 punts
ÚS D'ESCALES I QÜESTIONARIS	1 punt
DIAGNÒSTIC PROVISIONAL 5 DÍGITS CIE 9	2 punts
MOTIU DE LA DERIVACIÓ	2 punts

La menció del pacient en la sessió entre MAP i SM i la menció de si se sospita Retràs Mental solament es descriví als resultats, no tenint una qualificació específica.

Es van fer també tres anàlisis més en diferents subgrups per tal de valorar possibles agents distorsionadors dels resultats:

4.2.1.1.a. Per tal de valorar si les derivacions prèviament comentades en sessió d'enllaç diferien de la resta en quant a qualitat i acceptabilitat es refereix, s'estudiaren també com a subgrup i es compararen amb la resta. És de suposar que aquestes derivacions, com ja estaven parlades en sessió conjunta MAP-SM, contenien menys informació registrada donant per entès que ja se sabia.

4.2.1.1.b. Es podria pensar que la mostra abans descrita és molt heterogènia, perquè involucra a MAP que podrien ser substituïts o inclús metges residents. Es comparà la qualitat de les interconsultes i els ítems recollits en cadascuna tenint en compte solament el grup de metges amb un grup de pacients estables (“cupo”) donat que la resta de metges podrien no tenir una relació metge-pacient consolidada, podent afectar eixa condició als resultats del present l'estudi.

En aquest cas, també es destrià cadascuna de les derivacions d'aquests MAP en derivacions urgents, preferents i ordinàries i en cada grup es va subdividir la mostra en derivacions no acceptables i acceptables o excel·lents.

4.2.1.1.c. Es compararen les derivacions prèvies i posteriors a la intervenció del grup de MAP que van assistir a la intervenció (els MAP que tenen “cupo” i també els que no el tenen) i, d'altra banda, dels MAP que no van acudir a la intervenció.

La qualificació màxima de una derivació podia ser de 22.5 punts. Es considerà una derivació excel·lent si tenia 14 ó més punts o bé si tenia 10 ó més i estava comentada en les sessions entre MAP i SM. La derivació es considerà acceptable si puntuava entre 9.5 i 14 punts. La derivació seria qualificada de no acceptable si tenia menys de 9.5 punts.

4.2.1.3. Descriure la pertinença de les mateixes (derivacions), segons els criteris de Ribé (2010).

Es comparà el percentatge de derivacions adients (segons criteris de Ribé del 2010) en la mostra prèvia i posterior a la intervenció. Ribé (2010) descriu els criteris de la derivació psiquiàtrica ordinària i preferent que són adients.

Els criteris de la derivació psiquiàtrica ordinària serien:

- Trastorn depressiu que no tinga milloria després de 4-6 setmanes de tractament antidepressiu.
- Pacient en situació de “crisi”, a causa d’un aconteciment vital o no però que implique: Sofriment o risc vital per al pacient o inadaptació (com pot donar-se per una incapacitat laboral transitòria).
- Trastorn Depressiu Major que abans haja presentat símptomes maníacs. Es a dir, que el diagnòstic s’aproxime al trastorn bipolar.
- Trastorn alimentari (anorèxia, bulímia).
- Qualsevol trastorn psiquiàtric en que el pacient tinga un risc d’autòlisi, o bé, en que el pacient haja protagonitzat una temptativa.
- Trastorns psicòtics i pacients amb simptomatologia delirant.
- Pacients que no milloren perquè presenten un trastorn de personalitat de base que faça necessària atenció psicoterapèutica especialitzada.
- Pacients en que es puga intuir patologia psiquiàtrica mitjançant trastorns de la conducta, canvis d’actitud, deteriorament del funcionament relacional, social o laboral i/o que comporten un difícil diagnòstic.
- Confirmació diagnòstica o de tractament.
- Informes diversos d’índole burocràtica administrativa.

- Els problemes d'abús de tòxics es deriven directament a centres especialitzats en atenció i seguiment de toxicomanies i addiccions.

A continuació s'estudien els criteris de derivació psiquiàtrica preferent. Des de la perspectiva del servei públic, la prioritització contempla sobretot els trastorns mentals més greus i/o amb major repercussió psicosocial. En la prioritització es deu tenir en compte:

- Grau de severitat clínica.
- Risc vital.
- Risc psicosocial.
- Considerar grups d'edat com per exemple les persones d'edat avançada que, per la seua situació social, comorbiditat i psico-organicitat, podrien ser ocasionalment més prioritaris independentment del seu entorn basal.
- comorbiditat amb malaltia mèdica crònica.
- Considerar la necessitat i possible angoixa del metge que deriva.

#### 4.2.1.4. Valorar els paràmetres de concordança diagnòstica entre AP i SM.

D'altra banda, es compararen els diagnòstics reflectits en la interconsulta (o en Abucasis en cas que no estigués reflectit en la interconsulta) amb els diagnòstics adjudicats pels psiquiatres i psicòlegs una vegada vistos els pacients en SM. Cal explicar que en l'àrea de Salut de La Ribera s'utilitza Abucasis per part d'AP i un sistema informàtic diferent anomenat SIAS ("Sistema Integral de Ayuda Asistencial") per part d'especialitats. Per tant, es compararen els diagnòstics posats pels MAP en Abucasis en el moment de la derivació amb els diagnòstics posats des de SM en SIAS quan el pacient havia sigut valorat per tal d'avaluar la concordança diagnòstica entre els

dos nivells assistencials. Els resultats s'expressaren mitjançant percentatges i també l'índex "kappa".

Es va assumir com prova de referència l'avaluació psiquiàtrica i es van desestimar els casos en que no constava el diagnòstic en psiquiatria o per part de MAP (en Abucasis).

Es considerà que el diagnòstic concordava quan els diagnòstics de MAP i de SM estaven dins d'un mateix grup dels grans quadres sindròmics acollits en la CIE-9 mitjançant tres dígits (s'utilitza esta classificació i no la versió més moderna perquè és la que es fa servir en el sistema informàtic hospitalari en el moment de l'estudi). Ací baix s'exposen els grups diagnòstics de la mateixa forma que es va transmetre per escrit als MAP en la sessió clínica:

“La codificación CIE-9 de los grandes Síndromes Psiquiátricos:

- Síndrome psicótico (295, 297, 298)
- Síndromes afectivos (296)
  - . Trastronos maníacos: 296.0 y 296.1
  - . Trastornos depresivos: 296.2 y 296.3
  - . Trastornos bipolares: 296.4 y 296.5
- Síndromes neuróticos (300)
  - . Trastornos de ansiedad: 300.0
  - . Histerias: 300.1
  - . Trastornos fóbicos: 300.2
  - . Trastorno Obsesivo Compulsivo: 300.3
  - . Depresión neurótica: 300.4
  - . Hipocondría: 300.7

- Trastornos de personalidad (301)
- Síndrome de dependencia al alcohol (303)
- Dependencia a droga (304)
- Abuso de alcohol o droga sin dependencia (305)
- Trastornos del sueño (307.4)
- Trastornos de la alimentación (307.5)
- Reacción aguda al estrés (308)
- Trastornos de adaptación (309)
- Retraso mental (317-319)

Los dígitos 4º y 5º añaden especificidad al diagnóstico.”

#### 4.2.2. Estudi d'abordament en AP dels quadres ansiosos i depressius.

Es tracta d'un estudi que es va fer sobre una mostra de pacients adults que acudiren a visites rutinàries als seus centres de salut d'AP. Va ser un estudi d'implantació o eficàcia real amb la finalitat d'examinar l'aplicació d'aquest model de col·laboració/enllaç entre AP i SM.

Es va oferir la participació a tots els MAP del Departament de Salut de La Ribera. La intervenció consistí en 3 sessions clíniques en cadascuna de les zones bàsiques:

La primera sessió versà sobre la “desmedicalització en SM”. Es va presentar en Gener de l'any 2014. Els MAP referents de cada ZB explicaren quins malestars psicològics cal tractar i quins cal normalitzar i no tractar farmacològicament. Les diapositives presentades en totes les ZB es poden veure en l'Annex V.

La segona sessió es va fer en Febrer de l'any 2014 i tractà sobre les habilitats psicoterapèutiques bàsiques en AP. Les diapositives presentades per l'equip de psicologia en totes les ZB es poden veure en l'Annex VI.

La tercera sessió clínica es va fer en Març i Abril de l'any 2014 i en ella es proposà que es passaren dues escales breus anomenades Dep5 i Ans5 a cada pacient amb sospita de clínica depressiva o ansiosa que acudira al MAP per tal de saber si existeix o no un cas a tractar i es proposà qué fer segons els resultats. Aquesta primera part d'aquest subestudi consistí en un estudi observacional descriptiu per tal de conèixer el nombre de pacients atesos amb sospita de quadres depressius o ansiosos en AP i quants d'ells serien derivats a SM així com les característiques de les respostes a les escales Dep5 i Ans5 dels pacients. En el mateix full on estaven reflexades aquestes escales s'introduí una escala de 0 a 3 sobre discapacitat i una altra de 0 a 4 de la valoració clínica per part del MAP així com el diagnòstic provisional proposat. Aquestes escales ja havien sigut utilitzades per un estudi multicèntric de la OMS sobre malalties mentals en la CIE 11: "Depresión, ansiedad y síntomas somáticos en centros de atención primaria de todo el mundo: Estudio de campo de la CIE-11-AP". Es tractava d'un projecte d'investigació pública en desenvolupament en que participà també La Ribera amb la referència següent: "Estudio de campo de la CIE-11-AP, RPC 565, Versión 2, 8/4/2013". Es recolliren totes les escales passades durant Maig - Juliol de l'any 2014 en el Departament de Salut per tal d'avaluar l'aplicabilitat del mètode i també l'efectivitat. Les diapositives d'aquesta tercera sessió consten en l'Annex VII.

El full que havien de completar els MAP en cada pacient en que se sospite un quadre depressiu o ansiós es mostra en Annex VIII.



El punt 1 del full a emplenar és útil per poder valorar la pertinença de la interrupció laboral. Les recomanacions que es donen a aquest respecte son: En relació al punt 1 del full d'emplenament cal explicar que la interrupció laboral transitòria (ILT) serà adient si el pacient puntua 3. Si el pacient puntua 2 cal valorar individualment la pertinença de ILT o no (si l'activitat afectada és imprescindible per al treball sí cal ILT). No s'indica ILT si puntua 1 ó 0. Cada 15 dies revisar el cas i, si el pacient torna a puntuar 0, 1 ó 2 (sense afectació d'activitat relacionada amb treball), cal donar l'alta laboral.

En relació a les intervencions sobre el pacient, es proposà el següent: Quan els pacients puntuen positiu en Dep5 al menys les dues primeres preguntes cal veure la puntuació del punt 2 (valoració clínica del MAP).

Si el punt 2 puntua 0 ó 1 no cal tractament.

Si puntua 2 cal indicar una activació conductual des d'AP en forma de recomanacions cognitivo-conductuals.

Si puntua 3 cal posar tractament i valorar si cal teràpia de recolzament. Valorar al cap de 4 setmanes la resposta i derivar a USM si no és satisfactòria.

Si puntua 4 cal iniciar tractament farmacològic i derivar a USM.

Per tal que quede més clara aquesta informació, es presenta en esquema:

“1. La discapacidad asociada a este perfil sintomático es

0 = ninguna discapacidad en absoluto -----→NO ILT

1 = puede realizar todas las actividades pero cada vez con mayor dificultad→NO ILT

2 = deterioro de al menos una actividad---→ILT SOLAMENT SI L'ACTIVITAT

AFECTADA TE RELACIÓ AMB EL TREBALL

□ 3 = deterioro de todas las actividades (tareas domésticas / trabajo fuera de casa / actividades sociales--→ILT

2. Mi propia valoración clínica es que el paciente está

□ 0 = totalmente normal----→NO CAL TRACTAMENT

□ 1 = subclínicamente alterado--→NO CAL TRACTAMENT

□ 2 = levemente trastornado o alterado--→ACTIVACIÓ CONDUCTUAL

□ 3 = moderadamente trastornado o alterado----→TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

I TERÀPIA DE RECOLZAMENT-----→SI NO HI HA RESPOSTA EN 4 SETMANES DERIVAR A USM

□ 4 = muy trastornado o alterado-----→INICIAR TRACTAMENT FARMACOLÒGIC (SI POT SER CONSENSUAT MITJANÇANT TASCA D'ENLLAÇ) I DERIVAR A USM”

Segons els objectius formulats en este subestudi, les tasques que es van fer eren les següents:

4.2.2.1. Conèixer i analitzar les escales Dep5 i Ans5 dels pacients dels que els MAP van emplenar els fulls proposats, la discapacitat associada puntuada pel MAP, les puntuacions en valoració clínica i el diagnòstic proposat pel MAP.

Es recolliren totes les fulles emplenades amb les dades dalt nomenades durant els mesos de Maig i Juny de l'any 2014 i es va fer una base de dades per tal d'analitzar-les i descriure-les.

4.2.2.2. conèixer la prescripció total d'antidepressius en l'àrea sanitària, destriar-los segons el principi actiu i veure quins són els diagnòstics associats a la prescripció durant 3 mesos abans i 3 mesos després de la intervenció.

El departament de farmàcia va proveir un full "Excel" amb el llistat de tots els antidepressius prescrits en l'àrea sanitària fent la recerca segons els codis d'Abucasis N06AA (antidepressius tricíclics), N06AB (inhibidors selectius de la recaptació de serotonina) i N06AX (la resta d'antidepressius). Posteriorment es filtrà la informació per la data de prescripció (3 mesos previs, Octubre - Desembre de l'any 2013, i 3 mesos posteriors a la intervenció, Maig - Juliol de l'any 2014) i pel metge prescriptor (es van excloure les prescripcions de metges d'especialitats donat que no van rebre la intervenció i no formen part del programa). Es descriuí el nombre total de prescripcions abans i després de la intervenció i s'estudiaren també els principis actius prescrits abans i després de la intervenció.

4.2.2.3. Estudiar el nombre d'interrupcions laborals en persones amb quadres depressius i ansiosos i calcular la mitjana de dies d'interrupció laboral en persones amb quadres depressius i ansiosos abans i després de la intervenció.

Esta part del subestudi consistí en un estudi postintervenció analític per veure el nombre de ILT abans i després de la intervenció associades a ansietat i depressió i la mitjana de dies de ILT abans i després de la intervenció. En aquest cas l'avaluació es preferí fer de sis mesos abans i sis mesos després donat que les ILT en casos de depressió i ansietat poden ser prolongades i es considerà que un període de tres mesos com en el punt 2 seria insuficient.

## 4.3 POBLACIÓ I MOSTRA

### 4.3.1 Subestudi sobre les derivacions d'AP a SM.

Població diana: Pacients derivats des d'AP a les unitats de SM.

Població d'estudi: Pacients derivats des d'AP a SM en l'àrea sanitària de La Ribera.

La mostra: Tots els pacients amb derivacions provinents d'AP a SM durant els mesos d'Agost i Setembre de l'any 2012 i Gener i Febrer de l'any 2013 que acomplisquen els criteris d'inclusió de l'estudi.

Criteris d'inclusió:

- Adults (majors de 18 anys).
- Pacients derivats a SM ambulatòria d'adults per part d'AP durant dos mesos previs a la intervenció (Agost i Setembre de l'any 2012) i durant els 2 mesos posteriors (Gener i Febrer de l'any 2013).
- Amb informe de derivació en paper o que aquest informe es pugui veure en Abucasis.

Criteris d'exclusió:

- Menors (menor de 18 anys).
- Pacients que acudiren a SM ambulatòria d'adults derivats d'especialitats (els metges d'especialitats no van rebre la formació sobre derivacions a SM).
- Derivacions fora del període de recollida de dades.

### 4.3.2 Subestudi sobre l'abordament dels quadres ansiosos i depressius en AP.

Població diana: Pacients amb sospita de patir trastorns depressius o ansiosos.

Població d'estudi: Pacients amb sospita de patir trastorns depressius o ansiosos en AP en l'àrea sanitària de La Ribera.

La mostra: Tots els pacients amb sospita de patir trastorns depressius o ansiosos dels que els MAP van emplenar el full proposat durant els mesos de Maig a Juliol de l'any 2014 en AP del Departament de Salut de la Ribera que acomplisquen els criteris d'inclusió.

Criteris d'inclusió:

- Adults (majors de 18 anys)
- Pacients amb la informació del full descrit en Annex VIII emplenada.
- Pacients amb sospita de patir de trastorns depressius o ansiosos en AP durant els mesos de Maig a Juliol de l'any 2014.

Criteris d'exclusió:

- Menors d'edat (menys de 18 anys).
- Pacients sense la informació del full descrit en Annex VIII emplenada.
- Fulls de l'Annex VIII emplenats fora del període de recollida de dades.

A més a més d'aquests subestudis, s'ha recollit la següent informació per tal de respondre a la resta dels objectius plantejats a l'estudi:

Taula 3: Informació que es busca i període de recollida de dades sobre la prescripció d'antidepressius, la incidència de ILT i el total de dies de ILT.

Títol	Informació que es busca	Període de recollida de dades
Prescripció d'antidepressius	Nombre total de prescripcions d'antidepressius en la zona sanitària de La Ribera per part d'AP i SM	3 mesos previs (Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 3 mesos després de la intervenció (Maig, Juny i Juliol del 2014).
Incidència de la interrupció laboral en depressió / ansietat	Nombre d'interrupcions laborals per causes d'ansietat o depressió en la zona sanitària de La Ribera.	6 mesos previs (Juliol, Agost, Setembre, Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 6 mesos després de la intervenció (Maig, Juny, Juliol, Agost, Setembre i Octubre del 2014).
Total de dies de la interrupció laboral en depressió / ansietat	Total de dies de les interrupcions laborals per causes d'ansietat o depressió en la zona sanitària de La Ribera.	6 mesos previs (Juliol, Agost, Setembre, Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 6 mesos després de la intervenció (Maig, Juny, Juliol, Agost, Setembre i Octubre del 2014).

## 4.4 VARIABLES

### 4.4.1. Primer subestudi sobre les derivacions d'AP a SM:

Distingirem entre les variables associades a la descripció de la mostra, les variables associades a la qualitat de la interconsulta i les variables associades a l'adequació i concordància diagnòstica de la derivació.

#### 4.4.1.1. Variables associades a descripció de la mostra. Es descriuen en la taula 4.

Taula 4: Variables sobre la descripció de les derivacions, possibles valors i fonts d'informació

VARIABLES	POSSIBLES VALORS	FONT D'INFORMACIÓ
Edat	0-Infinit	Informe de derivació a SM
Sexe	Home / Dona	Informe de derivació a SM
Procedència	USM Alzira / USM Sueca / USM Carlet	Informe de derivació a SM

4.4.1.2. Variables associades a la qualitat de l'informe d'interconsulta. Es mostren en la taula 5.

Taula 5: Variables sobre la qualitat de les derivacions, possibles valors i fonts d'informació

VARIABLES	POSSI- BLES VALORS	FONT D'INFORMACIÓ
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Descripció de la malaltia actual	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Començament, evolució i resposta al tractament	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Malalties físiques coexistents i tractaments	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Problemes psicosocials existents	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Consum d'alcohol o drogues	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Ús d'escala o qüestionaris	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Diagnòstic provisional	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)
Motiu de la derivació	Sí/No	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)



En el subgrup de metges amb “cupo”, s’estudià també la variable “urgència de la derivació” com es pot veure en la taula 6:

Taula 6: Variables, possibles valors i font d’informació específics per MAP amb “cupo”

VARIABLES	POSSI-BLES VALORS	FONT D’INFORMACIÓ
Urgència de la derivació	Urgent / Preferent / Ordinària	Informe de derivació a SM

Cada variable dels apartats A i B va rebre una puntuació segons consta en la taula 2 (apartat “disseny de l’estudi”). Sent així la variable conclusiva la motrada en la taula 7.

Taula 7: Variables, possibles valors i font d’informació en relació a la qualitat de la interconsulta

VARIABLES	POSSIBLES VALORS	FONT D’INFORMACIÓ
Qualitat de la interconsulta	No acceptable, acceptable i excel·lent. Es considerarà una derivació excel·lent si te 14 o més punts o bé si te 10 o més i està comentada en les sessions entre MAP i SM. La derivació es considerarà acceptable si puntua entre 9.5 i 14 punts. La derivació serà qualificada de no acceptable si te menys de 9.5 punts.	Informe de derivació a SM i qüestionari específic (Annex IV)

#### 4.4.1.3. Variables associades a l'adequació de la interconsulta i concordança diagnòstica.

Aquestes variables es mostren en la taula 8.

Taula 8: Variables associades a l'adequació i concordança diagnòstica de la interconsulta.

VARIABLES	POSSIBLES VALORS	FONT D'INFORMACIÓ
Derivacions per causes adients.	Sí / No  Es considerarà que la derivació té una causa adient si està contemplada en els criteris de Ribé (2010).	Informe de derivació a SM
Concordança Diagnòstica	Sí / No  Els diagnòstics concordaran si el diagnòstic rebut en SM i en AP està dins dels grans grups sindròmics de la CIE-9 en l'apartat de psiquiatria.	Diagnòstic d'Abucasis o de la derivació (AP) i diagnòstic en SIAS (SM).

#### 4.4.2. Segon subestudi sobre l'abordament dels quadres ansiosos i depressius en AP.

Distingirem entre les variables associades al diagnòstic de Depressió / Ansietat i les variables associades amb la prescripció i ILT relacionades amb Depressió / Ansietat.

##### 4.4.2.1. Variables associades a diagnòstic de Depressió / Ansietat. S'expliquen en la taula 9.

Taula 9: Variables associades a diagnòstic de Depressió / Ansietat

VARIABLE	POSSIBLES VALORS	FONT INFORMAC
Ansietat	<p>Sí/no. Es considera un cas d'Ansietat quan la resposta siga positiva en, al menys, les dues primeres de les següents subvariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A1 “¿Se ha sentido nervioso o ansioso durante las últimas dos semanas?”</li> <li><input type="checkbox"/> A2 “¿Se ha dado cuenta de que no puede controlar su preocupación?”</li> <li><input type="checkbox"/> A3 “¿Ha tenido problemas para relajarse?”</li> <li><input type="checkbox"/> A4 “¿Ha estado inquieto, le ha resultado difícil quedarse quieto?”</li> <li><input type="checkbox"/> A5 “¿Ha tenido miedo a que ocurra algo horrible?”</li> </ul>	VIII. Questionaris Ans5 dins el full de l'Annex
Depressió	<p>Sí/No. Es considera un cas de depressió quan la resposta siga positiva en, al menys, les dues primeres de les següents subvariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> D1 “¿Se ha sentido deprimido todos los días durante las últimas dos semanas?”</li> <li><input type="checkbox"/> D2 “¿Durante las últimas dos semanas ha notado que ciertas actividades le interesen o le agraden menos?”</li> <li><input type="checkbox"/> D3 “¿Le ha costado concentrarse?”</li> <li><input type="checkbox"/> D4 “¿Ha tenido sensación de inutilidad?”</li> <li><input type="checkbox"/> D5 “¿Ha sentido que quiere morir o ha tenido pensamientos relacionados con la muerte?”</li> </ul>	Questionaris Dep5 dins el full de l'Annex VIII.

4.4.2.2. Variables associades amb prescripció i ILT relacionades amb Depressió / Ansietat:

Taula 10: Variables associades amb prescripció i ILT relacionades amb Depressió / Ansietat

Prescripció d'antidepressius	0-Infinit	Responsable de Farmàcia de zona proporciona nombre total de prescripcions d'antidepressius en AP i SM i el diagnòstic a que van associats.
Incidència de la ILT en Depressió / Ansietat	0-Infinit	Abucasis
Diagnòstic associat a la incidència ILT en Depressió / Ansietat	Qualsevol diagnòstic de CIE-9 dels grups de depressió i ansietat associat a la ILT	Abucasis
Duració mitja de la interrupció laboral en Depressió / ansietat	0-Infinit	Abucasis
Diagnòstic associat a la duració mitja de ILT en Depressió / Ansietat	Qualsevol diagnòstic de CIE-9 dels grups de depressió i ansietat associat a la ILT	Abucasis

## 4.5 ANÀLISI DELS RESULTATS

L'anàlisi de resultats es va fer mitjançant els programes "Microsoft Office Excel" 2010 i amb el paquet estadístic "SPSS" versió 19.0.

4.5.1. Subestudi per valorar les característiques de la intervenció sobre l'informe d'interconsulta a SM.

Es va realitzar en primer lloc un anàlisi descriptiu univariable per conèixer les característiques de la mostra prèvia i posterior a la intervenció que consistí per les variables qualitatives (sexe, procedència del pacient) en el càlcul de freqüències absolutes i relatives i posterior representació gràfica mitjançant diagrames de sectors. Per la variable quantitativa edat, es van calcular mesures de posició o tendència central (mitjana) i mesures de dispersió (desviació típica). La representació d'aquesta variable es va fer mitjançant un diagrama de caixes.

Posteriorment i per tal de conèixer la qualitat de l'informe d'interconsulta, es va realitzar un anàlisi bivariabile per analitzar cadascun dels ítems que deuria contenir una derivació "ideal", abans i després de la intervenció. Per aquesta tasca es va utilitzar l'estadístic Xi-quadrat. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius.

Es va traure la mitja de les qualificacions de totes les derivacions d'abans i després de la intervenció. Es van calcular mesures de posició o tendència central (mitja) i mesures de dispersió (desviació típica). S'utilitzà l'estadístic T-Student per tal de valorar si existien diferències estadísticament significatives. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius.

Es van dividir totes les derivacions en acceptables, no acceptables i excel·lents i es va procedir al càlcul de freqüències absolutes i relatives i posterior representació

gràfica mitjançant gràfics de sectors, comparant-se en una taula final els percentatges de derivacions de cada tipus previs i posteriors a la intervenció.

Més endavant es van fer 3 grups d'estudi per valorar possibles biaixos ocorreguts en anteriors anàlisis:

4.5.1.1. S'analitzaren les derivacions on constava tàcitament que havien estat comentades en reunions entre MAP i SM. Es va estudiar de forma descriptiva totes les derivacions comentades prèviament, presentant una taula amb mesures de posició central (mitja), de dispersió (desviació típica) i màxim i mínim. Després es procedí al càlcul de freqüències absolutes i relatives i posterior representació gràfica mitjançant diagrames de barres i taules. Més endavant, s'analitzà la qualitat d'interconsulta de les derivacions prèvies i les posteriors a la intervenció mitjançant mesures de posició o tendència central (mitja) i mesures de dispersió (desviació típica). Es va fer un càlcul estadístic amb U de Manwhitney comparant estadísticament els dos grups. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius.

4.5.1.2. S'estudiaren les derivacions dels MAP que tenien un "cupó" associat i estable. Es destriaren les derivacions entre urgents, preferents i ordinàries i es va veure quines d'elles eren acceptables o excel·lents abans i després de la intervenció, mostrant el càlcul de freqüències absolutes i relatives i posterior representació gràfica mitjançant diagrames de sectors i taules. S'estudià si havia augmentat o disminuït en termes absoluts i relatius les derivacions adients (acceptables i excel·lents).

4.5.1.3. S'analitzaren les derivacions solament dels MAP que sí van acudir a la intervenció comparant-les amb les derivacions dels que no van acudir. S'estudiaren les freqüències relatives de presència o absència de cada ítem que deu contenir una derivació "ideal" abans i després de la intervenció, presentant-ho en taules.

Posteriorment s'analitzaren estes dades qualitatives mitjançant l'estadístic Xi-quadrat. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius. Després, es van comparar les mitges de qualificació de les derivacions pre i postintervenció dels MAP que sí van vindre a la intervenció mitjançant l'estadístic T-student. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius. També es van destriar les derivacions prèvies i posteriors a la intervenció segons eren qualificades de no acceptables, acceptables i excel·lents, presentant les freqüències absolutes en una taula i posteriorment en gràfics de sectors. S'utilitzà l'estadístic Xi-quadrat per valorar si existien diferències significatives en aquesta variable qualitativa policotòmica. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius.

Posteriorment es van descriure amb freqüències absolutes i relatives les derivacions pertinents rebudes.

Finalment, es van mostrar en una taula les freqüències absolutes de la concordança diagnòstica i es van descriure les freqüències relatives.

#### 4.5.2. Estudi de l'abordament de depressió i ansietat.

##### 4.5.2.1. Anàlisi dels fulls emplenats quan se sospitava un quadre de Depressió o Ansietat.

Es van estudiar les escales Dep5 i Ans5 dels pacients, les puntuacions en valoració clínica i la discapacitat associada puntuada pel MAP, es van descriure la mitjana i desviació típica de les edats de la mostra prèvia i posterior a la intervenció i es va representar en diagrames de caixes. També es mostrà la distribució de les mostres per sexes i es representà en gràfics de sectors. Es van analitzar les escales Dep5 i Ans5 i es van mostrar el resultats en freqüències absolutes i relatives dels resultats positius i

negatius en cadascun dels ítems i de Dep5 i Ans5 que corroboren diagnòstics de depressió o ansietat. Es considerarà cas si resultaven positius els dos primers ítems d'alguna de les escales Dep5 o Ans5. Els resultats es van presentar també en diagrames de sectors. Posteriorment es mostrà la puntuació mitja en l'escala de discapacitat global i també destriant per grups de positiu en escala Dep, Ans o ambdues o negatiu en ambdues escales. Es presentà el resultat en diagrames de barres. En quant a la valoració clínica, es mostrà la puntuació mitja global i també destriant per grups de positiu en escala Dep, Ans o ambdues o negatiu en ambdues escales. Es presentaren les freqüències absolutes i relatives de persones que van ser enquestades pels MAP i que patien depressió ansiosa, sols depressió, sols ansietat o cap de les dues. Es va destriar el grup segons si els pacients eren casos de depressió (positiu a D1 i D2) o no i si eren casos d'ansietat (positiu a A1 i A2) o no per tal de comparar-los amb la resta del grup segons els paràmetres analitzats en els apartats de dalt. Es van descriure freqüències absolutes i relatives de cadascun dels apartats i es va presentar la informació en diagrames de sectors.

#### 4.5.2.2. Prescripció d'antidepressius.

Amb l'objectiu de conèixer la prescripció total d'antidepressius en l'àrea sanitària i destriar-los segons el principi actiu durant 3 mesos abans (Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 3 mesos després de la intervenció (Maig, Juny i Juliol del 2014), el departament de farmàcia va proveir un full "Excel" amb el llistat de tots els antidepressius prescrits en l'àrea sanitària fent la recerca segons els codis d'Abucasis N06AA(antidepressius tricíclics), N06AB (inhibidors selectius de la recaptació de serotonina) i N06AX (la resta d'antidepressius). Posteriorment es filtrà la



informació per la data de prescripció (3 mesos previs i 3 mesos posteriors a la intervenció) i pel metge prescriptor (es van excloure prescripcions de metges d'especialitats donat que no van rebre la intervenció i no formen part del programa). Es va presentar el nombre total de prescripcions d'antidepressius, les freqüències absolutes dels principis actius utilitzats durant 3 mesos abans (Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 3 mesos després de la intervenció (Maig, Juny i Juliol del 2014). Es va mostrar mitjançant un diagrama de barres els principis actius prescrits ordenats segons el nombre de prescripcions.

#### 4.5.2.3. Interrupcions laborals per Depressió o Ansietat.

Es va estudiar el nombre d'interrupcions laborals noves per quadres depressius i ansiosos i es va calcular el nombre de dies d'interrupció laboral per estos processos 6 mesos abans (Juliol-Desembre 2013) i 6 mesos després de la intervenció (Maig-Octubre 2014). El Servei d'Inspecció va aportar aquesta informació. Es va presentar la informació en quadres sobre els dies d'interrupció laboral en relació a cada patologia i mesos, una gràfica dels dies totals en tots els mesos per cada patologia i també uns quadres sobre els nous processos de interrupcions laborals oberts en els períodes previs i posteriors a la intervenció.

## 4.6 RECERCA BIBLIOGRÀFICA

4.6.1. Definició dels pacients a qui va dirigida l'estratègia, la intervenció o comparació i els resultats que es volen avaluar.

Pacients a qui va dirigit l'estudi-----→ En l'estudi de les derivacions des d'AP a SM, serien tots els pacients derivats des d'AP a SM; en l'estudi sobre assistència a depressió i ansietat, serien tots els pacients que consultaren en AP amb sospita de patir algun d'aquestos quadres.

Intervenció-----→ La intervenció en el primer subestudi serà una sessió clínica formativa als MAP de l'àrea de La Ribera. La intervenció en el segon subestudi constarà de tres sessions clíniques formatives per als MAP i la posada en marxa d'un protocol d'actuació en cas de sospita de quadre ansiós o depressiu en AP. Aquest segon subestudi serà d'implantació o eficàcia real amb la finalitat d'examinar l'aplicació d'aquest model de col·laboració/enllaç entre AP i SM.

Comparació-----→ En cap dels dos subestudis s'ha randomitzat cap grup donat que aquest model d'enllaç i col·laboratiu te una eficàcia ja provada com s'acredita en la introducció i no seria ètic deixar-lo d'aplicar en algun cas donat que s'empitjora el pronòstic dels pacients que no estiguen inclosos.

“Outcome” o Resultats-----→ Es busca descriure l'aplicabilitat i eficàcia del model.

#### 4.6.2. Tipus d'estudi.

Els dos subestudis seran de tipus quasiexperimental d'intervenció comunitària.

#### 4.6.3. Termes de recerca.

Descriptors de ciències de la salut (DECs):

Taula 11: DEC 1

Descriptor Inglés:	Cooperative Behavior
--------------------	----------------------

Descriptor Español:	Conducta Cooperativa
Sinónimos Español:	Conducta Dócil Colaboración
Categoría:	<u>F01.145.813.115</u>
Definición Español:	La interacción de dos más <u>personas</u> u <u>organizaciones</u> dirigidas hacia un objetivo común mutuamente beneficioso. Una situación de <u>trabajo</u> o actuación en conjunto con un propósito o beneficio común, por ejemplo, una acción conjunta.
Relacionados Español:	<u>Redes Comunitarias</u>
Número del Registro:	3320
Identificador Único:	D003299

Taula 12 : DEC 2

Descriptor Inglés:	Primary Health Care
Descriptor Español:	Atención Primaria de Salud
Sinónimos Inglés:	Primary Care
Categoría:	<u>N04.590.233.727</u> <u>SP2.001.002</u> <u>SP4.001.002.013</u>
Definición Inglés:	Care which provides integrated, accessible <u>health</u> care services by clinicians who are accountable for

	addressing a large majority of personal <u>health</u> care needs, developing a sustained partnership with <u>patients</u> , and practicing in the context of <u>family</u> and community. (JAMA 1995;273(3):192)	
Nota de Indización Inglés:	IM	
Relacionados Inglés:	<u>Basic Health Services</u> <u>Delivery of Health Care</u> <u>Health Services</u>	
Nota Histórica Inglés:	74(72)	
Calificadores	CL <u>classification</u>	EC <u>economics</u>
Permitidos Inglés:	ES <u>ethics</u>	HI <u>history</u>
	LJ <u>legislation i</u>	MA <u>manpower</u>
	<u>jurisprudence</u>	OG <u>organization i</u>
	MT <u>methods</u>	<u>administration</u>
	ST <u>standards</u>	SN <u>statistics i numerical</u>
	TD <u>trends</u>	<u>data</u>
		UT <u>utilization</u>
Número del Registro:	11756	
Identificador Único:	D011320	

Taula 13 : DEC 3

Descriptor Inglés:	Mental Health
Descriptor Español:	Salud Mental
Sinónimos Español:	Higiene Mental
Categoría:	<u>F02.418</u> <u>N01.400.500</u> <u>SP2.006.102</u> <u>SP4.001.002.043.034</u>
Definición Español:	El <u>estado</u> en el cual la persona está equilibrada (NLM). “Salud Mental es el conjunto de acciones de promoción, prevención y tratamiento referente al mejoramiento, <u>mantenimiento</u> o a la restauración de la <u>Salud Mental</u> de una <u>población</u> . El concepto de <u>Salud Mental</u> incluye la problemática de la <u>salud</u> y de la <u>enfermedad</u> , su <u>ecología</u> , la utilización y la <u>evaluación</u> de las instituciones y de las <u>personas</u> que la usan, el estudio de sus necesidades y de los recursos necesarios, la organización y la <u>programación</u> de los servicios de tratamiento, prevención y <u>promoción de la salud</u> . La <u>Salud Mental</u> , o sea, la condición de <u>salud mental</u> de los individuos y el conjunto de acciones para promoverla y mantenerla es entendida como algo mucho más complejo, considerando las dimensiones psicológicas, sociales

	de <u>salud</u> y los factores psicosociales como determinantes de <u>salud</u> y enfermedad”. (SARACENO, 1999)	
Relacionados Español:	<u>Servicios de Salud Mental</u>	
Calificadores	CL <u>clasificación</u>	EC <u>economía</u>
Permitidos Español:	ED <u>educación</u>	SN <u>estadística i datos numéricos</u>
	EH <u>etnología</u>	HI <u>historia</u>
	LJ <u>legislación i jurisprudencia</u>	ST <u>normas</u>
	MA <u>recursos humanos</u>	TD <u>tendencias</u>
	ES <u>ética</u>	
Número del Registro:	28451	
Identificador Único:	D008603	

Taula 14 : DEC 4

Descriptor Inglés:	Psychiatry
Descriptor Español:	Psiquiatría
Sinónimos Español:	psiquiatre Siquiatría
Categoría:	<u>F04.096.544</u> <u>H02.403.690</u>

Definición Español:	La <u>ciencia</u> médica que estudia el origen, <u>diagnóstico</u> , prevención y tratamiento de los <u>trastornos mentales</u> .	
Nota de Indización Español:	solamente especialidad: no confunda con <u>TRASTORNOS MENTALES</u>	
Calificadores	CL <u>clasificación</u>	EC <u>economía</u>
Permitidos Español:	ED <u>educación</u>	SN <u>estadística i datos numéricos</u>
	HI <u>historia</u>	IS <u>instrumentación</u>
	LJ <u>legislación i jurisprudencia</u>	MT <u>métodos</u>
	ST <u>normas</u>	OG <u>organización i administración</u>
	MA <u>recursos humanos</u>	TD <u>tendencias</u>
	ES <u>ética</u>	
Número del Registro:	12007	
Identificador Único:	D011570	

Taula 15 : DEC 5

Descriptor Inglés:	Depression
Descriptor Español:	Depresión
Sinónimos Español:	Síntomas Depresivos
Categoría:	<u>F01.145.126.350</u>
Definición Español:	Estados depresivos generalmente de intensidad

	moderada comparados con la <u>depresión</u> mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos.	
Nota de Indización Español:	humano i animal; /quimioter: vea tambien <u>AGENTESANTIDEPRESIVOS</u> ; no confunda este o el <u>UP (depresión</u> de “intensidad moderada”) con <u>TRASTORNO DEPRESIVO (depresión</u> ”prominente i relativamente persistente”): psiquiatres diferencian con base en el grado	
Relacionados Español:	<u>Antidepresivos</u>	
Calificadores	RI <u>cintigrafía</u>	SU <u>cirugía</u>
Permitidos Español:	CL <u>clasificación</u>	CO <u>complicaciones</u>
	DI <u>diagnóstico</u>	DH <u>dietoterapia</u>
	EC <u>economía</u>	NU <u>enfermería</u>
	EN <u>enzimología</u>	EP <u>epidemiología</u>
	ET <u>etiología</u>	EH <u>etnología</u>
	PP <u>fisiopatología</u>	GE <u>genética</u>
	HI <u>historia</u>	CI <u>inducido químicamente</u>
	IM <u>inmunología</u>	CF <u>líquido cefalorraquídeo</u>
	ME <u>metabolismo</u>	MI <u>microbiología</u>
	MO <u>mortalidad</u>	UR <u>orina</u>
	PS <u>parasitología</u>	PA <u>patología</u>



	PC <u>prevención i control</u>	PX <u>psicología</u>
	DT <u>quimioterapia</u>	RA <u>radiografía</u>
	RH <u>rehabilitación</u>	BL <u>sangre</u>
	TH <u>terapia</u>	US <u>ultrasonografía</u>
	VI <u>virología</u>	
Número del Registro:	3883	
Identificador Único:	D003863	

Taula 16 : DEC 6

Descriptor Inglés:	Anxiety	
Descriptor Español:	Ansiedad	
Categoría:	<u>F01.470.132</u>	
Definición Español:	Sentimiento o emoción persistente de pavor, aprehensión o desastre inminente, pero no incapacitante como en los <u>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</u> .	
Nota de Indización Español:	humana y animal; diferencie de <u>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</u> , un <u>diagnóstico</u> psiquiátrico	
Relacionados Español:	<u>Ansiolíticos</u> <u>Trastornos de Ansiedad</u>	
Calificadores	RI <u>cintigrafía</u>	SU <u>cirugía</u>
Permitidos Español:	CL <u>clasificación</u>	CO <u>complicaciones</u>

DI <u>diagnóstico</u>	DH <u>dietoterapia</u>
EC <u>economía</u>	NU <u>enfermería</u>
EN <u>enzimología</u>	EP <u>epidemiología</u>
ET <u>etiología</u>	EH <u>etnología</u>
PP <u>fisiopatología</u>	GE <u>genética</u>
HI <u>historia</u>	CI <u>inducido químicamente</u>
IM <u>inmunología</u>	CF <u>líquido cefalorraquídeo</u>
ME <u>metabolismo</u>	MI <u>microbiología</u>
MO <u>mortalidad</u>	UR <u>orina</u>
PS <u>parasitología</u>	PA <u>patología</u>
PC <u>prevención i control</u>	PX <u>psicología</u>
DT <u>quimioterapia</u>	RA <u>radiografía</u>
RH <u>rehabilitación</u>	BL <u>sangre</u>
TH <u>terapia</u>	US <u>ultrasonografía</u>
VI <u>virología</u>	
Número del Registro:	1012
Identificador Único:	D001007

Taula 17 : DEC 7

Descriptor Inglés:	Referral and Consultation
Descriptor Español:	Remisión y Consulta
Sinónimos Inglés:	Consultation Hospital Referral

	Second Opinion
	Gatekeepers, Health Service
Categoría:	<u>N04.452.758.849</u>
Definición Inglés:	The practice of sending a patient to another program or practitioner for services or advice which the referring source is not prepared to provide.
Relacionados Inglés:	<u>Tertiary Care Centers</u>
Nota Histórica Inglés:	68
Calificadores	CL <u>classification</u> EC <u>economics</u>
Permitidos Inglés:	ES <u>ethics</u> HI <u>history</u>
	LJ <u>legislation i</u> OG <u>organization i</u>
	<u>jurisprudence</u> <u>administration</u>
	SN <u>statistics i numerical</u>
	ST <u>standards</u> <u>data</u>
	TD <u>trends</u> UT <u>utilization</u>
Número del Registro:	12438
Identificador Único:	D012017

Les paraules “link”, derivació i interconsulta no tenien resultats de DEC’s amb significat semblant al relatiu a este estudi. Quan es buscà en la web oficial de recerca de descriptors de salut la paraula “col·laboració” o “col·laboratiu” (descrits en castellà), sempre acabà la recerca en “cooperative behaviour”. Tampoc es va obtenir cap resultat relacionat amb “collaborative care” o “collaboration”. En relació al terme Atenció

Primària o Primary Care, sempre es referia a “primary health care” (inclús quan es buscava solament “primary care”). Entre les formes de definir depressió i ansietat s’optà pels termes més amplis.

#### 4.6.4. Fonts d’informació escaients.

Mitjançant l’accés de la biblioteca hospitalària de l’Hospital de La Ribera es podia utilitzar les bases de dades científiques Pubmed, Cochrane i Uptodate. Es va fer la recerca fonamentalment amb PubMed/Medline donat que:

Cochrane te dades, fonamentalment, sobre tractaments (però no sobre pronòstic i diagnòstic com és el cas pertinent en esta tesi).

Uptodate encara és una font de dades poc implantada entre els professionals psiquiatres.

Medline és la base de dades bibliogràfica més important de la National Library of Medicine dels Estats Units. Representa una versió automatitzada de tres índex impresos: Index Medicus, Index to Dental Literature i International Nursing Index. Abarca els camps de la medicina infermeria, odontologia, veterinària, salut pública i ciències preclíniques. Recull les referències bibliogràfiques de més de 11 milions d’articles publicats en unes 3900 revistes mèdiques des de 1966. Cada registre de Medline representa la referència bibliogràfica de un article científic publicat en una revista mèdica.

El sistema de recerca PubMed és un projecte desenvolupat per la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine. Permet l’accés a les bases de dades bibliogràfiques compilades per la citada biblioteca: Medline, PreMedline, Genbak i Complete Genoma. Medline conté les sub-bases: AIDS,

Bioethics, Complementary Medicine, Core Clinical Journals, Dental Journals, Nursing Journals, Pubmed Central que es poden consultar individualment. PubMed comprén més de 23 milions de citacions.

També es van buscar en TESEO tesis doctorals amb els següents paràmetres de recerca:

- “con alguna de las palabras”: “Atención Primaria”
- Que contingueren la paraula clau “Psiquiatria”.

El resultat va ser de 49 tesis doctorals. Solament 8 d'eixes tesis doctorals tenien relació amb l'estudi de l'actual tesi.

En Fisterra es buscà guies clíniques i algoritmes relacionats amb els continguts d'aquest estudi. Es van trobar dues guies clíniques: “El paciente ansioso” y “depresión en el adulto”. També s'utilitzaren els algoritmes inclosos en estes guies.

Per tal de completar la recerca, s'utilitzà “Google Académico”. Així es van buscar articles no indexats en Pubmed que pogueren estar relacionats amb aquesta tesi. La recerca es va fer amb els termes “Atención Primaria” + “Salud Mental” (tant en castellà com en valencià, encara que en valencià solament aparegué un document no relacionat amb el propòsit d'aquesta tesi). D'aquesta forma, també s'esbrinaren els estudis que no han sigut traduïts a l'anglès.

#### 4.6.5. Estratègies de recerca i criteris d'inclusió i exclusió en les recerques.

Les recerques es van fer emprant una combinació de termes Mesh i termes en text lliure amb operador “booleans”, amb la intenció d'augmentar al màxim la sensibilitat de la recerca. La darrera actualització es va fer en Març de l'any 2015.

Els operadors “booleans” són referits a una recerca especialitzada a partir d’un sistema lògic desenvolupat pel matemàtic George Boole que consisteixen en l’ús de tres expressions:

AND: Mostra els enllaços que contenen els dos elements units per aquesta expressió.

OR: Mostra els enllaços amb un o altre element. Per això la recerca és molt més àmplia que l’anterior.

NOT: Exclou una paraula.

Els truncaments són signes que reemplacen a un o diversos caràcters. Habitualment s’empra l’asterisc (\*). Alhora de les recerques bibliogràfiques podem utilitzar el truncament. Amb la recerca en llenguatge natural amb truncament es pot obtenir “soroll documental” o “infoxicació” (articles seleccionats que realment no tenen relació amb els objectius de la recerca).

Els termes Mesh són descriptors de Ciències de la Salut. És un vocabulari control·lat de termes biomèdics que identifiquen el contingut de cada article en la base de dades Medline. El Mesh conté uns 19000 termes que són revisats anualment i que reflexen els canvis en la pràctica mèdica i en la terminologia.

També es van obtenir publicacions més antigues que les de la recerca ací descrita però que resultaven rellevants per l’actual treball i que estaven referenciades en les publicacions inicialment aportades per la primera recerca bibliogràfica.

## Críteris d'inclusió i exclusió:

### Inclusió:

- Idioma: Anglès i Castellà
- Humans
- Resum disponible en les cites
- En les recerques en text lliure [Tw], limitar per títol / resum

### Exclusió:

- Resta d'idiomes que no siguin Castellà o Anglès
- Articles sobre animals
- Resum no disponible en les cites
- Articles buscats per text lliure [Tw] on no estiguen els termes de la recerca al títol o resum

### Estratègies específiques:

1.- (“Primary health care” [TW] OR “Primary Care” [TW] OR “primary healthcare” [TW] OR “Primary Health Care”[Mesh]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh])

Resultat: 15594.

Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 5 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum. ( Abstract; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish; Field: Title/Abstract )

Resultat: 3454

2.- ( “collaborati\*” [tw]) AND (“Primary health care” [TW] OR “Primary Care” [TW] OR “primary healthcare” [TW] OR “Primary Health Care”[Mesh]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh])

Resultat: 988.

Filtres: Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 10 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum. (Abstract; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Field: Title/Abstract.)

Es van trobar 541 articles amb aquesta recerca.

3.- (“collaborati\*”[TW] OR “LINK”[TW]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh])

Resultat:10931

Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 5 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum.(Abstract; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish; Field: Title/Abstract)

Es van trobar 2639 articles amb aquesta recerca.

4.- ((“REFERRAL\*” [TW].) OR (“Referral and Consultation”[Mesh:NoExp] ) ) AND (“Primary health care” [TW] OR “Primary Care” [TW] OR “primary healthcare” [TW] OR “Primary Health Care”[Mesh]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh]))

Resultat: 1821



Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 5 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum. (Abstract; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish;)

Es van trobar 345 articles amb aquesta recerca.

5.- ((“DEPRESSI\*” [TW].) OR (“Depression”[Mesh] OR “Depressive Disorder”[Mesh] ) AND (“Primary health care” [TW] OR “Primary Care” [TW] OR “primary healthcare” [TW] OR “Primary Health Care”[Mesh]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh]))

Resultat: 5499

Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 10 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum. (Abstract; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish)

Es van trobar 2669 articles amb aquesta recerca.

6.- ((“ANXI\*” [TW]) OR “Anxiety”[Mesh:NoExp]) AND (“Primary health care” [TW] OR “Primary Care” [TW] OR “primary healthcare” [TW] OR “Primary Health Care”[Mesh]) AND (“PSYCHIATR\*”[TW] OR “Psychiatry”[Mesh]))

Resultat: 2525

Filtres: Resum disponible; publicat en els darrers 10 anys; articles sobre humans; En Anglès o Castellà i que els termes apareguen al títol o al resum. (Abstract; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish)

Es van trobar 1242 articles amb aquesta recerca.

Es van eliminar les duplicitats i es van obtenir també els articles importants referenciats en els articles resultants de la recerca descrita per tal de no deixar articles importants previs a les restriccions d'aquesta recerca sense tenir-los en compte.

Com que les búsquedes han sigut molt àmplies per tal de no deixar cap article rellevant sense tenir en compte, a partir del títol i el resum dels articles es va esbrinar quins eren rellevant per la tesi actual i quins no.

#### 4.6.6. Alerta en base de dades

Es va crear una alerta en base de dades Pubmed per tal de ser informat si es publicava algun article nou al respecte.

#### 4.6.7. Mètode i estil de les citacions bibliogràfiques.

Es va utilitzar el programa informàtic de gestió de bibliografia i citacions Mendeley versió 1.13.3.

L'estil de citacions es correspon al format APA 6ena edició. Quan la citació bibliogràfica corresponia a una autoria de més de dues persones es va optar per indicar al text solament el primer autor seguit de "et al". Encara que les citacions d'APA permeten posar més de dos autors en algunes referències bibliogràfiques dins el text, es va adoptar aquesta mesura per tal de facilitar la lectura de l'actual tesi. S'ha utilitzat la "i" per tal de citar a dos autors dins del text com correspon a la llengua valenciana emprada en la tesi, però s'ha mantingut la llengua original en la citació bibliogràfica en el apartat "bibliografia" seguint les recomanacions de literatura prèvia (Eco, 1991).

#### 4.7 CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Els estudis que han comprés esta tesi doctoral es van fer d'acord amb els Principis Bàsics per tota la Investigació Mèdica, Declaració de Helsinki, respectant els principis legals aplicables (generals i autonòmics) sobre la protecció de dades personals, així com els referents als drets i obligacions en matèria d'informació i documentació sanitària.

A tots els pacients se'ls demanà consentiment verbal autoritzant així la realització del procediment i mostrant la seua voluntat de ser tractats de forma legal segons la legislació vigent en relació al subestudi de d'abordament i ansietat. No va ser necessari el consentiment per el subestudi sobre les derivacions (consultat amb el Comité d'Ètica hospitalari) donat que no hi havia cap dada personalitzada.

Prèviament al desenvolupament del projecte es va sol·licitar l'aprovació per part del Comité d'Ètica de la Investigació-Comissió de Investigació del Departament de Salut de La Ribera.

## 5- RESULTATS

Per fer més comprensible aquest apartat, es va dividir segons les parts de l'estudi assenyalades en la secció objectius l'estudi. Dins de cada part es va subdividir també segons els apartats explicats en l'anàlisi de resultats.

### 5.1. Estudi de les derivacions entre MAP i SM.

Els objectius d'aquesta part de l'estudi eren:

5.1.1. Conèixer el nombre de derivacions rebudes abans i després de la intervenció i les característiques d'edat i sexe de les mateixes i

5.1.2. Analitzar la qualitat des l'informes d'interconsulta a SM abans i després de la intervenció, donar-los una qualificació numèrica i destriar-los en no acceptables, acceptables i excel·lents.

5.1.3. Descriure la pertinença de les mateixes, segons els criteris de Ribé (2010).

5.1.4. Valorar els paràmetres de concordança diagnòstica entre AP i SM.

Apartat 5.1.1.:

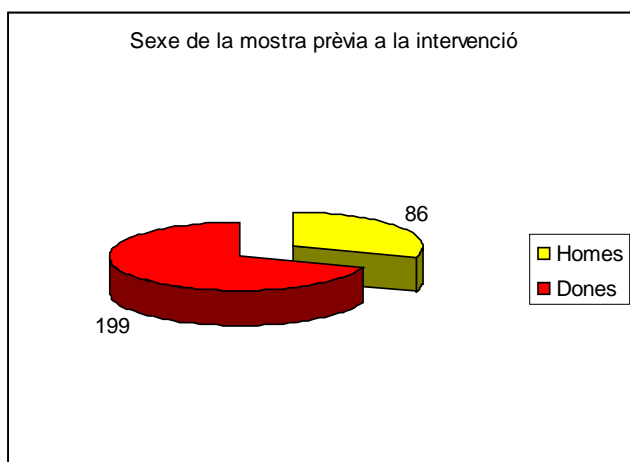
5.1.1. Conèixer el nombre de derivacions rebudes abans i després de la intervenció i les característiques d'edat i sexe de les mateixes.

5.1.1.a. Descripció de la mostra prèvia a la intervenció.

Finalment es comptà amb 285 derivacions de MAP a SM durant 2 mesos previs a la intervenció.

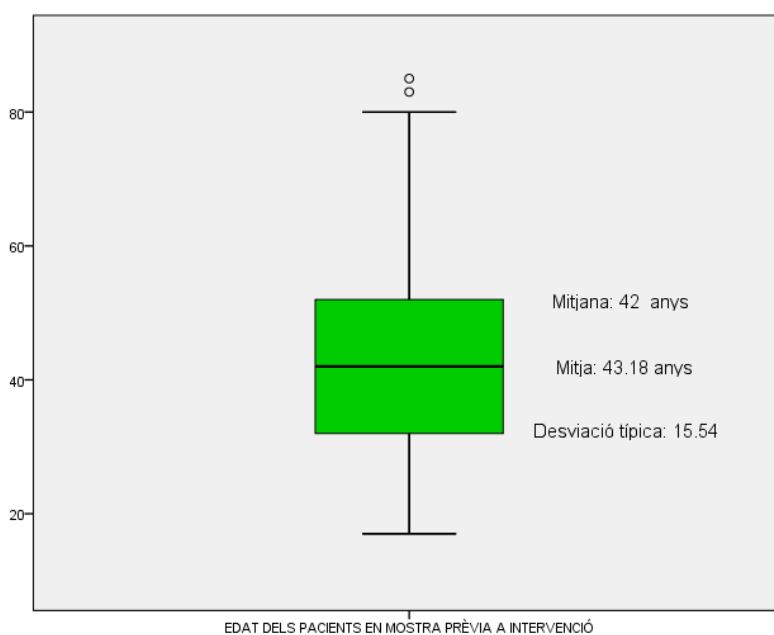
Les dades de gènere es poden veure en el gràfic 1 i van ser: 86 homes (38'028 %) i 199 dones (61'972 %).

Gràfic 1: Sexe de la mostra prèvia a la intervenció en valors absoluts



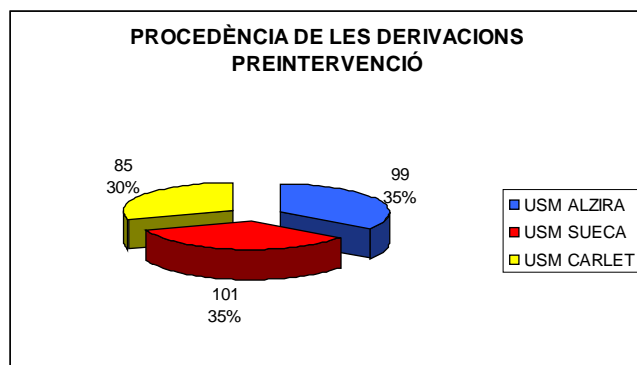
Al gràfic 2 es descriuen dades sobre l'edat en la mostra: Edat mitja de 43,1789 anys. La mitjana d'edat de la població estudiada prèvia a la intervenció va ser de 42 anys i la desviació típica de 15.543. El màxim va ser de 85 i el mínim de 17 anys. El percentil 25 és de 32 anys i el percentil 75 és de 52 anys. La distribució de la mostra va ser normal (estadístic Kolmogorov-Smirnov de 0,069).

Gràfic 2: Edat dels pacients en mostra prèvia a la intervenció en diagrama de caixes



En el gràfic 3 s'explica la procedència de les derivacions.

Gràfic 3: Procedència de les derivacions preintervenció



L'edat, el gènere i el centre de procedència del pacient consten en el 100% de les derivacions.

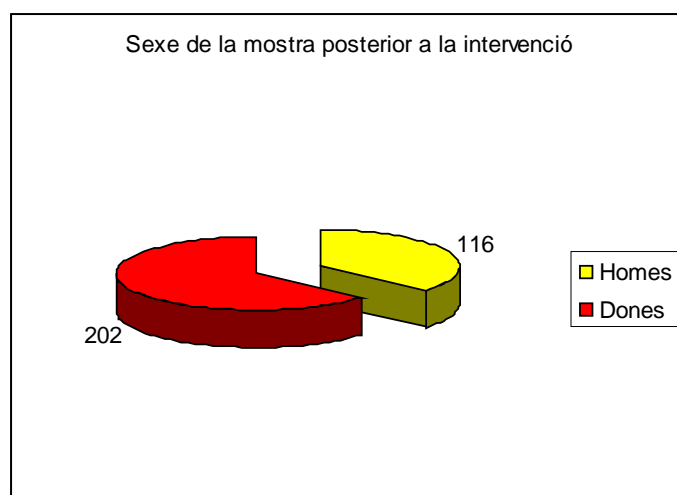
#### 5.1.1.b. Descripció de la mostra posterior a la intervenció.

Després de la intervenció es van recollir 319 derivacions vàlides en 2 mesos.

Va existir per tant, un augment en el nombre de derivacions vàlides (285 prèvies vs 319 posteriors).

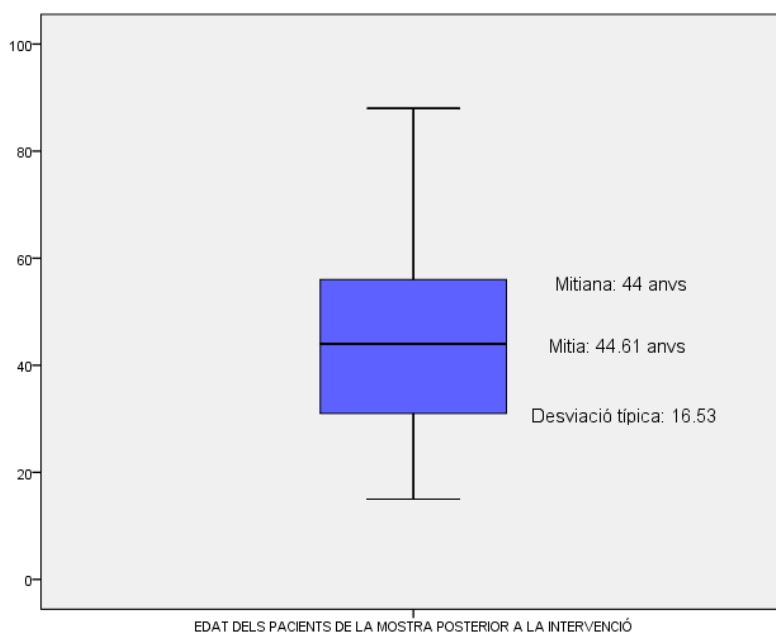
Al gràfic 4 es descriu el gènere de la mostra: 116 Derivacions eren d'homes (36,48%) i 202 de dones (63,52%).

Gràfic 4: Gènere de la mostra posterior a la intervenció en valors absoluts

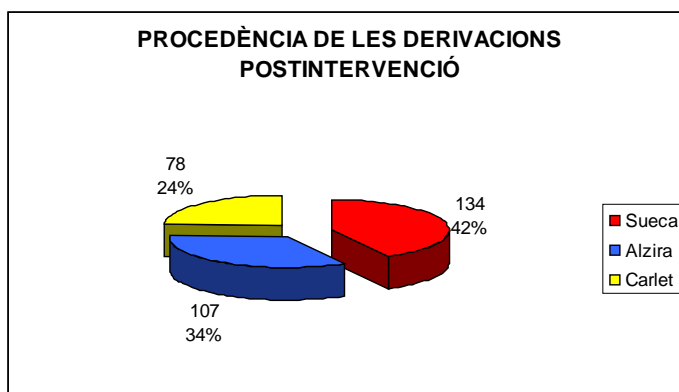


Al gràfic 5 es descriuen les dades relacionades amb l'edat de la mostra posterior a la intervenció. L'edat mitja va ser de 44.61 anys, amb una edat màxima de 88 anys i una mínima de 15 anys. La distribució de la mostra va ser normal (estadístic Kolmogorov-Smirnov de 0,059).

Gràfic 5: Edat dels pacients en mostra posterior a la intervenció en diagrama de caixes



Gràfic 6: Procedència de les derivacions postintervenció



L'edat, sexe i procedència estava emplenada en el 100% de les derivacions.

5.1.2. Analitzar la qualitat de l'informe d'interconsulta a SM abans i després de la intervenció, donar una qualificació numèrica a les derivacions i destriar-les en no acceptables, acceptables i excel·lents.

5.1.2.a. En la taula 18 es pot observar els percentatges d'interconsultes on estava reflectida la informació rellevant abans de la intervenció.

Taula 18: Freqüències relatives de l'emplenament de la informació de derivacions preintervenció

INFORMACIÓ PREINTERVENCIÓ	PRESENT	ABSENT
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	25,3%	74,7%
Descripció de la malaltia actual	43,5%	56,5%
Començament, evolució i resposta al tractament	32,6%	67,4%
Malalties físiques coexistents i tractaments	24,6%	75,4%
Problemes psicosocials existents	36,1%	63,9%
Consum d'alcohol o drogues	3,9%	96,1%
Ús d'escales o qüestionaris	1,8%	98,2%
Diagnòstic provisional	50,5%	49,5%
Motiu de la derivació	86,7%	13,3%

El tipus de document per fer la derivació era vàlid en 277 casos (el 97,2% del total de derivacions).



Solament 2 derivacions de les 285 indicaven que el pacient ja havia estat comentat en reunions entre AP i SM, una xifra molt per davall de les estadístiques que constaten les actes de les diverses reunions d'aquest tipus.

Tant sols 5 derivacions de les 285 mencionaven la sospita o el diagnòstic de Retràs Mental.

5.1.2.b. En la taula 19 es pot observar els percentatges d'interconsultes on estava reflectida la informació rellevant després de la intervenció.

Taula 19: Freqüències relatives de l'emplenament de la informació de derivacions postintervenció

INFORMACIÓ POSTINTERVENCIÓ	PRESENT	ABSENT
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	24,1%	75,9%
Descripció de la malaltia actual	58,6%	41,4%
Començament, evolució i resposta al tractament	45,1%	54,9%
Malalties físiques coexistents i tractaments	26,6%	73,4%
Problemes psicosocials existents	48,6%	51,4%
Consum d'alcohol o drogues	5%	95%
Ús d'escala o qüestionaris	0,9%	99,1%
Diagnòstic provisional	71,8%	28,2%
Motiu de la derivació	76,5%	23,5%

El tipus de documentació de la interconsulta era vàlid en el 98,1% dels casos.

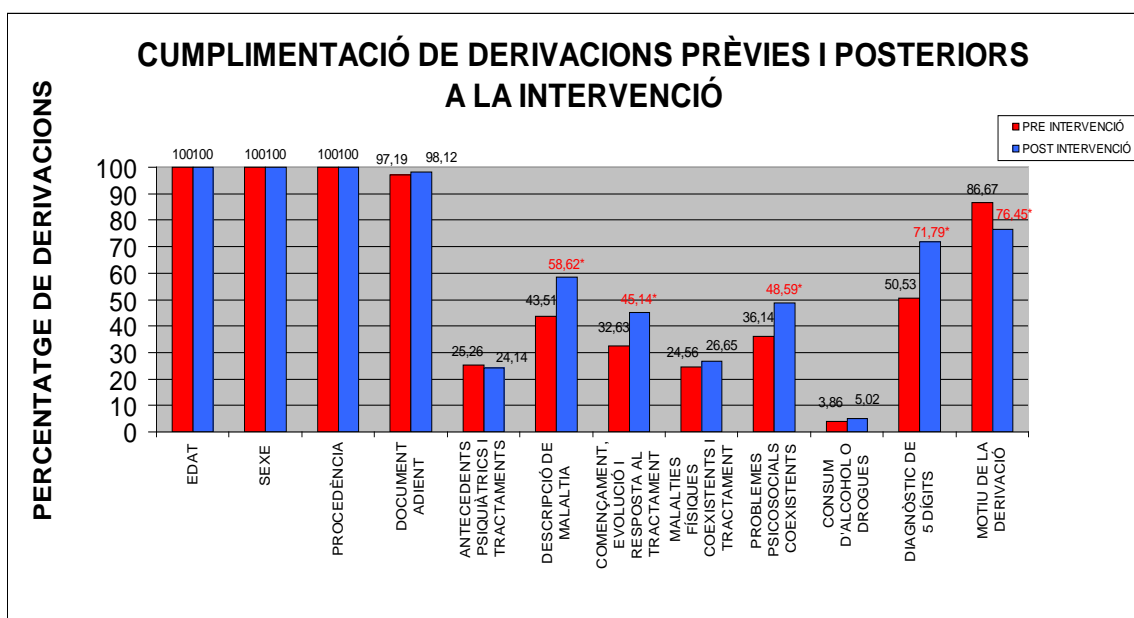
Solament consta en el document de interconsulta que es comentaren 10 casos en reunió amb SM en reunions prèvies a derivació (el 3,1% dels casos).

No es va anotar cap sospita de Retràs Mental.

5.1.2.3. Anàlisi de les diferències entre les derivacions prèvies i posteriors a la intervenció.

Al gràfic es descriuen les diferències d'emplenament de les dades en interconsultes abans i després de la intervenció.

Gràfic 7: Diferències entre les dades emplenades en les interconsultes des de AP a SM abans (roig) i després de la intervenció (blau) expressades en percentatges.



Les xifres en roig i amb \* suposen diferències estadísticament significatives amb  $p < 0.05$ .

Es presenta en la taula 20 les diferències estudiades de forma estadística entre les dades de la mostra prèvia i la posterior a la intervenció.

Taula 20: Resultats de l'estudi estadístic de les diferències de les distintes variables entre la mostra prèvia i posterior a la intervenció

INFORMACIÓ	COMPARACIÓ PRE-POST	ESTADÍSTICAMENT SIGNIFICATIU?	ANÀLISI ESTADÍSTIC
Edat	Igual	-	-
Sexe	Igual	-	-
Procedència	Igual	-	-
Antecedents psiquiàtrics i tractaments	Disminució d'emplenament	No (p=0.749)	Xi- quadrat
Descripció de malaltia actual	Augment	Sí (p≥0.000)	Xi- quadrat
Començament, evolució i resposta al tractament	Augment	Sí (p=0.002)	Xi- quadrat
Malalties físiques coexistents i tractament	Augment	No (p=0.558)	Xi- quadrat
Problemes psicossocials coexistents	Augment	Sí (p=0.002)	Xi- quadrat
Consum d'alcohol i drogues	Augment	No (p=0.493)	Xi- quadrat
Diagnòstics de 5 dígit	Augment	Sí (p≥0.000)	Xi- quadrat
Motiu de la derivació	Disminució	Sí (p=0.001)	Xi- quadrat

Seguidament es va traure la mitja de les qualificacions de totes les derivacions d'abans i després de la intervenció (taula 21). Es van calcular mesures de posició o

tendència central (mitja) i mesures de dispersió (desviació típica). S'utilitzà l'estadístic T-Student per tal de valorar si existien diferències estadísticament significatives. Valors de  $p \leq 0.05$  van ser considerats significatius.

Taula 21: Mitja de les qualificacions de les derivacions pre-intervenció i post intervenció

Mitja de les qualificacions de totes les derivacions				
		Nombre de derivacions	Mitja de qualificació	Desviació típica
	pre intervenció	285	10,237	3,2179
	post intervenció	319	11,445	3,5004

Les diferències eren estadísticament significatives mitjançant T-student amb  $p < 0.01$ .

La qualificació de les derivacions augmentà de 10,237 a 11,445 després de la intervenció.

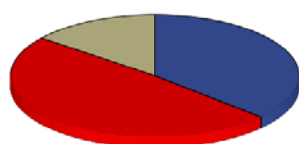
Més endavant es van dividir totes les derivacions en acceptables, no acceptables i excel·lents i es va procedir al càlcul de freqüències absolutes i relatives (taules 22 i 23) i posterior representació gràfica mitjançant gràfics de sectors, comparant-se en una taula final els percentatges de derivacions de cada tipus previs i posteriors a la intervenció (taula 24).

Taula 22: Derivacions prèvies a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.

	Nombre de casos	Percentatge
Acceptable	105	36,8%
No acceptable	139	48,8%
Excel·lent	41	14,4%
Total	285	100%

Gràfic 8: Gràfic de sectors de les derivacions prèvies a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.

DERIVACIÓ NO ACCEPTABLE, ACCEPTABLE O EXCEL·LENT

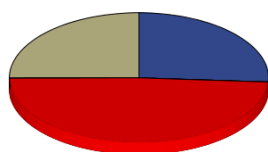


Taula 23: Derivacions posteriors a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.

	Nombre de casos	Percentatge
Acceptable	83	26%
No acceptable	156	48,9%
Excel·lent	80	25,1%
Total	319	100%

Gràfic 9: Gràfic de sectors de les derivacions posteriors a la intervenció segons si són no acceptables, acceptables o excel·lents.

DERIVACIÓ NO ACCEPTABLE, ACCEPTABLE O EXCEL·LENT



Com es veu en la taula 24, els percentatges de derivacions no acceptables en quant a qualitat són quasi la meitat de les derivacions rebudes en SM tant abans com després de la intervenció. Tanmateix, creix de forma notable el nombre de derivacions considerades excel·lents.

Taula 24: Freqüències relatives de derivacions acceptables, no acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció.

	Percentatge previ a intervenció	Percentatge posterior a intervenció	Diferència
Acceptable	36,8%	26%	Disminució
No acceptable	48,8%	48,9%	Semblant
Excel·lent	14,4%	25,1%	Augment

Més endavant es van fer 3 grups d'estudi per valorar possibles biaixos ocorreguts en anteriors anàlisis:

5.1.A. S'analitzaren les derivacions on constava tàcitament que havien estat comentades en reunions entre MAP i SM.

Eren solament 12 derivacions en total (comptant les derivacions pre-intervenció i les post intervenció).

En les taules 25 i 26 es poden veure les qualificacions d'aquestes 12 interconsultes.

Taula 25: Estadístics descriptius de les 12 derivacions comentades prèviament entre MAP i SM.

	Nombre	Mínim	Màxim	Mitja	Desviació típica
Qualitat de la interconsulta	12	7,5	19,5	12,250	3,2787

Taula 26: Qualificació de les interconsultes comentades en reunions MAP - SM.

Qualificacions	Nombre d'interconsultes	Percentatge
7,5	2	16,7%
9,5	1	8,3%
11,5	1	8,3%
12,5	5	41,7%
13,5	1	8,3%
15,5	1	8,3%
19,5	1	8,3%
Total	12	100%

A la taula 27 s'exposa la classificació d'aquestes 12 derivacions en no acceptables, acceptables o excel·lents.

Taula 27: Freqüències relatives de les derivacions comentades entre MAP i SM destriades en no acceptables, acceptables o excel·lents.

	Nombre de casos	Percentatge
No acceptable	2	16,7%
Acceptable	8	66,7%
Excel·lent	2	16,7%
Total	12	100%

No hi havia diferències entre les qualificacions de les derivacions nomenades en les reunions abans i després de la intervenció. La qualitat de la interconsulta segons puntuació no es diferenciava estadísticament entre interconsultes prèvies i posteriors a la intervenció (U de Mannwhitney amb resultat de 0.162) com es pot veure en la taula 28.

Taula 28: Mitja de qualificacions pre i postintervenció dels casos comentats entre MAP i SM.

Qualitat de la interconsulta	Preintervenció o postintervenció	Nombre de derivacions	Mitja	Desviació típica
	pre intervenció	2	12,5	$\geq 0,000$
	post intervenció	10	12,2	3,6225

5.1.B. S'estudiaren les derivacions dels MAP que tenien un "cupo" associat i estable. Es destriaren les derivacions entre urgents, preferents i ordinàries i es va veure quines



d'elles eren acceptables o excel·lents abans (taula 29) i després de la intervenció (taula 30). S'estudià si havia augmentat o disminuït en termes absoluts i relatius les derivacions adients (acceptables i excel·lents).

Taula 29: Derivacions de MAP amb “cupó” a SM abans de la intervenció segons si eren urgents, preferents o ordinàries.

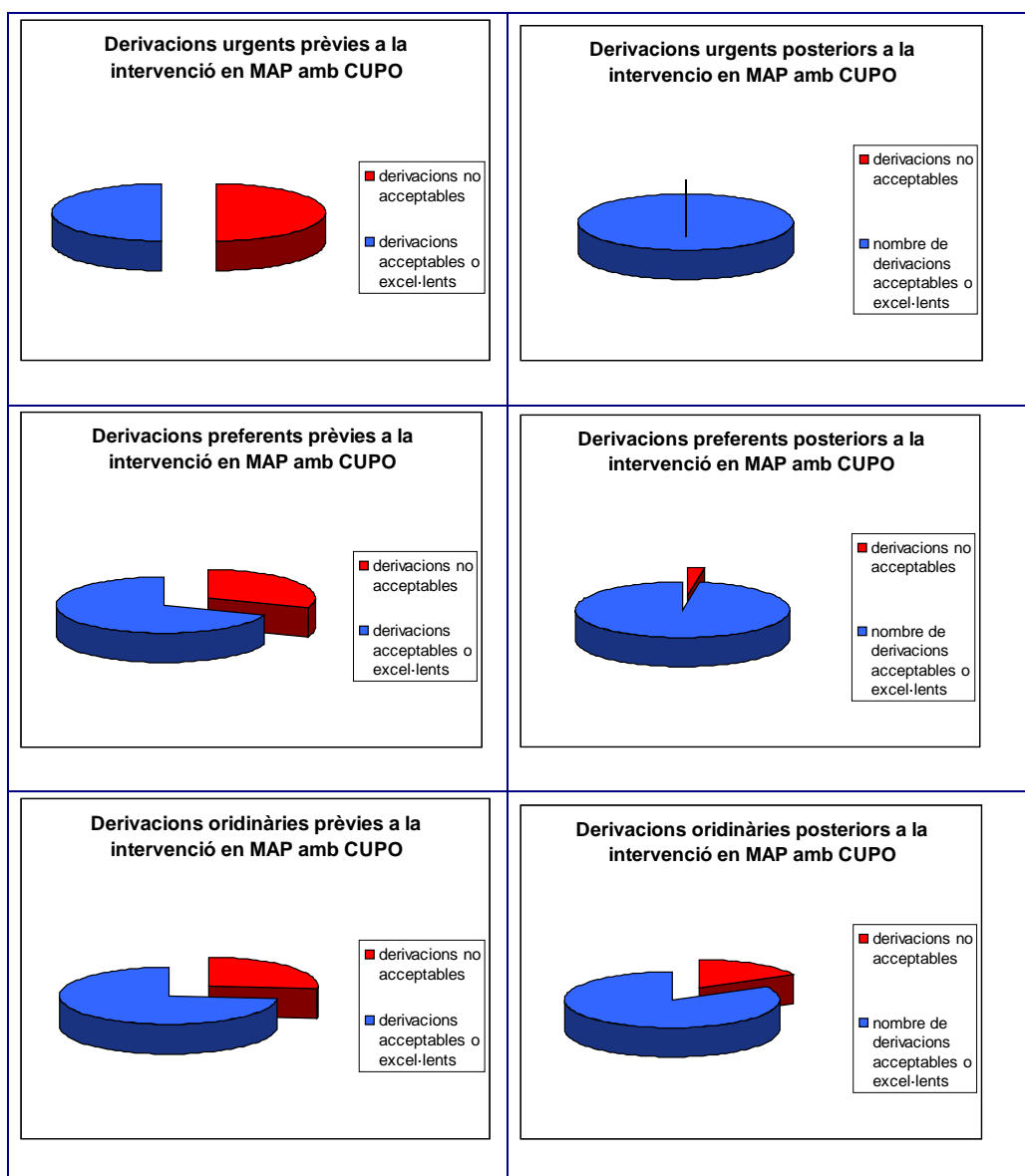
Derivacions de MAP a SM abans de la intervenció	nombre total de derivacions	nombre de derivacions acceptables o excel·lents	percentatge de derivacions acceptables o excel·lents
urgents	2	1	50%
preferents	39	27	69,23%
ordinàries	167	123	73,65%

Taula 30: Derivacions de MAP amb “cupó” a SM després de la intervenció segons si eren urgents, preferents o ordinàries.

Derivacions de MAP a SM abans de la intervenció	nombre total de derivacions	nombre de derivacions acceptables o excel·lents	percentatge de derivacions acceptables o excel·lents
urgents	4	4	100%
preferents	39	38	97,43%
ordinàries	192	159	82,81%

Tal i com es pot observar en els gràfics 10 al 15, s'augmentà el percentatge de derivacions adients (acceptables i excel·lents) en tots els tipus de derivació després de la intervenció en els MAP que tenien un grup estable de pacients (“cupo”).

Gràfics 10-15: Derivacions urgents, preferents i ordinàries dels MAP amb “cupo” abans i després de la intervenció.



5.1.C. S'analitzaren les derivacions solament dels MAP que sí van acudir a la intervenció comparant-les amb les derivacions dels que no van acudir. En les taules 31 i 32 s'observen les freqüències relatives de presència o absència de cada ítem que deu contenir una derivació “ideal” abans i després de la intervenció. Posteriorment s'analitzaren aquestes dades mitjançant l'estadístic Xi-quadrat com es pot veure en la taula 33.

Taula 31: Informació de les derivacions prèvies a la intervenció en MAP que van assistir a la intervenció.

Informació de les derivacions prèvies a la intervenció	Present	Absent
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	20%	80%
Descripció de la malaltia actual	41,45%	58,55%
Començament, evolució i resposta al tractament	44,08%	63,92%
Malalties físiques coexistents i tractaments	23,03%	76,97%
Problemes psicosocials existents	43,42%	56,58%
Consum d'alcohol o drogues	7,24%	92,76%
Ús d'escales o qüestionaris	1,97%	98,03%
Diagnòstic provisional de 5 dígit	50,66%	49,34%
Motiu de la derivació	78,29%	21,71%

Taula 32: Informació de les derivacions posteriors a la intervenció en MAP que van assistir a la intervenció.

Informació de les derivacions prèvies a la intervenció	Present	Absent
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	22,58%	77,42%
Descripció de la malaltia actual	63,22%	36,78%
Començament, evolució i resposta al tractament	45,16%	54,84%
Malalties físiques coexistents i tractaments	32,26%	67,74%
Problemes psicosocials existents	54,19%	45,81%
Consum d'alcohol o drogues	7,09%	92,91%
Ús d'escales o qüestionaris	1,93%	98,07%
Diagnòstic provisional	74,84%	25,16%
Motiu de la derivació	78,71%	21,29%

Taula 33: Comparació de l'emplenament de les derivacions abans i després de la intervenció.

Informació	TACIÓ PRE CUMPLIMEN-	TACIÓ POST CUMPLIMEN-	COMPARACIÓ PRE-POST	SIGNIFICATIU? ESTADÍSTICA-MENT
Antecedents psiquiàtrics i tractaments	20%	22,58%	Augment d'emplenament	No ( $p=0,542$ )
Descripció de malaltia actual	41,45%	63,22%	Augment	Sí ( $p\geq 0,000$ )
Començament, evolució i resposta al tractament	44,08%	45,16%	Augment	No ( $p=0,672$ )
Malalties físiques coexistents i tractament	23,03%	32,26%	Augment	No ( $p=0,71$ )
Problemes psicosocials coexistents	43,42%	54,19%	Augment	No ( $p=0,59$ )
Consum d'alcohol i drogues	7,24%	7,09%	Descens	No ( $p=0,962$ )
Ús d'escala i qüestionaris	1,97%	1,93%	Disminució	No ( $p=0,981$ )
Diagnòstics de 5 dígit	50,66%	74,84%	Augment	Sí ( $p\geq 0,000$ )
Motiu de la derivació	78,29%	78,71%	Augment	No ( $p=0,929$ )

La nota de qualificació mitja de les derivacions prèvies a la intervenció ( $n=152$ ) va ser de 10,211 amb una desviació típica de 3,333, mentre que la mitja de les derivacions posteriors ( $n=155$ ) va ser de 11,913 amb una desviació típica de 3,536. La

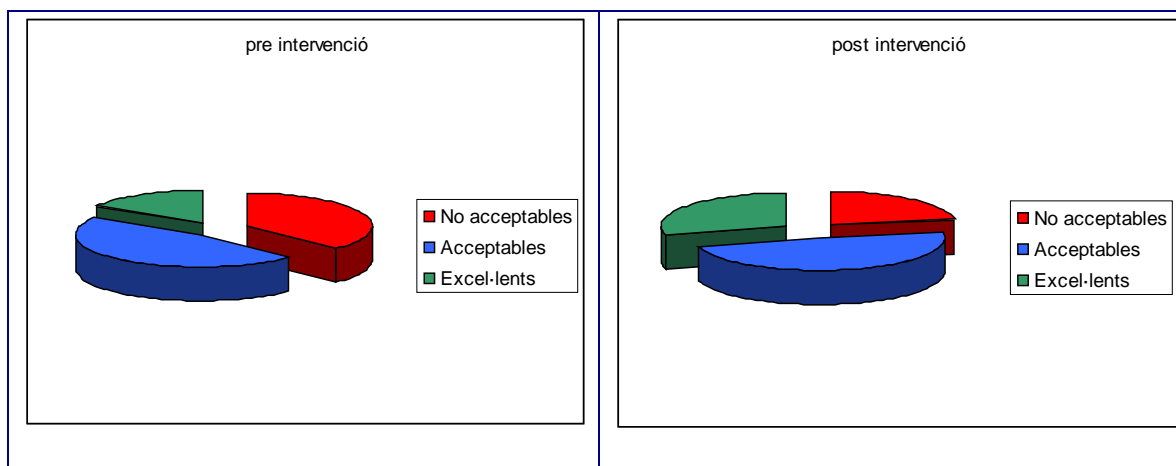
qualificació mitja de les derivacions augmentà de forma estadísticament significativa (T-student amb  $p < 0,01$ ).

Es pot comprovar que van disminuir les derivacions no acceptables, les derivacions acceptables van ser semblants en nombre i van augmentar les derivacions excel·lents. Les diferències van ser estadísticament significatives (Xi – quadrat amb  $p = 0,03$ ) com es pot veure en la Taula 34 i en els gràfics 16 i 17.

Taula 34: Freqüències absolutes i relatives de derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que van acudir a la intervenció.

	QUALIFICACIÓ COMPLETA			Total
	No acceptables	Acceptables	Excel·lents	
pre intervenció	57 (37.5%)	70 (46.05%)	25 (16.45%)	152
post intervenció	35 (22.58%)	74 (47.74%)	46 (29.68%)	155
Total	92	144	71	307

Gràfics 16 i 17: Derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que van acudir a la intervenció.



Després es van comparar els paràmetres estudiats amb el grup de MAP que no va assistir a la intervenció:

A continuació es pot veure la informació de les derivacions dels MAP que no van assistir a la intervenció abans (taula 35) i després de la intervenció (taula 36) i la comparativa entre ambdues (taula 37).

Taula 35: Informació de les derivacions prèvies a la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.

Informació de les derivacions preintervenció	PRESENT	ABSENT
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	25,56%	74,44%
Descripció de la malaltia actual	35,34%	64,66%
Començament, evolució i resposta al tractament	40,60%	59,40%
Malalties físiques coexistents i tractaments	29,32%	70,68%
Problemes psicosocials existents	48,87%	51,13%
Consum d'alcohol o drogues	1,50%	98,50%
Ús d'escala o qüestionaris	0,75%	99,25%
Diagnòstic provisional de 5 dígit	41,35%	58,65%
Motiu de la derivació	76,69%	23,31%

Taula 36: Informació de les derivacions posteriors a la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.

Informació de les derivacions preintervenció	PRESENT	ABSENT
Antecedents psiquiàtrics i tractaments previs	25,77%	74,23%
Descripció de la malaltia actual	54,60%	45,40%
Començament, evolució i resposta al tractament	45,40%	54,60%
Malalties físiques coexistents i tractaments	20,86%	79,14%
Problemes psicosocials existents	42,94%	57,06%
Consum d'alcohol o drogues	3,07%	96,93%
Ús d'escales o qüestionaris	0%	100%
Diagnòstic provisional	69,32%	30,68%
Motiu de la derivació	74,23%	25,77%



Taula 37: Comparació de l'emplenament de les derivacions abans i després de la intervenció en MAP que no van assistir a la intervenció.

Informació	EMPLENAMENT PRE	EMPLENAMENT POST	COMPARACIÓ POST PRE-	ESTADÍSTICAMENT SIGNIFICATIU?
Antecedents psiquiàtrics i tractaments	25,56%	25,77%	Augment d'emplenament	No (p=0,968)
Descripció de malaltia actual	35,34%	54,60%	Augment	Sí (p=0,001)
Començament, evolució i resposta al tractament	40,60%	45,40%	Augment	No (p=0,407)
Malalties físiques coexistents i tractament	29,32%	20,86%	Disminució	No (p=0,093)
Problemes psicosocials coexistents	48,87%	42,94%	Disminució	No (p=0,308)
Consum d'alcohol i drogues	1,50%	3,07%	Augment	No (p=0,318)
Ús d'escala i qüestionaris	0,75%	0%	Disminució	No (p=0,267)
Diagnòstics de 5 dígit	41,35%	69,32%	Augment	Sí (p≥0,000)
Motiu de la derivació	76,69%	74,23%	Augment	No(p=0,626)

La nota de qualificació mitja de les derivacions prèvies a la intervenció (n=133) va ser de 10,102 amb una desviació típica de 3,0350, mentre que la mitja de les derivacions posteriors (n=166) va ser de 11,012 amb una desviació típica de 3,427. La

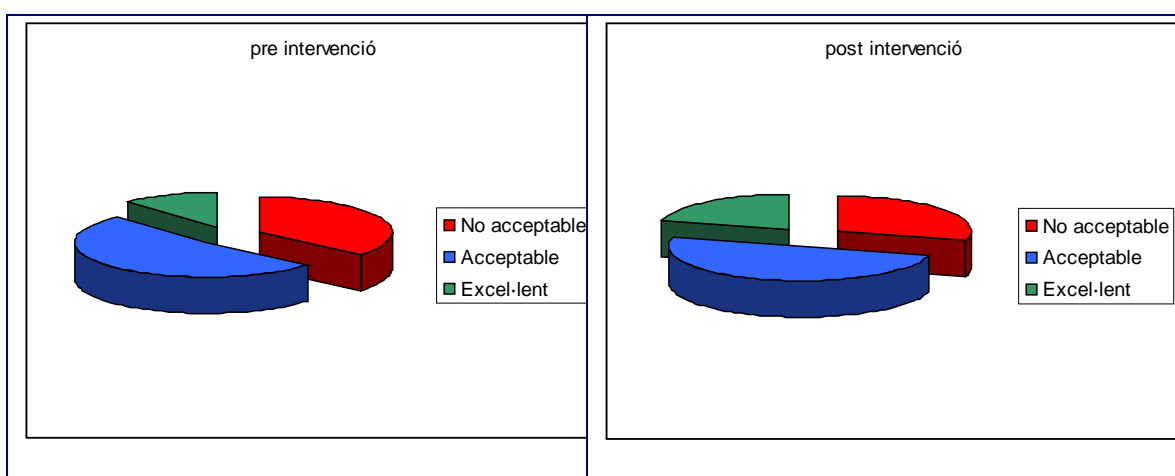
qualificació mitja de les derivacions augmentà de forma estadísticament significativa (T-student amb  $p=0,017$ ).

Dividint les derivacions en no acceptables, acceptables i excel·lents, es pot comprovar que van augmentar les derivacions acceptables i excel·lents, mentre que les no acceptables van ser igual en nombre (taula 38). Tanmateix, les diferències van no ser estadísticament significatives (Xi – quadrat amb  $p= 0,108$ ).

Taula 38: Freqüències absolutes i relatives de derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que no van acudir a la intervenció.

	QUALIFICACIÓ COMPLETA			Total
	No acceptable	Acceptable	Excel·lent	
pre intervenció	48 (36.09%)	69 (51.88%)	16 (12.03%)	133
post intervenció	48 (29.45%)	81 (49.69%)	34 (20.86%)	163
Total	96	150	50	296

Gràfics 18 i 19: Derivacions no acceptables, acceptables i excel·lents abans i després de la intervenció dels MAP que no van acudir a la intervenció.



Tots els paràmetres que van canviar de forma significativa ho feren per igual en els MAP que acudiren i els que no acudiren a la intervenció: Augmentà en els dos grups

la descripció de la malaltia i la quantitat de diagnòstics de 5 dígit com es pot veure a la taula 39.

Taula 39: Comparació entre MAP que sí van acudir a la intervenció i els que no van acudir de les diferències abans i després de la intervenció

INFORMACIÓ	MAP QUE SÍ ACUDÍ A INTERVENCIÓ	MAP QUE NO ACUDÍ A INTERVENCIÓ
Antecedents psiquiàtrics i tractaments	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Descripció de malaltia actual	Augment estadísticament significatiu	Augment estadísticament significatiu
Començament, evolució i resposta al tractament	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Malalties físiques coexistents i tractament	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Problemes psicosocials coexistents	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Consum d'alcohol i drogues	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Ús d'escala i qüestionaris	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius
Diagnòstics de 5 dígit	Augment estadísticament significatiu	Augment estadísticament significatiu
Motiu de la derivació	Sense canvis estadísticament significatius	Sense canvis estadísticament significatius

### 5.1.3. Descripció de la pertinència de les interconsultes segons els criteris de Ribé (2010).

Les derivacions que es van rebre abans de la intervenció adients segons els criteris de Ribé (2010) van ser 157 del total de les 285 totals rebudes (el 55,09 % eren derivacions adients).

Les derivacions que es van rebre després de la intervenció adients segons els criteris de Ribé (2010) van ser 211 del total de les 319 totals rebudes (el 66,14 % eren derivacions adients).

Per tant, es va millorar en un 11% la taxa de derivacions amb criteris pertinents des d'AP a SM.

### 5.1.4. Valorar els paràmetres de concordança diagnòstica entre AP i SM.

#### 5.1.4.1. Dades prèvies a la intervenció.

De les dades prèvies a la intervenció es van considerar vàlids 191 casos com es mostra en la taula 40. L'índex Kappa resultà ser de 0,220 amb una desviació típica de 0,40. Per tant, la concordança va ser baixa. En total, 126 diagnòstics van concordar del total de 191 (65,97%).

Taula 40: Taula de contingència sobre diagnòstics agrupats segons MAP i

SM prèviament a la intervenció

**Taula de contingència sobre DIAGNÒSTICS AGRUPATS SEGONS MAP I DIAGNÒSTICS**

**AGRUPATS SEGONS SM prèvia a la intervenció**

	DIAGNÒSTIC AGRUPAT SEGONS SM											Total	
	SÍNDROME PSICÒTIC	SÍNDROMES AFECTIUS	SÍNDROMES NEURÒTICS	TRASTORNS DE PERSONALITAT	SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA A ALCOHOL	SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA A UNA ALTRA DROGA	ABÚS D'ALCOHOL O DROGA SENSE DEPENDÈNCIA	TRASTORNS DE LA SON	REACCIÓ AGUDA A L'ESTRÉS	TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	RETRÀS MENTAL		
DIAGNÒSTIC AGRUPAT SEGONS MAP	SÍNDROME PSICÒTIC	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	5	
	SÍNDROMES AFECTIUS	4	4	1	0	0	0	0	0	9	0	18	
	SÍNDROMES NEURÒTICS	3	8	56	2	0	3	3	2	0	51	129	
	TRASTORNS DE PERSONALITAT	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	
	SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA A ALCOHOL	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
	TRASTORNS DE LA SON	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	
	REACCIÓ AGUDA A L'ESTRÉS	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	5	
	TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	0	0	2	1	0	0	0	0	0	21	24	
	RETRÀS MENTAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	
Total		9	13	65	4	1	3	3	3	2	86	2	191

#### 5.1.4.2. Dades posteriors a la intervenció

Després de la intervenció, es van aconseguir un total de 183 casos de diagnòstics vàlids per comparar. L'índex Kappa resultà ser de 0,203 amb una desviació típica de 0,47. Per tant, la concordança també va ser baixa i no augmentà. Un total de 80 diagnòstics del total de 183 van concordar després de la intervenció (43,71%).

Taula 41: Taula de contingència sobre diagnòstics agrupats segons MAP i SM posterior a la intervenció

	DIAGNÒSTIC AGRUPAT SEGONS SM										Total	
	SÍNDROME PSICÒTIC	SÍNDROMES AFECTIUS	SÍNDROMES NEURÒTICS	TRASTORNS DE PERSONALITAT	SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA A UNA ALTRA DROGA	ABUS D'ALCOHOL O DROGA SENSE DEPENDÈNCIA	TRASTORNS DE LA SON	REACCIÓ AGUDA A L'ESTRÉS	TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	RETRÀS MENTAL		
DIAGNÒSTIC AGRUPAT SEGONS MAP	SÍNDROME PSICÒTIC	5	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9
	SÍNDROMES AFECTIUS	0	5	0	0	0	0	0	0	2	0	7
	SÍNDROMES NEURÒTICS	1	10	45	2	1	3	1	1	57	0	121
	TRASTORNS DE PERSONALITAT	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
	SÍNDROME DE DEPENDÈNCIA A ALCOHOL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	ABÚS D'ALCOHOL O DROGA SENSE DEPENDÈNCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	REACCIÓ AGUDA A L'ESTRÉS	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	4
	TRASTORNS D'ADAPTACIÓ	0	4	6	0	0	1	1	0	21	1	34
	RETRÀS MENTAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4
	Total	6	20	56	3	2	5	2	2	83	4	183

## 5.2. Estudi sobre l'abordament dels quadres ansiosos i depressius en AP.

### 5.2.1. Descripció de la mostra.

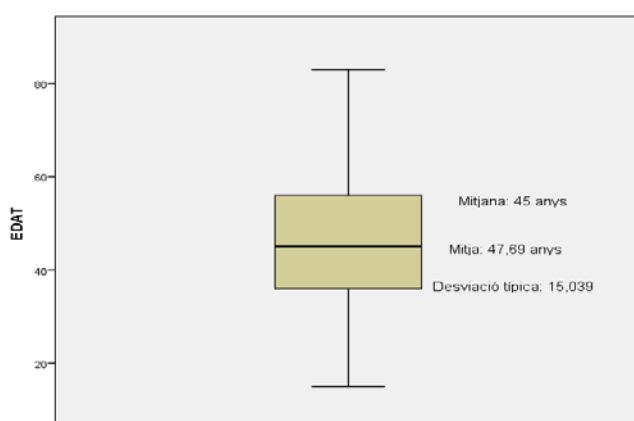
Es van recollir un total de 135 fulls emplenats per sospita de quadre depressiu o ansiós. Com es pot veure a la taula 42, la major part de la mostra van ser dones.

Taula 42: Freqüències absolutes i relatives de la variable Gènere en el grup de pacients amb sospita de quadre depressiu o ansiós

Gènere	Freqüència absoluta	Freqüència relativa
Homes	31	23%
Dones	103	76,3%
No consta	1	0,7%
Total	135	100%

L'edat mitja dels pacients de la mostra era de 47,69 anys amb desviació típica de 15,039, sent l'edat màxima de 83 i la mínima de 15 anys (gràfic 20).

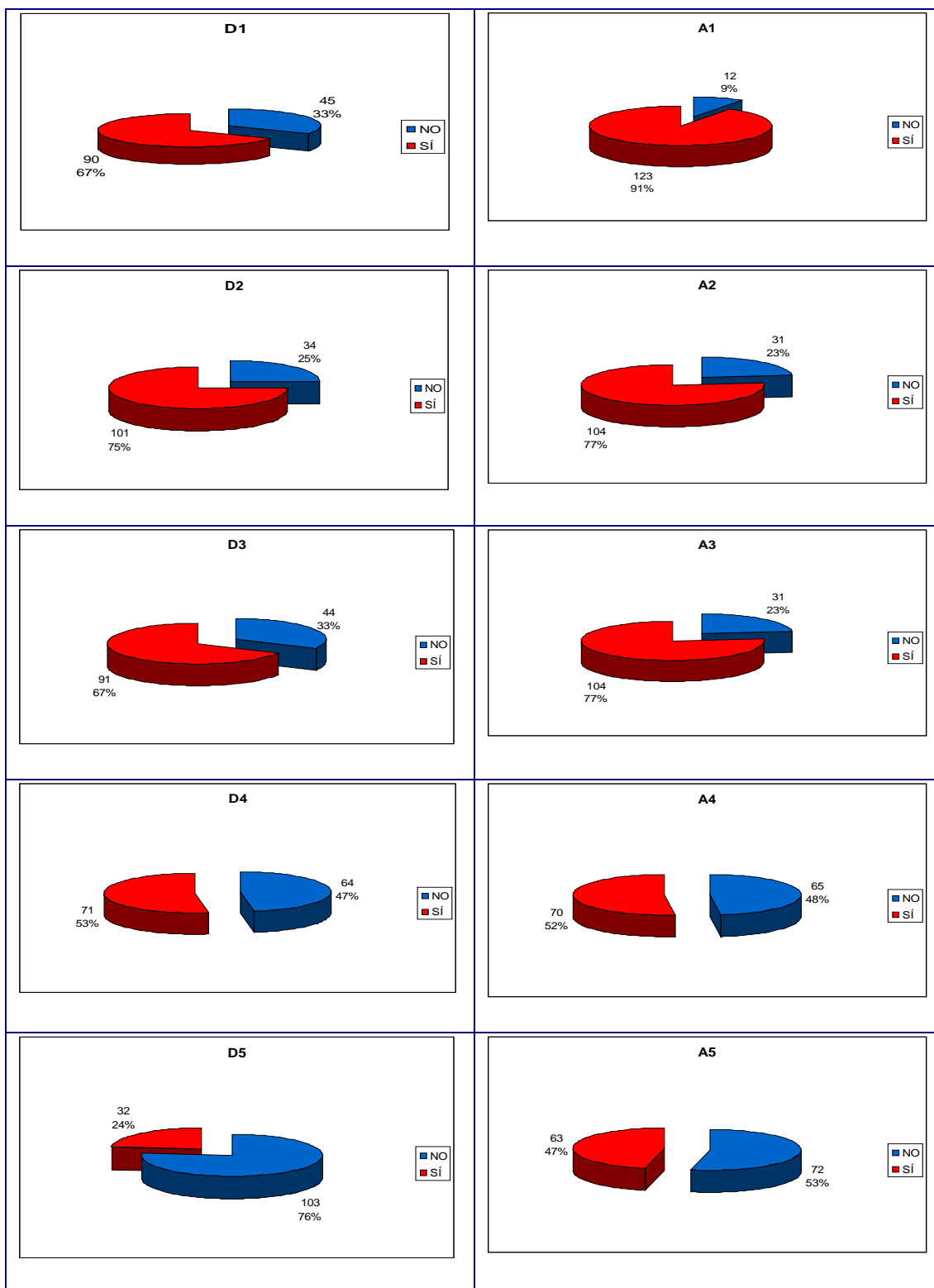
Gràfic 20: Diagrama de caixes de la variable edat del grup de pacients amb sospita de quadre depressiu o ansiós.



### 5.2.2. Descripció dels resultats en les escales Dep 5 i Ans 5.

Es van analitzar les escales Dep5 i Ans5 i es mostraren el resultats en els gràfics 21-30.

Gràfics 21-30: Diagrames sectorials de respostes a Dep5/Ans5.



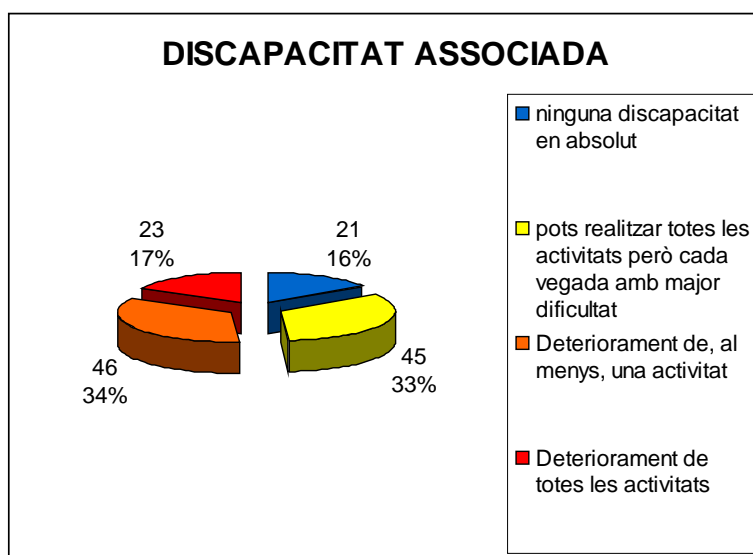
(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)



### 5.2.3. Resultats en l'escala de discapacitat global.

Posteriorment es va mostrar en relació a l'escala de discapacitat global, tal i com es veu al gràfic 31.

Gràfic 31: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector

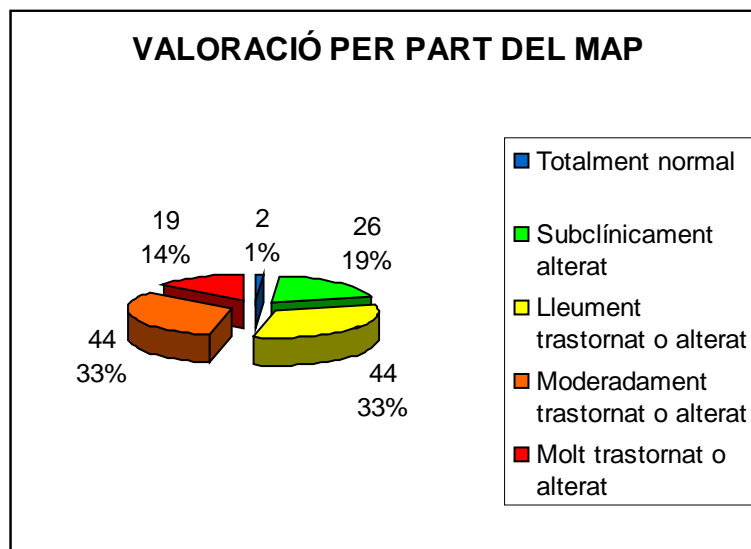


(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

### 5.2.4. Resultats de la valoració clínica.

En quant a la valoració clínica, es poden veure els resultats al gràfic 32.

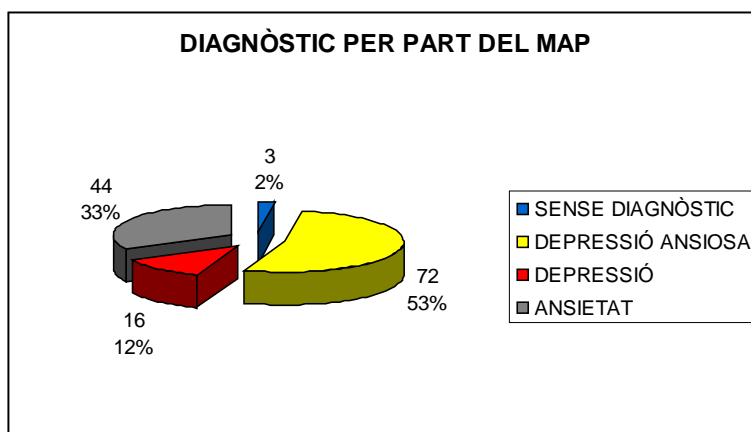
Gràfic 32: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

5.2.5. Resultats en diagnòstics proposats pels MAP. Es presentaren les freqüències absolutes i relatives de persones que van ser enquestades pels MAP i que tenien depressió ansiosa, sols depressió, sols ansietat o cap de les dues (gràfic 33).

Gràfic 33: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives).

#### 5.2.6. Resultats segons segons si es tractava de cas o no de depressió o ansietat.

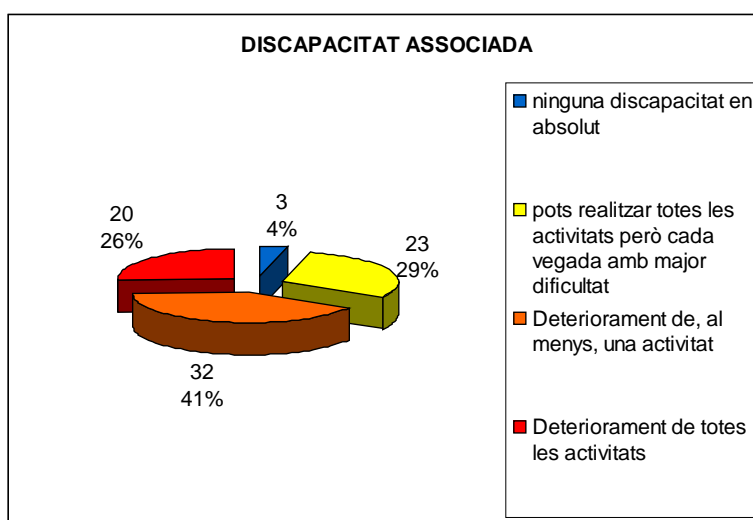
Es va destriar el grup segons si els pacients eren casos de depressió (positiu a D1 i D2) o no i si eren casos d'ansietat (positiu a A1 i A2) o no per tal de comparar-los amb la resta del grup segons els paràmetres analitzats en els apartats de dalt.

##### 5.2.6.1. Pacients que responien sí a D1 i D2 (casos de depressió).

Un total de 78 pacients van respondre sí a D1 i D2. En quant al gènere, hi havia 21 homes (26,92%) i 57 dones (73,08%). En quant a l'edat, la mitja era de 50,23 anys (desviació típica de 15,983), sent l'edat màxima de 83 anys i la mínima de 20 anys.

Com es pot veure al gràfic 34, dues terceres parts de la mostra presentaven, com mínim, un deteriorament d'alguna activitat de la seua vida.

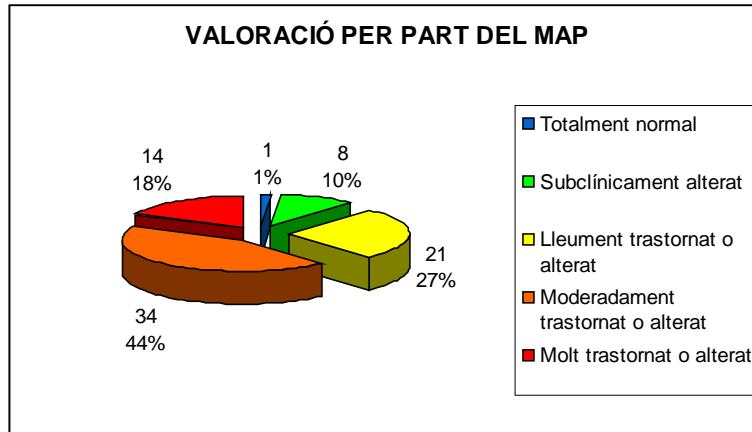
Gràfic 34: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien sí a D1 i D2



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

La valoració clínica es mostra en el gràfic 35.

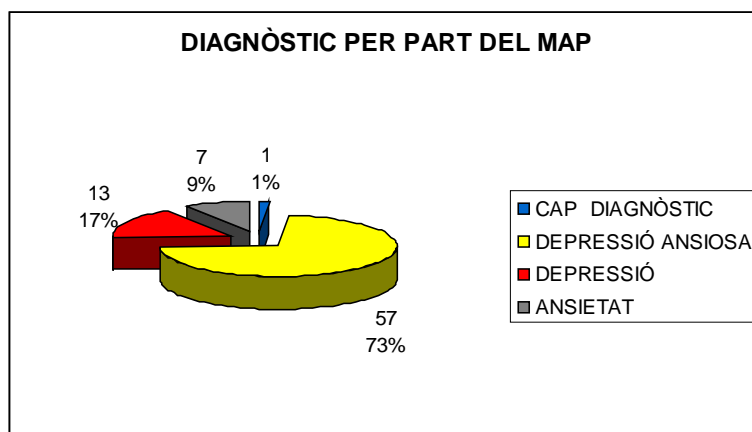
Gràfic 35: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien sí a D1 i D2.



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives).

Tal i com es veu al gràfic 36, la major part d'aquest grup va ser diagnosticat de depressió ansiosa.

Gràfic 36: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien sí a D1 i D2



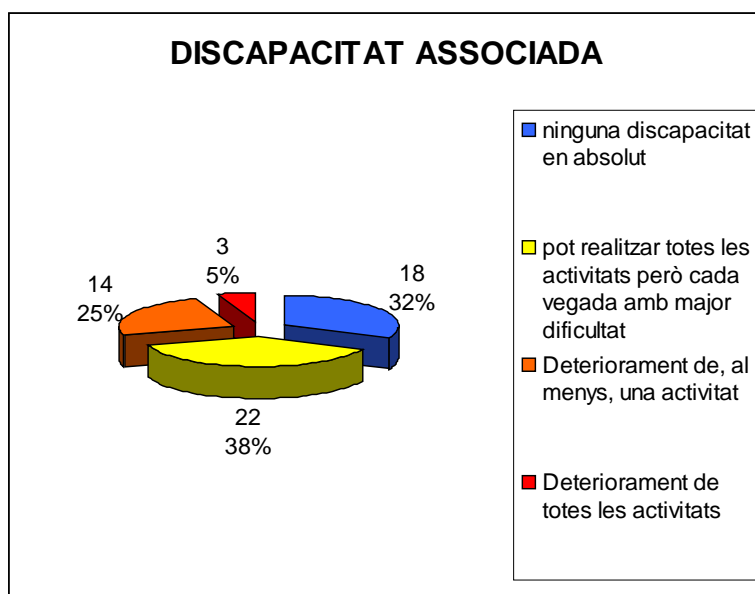
(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

### 5.2.6.2. Pacients que responien no a D1 o D2 (no casos).

Un total de 57 pacients no eren casos de depressió. En quant al gènere, hi havia un total de 10 homes (17,5%) i 46 dones (80,7%). No constava 1 cas (1,8%). L'edat mitja era de 44,21 anys (12,986 de desviació típica), sent l'edat màxima de 78 anys i la mínima de 15.

Com es pot veure al gràfic 37, un poc menys d'una tercera part d'aquest grup presenten deteriorament d'almenys una activitat.

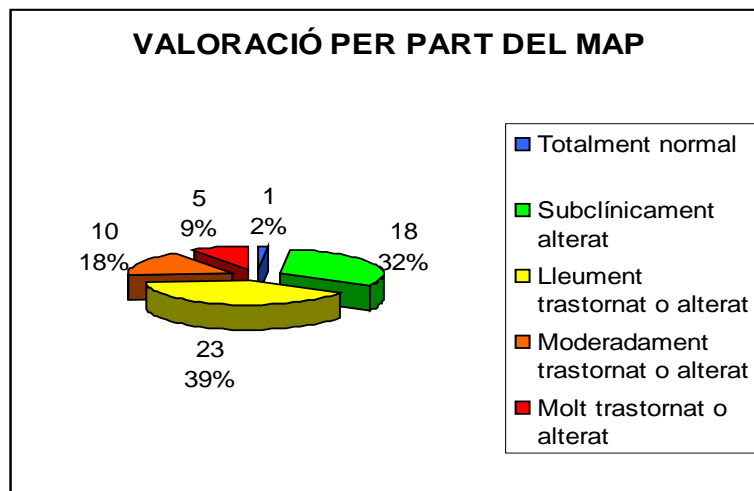
Gràfic 37: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien no a D1 o D2



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

El 98% d'aquest grup patia algun tipus d'alteració segons la valoració clínica del MAP (gràfic 38).

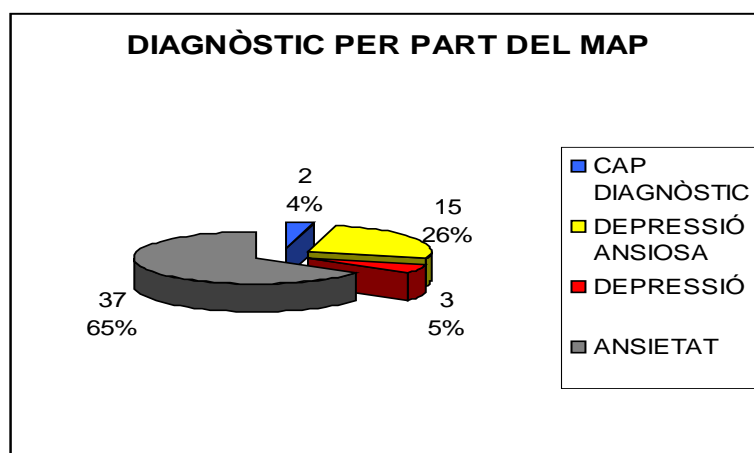
Gràfic 38: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien no a D1 o D2.



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

A continuació es descriu el diagnòstic proposat pel MAP en aquest grup tal i com es veu al gràfic 39.

Gràfic 39: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien no a D1 o D2



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

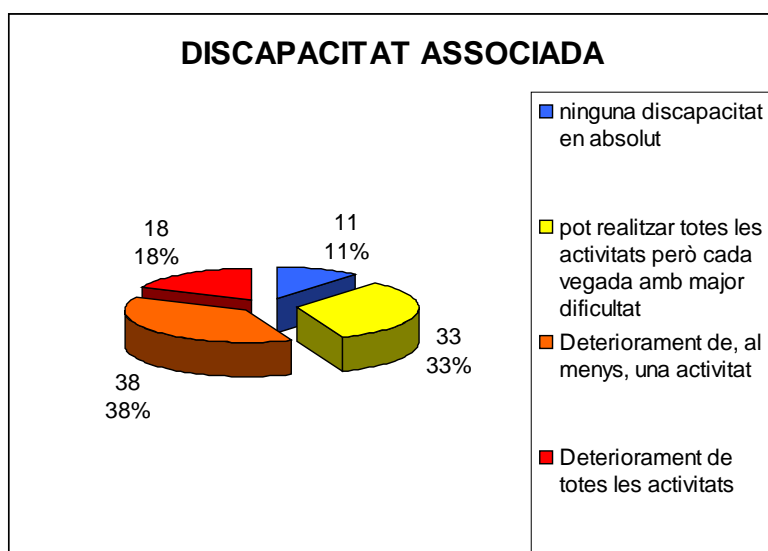
És a dir, els pacients que eren casos de depressió tenien una major discapacitat associada i una valoració per part del MAP que referia més gravetat que els que no eren casos de depressió.

### 5.2.6.3. Pacients que han contestat sí a A1 i A2 (casos d'ansietat).

Hi havia un total de 100 casos d'ansietat. En quant al gènere, 28 casos eren homes (28%) i 72 dones (72%). L'edat mitja va ser de 46,99 anys amb una desviació típica de 14,615 anys. L'edat màxima va ser de 83 anys i la mínima de 20 anys.

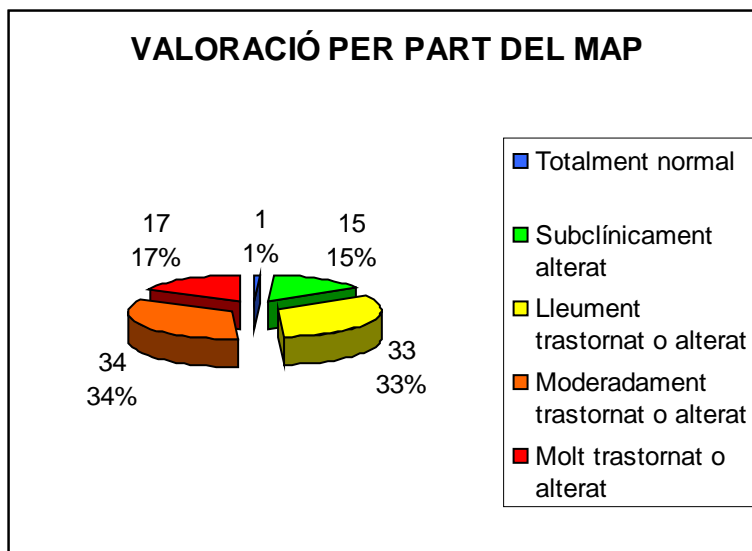
A continuació es mostraran les dades de la discapacitat associada d'aquest grup (gràfic 40), la valoració per part del MAP (gràfic 41) i del diagnòstic proposat (gràfic 42).

Gràfic 40: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien sí a A1 o A2



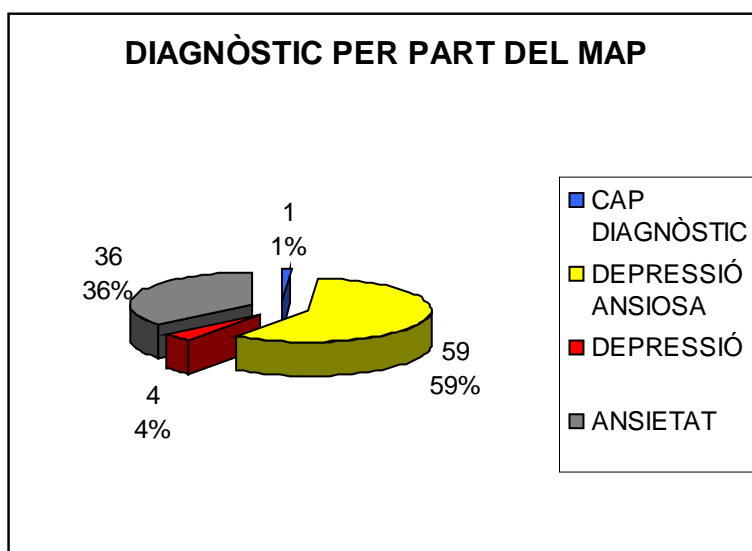
(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

Gràfic 41: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien sí a A1 i A2.



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

Gràfic 42: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien sí a A1 i A2



(les freqüències absolutes apareixen al costat de cada categoria del sector i baix d'elles apareixen les freqüències relatives)

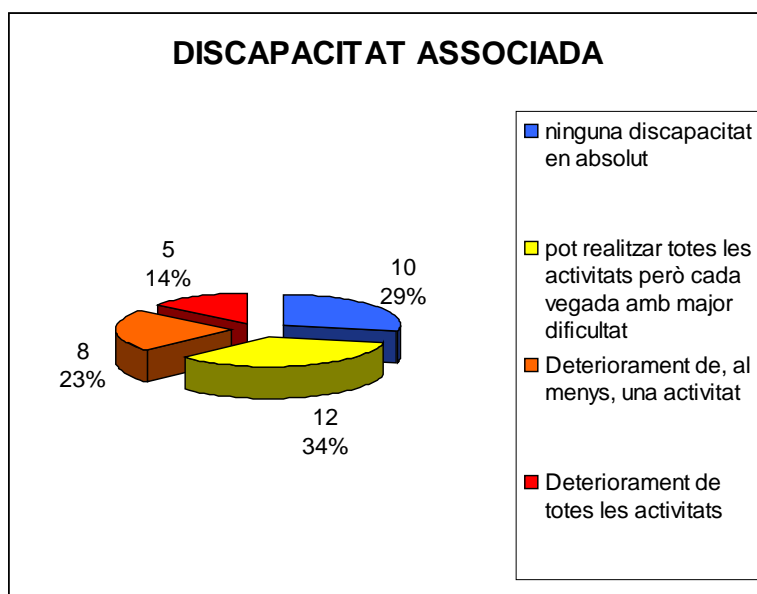


#### 5.2.6.4. Pacients que han dit no a A1 o A2 (no casos d'ansietat).

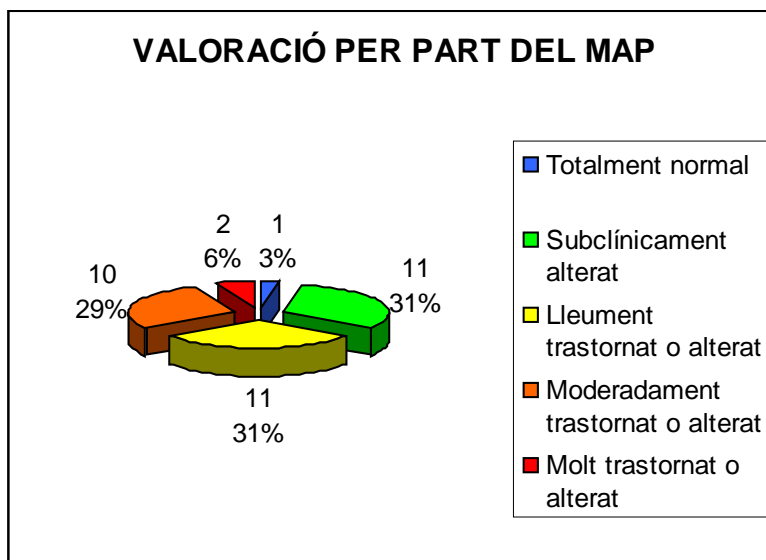
Van ser un total de 35 pacients els no casos d'ansietat. En quant al gènere, 3 eren homes (8,6%) i 31 dones (88,6%). No constava el gènere en 1 cas (2,9%). Edat: 46,69 anys d'edat mitja (desviació típica de 16,244 anys), sent l'edat màxima de 81 anys i mínima de 15 anys.

A continuació es mostraran les dades de la discapacitat associada d'aquest grup (gràfic 43), la valoració per part del MAP (gràfic 44) i del diagnòstic proposat (gràfic 45).

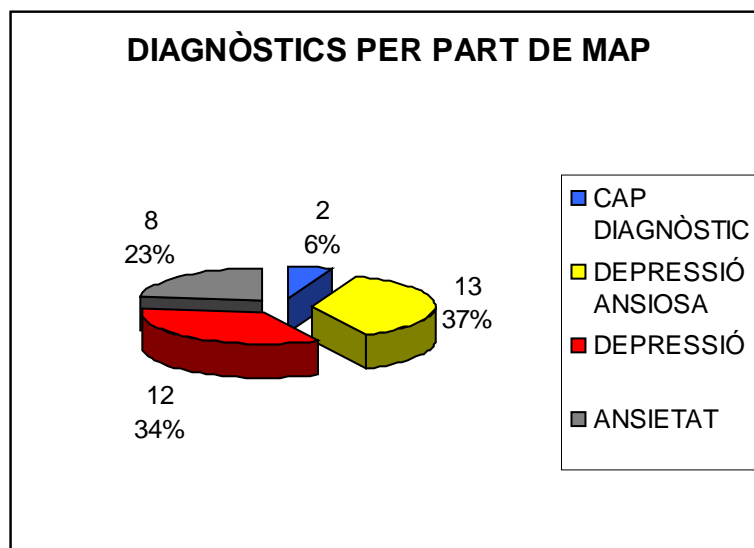
Gràfic 43: Freqüències absolutes i relatives de les respostes a l'escala de discapacitat global en diagrama de sector en pacients que responien no a A1 o A2



Gràfic 44: Freqüències absolutes i relatives de la valoració clínica en diagrama de sector dels pacients que responien no a A1 o A2.



Gràfic 45: Freqüències absolutes i relatives dels diagnòstics en diagrama de sector dels pacients que responien no a A1 o A2



És a dir, els pacients que eren casos d'ansietat tenien una major discapacitat associada i una valoració per part del MAP que referia més gravetat que els que no eren casos d'ansietat.

## 5.2.7. Prescripció d'antidepressius.

### 5.2.7.1. Prescripció d'antidepressius abans de la intervenció.

En la taula 43, es presenta el nombre total de prescripcions d'antidepressius, les freqüències absolutes dels principis actius utilitzats durant 3 mesos abans (Octubre, Novembre i Desembre de l'any 2013) i 3 mesos després de la intervenció (Maig, Juny i Juliol del 2014).

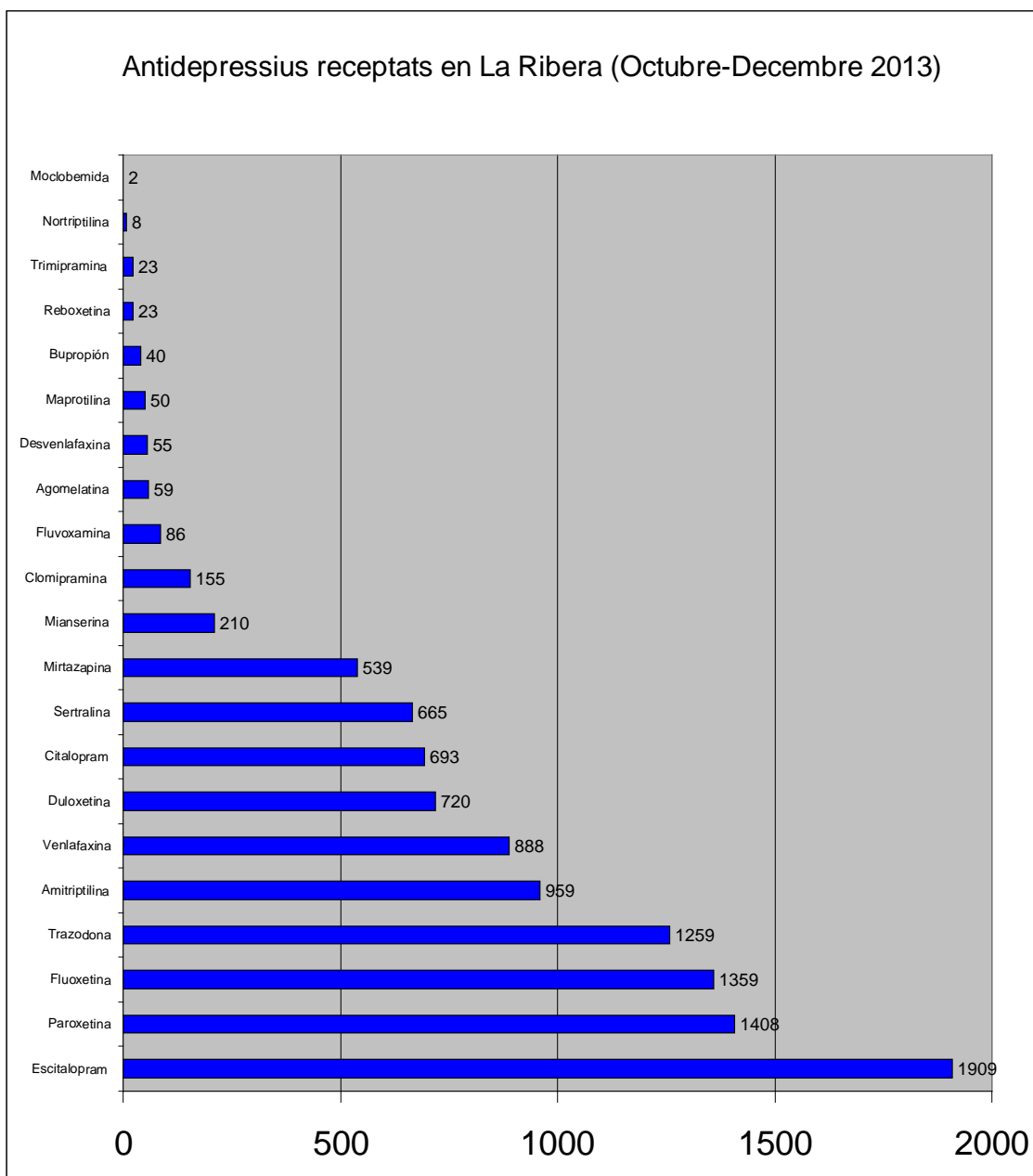
Es van receptar 11110 antidepressius en tota l'àrea sanitària per part dels MAP durant els tres mesos previs a la intervenció.

Taula 43: Antidepressius receptats en La Ribera (Octubre-Desembre 2013) ordenats de major a menor nombre de prescripcions

Escitalopram	1909	Clomipramina	155
Paroxetina	1408	Fluvoxamina	86
Fluoxetina	1359	Agomelatina	59
Trazodona	1259	Desvenlafaxina	55
Amitriptilina	959	Maprotilina	50
Venlafaxina	888	Bupropión	40
Duloxetina	720	Reboxetina	23
Citalopram	693	Trimipramina	23
Sertralina	665	Nortriptilina	8
Mirtazapina	539	Moclobemida	2
Mianserina	210		

Posteriorment es mostra la informació mitjançant un diagrama de barres els principis actius prescrits ordenats segons el nombre de prescripcions (gràfic 46).

Gràfic 46: Antidepressius receptats en La Ribera entre Octubre i Desembre de l'any 2013.



### 5.2.7.1. Prescripció d'antidepressius després de la intervenció.

A continuació es mostra la utilització d'antidepressius pels MAP de la zona els tres mesos posteriors a la intervenció (Maig-Juliol 2014) en la taula 44 i en el gràfic 47.

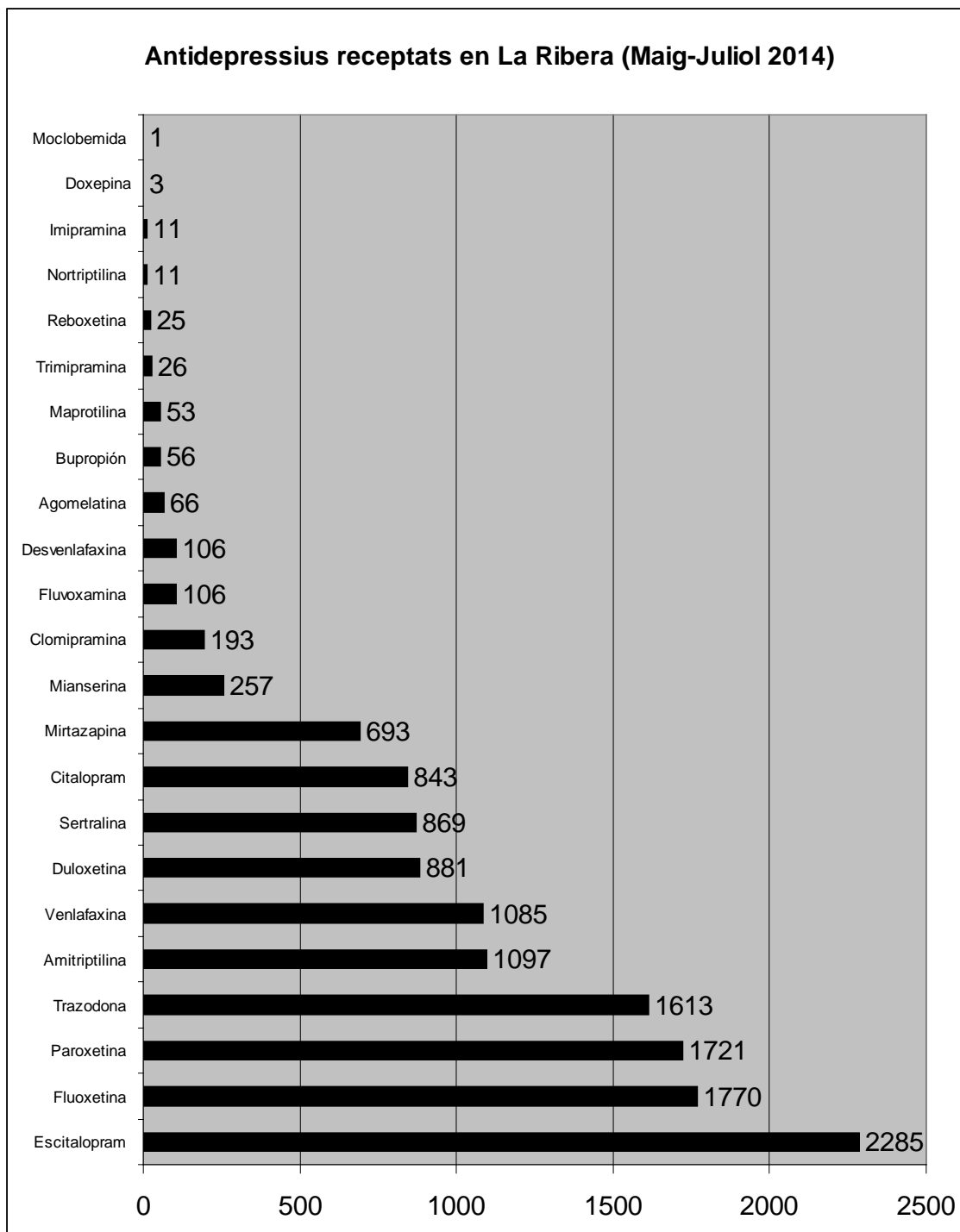
Es van receptar 13771 antidepressius en tota l'àrea sanitària per part dels MAP durant els tres mesos posteriors a la intervenció.

Taula 44: Antidepressius receptats en La Ribera (Maig-Juliol 2014) ordenats de major a menor nombre de prescripcions

Escitalopram	2285	Fluvoxamina	106
Fluoxetina	1770	Desvenlafaxina	106
Paroxetina	1721	Agomelatina	66
Trazodona	1613	Bupropi3n	56
Amitriptilina	1097	Maprotilina	53
Venlafaxina	1085	Trimipramina	26
Duloxetina	881	Reboxetina	25
Sertralina	869	Nortriptilina	11
Citalopram	843	Imipramina	11
Mirtazapina	693	Doxepina	3
Mianserina	257	Moclobemida	1
Clomipramina	193		

Gràfic 47: Antidepressius receptats en La Ribera entre Maig i Juliol de l'any

2014.



És a dir, es va augmentar la prescripció d'antidepressius en 2661 receptes, sent el grup d'inhibidors selectius de la recaptació de serotonina el més receptat (6120

receptes prèviament a la intervenció i 7594 receptes posteriorment a la intervenció). Aquest grup va seguir de Trazodona, Imipramina (tricíclic) i duals amb venlafaxina al capdavant tant abans com després de la intervenció. Va augmentar la prescripció de tots els antidepressius excepte de la moclobemida, que passà de 2 receptes a 1 recepta. Imipramina i Doxepina no es van receptar en els tres mesos previs a la intervenció i en els tres mesos posteriors es van receptar 11 i 3 vegades respectivament.

#### 5.2.8. Interrupcions laborals.

Es va estudiar el nombre d'interrupcions laborals noves per quadres depressius i ansiosos i es va calcular el nombre de dies d'interrupció laboral per estos processos 6 mesos abans (Juliol-Desembre 2013) i 6 mesos després de la intervenció (Maig-October 2014).

##### 5.2.8.1. Dades d'interrupció laboral abans de la intervenció.

Destaquen com diagnòstics majoritaris associats a les ILT, tal com es veu en la taula 45, el trastorn depressiu major (episodi únic o bé el no classificat), estats d'ansietat (amb i sense especificació), el trastorn distímic i els trastorns adaptatius (amb ansietat, mixtes i no especificats). La suma de totes les ILT noves relacionades amb processos depressius i ansiosos durant 6 mesos abans de la intervenció van ser de 377.

Taula 45: Total de ILT noves per diagnòstic i mes actives durant els 6 mesos previs a la intervenció (Juliol-Desembre 2013) en tota l'àrea de La Ribera

<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVEMBRE</b>	<b>DESEMBRE</b>	<b>TOTAL</b>
293.84 TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	0	1	0	0	0	0	1
296.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO	3	1	2	3	1	1	11
296.3 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE	0	1	0	2	0	0	3
296.30 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - NEOM	0	0	1	0	1	0	2
296.32 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - MODERADO	0	0	1	1	0	0	2
296.82 TRASTORNO DEPRESIVO ATIPICO	0	0	0	1	0	0	1
296.90 TRASTORNO EPISODICOS DEL HUMOR NO ESPECIFICADO	1	1	0	2	0	1	5
300.0 ESTADOS DE ANSIEDAD	18	5	18	13	16	13	83
300.00 ESTADO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	21	11	19	17	16	13	97
300.02 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO	3	0	1	2	1	0	7
300.09 OTROS ESTADOS DE ANSIEDAD	2	0	0	0	1	0	3
300.2 TRASTORNOS FOBICOS	0	0	0	1	0	0	1
300.3 TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS	0	0	1	0	0	1	2
300.4 TRASTORNO DISTIMICO	13	10	7	13	10	15	68
308.0 PERTURBACION PREDOMINANTE DE LAS EMOCIONES	0	3	1	1	0	0	5
308.3 OTRAS REACCIONES AGUDAS AL STRESS	2	0	0	0	1	0	3
308.4 TRASTORNOS MIXTOS COMO REACCION AL STRESS	0	0	0	0	0	1	1



<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>NOVEMBRE</b>	<b>DESEMBRE</b>	<b>TOTAL</b>
308.9 REACCION AGUDA AL STRESS NO ESPECIFICADA	0	2	0	0	0	0	2
309.0 TRASTORNO DE ADAPTACION CON HUMOR DEPRIMIDO	0	0	0	2	4	0	6
309.1 REACCION DEPRESIVA PROLONGADA	0	1	0	0	1	1	3
309.24 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ANSIEDAD	2	1	3	3	1	1	11
309.28 TRASTORNO DE ADAPTACION MIXTO DE ANSIEDAD Y HUMOR DEPRIMIDO	0	1	1	1	3	1	7
309.4 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION MIXTA DE LAS EMOCIONES Y DE LA CONDUCTA	0	0	1	0	0	0	1
309.9 REACCION DE ADAPTACION NO ESPECIFICADA	2	1	0	2	4	0	9
311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	5	4	9	12	6	7	43

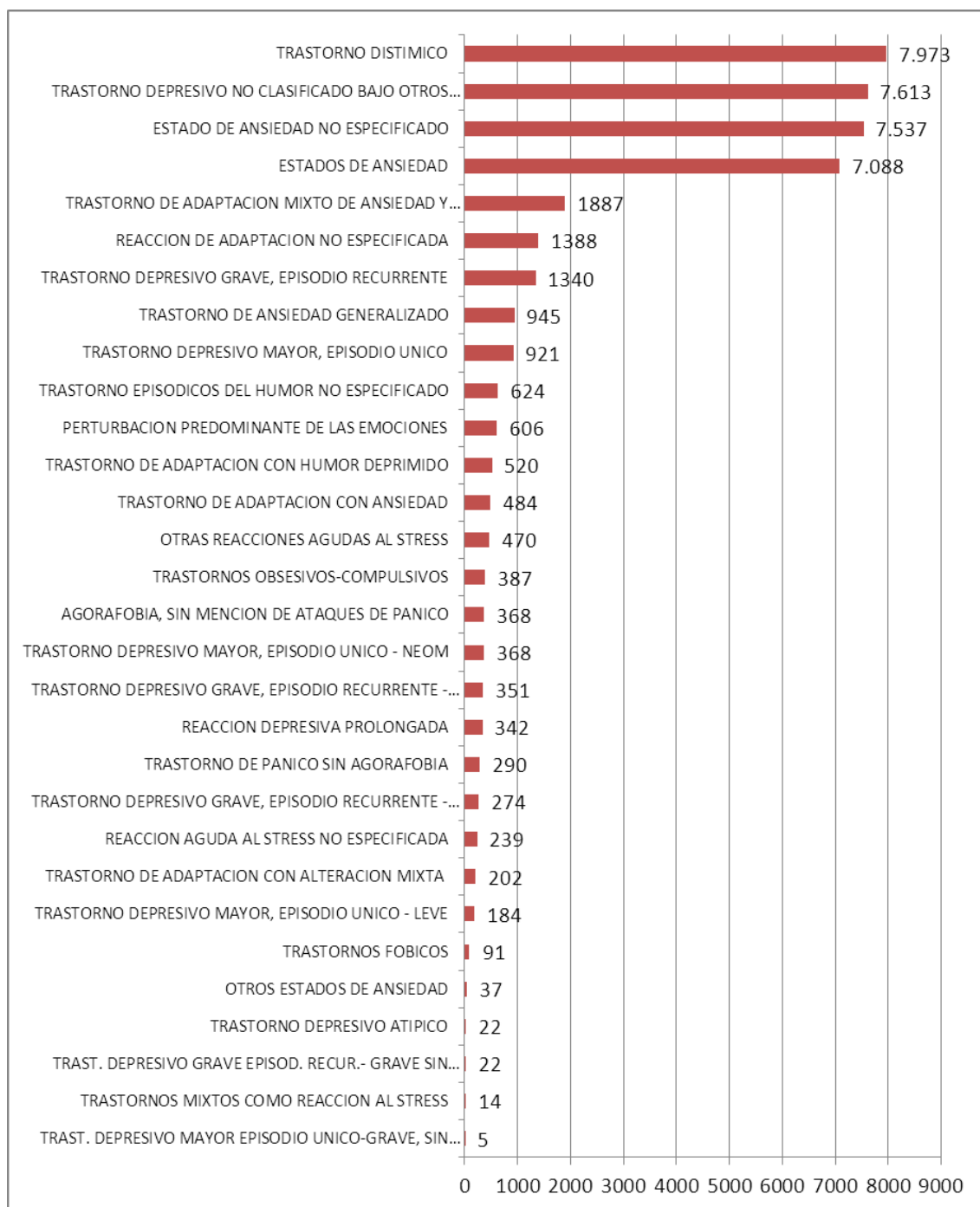
La suma total de dies de ILT per diagnòstic de l'àmbit de depressió i/o ansietat van ser de 42592, podent-se veure destriada esta informació en la taula 46 i gràfic 48.

Taula 46: Total de dies de interrupció laboral durant els 6 mesos previs a la intervenció (Juliol-Desembre 2013) en tota l'àrea de La Ribera

DIAGNÒSTIC SEGONS CONSTA EN CIE-9	JULIOL 2013	AGOST	SETEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE	DESEMBRE	TOTAL
296.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO	91	148	161	220	175	126	921
296.20 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - NEOM	62	62	60	62	60	62	368
296.21 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - LEVE	31	31	30	31	30	31	184
296.23 TRAST. DEPRESIVO MAYOR EPISODIO UNICO- GRAVE, SIN COND.PSICOT	5	0	0	0	0	0	5
296.3 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE	256	237	220	222	210	195	1340
296.30 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - NEOM	31	31	57	62	77	93	351
296.32 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - MODERADO	31	31	52	46	60	54	274
296.33 TRAST. DEPRESIVO GRAVE EPISOD. RECUR.- GRAVE SIN COND.PSICOT	22	0	0	0	0	0	22
296.82 TRASTORNO DEPRESIVO ATIPICO	0	0	0	4	18	0	22
296.90 TRASTORNO EPISODICOS DEL HUMOR NO ESPECIFICADO	119	113	92	121	93	86	624
300.0 ESTADOS DE ANSIEDAD	1166	1166	1247	1264	1134	1111	7088
300.00 ESTADO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	1096	1226	1188	1315	1375	1337	7537
300.01 TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	62	62	60	45	30	31	290
300.02 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO	168	169	168	204	138	98	945
300.09 OTROS ESTADOS DE ANSIEDAD	13	0	0	0	13	11	37
300.2 TRASTORNOS FOBICOS	0	0	0	30	30	31	91
300.22 AGORAFOBIA, SIN MENCION DE ATAQUES DE PANICO	62	62	60	62	60	62	368
300.3 TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS	62	62	71	73	60	59	387

DIAGNÒSTIC SEGONS CONSTA EN CIE-9	JULIOL 2013	AGOST	SETEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE	DESEMBRE	TOTAL
300.4 TRASTORNO DISTIMICO	1446	1460	1179	1130	1222	1536	7973
308.0 PERTURBACION PREDOMINANTE DE LAS EMOCIONES	62	111	121	126	109	77	606
308.3 OTRAS REACCIONES AGUDAS AL STRESS	98	93	80	62	71	66	470
308.4 TRASTORNOS MIXTOS COMO REACCION AL STRESS	0	0	0	0	0	14	14
308.9 REACCION AGUDA AL STRESS NO ESPECIFICADA	0	39	60	62	60	18	239
309.0 TRASTORNO DE ADAPTACION CON HUMOR DEPRIMIDO	123	62	32	42	136	125	520
309.1 REACCION DEPRESIVA PROLONGADA	31	43	60	62	65	81	342
309.24 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ANSIEDAD	169	59	63	68	71	54	484
309.28 TRASTORNO DE ADAPTACION MIXTO DE ANSIEDAD Y HUMOR DEPRIMIDO	375	354	303	253	267	335	1887
309.4 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION MIXTA DE LAS EMOCIONES Y DE LA	31	31	40	39	30	31	202
309.9 REACCION DE ADAPTACION NO ESPECIFICADA	188	220	196	194	280	310	1388
311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	1293	1179	1100	1329	1310	1402	7613

Gràfic 48: Dies de ILT en Juliol-Desembre del 2013 en patologies relacionades amb depressió i ansietat en La Ribera



### 5.2.8.2.Dades d'interrupció laboral després de la interrupció.

La suma de totes les ILT noves relacionades amb processos depressius i ansiosos després de la intervenció va ser de 464 (taula 47).

Taula 47: Total de ILT noves per diagnòstic i mes actives durant els 6 mesos després de la intervenció (Maig-Octubre de l'any 2014) en tota l'àrea de La Ribera

<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>MAIG</b>	<b>JUNY</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>TOTAL</b>
296.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO	2	2	1	0	0	4	9
296.20 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - NEOM	0	0	0	0	0	1	1
296.22 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - MODERADO	0	0	0	0	0	1	1
296.23 TRAST. DEPRESIVO MAYOR EPISODIO UNICO-GRAVE, SIN COND.PSICOT	0	0	0	2	0	1	3
296.3 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE	2	0	2	0	0	1	5
296.30 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - NEOM	0	0	0	0	1	1	2
296.31 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - LEVE	1	0	0	0	0	0	1
296.32 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - MODERADO	0	0	0	0	1	0	1
296.82 TRASTORNO DEPRESIVO ATIPICO	1	0	0	0	0	0	1
296.9 OTROS TRASTORNOS EPISODICOS DEL HUMOR Y TRASTORNO EPISODICO DEL HUMOR	0	2	0	0	0		2
300.0 ESTADOS DE ANSIEDAD	16	19	12	8	13	19	87
300.00 ESTADO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	21	18	14	13	29	22	117
300.01 TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	2	0	0	0	0	0	2
300.02 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO	1	0	3	1	1	2	8
300.09 OTROS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	0	0	0	1	0	1
300.11 TRASTORNO DE CONVERSION	0	1	0	0	0	0	1
300.21 AGORAFOBIA CON TRASTORNOS DE PANICO	0	0	1	0	0	0	1
300.23 FOBIA SOCIAL	1	0	0	0	0	2	3

<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>MAIG</b>	<b>JUNY</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>TOTAL</b>
300.4 TRASTORNO DISTIMICO	18	13	15	6	12	14	<b>78</b>
300.8 TRASTORNOS SOMATIFORMES	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
308.0 PERTURBACION PREDOMINANTE DE LAS EMOCIONES	0	1	1	1	0	1	<b>4</b>
308.9 REACCION AGUDA AL STRESS NO ESPECIFICADA	0	1	0	0	0	1	<b>2</b>
309.0 TRASTORNO DE ADAPTACION CON HUMOR DEPRIMIDO	1	0	2	0	1	5	<b>9</b>
309.1 REACCION DEPRESIVA PROLONGADA	1	1	0	0	0	0	<b>2</b>
309.2 REACCION DE ADAPTACION CON PERTURBACION DE OTRAS EMOCIONES	0	0	0	1	0	0	<b>1</b>
309.24 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ANSIEDAD	1	4	2	0	2	3	<b>12</b>
309.28 TRASTORNO DE ADAPTACION MIXTO DE ANSIEDAD Y HUMOR DEPRIMIDO	4	6	2	0	5	5	<b>22</b>
309.3 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION DE LA CONDUCTA	0	1	0	0	1	0	<b>2</b>
309.4 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION MIXTA DE LAS EMOCIONES Y DE LA CONDUCTA	0	0	0	1	1	0	<b>2</b>
309.89 OTRA REACCION DE ADAPTACION ESPECIFICADA NCOC	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
309.9 REACCION DE ADAPTACION NO ESPECIFICADA	3	5	5	6	2	1	<b>22</b>
311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	10	8	9	8	12	10	<b>57</b>
313.0 TRASTORNO DE ANSIEDAD EXCESIVA	2	0	0	1	0	0	<b>3</b>

La suma total de dies de ILT per diagnòstic de l'àmbit de depressió i/o ansietat són de 59403, podent-se veure destriada esta informació en la taula 48 i el gràfic 49.

Taula 48: Total de dies de interrupció laboral durant els 6 mesos posteriors a la intervenció (Maig-Octubre 2014) en tota l'àrea de La Ribera

<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>MAIG</b>	<b>JUNY</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>TOTAL</b>
293.84 TRASTORNO DE ANSIEDAD EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	31	30	31	31	30	31	<b>184</b>
296.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO	234	266	237	208	180	238	<b>1363</b>
296.20 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - NEOM	62	60	62	62	60	81	<b>387</b>
296.21 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - LEVE	31	30	31	31	30	31	<b>184</b>
296.22 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO - MODERADO	0	0	0	0	0	5	<b>5</b>
296.23 TRAST. DEPRESIVO MAYOR EPISODIO UNICO- GRAVE, SIN COND.PSICOT	0	0	0	26	30	46	<b>102</b>
296.3 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE	222	210	249	267	240	234	<b>1422</b>
296.30 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - NEOM	62	39	31	31	46	78	<b>287</b>
296.31 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - LEVE	44	60	31	0	0	0	<b>135</b>
296.32 TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, EPISODIO RECURRENTE - MODERADO	0	0	0	0	15	10	<b>25</b>
296.82 TRASTORNO DEPRESIVO ATIPICO	5	18	0	0	0	0	<b>23</b>
296.9 OTROS TRASTORNOS EPISODICOS DEL HUMOR Y TRASTORNO EPISODICO DEL HUMOR	0	22	0	0	0	0	<b>22</b>

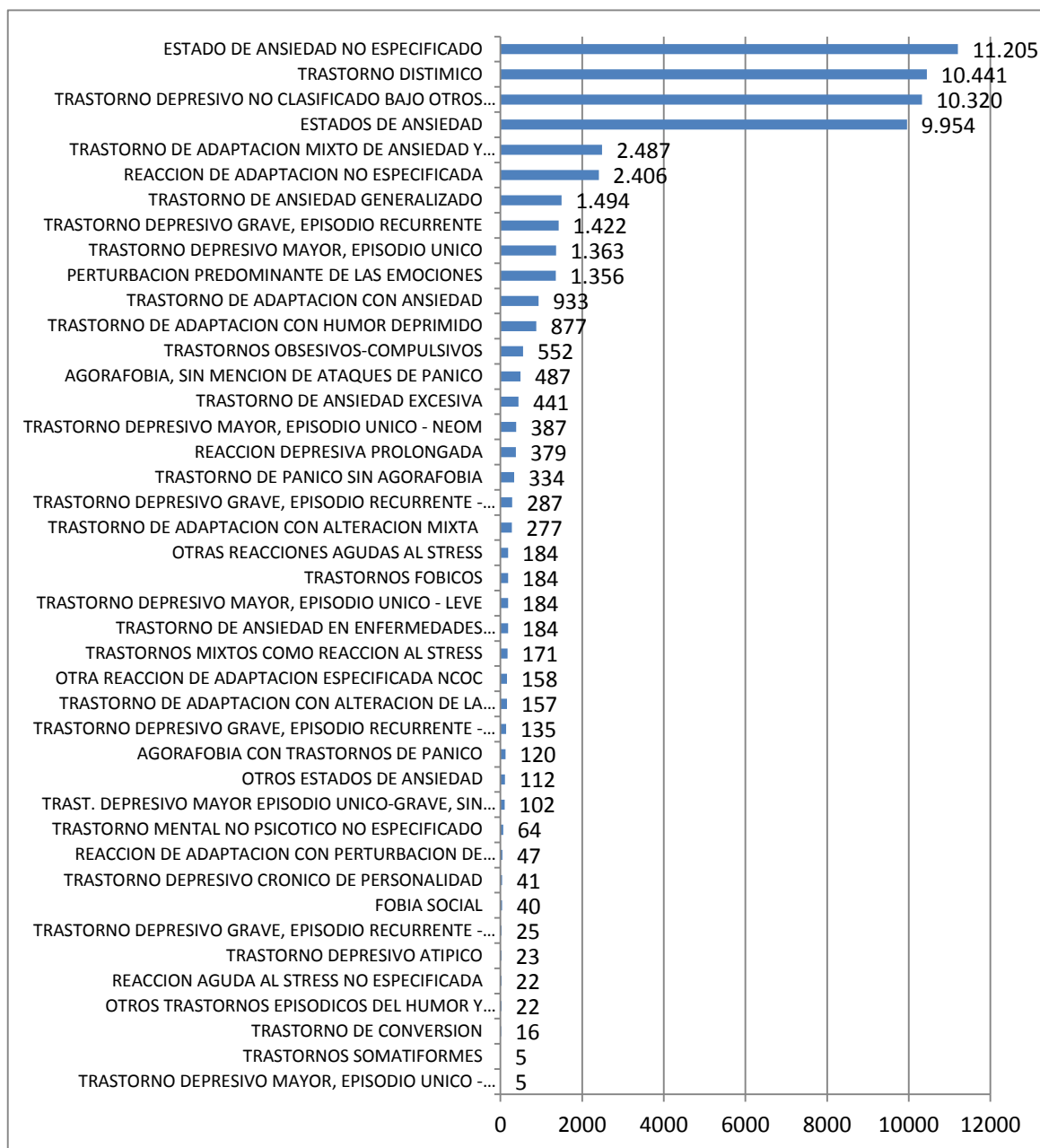
<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>MAIG</b>	<b>JUNY</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEM.</b>	<b>OCTUB.</b>	<b>TOTAL</b>
300.0 ESTADOS DE ANSIEDAD	1648	1682	1751	1651	1627	1595	<b>9954</b>
300.00 ESTADO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	1702	1720	1800	1756	2073	2154	<b>11205</b>
300.01 TRASTORNO DE PANICO SIN AGORAFOBIA	75	90	76	32	30	31	<b>334</b>
300.02 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO	221	196	236	279	295	267	<b>1494</b>
300.09 OTROS ESTADOS DE ANSIEDAD	31	30	11	0	9	31	<b>112</b>
300.11 TRASTORNO DE CONVERSION	0	16	0	0	0	0	<b>16</b>
300.2 TRASTORNOS FOBICOS	31	30	31	31	30	31	<b>184</b>
300.21 AGORAFOBIA CON TRASTORNOS DE PANICO	0	0	28	31	30	31	<b>120</b>
300.22 AGORAFOBIA, SIN MENCION DE ATAQUES DE PANICO	102	90	93	80	60	62	<b>487</b>
300.23 FOBIA SOCIAL	12	0	0	0	0	28	<b>40</b>
300.3 TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS	93	90	93	93	90	93	<b>552</b>
300.4 TRASTORNO DISTIMICO	1733	1770	1891	1732	1546	1769	<b>10441</b>
300.8 TRASTORNOS SOMATIFORMES	0	0	0	0	0	5	<b>5</b>
300.9 TRASTORNO MENTAL NO PSICOTICO NO ESPECIFICADO	31	30	3	0	0	0	<b>64</b>
301.12 TRASTORNO DEPRESIVO CRONICO DE PERSONALIDAD	31	10	0	0	0	0	<b>41</b>
308.0 PERTURBACION PREDOMINANTE DE LAS EMOCIONES	204	198	239	266	221	228	<b>1356</b>
308.3 OTRAS REACCIONES AGUDAS AL STRESS	31	30	31	31	30	31	<b>184</b>
308.4 TRASTORNOS MIXTOS COMO REACCION AL STRESS	43	30	31	31	30	6	<b>171</b>
308.9 REACCION AGUDA AL STRESS NO ESPECIFICADA	0	4	0	0	0	18	<b>22</b>
309.0 TRASTORNO DE ADAPTACION CON HUMOR DEPRIMIDO	168	160	157	101	113	178	<b>877</b>
309.1 REACCION DEPRESIVA PROLONGADA	91	42	62	62	60	62	<b>379</b>
309.2 REACCION DE ADAPTACION CON PERTURBACION DE OTRAS EMOCIONES	0	0	0	4	30	13	<b>47</b>
309.24 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ANSIEDAD	95	162	181	175	161	159	<b>933</b>



<b>CODIFICACIÓ SEGONS CONSTA EN CIE-9</b>	<b>MAIG</b>	<b>JUNY</b>	<b>JULIOL</b>	<b>AGOST</b>	<b>SETEMBRE</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>TOTAL</b>
309.28 TRASTORNO DE ADAPTACION MIXTO DE ANSIEDAD Y HUMOR DEPRIMIDO	359	401	453	378	395	501	<b>2487</b>
309.3 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION DE LA CONDUCTA	0	1	31	31	60	34	<b>157</b>
309.4 TRASTORNO DE ADAPTACION CON ALTERACION MIXTA DE LAS EMOCIONES Y DE LA CONDUCTA	81	43	31	62	57	3	<b>277</b>
309.89 OTRA REACCION DE ADAPTACION ESPECIFICADA NCOC	5	30	31	31	30	31	<b>158</b>
309.9 REACCION DE ADAPTACION NO ESPECIFICADA	377	313	370	426	437	483	<b>2406</b>
311 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	1574	1583	1648	1764	1776	1975	<b>10320</b>
313.0 TRASTORNO DE ANSIEDAD EXCESIVA	69	90	93	67	60	62	<b>441</b>

Gràfic 49: Dies de baixa en Maig-Juliol del 2014 en patologies relacionades amb

depressió i ansietat en La Ribera



## 6- DISCUSSIÓ

### 6.1 Conclusions generals en relació als models de col·laboració entre AP i SM.

Els models de relació possibles entre AP i SM presenten sovint solapament entre ells alhora de posar-se en pràctica. Així succeeix també a La Ribera.

D'aquesta tesi també es conclou, com en la literatura prèvia, que el disseny, funcionament i avaluació dels models i intervencions no poden desvincular-se de les dinàmiques organitzatives dels professionals i serveis i de les polítiques de provisió, finançament i planificació sanitària en els diferents contextos. La informació sobre l'aplicació dels models sol ser insuficient. La variabilitat i carències metodològiques constatades en gran part dels estudis són notables, sent el més important l'avaluació de resultats a llarg termini (Bower P., 2011). En aquest estudi s'han intentat pal·liar totes aquestes mancances.

Tal i com ja apunta la Dra. Blanca Reneses i col·laboradors, existeixen unes condicions convenients per tal de desenvolupar un enquadre adient per tractar els problemes d'ansietat i depressius en AP: El procés deu ser coherent amb l'estratègia de l'organització, designació d'un coordinador del projecte, el disseny deu pertànyer a gent dels diversos nivells assistencials implicats, les recomanacions deuen tenir evidència científica, deu incorporar sistemes d'avaluació i necessita un sistema d'informació que suporti el procés (Reneses B. et al., 2012).

S'estima que un únic tipus de model de relació entre AP i SM aplicat de forma inflexible no és del tot convenient. Ja al Regne Unit es desestimà emprar el model d'enllaç de forma general argumentant un efecte modest en els resultats de depressió (NICE, 2010).

Considerem, de forma paral·lela a literatura prèvia, que les experiències de col·laboració més efectives són aquelles que integren intervencions orientades a afavorir la responsabilitat dels diferents professionals en el tractament i seguiment del pacient, recolzament mantingut de la gestió i informació i comunicació compartides (Osteba, 2013). És per aquest motiu que en La Ribera es va promocionar el grup PCApSm format de forma paritària (igual nombre de MAP que de psiquiatres) intentant compartir les responsabilitats i projectes entre AP i SM. Els efectes d'intervencions com la formació, la disseminació de guies de pràctica clínica i la incorporació de nous rols o nous professionals són més favorables quan formen part d'eixe model o estratègies integradores (Osteba, 2013). En este sentit, en la nostra zona es potència mitjançant correu intern la interacció entre MAP i psiquiatres i psicòlegs i infermeria per tal de compartir la informació sobre els pacients. És molt habitual enviar-se correus entre els professionals compartint informació sobre l'evolució, assistència, problemes farmacològics, dades sobre l'adherència, informació que puga donar la família al MAP amb qui té més relació i proximitat, etc. sempre baix estrictes mesures de confidencialitat. Implementant aquesta forma de treballar es responsabilitza a tot el grup sanitari i el nivell de continuïtat en assistència es manté elevat.

Durant els anys en que s'ha desenvolupat aquest estudi també s'ha comprovat com en publicacions prèvies que el MAP és capaç de gestionar la patologia psiquiàtrica no greu, cospant un paper imprescindible en la SM, sent necessari un major temps per

dedicar a cada pacient en AP i en especial als malalts mentals (Ferrerias et al., 2011). En el cas de la depressió, molta gent prefereix ser tractat pel seu metge de família per tenir més confiança amb ell i també per evitar l'estigma que pot suposar acudir a una USM (Wun et al., 2011). D'altra banda i com és evident i ja estava publicat prèviament, la involucració de l'especialista en el model col·laboratiu és un predictor important de resultats (Bower et al., 2006).

Les ferramentes tradicionals de revisió sistemàtica resulten limitades en l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions complexes com la col·laboració entre AP i SM. En general, no són suficientment identificats i avaluats els efectes derivats dels contextos sanitaris i de gestió, els components dinàmics d'interacció dels processos col·laboratius ni les diferències entre les condicions assistencials i d'investigació (Osteba, 2013). És per això que en el present treball s'han intentat minimitzar aquestos problemes establint formes d'avaluació senzilles i properes als MAP, consensuades amb ells mitjançant el grup de treball PCApSm.

No és lògic esperar beneficis intensos quan s'actua generalment sobre un dels agents del sistema sanitari (MAP) amb una intervenció simple. Tal i com apunta Gérvas i col·laboradors, semblen més útils les intervencions complexes com introduir canvis que impliquen a tota l'organització, especialment si es refereixen a la integració de serveis (Gérvas et al., 2008).

Com diu Correia i col·laboradors i Latorre i col·legues, que han estudiat també la relació entre SM i AP en el país veí Portugal, la millor estratègia sobre la salut mental en AP és invertir en la qualificació professional a través de la permanent formació i entrenament en aquestes patologies (Correia et al., 2011; Latorre et al., 2012). Aquesta és una de les estratègies que es fan servir en la zona d'àmbit d'estudi d'aquesta tesi.

L'habilitat de diagnosticar malalties psiquiàtriques és tant complexa per als MAP que no pot haver correlació entre una o més intervencions (Benthem et al., 2009). L'explicació és per molts motius, entre els que destaquen la capacitat d'introspecció del propi MAP, els seus motius i les seues particularitats de caràcter. A més a més, cal dir que aprendre noves habilitats és més fàcil que canviar conductes ja apreses (Benthem et al., 2009), cosa que s'ha vist reflectit en l'actual estudi donat que els MAP més joves i en procés més marcat d'obtenir coneixements estaven més involucrats en el procés col·laboratiu.

En concordança amb prèvies publicacions, s'observa també al nostre àmbit un empitjorament de la salut mental entre la població en els últims anys donada la situació de crisi mundial (M. Roca et al., 2013; Gili et al., 2013; Xavier Bartoll, 2013; Gili et al., 2014). Per això és imprescindible implementar els recursos disponibles mitjançant una adient comunicació entre els diversos estaments sanitaris encarregats dels pacients en relació a la salut mental. La combinació d'alta morbiditat i baix nivell de recursos i el consens d'implementar serveis de salut mental comunitaris és un gran argument en favor de la inversió en salut mental (Muijen, 2012). Este argument ha guanyat més importància amb la crisi econòmica, donat que s'han incrementat els nivells d'angoixa que suporta la població i el risc de malalties mentals, particularment en grups vulnerables de gent com persones en atur immigrants i minories ètniques (WHO, 2011).

Els nous models de relació entre MAP i els psiquiatres situen a aquest últim en un "rol" de supervisió. Aquesta feina s'implementa en La Ribera mitjançant la designació de "referents" en SM (un MAP i un psiquiatre en cada zona bàsica a qui es deuen consultar qualsevol dubte o problema de SM en consultes). Les valoracions inicials són cada vegada més freqüentment portades endavant per infermeria, "case

managers” en el cas d’altres indrets (Gask i Khanna, 2011). En La Ribera ha sigut fins ara infermeria qui atén als pacients derivats a SM inicialment, valorant-los abans que siguin vistos per psiquiatria o psicologia. Per tal d’assolir un treball satisfactori amb AP, els psiquiatres deuen adquirir noves destreses en la valoració ràpida i la gestió d’una àmplia varietat de malalties mentals comunes i proveir supervisió i consulta amb altres sanitaris per tal de copsar-ho. D’especial importància resulta l’habilitat de comunicar-se de forma efectiva amb AP i de proveir suport als sanitaris que atenen en primer lloc als pacients. Serà necessari instruir els psiquiatres i també a infermeria i psicòlegs que ajuden en les tasques de col·laboració en este sentit.

## 6.2 Estudi de les derivacions entre MAP i SM

### 6.2.1 Nombre de derivacions

Es va augmentar el nombre de derivacions a SM. No és estrany que les derivacions a psiquiatria augmenten durant aquesta investigació. En Holanda, després d’implementar una política d’augmentar les consultes de psiquiatria en AP de forma col·laborativa, també es va augmentar el nombre de derivacions (Leentjens et al., 2009). Quan s’explica als MAP de tota l’àrea sanitària la intervenció és lògic pensar que pararan una major atenció als problemes de salut mental i aleshores detectaran més aquestos problemes i derivaran més pacients a SM, al menys inicialment.

### 6.2.2 Gènere

En la mostra prèvia a la intervenció d'aquest estudi, el 38'028 % dels pacients eren homes i el 61'972 % dones. En la mostra posterior els percentatges van ser de 36,48% i 63,52% respectivament.

Aquestes dades són semblants a les d'altres estudis comparables d'entorns propers. En un estudi de Alcaine Soria, es va analitzar el gènere dels pacients referits a les USM: 59.3% de dones i 40.7% d'homes (Alcaine, 2012). De forma semblant a l'estudi d'aquesta tesi, Roca i col·legues en 2009 van trobar un 61.7% de dones en la seua mostra (Roca et al., 2009). En un estudi previ també s'obtenen resultats similars (Baca Baldomero et al., 2001). Ferreras i col·laboradors descriuen en la seua mostra un 53.7% de dones (Ferreras Amez JM. et al., 2011). Aquesta tendència a atendre més dones que homes concorda també amb altres estudis previs del nostre àmbit (Chueca et al., 2003; Landa González et al., 2008; García-Testal et al., 1998; Maldonado Díaz I. et al., 2002) i d'altres estrangers (Gunn et al., 2008).

### 6.2.3 Edat Mitja

L'edat mitja en la mostra de pacients prèvia a la intervenció va ser de 43,1789 anys i la de pacients posteriors a la intervenció de 44,61 anys.

Són edats semblants a altres estudis estatals: 49,4 +/- 0.9 (Alcaine, 2012; Landa González et al., 2008) i 48,6 anys amb desviació típica de 15,5 (Roca et al., 2009). L'estudi de Ferreras Ámez aporta una edat mitja de 47,05 anys amb una desviació



estàndard de 15,5 anys. En l'estudi de Gunn, la mostra tenia una edat mitja un poc major, de 50,9 anys amb una desviació estàndard de 14,2 anys.

#### 6.2.4 Procedència de la derivació

Constava en totes les derivacions, superant les taxes d'estudis comparables: En un article anglosaxó on es van analitzar 11 estudis sobre derivacions a SM, les dades de contacte del metge que derivava apareixien en el 95% de les derivacions (Durbin et al., 2012).

#### 6.2.5 Format de la derivació

Un dels criteris de qualitat en dècades prèvies era la comprensibilitat de la lletra en la derivació escrita (7% de il·legibilitat en derivacions en estudi previ estatal de Rubio Arribas i col·legues en l'any 2000). Amb la incorporació de la informatització de la història clínica en La Ribera pràcticament es va eliminar aquest problema.

En l'estudi d'aquesta tesi, el tipus de document per fer la derivació era vàlid en el 97,2% del total de derivacions prèvies a la intervenció i en el 98,1% dels casos posteriors a la intervenció. Solament un MAP de la zona va derivar escrivint a ma en papers que temps enrere eren habituals (els abans nomenats "AP-10"). Per tant, el

percentatge de formats “vàlids” de derivació han sigut superiors a l’únic estudi comparable.

#### 6.2.6 Qualitat i informació de les derivacions

Ja iniciat aquesta tesi, es va publicar un estudi que proposava la informació més adient per un informe de derivació des d’AP a SM (Hartveit et al., 2013). Utilitzaven el mètode Delphi i recomanaven que la derivació contingués: Informació personal i de contacte, història del cas i situació social, estat actual i resultats previs de tractaments, professionals involucrats en el cas, valoració del pacient i el motiu de la derivació. Com es pot veure, és una informació prou semblant a l'estudiada en aquesta tesi en relació a les derivacions. També hi ha grans similituds entre la proposta duta a terme en aquesta tesi i la guia noruega “The good referral letter” (Thorsen et al., 2012).

En l'actual estudi, millora l’emplenament de la derivació en:

1. Descripció de la malaltia
2. Començament, evolució i resposta a fàrmacs prèvia
3. Nombre de pacients comentats en reunions d'enllaç
4. Diagnòstic acurat
5. Descripció del motiu de derivació

Molt poca informació sobre:

1. Consum de tòxics
2. Possible retràs mental

3. Ús de qüestionaris
4. Pacient comentat en reunions d'enllaç

Donat que la gran majoria de les interconsultes informaven d'alguns dels ítems avaluats de forma escassa, és de suposar que des d'AP existeix la falsa percepció que no és informació important. Presumiblement, solament quan des d'AP es considerava que allò era un problema important es comunicava. Tanmateix aquesta situació és equívoca. Per exemple, no consten dades en la gran majoria de interconsultes sobre Retràs Mental o sobre tractaments previs. El psiquiatre que rep aquesta informació no sap si açò vol dir que no hi ha Retràs Mental o cap tractament previ o si no s'esmenta en la interconsulta perquè el pacient no té Retràs Mental o no ha pres cap tractament previ.

A més a més, crida l'atenció una variabilitat molt gran entre les interconsultes dels diferents MAP, sent algunes un exemple de coordinació i altres molt deficitàries. També és probable que influísca en estos casos l'aptitud informàtica del MAP, donat que totes les derivacions s'han de escriure en ordinador i algunes derivacions són molt curtes entre altres raons, per la lentitud d'alguns sanitaris alhora d'escriure en ordinador.

Les dades que s'aporten de les interconsultes rebudes són pareguts a altres estudis. Herrán (2000) explica que el 34% de les derivacions que van estudiar incloïen dades sobre l'exploració psiquiàtrica front al 41% en el nostre estudi. Sí que hi ha diferències en que l'estudi d'Herrán esmenta quasi un 70% d'interconsultes amb diagnòstic. En el nostre cas solament s'ha valorat si presenten o no un diagnòstic acurat (més de 3 dígitos codificats) i la xifra va ser del 46.1%. D'altra banda, Ruiz estudia este aspecte i detecta un 58.1% de la seua mostra amb diagnòstic (Ruiz et al., 1995). Herrán

exposa que quasi la meitat de la mostra no tenia tractament prescrit. En la nostra mostra, el 62.5% de les derivacions no comentaven si el pacient havia respost a algun tractament previ (podia prendre però no es feia menció en interconsulta, fent-se evident al comentar-ho el pacient en consulta o esbrinar-se en full de prescripció electrònic). A més a més, Herrán explica que els motius de derivació més freqüents aportats han sigut “valoració” i “valoració i tractament”, encara que no aporta dades sobre quantes derivacions proposen un motiu. Sí que ho fan en l'estudi de Chueca i col·legues: 87.6% (Chueca et al., I. et al., 2003). En el nostre cas és la gran majoria, quasi un 83% .

Altres estudis internacionals, com el de Kisely i el seu equip van trobar una milloria en la qualitat de la derivació després d'una intervenció (Kisely et al., 2002), Qureshi i col·legues no van trobar milloria i apunten que amb formats preestablerts es pot incrementar la càrrega al MAP (Qureshi et al., 2007). Cal recordar que a l'actual estudi nostre no hi havia un format preestablert, sinó solament una recomanació de la informació a incloure en la derivació. D'altra banda, Hilton i el seu grup van obtenir resultats que indicaven que les derivacions en formats estructurats eren més fàcilment catalogades com urgents pels MAP que deriven però els especialistes tenien la impressió que no eren urgents en la majoria dels casos (Hilton et al., 2008). Shaw i col·laboradors no van objectivar diferències significatives alhora de comparar les derivacions del grup de MAP als que se'ls havia explicat una guia sobre informació que deu contenir la derivació i el grup control (Shaw et al., 2005). I finalment, Ball va comparar derivacions fetes solament per telèfon i derivacions fetes com habitualment i va constatar que les entrevistes entre MAP i SM telefòniques donaven més informació pel tracte directe en comparació a les derivacions impreses (Ball, 1997).

Tots aquestos estudis tenen una menor quantia de derivacions estudiades i alguns resultats no són significatius per aquest motiu, a diferència del treball actual.

En aquest estudi, la qualificació que reberen les derivacions millorà més d'un punt després de la intervenció. Es pot considerar un notable avanç i la intervenció es pot qualificar d'eficient alhora de millorar la qualitat de les derivacions des d'AP a SM. Malgrat tot, la quantitat de derivacions amb qualificació de “no acceptables” segueix sent en global la meitat de derivacions aproximadament. En un estudi semblant però molt menys complex, es va concloure que les derivacions de MAP a SM eren en un 40.3% escasses en relació a la informació que contenien, en un 56.7% eren “correctes” i en un 3% solament eren “completes” (Martín-Jurado et al., 2012). Es troba a faltar en aquest estudi de Martín-Jurado una acurada descripció del que es considera “escàs”, “correcte” i “complet” i per això és difícilment comparable amb l'estudi d'aquesta tesi.

#### Subestudis en relació a la qualitat de l'informe de derivació

Aquesta part de l'estudi no té correlat en bibliografia prèvia i per això no es compara amb cap estudi.

-S'analitzaren les derivacions on constava tàcitament que havien estat comentades en reunions entre MAP i SM.

Estes derivacions eren solament 12, majoritàriament “acceptables” en qualificació. No van millorar amb la intervenció.

La impressió que es desprèn d'aquest apartat és que molts pacients es van comentar prèviament a la derivació però no s'apuntava aquest fet en la pròpia derivació.

-S'estudiaren les derivacions dels MAP que tenien un “cupó” associat i estable.

Més de la meitat de derivacions eren “acceptables” o “excel·lents” ja abans de la intervenció en aquest grup per passar a ser més del 80% després de la intervenció. És de suposar que la relació metge pacient entre els metges amb “cupo” està molt consolidada i això potser ajuda de forma notable a millorar la informació entre els dos nivells assistencials. A més a més, aquest grup de metges són grans coneixedors de l'entorn social, familiar i també econòmic i laboral dels pacients als que tracten.

-S'analitzaren les derivacions solament dels MAP que sí van acudir a la intervenció comparant-les amb les derivacions dels que no van acudir.

Els MAP que van assistir a la intervenció van reduir de forma notable la proporció de derivacions “no acceptables” a diferència dels que no van assistir. Tanmateix, cal dir que els dos grups van millorar en l'emplenament de la descripció de malaltia i en formalitzar un diagnòstic acurat. Potser aquesta millora es dega a que també molts MAP que no van assistir a la intervenció s'assabentarien pels companys de l'estudi que s'estava dut a terme i pararien major atenció alhora d'emplenar les derivacions.

#### 6.2.7 Pertinença de les derivacions

Les derivacions que es van rebre abans de la intervenció adients segons els criteris de Ribé van ser el 55,09 %, mentre que posteriorment a la intervenció van ser el 66,14 %. En aquest apartat la intervenció es pot considerar molt efectiva (Ribé et al., 2010).

Encara que no hi ha estudis semblants comparables estrictament, hi ha algun estudi sobre aquesta informació que cal recordar: Martín-Jurado i col·laboradors, sobre una mostra de 1132 derivacions d'AP a SM, troben un 1.5% de derivacions molt inadequades, un 6.3% inadequades, un 19.9% dubtoses, un 68.8% adients i un 3.6% molt adients (Martín-Jurado et al., 2012). D'altra banda, en l'estudi de Ferreras i col·laboradors, la meitat dels pacients amb símptomes depressius eren derivats de forma preferent. En el nostre estudi, encara que es comptabilitza tota la mostra de derivacions, el nombre de derivacions preferents és notablement menor en els MAP amb "cupó" (30,67%), cosa que potser tinga relació amb una major capacitat del MAP alhora de gestionar problemes de salut mental comuns i del sistema col·laboratiu implantat (Ferreras Amez JM. et al., 2011).

#### 6.2.8 Concordança diagnòstica

En AP, una gran variabilitat és esperable en l'adequació dels diagnòstics (Bakker et al, 2009). En el treball d'aquesta tesi també es pot concloure el mateix.

En general, la concordança diagnòstica en l'actual estudi va ser, tant abans com després de la intervenció:

- molt alta en els trastorns d'adaptació i retràs mental
- baixa en els síndromes psicòtics, afectius, neuròtics, trastorns de la personalitat, trastorns de la son i reacció aguda a l'estrés
- molt baixa en diagnòstics relacionats amb tòxics.

En l'estudi d'Alcaine Soria, la patologia més freqüentment remesa va ser la depressió (60.5% dels pacients derivats) (Alcaine, 2012), en concordança amb altres estudis (Chueca et al., I. et al., 2003). Per contra, Ferreras i col·laboradors estudien els pacients derivats a SM i apunten que els trastorns ansiosos són les patologies més derivades (però dividien els quadres depressius en depressió major i distímia i ho comptabilitzen de forma separada) (Ferreras Amez JM. et al., 2011). Però unes altres investigacions mostren que els trastorns adaptatius són els més derivats (Landa González et al., 2008; Maldonado Díaz I. et al., 2002). Esta variabilitat pot deure's a l'alt grau de solapament entre els quadres ansiosos, depressius i adaptatius (Aragonès, 2008). També pot ser aquest solapament una de les explicacions de la baixa concordança diagnòstica.

En quant a la concordança entre els diagnòstics d'AP i els de SM en aquest estudi, l'índex Kappa resultà ser de 0,203 amb una desviació típica de 0,47. Per tant, la concordança va ser baixa i no augmentà amb la intervenció.

Estudis descriptius semblants també apunten baixes concordances diagnòstiques. Martín-Jurado i col·laboradors indiquen que la concordança diagnòstica va ser pobra (índex Kappa de 0.342) en la mateixa línia que l'estudi actual (Martín-Jurado et al., 2012). Altres estudis propers al nostre àmbit mostren també una concordança baixa (Landa González et al., 2008; Maldonado Díaz I. et al., 2002).

Per l'altra banda, la concordança més alta la trobà Alcaine Soria, sent del 68.9% (Alcaine, 2012). El 61.3% dels diagnòstics dels MAP de l'estudi d'Herrán i col·legues concordaven amb el diagnòstic proposat en SM (Herrán et al., 2000). Tant en l'estudi d'Alcaine Soria com en el d'Herrán no s'aporta índex Kappa, que és el que correspon a un estudi sobre concordança diagnòstica.



En este estudi s'ha objectivat una tendència per part dels MAP a no utilitzar diagnòstics psiquiàtrics concrets sinó més bé síndromes amplis. Hi ha constància en la bibliografia prèvia on es constata rebuig als diagnòstics psiquiàtrics des d'AP (McCall et al., 2002; Saitz et al., 2003; Vernooij-Dassen et al., 2005). Cal demostrar als MAP que millor diagnòstics vol dir millor pràctica clínica (Benthem et al., 2009).

Tal i com expliquen Benthem i col·legues, qualsevol intervenció formativa dirigida a AP ha de combinar mètodes educacionals amb estudis de casos, “role-playing”, devolucions, vídeos i discussions (Benthem et al., 2009). Solament focalitzar la instrucció en completar diagnòstics psiquiàtrics acurats no serveix.

#### 6.2.9 Recomanacions per tal d'optimitzar les derivacions a SM:

L'AP és un àmbit idoni per l'abordament preventiu dels conflictes psicosocials i dels trastorns mentals per tres raons: La primera perquè probablement siga, junt a l'escola, el dispositiu social on més ciutadans contacten al llarg de l'any i la vida de cadascú. En segon lloc, perquè múltiples investigacions apunten a que els pacients amb trastorns mentals o conflictes psicosocials crònics solen consultar de forma reiterada en AP. I en tercer lloc perquè si no es detecten de forma precoç les malalties mentals, tenen pitjor pronòstic (Buitrago Ramírez et al., 2014).

Amb el sistema actual descrit en l'àmbit d'estudi, es pot consultar amb rapidesa bé telefònicament, bé per correu electrònic intern o bé utilitzant les reunions entre els membres d'AP i SM de cada ZB. Així s'aconsegueix ajustar el tractament i orientar els casos més difícils ràpidament, ja que és sabut que la consulta ràpida és molt útil per la

millora del pacient i també per tal que pugui tornar prompte al treball, evitant també la discontinuïtat en l'atenció (van der Feltz-Cornelis et al., 2007).

De forma conjunta amb els doctors Ortiz i Ribé i els seus col·laboradors, opinem que és necessària una prevenció quaternària. Marc Jamouille la defineix com “activitat mèdica que evita o atenua les conseqüències de l'activitat innecessària o excessiva del sistema sanitari” (Ortiz Lobo, 2009; Ribé et al., 2010). La continuïtat assistencial és necessària per tal d'assolir una bona prevenció quaternària. Cal reconsiderar la fórmula “esperar i veure” abans de prescriure i reivindicar l'opció del “no-tractament”, deixant pas a la “resiliència”. Cal fer una cura de la omnipotència mèdica i saber les nostres limitacions: No podem evitar qualsevol patiment a la gent, especialment el derivat de problemes de la vida greus. Cal revertir la norma que ha après una gran part de la població i que és falsa que els metges poden i deuen evitar tot sofriment al pacient. Molts dels malestars i problemes menors de salut mental es van a beneficiar poc de les nostres intervencions psicològiques i farmacològiques donat que cal resoldre-les en altres àmbits. A més a més, estes persones poden inclús arribar a dependre així dels professionals de SM per tal de decidir sobre els assumptes de la seua vida intentant evitar l'angoixa de prendre decisions complexes, dilatant-les en el temps i perpetuant el conflicte que provoca el seu malestar.

Quan, en moltes ocasions, el MAP que coneix al pacient personalment durant temps, deriva algun d'aquests pacients amb problemes menors a SM, l'especialista que el rep i que objectiva la falta de necessitat d'ajuda psiquiàtrica o psicològica te un problema important: El pacient acudeix amb rol de malalt i te clar que pateix una malaltia (és per això que se l'ha derivat a un metge o un psicòleg) i aleshores, ja te habitualment un rol passiu que implica que els sanitaris són els que han de solucionar el

seu malestar; a més a més, uns sanitaris a qui no sol conèixer i que no podran, en molts casos, contradir al MAP que ell coneix durant molt de temps i que l'ha derivat allí. És difícil donar altes en estes condicions en els equips de SM. És per això especialment necessari la col·laboració dels MAP i el seu aprenentatge en la gestió d'aquests problemes que, cada vegada més, saturen les seues consultes.

#### 6.2.10 Recomanacions pràctiques per la coordinació AP-SM des de l'experiència de La Ribera

Des de l'aplicació del model d'enllaç a la Ribera, s'han consensuat 10 recomanacions en relació a la relació entre AP i SM i el projecte col·laboratiu (Romeu, 2012):

1. **INSTITUCIÓ:** És imprescindible el recolzament i incentiu del projecte, facilitant i potenciant aspectes com la formació en àrees temàtiques relacionades amb el programa, además de flexibilitzar les agendes assistencials en el cas dels professionals més implicats.
2. **FILOSOFIA:** És un programa col·laboratiu, un marc de col·laboració entre AP i SM que supose una major eficiència en l'abordament dels Trastorns Mentals mitjançant una formació continuada, creant línies de comunicació fluïdes i assegurant una continuïtat assistencial.
3. **ORGANIGRAMA:** És fonamental l'elecció dels professionals més motivats en ambdós estaments i en AP d'aquells que hagen mostrat major interès per la SM. En la

nostra experiència és adient 4 professionals de cada estament, sempre incloent un psiquiatre/psicòleg infantil i un pediatre. També és molt important la compartimentació de l'àrea sanitària en zones bàsiques i el nomenament d'un referent d'AP i un altre de SM per cadascuna d'elles. La inclusió d'infermeria en l'organigrama acostuma a ser beneficiós.

4. ENQUESTA PERIÒDICA: És molt important conèixer i avaluar de forma periòdica l'opinió dels MAP sobre les característiques que deu tenir un programa de col·laboració.

5. FORMACIÓ: Es pot començar amb un rotatori mínim de 15 dies per les distintes unitats de SM. Cal fer un programa formatiu estipulat, per posteriorment incloure's de forma sistemàtica en cursos de formació continuada, teràpies cognitivo-conductuals, teràpia interpersonal, de resolució de problemes, sessions clíniques i informació bibliogràfica.

6. PROGRAMACIÓ: Cal que existisca un calendari de treball establert amb una mínima anticipació trimestral. Les agendes assistencials deuen ser tingudes en compte per tal que els assistents disposen d'uns 60 minuts que solen durar les reunions. Dites reunions es faran al centre d'atenció primària referent de cada zona bàsica

7. FREQUÈNCIA DE SESSIONS: La freqüència mínima és d'una reunió al mes.

8. TIPO DE SESSIONS: Compaginar sessions de gestió de casos amb altres d'orientació teòric-pràctic. Cal que hi haja uns 3 ó 4 temes comuns a explicar en totes les Zones Bàsiques anualment, deixant espai també per altres necessitats de cada zona bàsica.

9. COMUNICACIÓ: Deu ser fluïda bidireccionalment, amb facilitació mitjançant correu electrònic o via telefònica en funció de la preferència.

10. AVALUACIÓ: Considerem especialment important l'avaluació del projecte des del primer moment, d'acord amb els objectius del programa. Per aquest motiu és important registrar de forma homogènia totes les activitats tal i com s'ha explicat abans en aquesta tesi.

### 6.3 Estudi sobre l'abordament dels quadres ansiosos i depressius en AP.

En general, opinem com Aragonès i col·laboradors alhora de dir que existeix una favorable predisposició cap a l'atenció de la depressió en AP, on poden establir-se iniciatives formatives i organitzatives per tal de millorar els resultats en depressió (Aragonès et al., 2011). També pensem que el mateix passa quan es tracta de problemes d'ansietat.

#### 6.3.1. Recollida de dades

Es van recollir un total de 135 fulls emplenats sobre pacients amb problemes depressius o ansiosos durant 3 mesos. Aquesta xifra és clarament menor a la xifra total esperable de casos atesos amb estes patologies per part d'AP. La instauració d'un nou patró d'atenció i el fet d'haver d'omplir un full (per senzill que fos), feia pensar que potser el MAP emplenara solament els fulls quan ho recordés o quan tingués temps.

D'altra banda ha sigut notable la variació alhora d'enviar fulls emplenats entre els diversos MAP, havent alguns molt implicats en l'estudi i que van formalitzar diversos fulls i molts altres que no van emplenar cap full. Normalment els MAP que més han participat corresponen amb els que solen acudir a les reunions interdisciplinars entre AP i SM.

Caldria doncs, per augmentar la participació del MAP en la utilització del full de la intervenció, buscar estratègies motivacionals més enfàtiques que solament la descrita en aquesta tesi. L'estudi, a més a més, pretenia posar en marxa unes conductes i actituds front als pacients amb malalties comunes psiquiàtriques. En aquest sentit és possible que molts MAP sí que hagen modificat el seu abordament d'aquestos quadres però sense seguir la sempre tediosa feina de emplenar fulls.

### 6.3.2 Resultats de les escales DEP5 i ANS5.

El 57,78% dels pacients tenia els ítems D1 (pregunta si se sent el pacient deprimat tots els dies durant les darreres dues setmanes) i D2 (sobre si el pacient tenia menor interès per activitats en les últimes dues setmanes) respostos de forma positiva, és a dir, que es tractaven de casos possibles de depressió. Una majoria encara més clara responia de forma positiva a les preguntes A1 sobre si “s'ha sentit nerviós durant les darreres dues setmanes” (més del 90%) i A2 sobre “si no ha pogut controlar la seua preocupació” (més del 75%), tractant-se de provables casos d'algun problema ansiós. D'altra banda, gran part de la gent responia de forma negativa tant a D5 (pregunta sobre idees de mort) com a A5 (por a que alguna cosa horrible succeísca). Donat que tants

pacients responen de forma afirmativa a estes quatre preguntes bàsiques d'estos “screenings” es pot pensar que, o bé no ajuden a destriar “no casos”, o bé els MAP han passat aquestes escales a gent a la que ja estaven prou segurs que tenien un problema d'aquest tipus.

### 6.3.3 Resultats de l'escala de discapacitat global

En el resultat global, solament un 16% dels pacients estava perfectament, és a dir, que no tenia cap discapacitat. D'altra banda, un 17% tenia una discapacitat per totes les activitats. És a dir, que una àmplia majoria de pacients tenia certa discapacitat.

Posteriorment, en l'apartat on s'aborda la ILT es veurà la relació del grau de discapacitat i la ILT.

### 6.3.4 Resultats de la valoració clínica

Solament un 1% dels pacients rebien la valoració clínica d'estar totalment normal. Crida l'atenció la diferència amb el 16% de persones que puntuen sense discapacitat. Açò vol dir que hi ha persones que no tenen discapacitat alhora de fer feina però que el clínic pensa que tenen sofriment emocional i que realment tenen un problema de salut mental.

En l'altra banda de l'espectre, un 14% dels pacients tenia una elevada gravetat als ulls del clínic. Este resultat sí que té una major relació amb les xifres de discapacitat elevada de l'apartat anterior.

### 6.3.5 Resultats de diagnòstic referit pel clínic

Solament un 3% dels pacients no tenia diagnòstic. Açò significa que aquests fulls de valoració solament es van utilitzar en pacients en que la sospita de depressió i ansietat era molt elevada. La proposta d'aquest estudi era utilitzar-lo per una mostra més àmplia de pacients. És a dir, la utilització d'aquesta ferramenta se suposa més útil alhora d'avaluar casos en que es tenen dubtes (normalment per clínica emmascarada, somatomorfa o més atenuada que un cas greu de depressió o ansietat). És evident que aquesta proposta no s'ha aconseguit. Potser també haja influït el fet que en l'apartat de diagnòstic no constava específicament un apartat com a “sense diagnòstic” o pacient sense patologia. Tal vegada açò puga haver confós als MAP.

D'altra banda, és molt remarcable que la majoria de pacients reben el diagnòstic de “depressió ansiosa” (73%), corroborant-se així la gran utilitat de la perspectiva transdiagnòstica en que la clínica ansiosa i depressiva solen presentar-se conjuntament en molts pacients.



### 6.3.6 Resultats en casos de depressió i casos d'ansietat

#### - Casos de depressió vs no casos de depressió

Dels 78 pacients que van respondre sí a D1 i D2 (considerem casos de depressió), un 67% (dos terços) presentaven discapacitat de, al menys una activitat, o de més d'una. Un 72% del total era considerat pel MAP com moderadament o molt trastornat al respecte. El 73 % dels casos es va diagnosticar de depressió ansiosa (el 57,78% diagnosticat de depressió exclusivament).

Van ser menys pacients en total, 57 pacients, els que no eren casos de depressió. D'ells, solament un 30% es considerà que tenia deteriorament de, al menys, una activitat o més d'una. Solament una quarta part d'aquest grup va ser considerat com pacients moderadament o altament trastornats.

És a dir, que quan es tracta de “no casos” de depressió, els pacients puntuen com menor gravetat en general en totes les escales proposades.

Però , tanmateix, solament un 4 % dels “no casos” no reben diagnòstic. Dos terços d'aquest grup de “no casos “ són diagnosticats com casos d'ansietat.

Crida l'atenció que, tractar-se de “no casos” en depressió, el MAP proposa el diagnòstic final de depressió ansiosa o depressió simplement en quasi un terç d'aquest grup. Aquest resultat indicaria bé una mala capacitat per part de l'escala alhora de destriar casos, o bé una percepció incrementada per part del MAP de la clínica depressiva que no correspondria a una malaltia consolidada o que cumplisca criteris diagnòstics.

- Casos d'ansietat vs no casos d'ansietat

Hi havia un total de 100 casos d'ansietat. D'ells, un 56% tenia un deteriorament d'almenys una activitat o de més d'una, sent un percentatge semblant als pacients d'aquest grup que reben la condició de moderadament o molt trastornat per part del MAP. En quant als diagnòstics, en un 56% s'atorgà el diagnòstic de depressió ansiosa, sent solament el 36% considerat com un cas solament d'ansietat i una minoria solament depressió.

Per contra, solament 35 pacients no van ser casos d'ansietat. En aquest grup, solament el 37% tenia un deteriorament en, al menys, una activitat o més d'una. Un terç dels pacients estaven moderadament o molt trastornats segons el MAP. De forma sorprenent, quasi una quarta part d'aquest grup sí que rep el diagnòstic d'ansietat malgrat ser un "no cas" segons els resultats del test, que juntament amb un 37% de diagnòstic de depressió ansiosa formaria més de la meitat de pacients del grup "no cas" en ansietat amb diagnòstic definitiu per part del MAP en l'esfera ansiosa. Un 34 % eren assumits com depressions per part del MAP.

És a dir, que unes tres quartes parts dels pacients "casos" en ansietat rebien diagnòstic d'ansietat o depressió ansiosa, mentre que en el grup de "no casos" estos diagnòstics superen la meitat del grup. Per tant, opinem que, o bé l'escala sobre ansietat no ajuda a destriar bé els casos, o bé la clínica ansiosa del pacient en la consulta del MAP fa que aquest el diagnostique d'algun procés ansiós malgrat que pogués tractar-se de clínica o inclús expressivitat del pacient que no correspon a una malaltia com a tal.

### 6.3.7 Prescripció d'antidepressius

Es van receptar 11110 antidepressius en tota l'àrea sanitària per part dels MAP durant els tres mesos previs a la intervenció i 13771 durant els tres mesos posteriors a la intervenció (increment del 23,95%). Com era esperable, la majoria d'antidepressius prescrits tant abans com després de la intervenció eren de la família dels Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS), que està considerada la primera línia farmacològica pels pacients amb depressió (Weihs i Wert, 2012). En general, des d'AP es prescriuen fàrmacs psiquiàtrics antidepressius que tenen una fàcil utilització, bona tolerància i un cost-benefici de provada adequació. El primer dels antidepressius que no són ISRS de la llista dels més emprats és la Trazodona, que també concorda amb el tipus de fàrmac de fàcil utilització per l'habitual bona tolerància amb un cost-benefici molt adient.

Es van receptar més antidepressius en La Ribera pels MAP durant els tres mesos posteriors a la intervenció. Una anàlisi benvolent seria entendre que, com que s'ha instruït per tal d'atendre i detectar millor els processos depressius i ansiosos (major sensibilització dels MAP alhora de detectar i tractar problemes ansiosos i depressius), es detecten més i es tracten més adequadament els problemes d'aquest tipus. De qualsevol forma es preveia una davallada de les receptes d'antidepressius pensant que es potenciaria l'ús de ferramentes psicoterapèutiques (en línia amb el "no tractament" explicat pel Dr. Lobo Ortiz) i evitar utilitzar fàrmacs en processos adaptatius "menors", però la realitat ha informat del contrari. També és possible que alguns pacients hagen rebut tractament sense tenir criteris per rebre aquest tractament segons la medicina basada en l'evidència (cal recordar que molts pacients rebien diagnòstics de problemes

ansiosos o depressius malgrat no ser considerats com “casos” segons les escales ans5 i dep5). Una limitació d'aquesta part de l'estudi és que les dades són de 3 mesos previs i 3 mesos posteriors a la intervenció. Períodes més llargs comportarien una anàlisi més acurada de la intervenció.

El 30-40% dels pacients deprimits no responen al primer tractament que se'ls administra (Adli et al., 2006). Més del 50% de la gent que no respon al primer tractament, tampoc ho fa al segon tractament (Rush et al., 2006; Trivedi et al., 2006). Dels que responen al primer tractament, fins el 50% segueixen patint algun símptoma residual (Greden, 2001). L'estudi de Lecrubier suggereix que la gestió habitual de la depressió en AP i en concret la farmacoteràpia associada està encara poc influenciada per la medicina basada en l'evidència i recorda que els antidepressius poden ser molt efectius però solament quan s'utilitzen a dosis adients i el temps suficient (Lecrubier, 2008). Aquestos problemes descrits en la literatura fan que calga especial atenció en la correcta detecció, diagnòstic i tractament adient i basat en l'evidència des de les fases primerenques de aquestes malalties. Sabem que aquestes fases solament el MAP és qui pot atendre als pacients. És per això una bona formació del MAP en el tractament d'aquestes malalties mentals comunes.

S'estima, en concordança amb literatura prèvia (Fernández Liz i Luque Mellado, 2007) i en relació a la prescripció de medicaments en pacients situats entre AP i l'atenció especialitzada, que les dificultats per a la correcta prescripció són fonamentalment el desconeixement mutu, la diferent organització, la gran variabilitat de recomanacions sobre el tractament i la pobra comunicació entre professionals de diferents àmbits (aquesta és la més citada). La solució plantejada amb més consens va ser utilitzar una història clínica informatitzada (Gómez-Moreno al., 2006; Montforta i

Brunsumsb, 2005). En La Ribera ja es partia d'una història clínica informatitzada des de l'obertura del nou hospital i això ha sigut una gran ajuda alhora d'optimitzar la continuïtat assistencial i minimitzar els problemes descrits en aquest paràgraf.

D'altra banda, cal parar atenció a l'augment de prescripció d'antidepressius en la Comunitat Valenciana al llarg dels darrers anys i analitzar de forma crítica si estos medicaments s'estan emprant de forma responsable, ja que l'augment de prescripcions no porta aparellat una davallada de morbiditat (Sempere E. et al., 2013). El que passa a València és semblant al que està passant en la majoria de països occidentals, existint una notable disparitat entre les recomanacions de les guies clíniques en la utilització d'antidepressius i la pràctica clínica (Chen et al., 2010). Opinem com Salazar i col·legues en el sentit que prescriure un antidepressiu no és l'única intervenció que se li pot oferir a pacients amb malestar emocional (Salazar-Fraile et al., 2010).

#### 6.3.8 ILT per quadres d'ansietat o depressió.

La suma de totes les ILT noves relacionades amb processos depressius i ansiosos durant 6 mesos abans de la intervenció és de 377 i de 464 durant els sis mesos posteriors. De igual forma també augmenta la suma total de dies de ILT per diagnòstic de l'àmbit de depressió i/o ansietat de 42592 en els sis mesos previs a la intervenció a 59403 dies després de la mateixa. Amb aquestes xifres no es pot saber els dies de ILT de mitja dels processos. És per això que estes dades són difícilment comparables amb els estudis fets fins el moment. En aquest estudi s'utilitzen totes les ILT de l'àrea sanitària i no solament una mostra, per la qual cosa no és factible saber els dies de ILT

de mitja per cada pacient (caldría haver seguit a cada pacient amb ILT durant tota la ILT).

Aquests augments en el nombre i els dies totals de ILT poden relacionar-se amb una major atenció per part dels MAP alhora de detectar casos de depressió i ansietat que, o bé no es diagnosticaven abans i no eren tractats, o bé suposen casos en que reben el diagnòstic de depressió o ansietat i reben tractament i ILT sense acomplir criteris reals d'aquestes patologies. Tal vegada es puga tractar de sobrediagnòstic de patologia mental.

#### 6.4 Línies futures d'investigació.

Un aspecte poc estudiat sobre el qual existeixen incògnites significatives és el de les actituds dels professionals i, sobretot, els d'AP, en els entorns interdisciplinars o front a les diferents modalitats de col·laboració entre SM i AP.

Hi ha una necessitat de dissenyar estratègies específiques en AP buscant intervencions per pacients en depressió considerant la recaiguda o recurrència amb criteris de remissió com objectiu final (Gili et al., 2014).

La recerca i investigació en psicoteràpia en AP cal que s'amplie en termes d'adopció de estratègies de salut pública a gran escala i tractaments que es puguin aplicar a més pacients en una forma més simple i cost-efectiva (Emmelkamp et al., 2013). En aquest sentit, pensem que cal potenciar les investigacions sobre teràpies psicològiques, ja que pocs pacients amb depressió major utilitzen teràpies psicològiques (González et al., 2010).

Com que la formació dels MAP en l'abordament de depressió i la provisió de guies de pràctica clínica de vegades no s'ha associat a millora en la salut dels pacients en alguns estudis (Christensen et al., 2008), caldria buscar estratègies concretes i definir les que sí milloren clarament els resultats en depressió. En este sentit cal tenir en compte que, tal i com apunten Sikorski i els seus col·laboradors, solament el fet de proveir entrenament als MAP alhora de tractar malalties mentals comunes no és suficient. Cal que esta mesura siga completada per la posada en pràctica de guies clíniques (Sikorski et al., 2012) i recursos psicoterapèutics també.

#### 6.5 Limitacions de la tesi.

##### 6.5.1 Falta de mesures directes

És un dels principals problemes alhora d'avaluar aquest estudi. Una dificultat en l'avaluació dels estudis col·laboratius entre AP i SM és la gran variabilitat entre els estudis previs que fa difícil la comparança amb ells tal i com ja s'apunta en estudis previs (Fitzpatrick et al., 2004; Kisely et al., 2002; Kisely i Campbell, 2007). Per aquest motiu, molts estudis que intenten mesurar resultats sanitaris utilitzen mesures indirectes com l'ús de serveis sanitaris (Kisely i Campbell, 2007).

##### 6.5.2 Implicació irregular entre els MAP i els especialistes.

Com Ribé i col·laboradors expliquen en la seua publicació, també s'ha fet patent al llarg d'aquest estudi que molts professionals dels equips d'AP viuen l'arribada dels

professionals de SM als seues equips com majors obligacions i responsabilitat per el futur (Ribé et al., 2010). Això influeix en la participació i la implicació dels MAP alhora de copsar els objectius. Segueix sent molt variable la qualitat de derivacions a SM i també l'adient gestió dels quadres ansiosos i depressius entre els diversos MAP de l'àrea. Habitualment esta destresa es reflecteix en la participació en les sessions conjuntes. Sol ser una norma que, qui més acudeix i participa, més interès mostra en els pacients psiquiàtrics i millors resultats obté en la milloria d'estos pacients, fent també derivacions excel·lents. És difícil la implicació d'un grup tant heterogeni de MAP existent a La Ribera: Diferències grans d'edat; alguns MAP depenen de Conselleria, altres de la UTE La Ribera; diferències en formació, etc. Malgrat tot, la impressió en La Ribera és que els MAP en general estan satisfets amb el programa de col·laboració de forma semblant a altres estudis anteriors (Craven i Bland, 2002).

Alguns metges, especialment de zones rurals més distants als centres de salut on es feien les reunions mensuals entre els equips d'AP i SM, faltaven sistemàticament a les reunions. Tal i com Luciano Devís i col·legues expliquen, aconseguir que els metges de les zones no urbanes es reuniren més habitualment amb l'especialista de referència seria molt beneficiós (Luciano Devis et al., 2009).

També caldria dir que els especialistes s'involucren de forma diferent en el programa col·laboratiu, sent alguns molt participatius i actius i d'altres menys. En el registre que es du a l'àrea de sessions de "link" es pot comprovar com alguns especialistes fan el doble de reunions amb els seus MAP assignats que d'altres.



### 6.5.3 Les escales en psiquiatria no són una veritat incontestable.

L'ús d'escales d'"screening" ha de ser complementat amb una valoració diagnòstica per part del MAP (Weissman et al., 2010) i, per tant, cal dir que les escales no són conclusives per sí mateixes. Probablement este problema haja influït també en que les escales emprades i recollides són poques.

D'altra banda, no s'han publicat encara resultats en mostres grans per part de la OMS en relació a les escales Dep5 i Ans5 segons l'estudi de la CIE-11 a Espanya. Si disposàrem d'eixos resultats es podrien comparar amb l'estudi actual.

### 6.5.4 La intervenció és difícilment mesurable

Les dues intervencions que s'avaluen en aquesta tesi estan immerses en un marc de col·laboració que exerceix una influència innegable en els resultats ací descrits. És per això que s'ha descrit acuradament aquest marc. Tanmateix, alhora de ser trasplantable les intervencions a una altra àrea tenen una pobra versemblança si no es desenvolupen en marcs semblants.

Cal recordar que en La Ribera es duia molt de temps aprofundint en una coordinació adient entre AP i SM i això fa que alguns resultats no significatius d'aquest estudi tinguen a veure probablement amb eixe fet.

#### 6.5.5 Absència de grup control

Com que el sistema de col·laboració entre AP i SM té resultats comprovats positius pels pacients, no es veia convenient deixar d'aplicar-lo fent un grup control. Però també és cert que no hagués sigut possible fer un grup control atès que el marc de col·laboració ha estat present des que s'inicià el programa en l'any 2006. No haver fet les intervencions sobre les derivacions i abordaments d'ansietat i depressió en un grup no l'hagués deixat exempt d'altres influències i biaixos poderosos com és el fet d'haver estat formant part d'un grup col·laboratiu durant anys. A més a més, tot el material que es presentava en les reunions d'enllaç, estava a disposició de tots els MAP de l'àrea a través d'intranet. Hagués sigut impossible evitar l'accés a aquesta informació per part dels grups control.

#### 6.5.6 No disposar dels dies de ILT de mitja per pacient

Com resultat de la forma de recollida de dades i del temps que es disposava per fer l'actual treball, no s'ha aconseguit tenir aquesta dada per tal de comparar-la amb estudis previs.

#### 6.5.7 Mostra limitada de valoracions d'ansietat i depressió

Encara que són més de 100, esperàvem major nombre de valoracions emplenades. Potser instaurar una valoració diferent a l'habitual no siga abastable amb poques intervencions.

## 6.6 Fortaleses de la tesi

### 6.6.1 Descripció detallada del marc de col·laboració

Com que una tesi és un estudi extens, s'ha pogut explicar detalladament tots els aspectes de la col·laboració en la zona on s'ha fet l'estudi. Aquesta informació exhaustiva contrasta amb la majoria d'investigacions publicades on hi ha poques dades sobre la situació determinada de l'entorn on es fa l'estudi.

### 6.6.2 Estudi d'aplicabilitat en “el món real”

Molts estudis i intervencions es desenvolupen en situacions idíl·liques que poc tenen a veure en la pràctica clínica diària. Fer un estudi com aquest sense grup control i amb intervencions a tant ampli abast te moltes limitacions, però també la virtut de tenir una gran coherència externa i aplicabilitat en altres entorns semblants al nostre.

### 6.6.3 Nombre de derivacions estudiades

Fins on la bibliografia ha sigut revisada, cap estudi ha analitzat totes les derivacions fetes a SM en una àrea sanitària tant gran i definida durant mesos com s'ha fet en esta tesi.

### 6.6.4 Qualificació de les derivacions

El sistema aplicat en la qualificació de les interconsultes pensem que és innovador i el més complex fins ara descrit alhora de copsar tota la informació reconeguda en la bibliografia com important en relació a les derivacions d'AP a SM.

6.6.5 Ambició alhora d'avaluar casos de depressió i ansietat en MAP en una sola visita

Ha estat una limitació tenir menys fulls emplenats dels esperables en l'abordament de la depressió i ansietat, però també és cert que estem satisfets de la rendibilitat de cadascun dels fulls emplenats. Amb cada un d'eixos fulls el MAP tenia informació clara sobre si el pacient podria patir o no ansietat o depressió, si calia donar ILT o informació versemblant sobre si era recomanable derivar a psiquiatria o iniciar un tractament i de quin tipus.

6.6.6 Disponibilitat de dades sobre ILT de tota la població de la Ribera

S'ha aconseguit poder disposar de tota la informació en quant a dies i processos oberts de ILT en tota l'àrea sanitària relacionats amb alguna de les patologies estudiades.

## CONCLUSIONS

En relació al subestudi sobre les derivacions a SM:

1. Les intervencions destinades a implantar millores en les derivacions entre AP i SM provoquen un augment del nombre de les mateixes en les fases inicials. La disminució solament podrà observar-se a llarg plaç amb el manteniment del programa de col·laboració.
2. La intervenció sobre la qualitat de l'informe de interconsulta ha resultat satisfactòria, principalment en els apartats de “motiu de derivació”, “descripció de l'enfermetat actual”, “començament, evolució i resposta al tractament” i “problemes psicosocials coexistents”. Esta millora afavoreix una més completa exploració psicopatològica des del punt de vista bio-psico-social en AP i una millor comunicació entre nivells assistencials.
3. L'estabilitat dels MAP amb “cupó” permanent és un factor important alhora de tindre un major coneixement dels aspectes psico-socials dels seus pacients.
4. El Programa de col·laboració assoleix un major grau de consens respecte a les patologies que es deuen abordar des d'AP i les que deuen derivar-se a SM, malgrat que la intervenció no millora la concordança diagnòstica. És necessari aprofundir en el debat en aquest darrer aspecte.

En relació al subestudi sobre l'abordament de la depressió i l'ansietat:

1. Es van rebre menys fulls emplenats sobre possibles casos d'ansietat i depressió d'allò esperat, a més a més de concentrar-se l'origen en determinats MAP. Una

intervenció puntual, como l'avaluada al nostre treball, difícilment pot modificar hàbits en les derivacions com generalitzar els test d'“screening”.

2. La majoria d'aquests fulls eren casos de depressió i també d'ansietat. Una ampla majoria d'estos pacients tenien certa discapacitat i problemes per fer la seua feina. Semblen confirmar-se les hipòtesis de la OMS respecte a la freqüent comorbiditat depressió-ansietat en els problemes relacionats amb la SM que s'observen en AP.
3. Solament un 3% dels fulls no atorgaven diagnòstic al pacient. Hi ha molts pacients no considerats casos segons les escales però que es diagnostiquen com depressió o ansietat. Potser augmentar l'atenció dels MAP cap als problemes de SM amb la intervenció puntual provoqe una tendència al sobrediagnòstic.
4. És necessari realitzar més estudis sobre la validesa i la fiabilitat dels instruments Dep5 i Ans5.
5. Es van receptar més antidepressius en els 3 mesos posteriors a la intervenció (Maig - Juliol de l'any 2014) que en els 3 mesos previs a la intervenció (Octubre - Desembre de l'any 2013), la majoria ISRS. Pensem que la intervenció no ha tingut influència rellevant en aquesta dada. A més a més, es parteix d'un treball continuat durant els anys anteriors en els que ja s'havia aconseguit un ajust en la prescripció d'antidepressius.
6. Existiren més processos de ILT després de la intervenció per diagnòstics d'ansietat o depressió. Considerem de poca rellevància aquesta dada donat el limitat impacte que pot haver tingut una intervenció concreta en el conjunt de ILT.

En relació al Programa de Col·laboració de La Ribera, intervencions i avaluació d'aquest estudi:

1. El punt de partida d'aquest estudi és transversal, amb anys de col·laboració entre AP i SM i funcionament per objectius. Hi ha assoliments previs com són l'adequació i reducció de les derivacions des d'AP i també la reducció de demores en SM. Este fet pot haver minvat la capacitat d'impacte de la intervenció.
2. L'experiència acumulada en el nostre Programa de Col·laboració entre AP i SM ens ha anat demostrant que les millores en coordinació, en la detecció i abordament dels problemes relacionats amb la SM, així com les actituds i relació dels professionals implicats, s'assoleixen de forma gradual mitjançant intervencions continuades i longitudinals en el temps.
3. En aquest marc assistencial, les intervencions transversals semblen necessitar major complexitat en la seua aplicació. No és suficient amb la formació, sinó que també cal incloure gestió de casos, entrenament en entrevista clínica, "role-playing", vídeos comentats, debats i revisions bibliogràfiques conjuntes.
4. Sembla necessari aprofundir en les actituds de tots els professionals implicats, tant en aspectes emocionals i cognitius com conductuals. Això pot facilitar la implementació d'intervencions més eficients i ajustades a les necessitats de tots ells.

## 7 - BIBLIOGRAFIA

- Adli, M., Bauer, M., & Rush, A. J. (2006). Algorithms and Collaborative-care Systems for Depression: Are They Effective and Why?. A Systematic Review. *Biological Psychiatry*. doi:10.1016/j.biopsych.2006.05.010
- Akbari, A., Mayhew, A., Al-Alawi, M. A., Grimshaw, J., Winkens, R., Glidewell, E., Fraser, C. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD005471. doi:10.1002/14651858.CD005471.pub2
- Alcaine, F. (2012). Espacio de cooperación Salud Mental-Atención Primaria en un centro de salud. ¿Por dónde vamos? *Med Fam Andal*, 2, 107–114.
- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Bruce, M. L., Heo, M., Ten Have, T., Raue, P., Reynolds, C. F. (2005). Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 718–24. doi:10.1176/appi.ajp.162.4.718
- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.-P., Kessler, R. C. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 305–314. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x
- Alonso JP, Febrel M, H. J. (1999). Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14, 122–130. Recuperat de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13008602&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=138&ty=119&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v14n2a13008602pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13008602&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=119&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v14n2a13008602pdf001.pdf)
- Alvarez, P., Urretavizcaya, M., Benlloch, L., Vallejo, J., & Menchón, J. M. (2011). Early- and late-onset depression in the older: No differences found within the melancholic subtype. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 615–621. doi:10.1002/gps.2571
- Andrews, G., Oakley-Browne, M., Castle, D., Judd, F., & Baillie, A. (2003). Summary of guideline for the treatment of panic disorder and agoraphobia. [References]. *Australasian Psychiatry*, 11, 33.
- Anfinson, T. J., & Bona, J. R. (2001). A health services perspective on delivery of psychiatric services in primary care including internal medicine. *Medical Clinics of North America*. doi:10.1016/S0025-7125(05)70331-X
- Ani, Chizobam., Bazargan, M., Hindman, D., Bell, D., Farooq, M. A., Akhanjee, L., Rodriguez, M. (2008a). Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice*, 9, 1. doi:10.1186/1471-2296-9-1
- Ani, C., Bazargan, M., Hindman, D., Bell, D., Farooq, M. A., Akhanjee, L., Rodriguez, M. (2008b). Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice*, 9, 1.



- Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cools, F., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 49–55. doi:10.1016/S0165-0327(02)00219-7
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *20*, 229–235. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.035
- Aparicio V. (2002). El escenario de la salud mental; atención primaria a la sobrecarga asistencial. *Norte de Salud Mental*, *4*(14), 35–40.
- Aragonès, E., Caballero, A., Piñol, J.-L., & López-Cortacans, G. (2014). Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *166*, 36–40. doi:10.1016/j.jad.2014.05.003
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, *23*, 363–368. doi:10.1093/fampra/cmi120
- Aragonès, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2009). Comorbidity of major depression with other common mental disorders in primary care patients. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *41*(10), 545–51. doi:10.1016/j.aprim.2008.11.011
- Aragonès, E., Piñol, J. L., Labad, A., Folch, S., & Mèlich, N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*, 331–343. doi:10.2190/N835-FDYX-2E2E-V8XM
- Aragonès, E., Piñol, J. L., López-Cortacans, G., Hernández, J. M., & Caballero, A. (2011). Attitudes and opinions of family doctors on depression: application of the Depression Attitudes Questionnaire (DAQ). *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *43*(6), 312–8. doi:10.1016/j.aprim.2010.05.009
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*, CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2
- Arrillaga Arizaga, M., Sarasqueta Eizaguirre, C., Ruiz Feliu, M., & Sánchez Etxeberria, A. (2004). Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Atención Primaria*. doi:10.1157/13061608
- Arroll, B., Khin, N., & Kerse, N. (2003). Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *327*, 1144–1146. doi:10.1136/bmj.327.7424.1144
- Arthur, A. J., Jagger, C., Lindsay, J., & Matthews, R. J. (2002). *Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice:*

*a randomised controlled trial. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* (Vol. 52, pp. 202–207).

- Ashcroft, R., Silveira, J., Rush, B., & McKenzie, K. (2014). Incentives and disincentives for the treatment of depression and anxiety: a scoping review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(7), 385–92. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4086319&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Ayalon, L., Gross, R., Yaari, A., Feldhamer, E., Balicer, R., & Goldfracht, M. (2011). Characteristics associated with purchasing antidepressant or antianxiety medications through primary care in Israel. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62, 1041–1046. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.62.9.1041>
- Baca Baldomero, E. (1999). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Familia Y Comunitaria*. Recuperat de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2895542&info=resumen&idioma=SPA>
- Baca Baldomero, E., Sáiz Ruiz, J., & Porras Chavarino, A. (2001). The detection of mental disorders by physicians who are not psychiatrists: usefulness of the PRIME-MD questionnaire. *Medicina Clínica*, 116(13), 504–9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11412610>
- Badamgarav, E., Weingarten, S. R., Henning, J. M., Knight, K., Hasselblad, V., Gano, A., & Ofman, J. J. (2003). Effectiveness of disease management programs in depression: A systematic review. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 160, 2080–2090. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2080
- Bakker, I. M., Terluin, B., van Marwijk, H. W. J., van Mechelen, W., & Stalman, W. A. B. (2009). Test-retest reliability of the PRIME-MD: limitations in diagnosing mental disorders in primary care. *European Journal of Public Health*, 19(3), 303–7. doi:10.1093/eurpub/ckn149
- Ball, C. (1997). General practice referrals to a community team for mental health in the elderly: Information and the mode of referral. *British Journal of General Practice*, 47, 503–504.
- Barbui, C., & Garattini, S. (2006). Mild depression in general practice: is the automatism of antidepressant prescribing an evidence-based approach? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 449–51. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00781.x
- Barbui, C., & Tansella, M. (2006). Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 15, 276–83. doi:10.1017/S1121189X00002165
- Barkil-Oteo, A. (2013). Collaborative care for depression in primary care: how psychiatry could “troubleshoot” current treatments and practices. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 86(2), 139–46. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3670434&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Barley, E. A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice*, *12*, 47. doi:10.1186/1471-2296-12-47
- Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Areán, P. A., Alexopoulos, G. S., & Jeste, D. V. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatric Services*, *53*, 1419–1431. doi:10.1176/appi.ps.53.11.1419
- Bauer, A. M., Azzone, V., Goldman, H. H., Alexander, L., Unützer, J., Coleman-Beattie, B., & Frank, R. G. (2011). Implementation of collaborative depression management at community-based primary care clinics: an evaluation. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *62*(9), 1047–53. doi:10.1176/appi.ps.62.9.1047
- Bauer, A. M., Fielke, K., Brayley, J., Araya, M., Alem, A., Frankel, B. L., & Fricchione, G. L. (2010). Tackling the global mental health challenge: a psychosomatic medicine/consultation-liaison psychiatry perspective. *Psychosomatics*, *51*(3), 185–93. doi:10.1176/appi.psy.51.3.185
- Baumeister, H. (2012). Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: Time for the evidence to become practice. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2011.05.025
- Beaudin, C. L., & Kramer, T. L. (2005). Evaluation and Treatment of Depression in Managed Care (Part II): Quality Improvement Programs. *Disease Management & Health Outcomes*. Recuperat de <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc5&NEWS=N&AN=2006-03719-003>
- Bech, P., Bolwig, T. G., Kramp, P., & Rafaelsen, O. J. (1979). The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *59*, 420–430.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bell, R. A., Franks, P., Duberstein, P. R., Epstein, R. M., Feldman, M. D., Garcia, E. F., & Kravitz, R. L. (2011). Suffering in silence: Reasons for not disclosing depression in primary care. *Annals of Family Medicine*, *9*, 439–446. doi:10.1370/afm.1277
- Belnap, B. H., Kuebler, J., Upshur, C., Kerber, K., Mockrin, D. R., Kilbourne, A. M., & Rollman, B. L. (2006). Challenges of implementing depression care management in the primary care setting. *Administration and Policy in Mental Health*, *33*, 65–75. doi:10.1007/s10488-005-4237-z
- Beltran Vilella, M., Salleras Marcó, N., Camps García, C., Solanas Saura, P., Igual Massalles, E., & García-Oria, M. (2001). Tackling mental health problems from primary care: relationship with specialized support services. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *28*(1), 39–45. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11412576>
- Bentham, G. H. H., Heg, R. R., van Leeuwen, Y. D., & Metsemakers, J. F. M. (2009). Teaching psychiatric diagnostics to general practitioners: Educational methods and

- their perceived efficacy. *Medical Teacher*, 31, e279–e286.  
doi:10.1080/01421590802656008
- Berardi, D., Bortolotti, B., Menchetti, M., Bombi, A., & Tarricone, I. (2007). Models of collaboration between general practice and mental health services in Italy. *The European Journal of Psychiatry*. doi:10.4321/S0213-61632007000100010
- Berardi, D., Ferrannini, L., Menchetti, M., & Vaggi, M. (2014). Primary care psychiatry in Italy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 460–3.  
doi:10.1097/NMD.0000000000000145
- Berardi, D., Leggieri, G., Menchetti, M., & Ferrari, G. (1999). Collaboration Between Mental Health Services and Primary Care: The Bologna Project. *Prim.Care Companion.J.Clin.Psychiatry*, 1, 180–183. Recuperat de file:///f/Art?culos en PDF/12615 PrimCareCompanionJClinPsychiatry Berardi.pdf
- Bernardo, M., Buisán, E., Durán, A., Soler-Insa, P. A., Gascón, J., Alberni, J., & Prieto, R. Venlafaxine titration dosage in depressive in-patients. A series of cases. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(1), 31–4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590370>
- Bernardo, M., & Urretavizcaya, M. (2015). Dignifying Electroconvulsive Therapy based on evidence. *Revista de Psiquiatria Y Salud Mental*.  
doi:10.1016/j.rpsm.2015.01.002
- Bijl, D., van Marwijk, H. W. J., de Haan, M., van Tilburg, W., & Beekman, A.-J. T. F. (2004). Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *The European Journal of General Practice*, 10, 6–12.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602–607.  
doi:10.2105/ajph.90.4.602
- Blount, A., & Ed, D. (2003). Integrated Primary Care : Organizing the Evidence By. *Families, Systems & Health*, 21, 121–134. doi:10.1037/1091-7527.21.2.121
- Bostwick, J. M. (2010). A generalist's guide to treating patients with depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 85, 538–550. doi:10.4065/mcp.2009.0565
- Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of change processes in the unified transdiagnostic treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1060–71. doi:10.1037/a0037403
- Botella, C., Mira, A., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Navarro, M. V., Riera López Del Amo, A., ... Baños, R. M. (2012). Smiling is fun: A coping with stress and emotion regulation program. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 123–127. doi:10.3233/978-1-61499-121-2-123
- Botella, C., Moragrega, I., Baños, R., & García-Palacios, A. (2011). Online predictive tools for intervention in mental illness: The OPTIMI project. In *Studies in Health Technology and Informatics* (Vol. 163, pp. 86–92). doi:10.3233/978-1-60750-706-2-86

- Bower P, G. S. (2011). Models of care for depression. In B. P. Gilbody S (Ed.), *Depression in primary care. Evidence and practice* (pp. 17–29). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bower, P., & Gask, L. (2002). The changing nature of consultation-liaison in primary care: Bridging the gap between research and practice. *General Hospital Psychiatry*, 24, 63–70. doi:10.1016/S0163-8343(01)00183-9
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ : British Medical Journal*, 330, 839–842. doi:10.1136/bmj.330.7495.839
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J., & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 189, 484–493. doi:10.1192/bjp.bp.106.023655
- Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France. *L'Encephale*, 36 Suppl 2, D48–D58. doi:10.1016/j.encep.2008.10.011
- Brody, D. S. (1996). The DSM-IV-PC: toward improving management of mental disorders in primary care. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, 9(4), 300–2. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8829082>
- Browne, M. O., Lee, A., & Prabhu, R. (2007). Self-reported confidence and skills of general practitioners in management of mental health disorders. *Australian Journal of Rural Health*, 15, 321–326. doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00914.x
- Buist A. (2003). Telepsychiatry in Australia. In M. Wootton R, Yellowlees P, P. (Ed.), *Telepsychiatry and E-mental Health* (Royal Soci., p. 368). London: Taylor & Francis. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=EljybHTcMIAC&pgis=1>
- Buist-Bouwman, M. A., De Graaf, R., Vollebergh, W. A. M., Alonso, J., Bruffaerts, R., Ormel, J., ... Vilagut, G. (2006). Functional disability of mental disorders and comparison with physical disorders: A study among the general population of six European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 492–500. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00684.x
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920–7. doi:10.1016/j.comppsy.2014.07.016
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. *Behavior Modification*. doi:10.1177/0145445514553094
- Burton, C., & Maxwell, M. (2007). Depression as chronic disease. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(540), 582. Recuperat de



<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2099648&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. Observatory Studies* (Vol. 20, p. 111). doi:10.1558/poth.v0i4.65
- Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R. G., Fu, S. S., Hagedorn, H., & Wilt, T. J. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evidence Report/technology Assessment*, (173), 1–362. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19408966>
- Byford, S., Barrett, B., Despiegel, N., & Wade, A. (2011). Impact of Treatment Success on Health Service Use and Cost in Depression Longitudinal Database Analysis. *Pharmacoeconomics*, 29, 157–170. doi:10.2165/11537360-000000000-00000
- Byrne, N., Regan, C., & Livingston, G. (2006). Adherence to treatment in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(1), 44–9. doi:10.1097/01.yco.0000191501.54034.7c
- C., D. (2006). *Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting*. . (NZHTA, Ed.). Christchurch, New Zealand: NZHTA Technical Brief. Recuperat de <http://www.otago.ac.nz/christchurch/otago014016.pdf>
- Caballero, L., Aragonés, E., García-Campayo, J., Rodríguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., ... Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49, 520–529. doi:49/6/520 [pii] 10.1176/appi.psy.49.6.520
- Calderón Gómez, C., Mosquera Metcalfe, I., Balagué Gea, L., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe de la Hera, A., Belaunzaran Mendizabal, J., ... Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Belaunzaran Mendizabal J, Iruin Sanz Á, G. M. B. (2014). Models for primary care and mental health collaboration in the care of people with depression: main results and methodological challenges of a systematic overview. *Rev Esp Salud Publica.*, 88(1), 113–33. doi:10.4321/S1135-57272014000100008
- Calderón Gómez, C., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe De La Hera, A., Payo Gordón, J., & Grandes Odriozola, G. (2009). Family doctors and psychiatrists and the patient with depression: the need to re-adjust health care approaches and organisational dynamics. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 41(1), 33–40. doi:10.1016/j.aprim.2008.04.003
- Calderón Gómez, C., Retolaza Balsategui, A., Payo Gordon, J., Bacigalupe De La Hera, A., Zallo Atxutegi, E., & Mosquera Metcalfe, I. (2012). Views of patients diagnosed with depression and cared for by general practitioners and psychiatrists. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 44(10), 595–602. doi:10.1016/j.aprim.2012.02.009
- Callahan, C. M. (2001). Quality improvement research on late life depression in primary care. *Medical Care*, 39, 772–784.

- Calvo E. (2009). Duración de la incapacidad laboral asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. (Ministerio de Trabajo e Inmigración, Ed.). Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Cameron, I. M., Lawton, K., & Reid, I. C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders, 130*, 99–105. doi:10.1016/j.jad.2010.10.010
- Cape, J., Whittington, C., & Bower, P. (2010). What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 32*, 246–254. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.02.003
- Case Management Society OF America. (2012). What is a case manager?
- Casini, F., Sighinolfi, C., Tedesco, P., Bandieri, P. V., Bologna, M., Colombini, N., ... Menchetti, M. (2013). Primary care physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Family Practice, 14*, 75. doi:10.1186/1471-2296-14-75
- Care Continuum Alliance. (2013). Definition of disease management.
- Cerimele, J. M., Katon, W. J., Sharma, V., & Sederer, L. I. (2012). Delivering psychiatric services in primary-care setting. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York, 79*(4), 481–9. doi:10.1002/msj.21324
- Chang, E. T., Rose, D. E., Yano, E. M., Wells, K. B., Metzger, M. E., Post, E. P., ... Rubenstein, L. V. (2013). Determinants of readiness for primary care-mental health integration (PC-MHI) in the VA health care system. *Journal of General Internal Medicine, 28*, 353–362. doi:10.1007/s11606-012-2217-z
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Yuan, Z., Yu-Sheng, P., & Qing-Xiu, L. (2009). Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Investigative Medicine : The Official Publication of the American Federation for Clinical Research, 57*, 446–455. doi:10.231/JIM.0b013e3181954c2f
- Chen, S. Y., Hansen, R. A., Gaynes, B. N., Farley, J. F., Morrissey, J. P., & Maciejewski, M. L. (2010). Guideline-concordant antidepressant use among patients with major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry, 32*, 360–367. doi:DOI 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.007
- Chew-Graham, C., Slade, M., Montana, C., Stewart, M., & Gask, L. (2007). A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. *BMC Health Services Research, 7*, 117. doi:10.1186/1472-6963-7-117
- Chisholm, D., Sekar, K., Kumar, K. K., Saeed, K., James, S., Mubbashar, M., & Murthy, R. S. (2000). Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 176*, 581–588.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Gulliver, A., Clack, D., Kljakovic, M., & Wells, L. (2008). Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract, 9*, 25. doi:10.1186/1471-2296-9-25

- Ciurana Misol, R. (2009). Coordination with mental health services. A pending subject, manifestly improvable. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 41(3), 157–8. doi:10.1016/j.aprim.2008.10.011
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*, 28, 75–85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75
- Collins C, Hewson D, Munger R, W. T. (2010). *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*. (M. M. Fund, Ed.). Nueva York: Milbank Memorial Fund.
- Combs, H., & Markman, J. (2014). Anxiety disorders in primary care. *The Medical Clinics of North America*, 98(5), 1007–23. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.003
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Ed.). Madrid.
- Cordero-Villafáfila, A., Ramos-Brieva, J. A., Gutiérrez Labrador, R., & Arranz, M. L. Z. (2011). A brief and rapid procedure to measure the intensity of depressive symptoms in Primary Care. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 45–8. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274821>
- Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. de A. (2011). Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 45(6), 1501–6. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22241213>
- Coulehan, J. L., Schulberg, H. C., & Block, M. R. (1989). The efficiency of depression questionnaires for case finding in primary medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 4(6), 541–7. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2685209>
- Coyne, J. C., Fechner-Bates, S., & Schwenk, T. L. (1994). Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 16, 267–276. doi:10.1016/0163-8343(94)90006-X
- Coyne, J. C., Palmer, S. C., & Sullivan, P. A. (2003). Screening for depression in adults. *Annals of Internal Medicine*, 138(9), 767; author reply 767–8. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12729435>
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W., & Sullivan, G. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry*, 24, 148–155. doi:10.1016/S0163-8343(02)00174-3
- Craven, M. a, & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry.*, 51, 7S–72S. Recuperat de [www.ccmhi.ca](http://www.ccmhi.ca)
- Craven, M. A., & Bland, R. (2002). Shared mental health care: a bibliography and overview. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 47(2 Suppl 1), iS–viiiS, 1S–103S. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11989111>
- Culpepper, L. (2012). Does screening for depression in primary care improve outcome? *Current Psychiatry Reports*, 14, 345–352. doi:10.1007/s11920-012-0275-x



- Das-Munshi, J., Goldberg, D., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Dewey, M. E., ... Prince, M. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192(3), 171–7. doi:10.1192/bjp.bp.107.036707
- Davidson, A. S., & Fosgerau, C. F. (2014). What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, 24866. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4224702&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- De Prado Prieto, L., García Olmos, L., Rodríguez Salvanés, F., & Otero Puime, A. (2005). Evaluation of referrals in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 35(3), 146–51. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737271>
- DeFife, J. A., Peart, J., Bradley, B., Ressler, K. J., Drill, R., & Westen, D. (2013). Validity of prototype diagnosis for mood and anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 70, 140–8. doi:10.1001/jaMAPsychiatry.2013.270
- deGruy, F. V., & Pincus, H. (1996). The DSM-IV-PC: a manual for diagnosing mental disorders in the primary care setting. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, 9(4), 274–81. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8829077>
- DeMers, S., Dinsio, K., & Carlson, W. (2014). Psychiatric care of the older adult: an overview for primary care. *The Medical Clinics of North America*, 98(5), 1145–68. doi:10.1016/j.mcna.2014.06.010
- Dietrich, A. J., Oxman, T. E., Williams, J. W., Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., ... Nutting, P. A. (2004). Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7466), 602. doi:10.1136/bmj.38219.481250.55
- Dobscha, S. K., Corson, K., Hickam, D. H., Perrin, N. A., Kraemer, D. F., & Gerrity, M. S. (2006). Depression decision support in primary care: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145, 477–487.
- Dowrick, C., & Buchan, I. (1995). *Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference?*. *BMJ (Clinical research ed.)* (Vol. 311, pp. 1274–1276). doi:10.1136/bmj.311.7015.1274
- Druss, B. G. (2006). Rising mental health costs: What are we getting for our money? *Health Affairs*. doi:10.1377/hlthaff.25.3.614
- Dumesnil, H., Cortaredona, S., Verdoux, H., Sebbah, R., Paraponaris, A., & Verger, P. (2012). General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. *PLoS ONE*, 7. doi:10.1371/journal.pone.0052429
- Durbin, J., Barnsley, J., Finlayson, B., Jaakkimainen, L., Lin, E., Berta, W., & McMurray, J. (2012). Quality of communication between primary health care and mental health care: An examination of referral and discharge letters. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. doi:10.1007/s11414-012-9288-9

- Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D., & Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews*. doi:10.1093/epirev/mxn011
- Eco, U. (1991). *Cómo se hace una tesis*. (Gedisa, Ed.). Mexico.
- Emmelkamp, P. M. G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., ... Vervliet, B. (2013). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 58–91. doi:10.1002/mpr.1411
- Epping-Jordan, J. E. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*. doi:10.1136/qshc.2004.010744
- Ezquiaga Terrazas, E., García López, A., Huerta Ramírez, R., & Pico Rada, A. (2011). Prevalence of depression in primary care according to the methodology of the studies. *Medicina Clínica*, 137(13), 612–5. doi:10.1016/j.medcli.2010.05.018
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311–9. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–28. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12711261>
- Fava, M., Rush, A. J., Alpert, J. E., Balasubramani, G. K., Wisniewski, S. R., Carmin, C. N., ... Trivedi, M. H. (2008). Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: A STAR\*D report. *American Journal of Psychiatry*, 165, 342–351. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06111868
- Felker, B. L., Barnes, R. F., Greenberg, D. M., Chaney, E. F., Shores, M. M., Gillespie-Gateley, L., ... Morton, C. E. (2004). Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 55, 442–444. doi:10.1176/appi.ps.55.4.442
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ... Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9–20. doi:10.1016/j.jad.2006.05.005
- Fernández, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., ... Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172–173. doi:10.1192/bjp.bp.106.023507
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., ... Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32, 201–209. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.11.015
- Fernández Liz, E., & Luque Mellado, F. J. (2007). A systematic review of therapy coordination between primary and specialist care. *Atencion Primaria / Sociedad*

*Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 39(1), 15–21. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17286919>

- Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Y. S. M. (2011). Evaluación de las derivaciones a un centro de salud mental desde atención primaria. *FML*, 15(4), 5.
- Fielke, K., Cord-Udy, N., Buckskin, J., & Lattanzio, A. (2009). The development of an “Indigenous team” in a mainstream mental health service in South Australia. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 17 Suppl 1, S75–8. doi:10.1080/10398560902950510
- Figueras, A. (2011). The use of drugs is not as rational as we believe... but it can't be! The emotional roots of prescribing. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(5), 433–5. doi:10.1007/s00228-011-1024-5
- Fitzpatrick, N., Shah, S., Walker, N., Nourmand, S., Tyrer, P. J., Barnes, T. R. E., ... Hemingway, H. (2004). The determinants and effect of shared care on patient outcomes and psychiatry admissions - An inner city primary care cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 154–163. doi:10.1007/s00127-004-0721-0
- Fletcher, J. R., Bassilios, B., Kohn, F., Naccarella, L., Blashki, G. A., Burgess, P. M., & Pirkis, J. E. (2008). Meeting demand for psychological services for people with depression and anxiety: recent developments in primary mental health care. *The Medical Journal of Australia*, 188.
- Fleury, M.-J., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 58, e732–8, e725–31. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3520681&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Folch B; García P; Murcia M; Palop V; (2012). Desmedicalizar a la poblacion. Una necesidad urgente. *Farmacoterapéutica de La Comunitat Valenciana*, III(79), 3–19.
- Ford, D. E., Pincus, H. A., Unützer, J., Bauer, M. S., Gonzalez, J. J., Wells, K. B., ... Smith, W. (2002). Practice-based interventions. *Mental Health Services Research*. doi:10.1023/A:1020960414799
- Francisco Buitrago Ramírez, Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, María del Carmen Fernández Alonso, Carmen Montón Franco, Jorge Luis Tizón García, S. H. V., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Fernández Alonso, M. del C., García Campayo, J., ... Herrero Velázquez, S. (2014). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria.*, 46(4), 59–74. doi:10.1016/S0212-6567(14)70051-4
- Franx, G., Meeuwissen, J. A. C., Sinnema, H., Spijker, J., Huyser, J., Wensing, M., & de Lange, J. (2009). Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. *International Journal of Integrated Care*, 9, e84.

- Fuller, J. D., Perkins, D., Parker, S., Holdsworth, L., Kelly, B., Roberts, R., ... Fragar, L. (2011). Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. *BMC Health Services Research*, *11*, 66. doi:10.1186/1472-6963-11-72
- Gabilondo, A., Vilagut, G., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Alonso, J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*, *34*(5), 510–7. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.05.005
- GAMIC. (2004). The consulting of internal medicine in primary care improves the efficacy of medical care. *Med Clin*, *122*, 46–52.
- García-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., & Lopez, V. (2012). Prevalence and Clinical Features of newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients in Spanish Primary Care Settings: The GADAP study. *Actas Esp Psiquiatr*, *40*, 105–113. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22723129>
- García-Díaz, A. M., Pértega-Díaz, S., Pita-Fernández, S., Santos-García, C., & Vázquez-Vázquez, J. (2006). Short-term time off work: its characteristics at a health centre from 2000-2002 inclusive. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *37*(1), 22–9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16545300>
- García-Huidobro, D., León, T., Vidal, G., Poblete, F., & Rojas, P. (2012). [Increased morbidity and use of Primary Care medical services in patients with major depressive disorder and their families: a retrospective cohort study]. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *44*(8), 471–7. doi:10.1016/j.aprim.2011.11.003
- García-Testal, A., Sancho Blasco, F., Julve Pardo, R., Puche Pinazo, E., & Rabanaque Mallén, G. (1998). Study of referrals from primary care to mental health: What coincidence does exist between the reasons for the referral and the diagnosis of the specialist. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *22*(4), 233–8. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9803576>
- Gask, L. (2013). Educating family physicians to recognize and manage depression: Where are we now? *Canadian Journal of Psychiatry*.
- Gask, L., & Khanna, T. (2011). Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.bp.109.075382
- Gask, L., Klinkman, M., Fortes, S., & Dowrick, C. (2008). Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *23*(7), 469–76. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.06.006
- Gask, L., Sibbald, B., & Creed, F. (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.170.1.6
- Gaynes, B. N., DeVeugh-Geiss, J., Weir, S., Gu, H., MacPherson, C., Schulberg, H. C., ... Rubinow, D. R. (2010). Feasibility and diagnostic validity of the M-3

- checklist: A brief, self-rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and post-traumatic stress disorders in primary care. *Annals of Family Medicine*, 8, 160–169. doi:10.1370/afm.1092
- Gaynes, B. N., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Spencer, D. C., ... Fava, M. (2007). Major depression symptoms in primary care and psychiatric care settings: A cross-sectional analysis. *Annals of Family Medicine*, 5, 126–134. doi:10.1370/afm.641
- Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F. M., Von Korff, M., & Ormel, J. (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 7–14. doi:10.1017/S0033291705005568
- Gerrity, M. S., Cole, S. A., Dietrich, A. J., & Barrett, J. E. (1999). *Improving the recognition and management of depression: is there a role for physician education?*. *The Journal of family practice* (Vol. 48, pp. 949–957).
- Gervas J. (2010). El Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? *Salud 2000*, 128, 12–15.
- Gervas J, R. A. S. de I. 2005. (2006). Innovation in the European Union regarding the coordination between primary and specialized care. *Med Clin*, 126, 658–61.
- Gérvas, J., García Olmos, L. M., Simó, J., & Peiró, S. (2008). Paradoxes in referral from primary to specialist care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 40(5), 253–5. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482545>
- Gérvas, J., Starfield, B., Minué, S., & Violan, C. (2007). Some causes (and solutions) of the loss of prestige of general practitioners/family doctors. Against the discrediting of heroes. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 39(11), 615–8. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18001645>
- Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314–2321. doi:10.1001/archinte.166.21.2314
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322, 406–409. doi:10.1136/bmj.322.7283.406
- Gilbody, S. M., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M., & Thomas, R. E. (2003). Improving the detection and management of depression in primary care. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 149–155.
- Gilbody, S., Sheldon, T., & House, A. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: A meta-analysis. *CMAJ*, 178, 997–1003. doi:10.1503/cmaj.070281
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Economic crisis and mental health. SESPAS report 2014. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28 Suppl 1, 104–8. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Gili, M., García Toro, M., Armengol, S., García-Campayo, J., Castro, A., & Roca, M. (2013). Functional impairment in patients with major depressive disorder and



- comorbid anxiety disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(12), 679–86. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24331287>
- Gili, M., Luciano, J. V., Bauzá, N., Aguado, J., Serrano, M. J., Armengol, S., & Roca, M. (2011). Psychometric properties of the IDS-SR30 for the assessment of depressive symptoms in spanish population. *BMC Medical Research Methodology*. doi:10.1186/1471-2288-11-131
- Gili, M., Luciano, J. V., Serrano, M. J., Jiménez, R., Bauza, N., & Roca, M. (2011). Mental Disorders Among Frequent Attenders in Primary Care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. doi:10.1097/NMD.0b013e31822fcd4d
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23, 103–108. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Glasgow, R. E., Hiss, R. G., Anderson, R. M., Friedman, N. M., Hayward, R. A., Marrero, D. G., ... Vinicor, F. (2001). Report of the health care delivery work group: behavioral research related to the establishment of a chronic disease model for diabetes care. *Diabetes Care*, 24(1), 124–30. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11194217>
- Glied, S. (1998). Too little time? The recognition and treatment of mental health problems in primary care. *Health Services Research*, 33, 891–910.
- Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo, Osakidetza. (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. (Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, Ed.) (p. 67). Recuperat de [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia\\_cronicidad/es\\_cronicos/estrategia\\_cronicidad.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html)
- Goldberg, D. (1995). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 182–90. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8521936>
- Goldberg, D. P. (1992). *Common Mental Disorders: A Bio-social Model* (p. 194). Tavistock/Routledge. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=6UsOAAAAQAAJ&pgis=1>
- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1, 439–443. doi:10.1136/bmj.1.6013.793
- Goldberg, D. P., Prisciandaro, J. J., & Williams, P. (2012). The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *General Hospital Psychiatry*, 34, 665–670. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.06.006
- Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B., Simon, G., & Linden, M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48, 1840–1844.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders. *JAMA*, 292(20), 2467–8; author reply 2468. doi:10.1001/jama.292.20.2467-c

- Gómez-Moreno, N., Orozco-Beltrán, D., Carratalá-Munuera, C., & Gil-Guillén, V. (2006). Inter-professional relationship between primary health care (PHC) and secondary care (hospital) in 1992 and 2000. A Delphi study. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 37(4), 195–202. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16545263>
- Gonçalves, D. A., Fortes, S., Tófoli, L. F., Campos, M. R., & Mari, J. de J. (2011). Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in primary health care in Brazil. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, 3–13. doi:10.2190/PM.41.1.b
- González, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T., & Neighbors, H. W. (2010). Depression care in the United States: too little for too few. *Archives of General Psychiatry*, 67, 37–46. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.168
- González-Barcala, F. J., Cadarso-Suárez, C., Valdés-Cuadrado, L., Lado-Lema, M. E., Bugarín-González, R., Vilariño-Pombo, C., & Hervada-Vidal, X. (2006). [Factors determining the duration of temporary disability and return to work in a health district of Galicia]. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 37(8), 431–6. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16756841>
- Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Landa González N, L. U. E. (2008). Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24(2), 83.
- Goorden, M., Muntingh, A., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Adèr, H., van Balkom, A., ... Hakkaart-van Roijen, L. (2014). Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 57–63. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.04.005
- Grandes, G., Montoya, I., Arietaleanizbeaskoa, M. S., Arce, V., & Sanchez, a. (2011). The burden of mental disorders in primary care. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26, 428–35. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.002
- Granja Romero, E., Trinidad San José, J. C., González Rivero, C., del Río Romero, D., Moreno Fernández, A., & López Soto, A. (2004). Study of the derivations to an external consultation of Internal Medicine: can be managed the waiting list?. *Anales de Medicina Interna (Madrid, Spain : 1984)*, 21(2), 72–4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14974892>
- Greden, J. F. (2001). The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 2, 5–9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11599650>
- Group, T. N. steering. (2005). *Multidisciplinary guideline for depression: guideline for diagnosis and treatment of depressive disorder in adult patients*. (Trimbos-Instituut, Ed.). Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6, 88. doi:10.1186/1472-6963-6-88

- Gunn, J. M., Gilchrist, G. P., Chondros, P., Ramp, M., Hegarty, K. L., Blashki, G. A., ... Herrman, H. E. (2008). Who is identified when screening for depression is undertaken in general practice? Baseline findings from the Diagnosis, Management and Outcomes of Depression in Primary Care (diamond) longitudinal study. *The Medical Journal of Australia*, 188(12 Suppl), S119–25. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18558911>
- Haddad, M., Menchetti, M., Walters, P., Norton, J., Tylee, A., & Mann, A. (2012). Clinicians' attitudes to depression in Europe: A pooled analysis of depression attitude questionnaire findings. *Family Practice*, 29, 121–130. doi:10.1093/fampra/cmr070
- Haggarty, J. M., Jarva, J. A., Cernovsky, Z., Karioja, K., & Martin, L. (2012). Wait time impact of co-located primary care mental health services: the effect of adding collaborative care in northern Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(1), 29–33. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22296965>
- Halaris, A. (2011). A Primary Care Focus on the Diagnosis and Treatment of Major Depressive Disorder in Adults. *Journal of Psychiatric Practice*. doi:10.1097/01.pra.0000405364.90043.bd
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Hansson, M., Chotai, J., Nordstöm, A., & Bodlund, O. (2009). Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*, 59, 650–654. doi:10.3399/bjgp09X454070
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–51. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620730>
- Hartveit, M., Thorsen, O., Biringer, E., Vanhaecht, K., Carlsen, B., & Aslaksen, A. (2013). Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study. *BMC Health Services Research*, 13, 329. doi:10.1186/1472-6963-13-329
- Health, T. D. of. (2006). Better Outcomes in Mental Health Care. Recuperat de <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-boimhc>
- Hedenrud, T. M., Svensson, S. A., & Wallerstedt, S. M. (2013). “Psychiatry is not a science like others” - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. *BMC Family Practice*, 14, 115. doi:10.1186/1471-2296-14-115
- Hedrick, S. C., Chaney, E. F., Felker, B., Liu, C.-F., Hasenberg, N., Heagerty, P., ... Katon, W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *Journal of general internal medicine* (Vol. 18, pp. 9–16). doi:10.1046/j.1525-1497.2003.11109.x
- Henke, R. M., McGuire, T. G., Zaslavsky, A. M., Ford, D. E., Meredith, L. S., & Arbelaez, J. J. (2008). Clinician- and organization-level factors in the adoption of



- evidence-based care for depression in primary care. *Health Care Management Review*, 33(4), 289–99. doi:10.1097/01.HCM.0000318766.29277.49
- Henriques, S. G., Fráguas, R., Iosifescu, D. V., Menezes, P. R., Lucia, M. C. S. de, Gattaz, W. F., & Martins, M. A. (2009). Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 64, 629–635. doi:10.1590/S1807-59322009000700004
- Herrán, A., López-Lanza, J. R., Ganzo, H., Cadiñanos, A., Díez-Manrique, J. F., & Vázquez-Barquero, J. (2000). Referral of patients with mental disorders from primary care to mental health units. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(1), 13–21. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10758424>
- Herrero, M. A. M. M. A. J. A., Rodríguez, P. E. M., Morales, A. M. de, & García, J. Z. (2008). Estudio preliminar dirigido a la construcción de un cuestionario de derivación de la atención primaria a los servicios de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(4), 210–217.
- Herrman, H., Patrick, D. L., Diehr, P., Martin, M. L., Fleck, M., Simon, G. E., & Buesching, D. P. (2002). Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 32, 889–902. doi:10.1017/S003329170200586X
- Hilton, C., Bajaj, P., Hagger, M., Taha, S., & Warner, J. (2008). What should prompt an urgent referral to a community mental health team? *Mental Health in Family Medicine*, 5, 197–201.
- Huijbregts, K. M. L., De Jong, F. J., Van Marwijk, H. W. J., Beekman, A. T. F., Adèr, H. J., Hakkaart-Van Roijen, L., ... Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *Journal of Affective Disorders*, 146, 328–337. doi:10.1016/j.jad.2012.09.015
- Huot, K. L., Lutfiyya, M. N., Akers, M. F., Amaro, M. L., Swanoski, M. T., & Schweiss, S. K. (2013). A population-based cross-sectional study of health service deficits among U.S. adults with depressive symptoms. *BMC Health Services Research*, 13, 160. doi:10.1186/1472-6963-13-160
- Hutton, C., & Gunn, J. (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 7, 71. doi:10.1186/1472-6963-7-71
- Huxley, P. (1996). Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*. doi:10.3109/08039489609099730
- IMS. (2012). The use of medicines in the United States: Review of 2011. Recuperat de [https://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS Institute for Healthcare Informatics/IHII\\_Medicines\\_in\\_U.S\\_Report\\_2011.pdf](https://www.imshealth.com/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/IHII_Medicines_in_U.S_Report_2011.pdf)
- Inagaki, M., Ohtsuki, T., Yonemoto, N., Oikawa, Y., Kurosawa, M., Muramatsu, K., ... Yamada, M. (2013). Prevalence of depression among outpatients visiting a general

- internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry*, 35, 286–290. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.11.013
- Inoue, T., Tanaka, T., Nakagawa, S., Nakato, Y., Kameyama, R., Boku, S., ... Koyama, T. (2012). Utility and limitations of PHQ-9 in a clinic specializing in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/1471-244X-12-73
- Ivbijaro, G., & Funk, M. (2008). No mental health without primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 5(3), 127–8. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2777569&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Jacob, K. S., Everitt, B. S., Patel, V., Weich, S., Araya, R., & Lewis, G. H. (1998). The comparison of latent variable models of non-psychotic psychiatric morbidity in four culturally diverse populations. *Psychological Medicine*, 28, 145–152. doi:10.1017/S0033291797005710
- Jacob, V., Chattopadhyay, S. K., Sipe, T. A., Thota, A. B., Byard, G. J., & Chapman, D. P. (2012). Economics of collaborative care for management of depressive disorders: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.011
- Jameson, J. P., & Blank, M. B. (2010). Diagnosis and treatment of depression and anxiety in rural and nonrural primary care: national survey results. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61, 624–627. doi:10.1176/appi.ps.61.6.624
- Joesch, J. M., Sherbourne, C. D., Sullivan, G., Stein, M. B., Craske, M. G., & Roy-Byrne, P. (2012). Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S0033291711002893
- Joling, K. J., Van Marwijk, H. W. J., Piek, E., Der Horst, H. E. Van, Penninx, B. W., Verhaak, P., & Van Hout, H. P. J. (2011). Do GPs' medical records demonstrate a good recognition of depression? A new perspective on case extraction. *Journal of Affective Disorders*, 133, 522–527. doi:10.1016/j.jad.2011.05.001
- Jureidini, J., & Tonkin, A. (2006). Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS Drugs*. doi:10.2165/00023210-200620080-00002
- Kartal, M., Coskun, O., & Dilbaz, N. (2010). Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey. *BMC Family Practice*, 11, 30. doi:10.1186/1471-2296-11-30
- Kates, N., & Craven, M. (2002). Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 48, 936. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2214050&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kates, N., Crustolo, A. M., Nikolaou, L., Craven, M. A., & Farrar, S. (1997). Providing psychiatric backup to family physicians by telephone. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 955–959.
- Kates, N., & Mach, M. (2007). Chronic disease management for depression in primary care: A summary of the current literature and implications for practice. *The*

- Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52, 77–85.  
Recuperat de  
<http://search.proquest.com/docview/621690009?accountid=14568&http://jabega.uma.es:4550/resserv?genre=article&issn=07067437&title=The+Canadian+Journal+of+Psychiatry+/+La+Revue+canadienne+de+psychiatrie&volume=52&issue=2&date=2007-02-01&atitle=Chronic+disease+management+for+depression+in+primary+care:+A+summary+of+the+current+literature+and+implications+for+practice.&spage=77&aulast=Kates&sid=ProQ:ProQ:psycinfo&isbn=&jtitle=The+Canadian+Journal+of+Psychiatry+/+La+Revue+canadienne+de+psychi>
- Katon, W. (2012). Collaborative depression care models: from development to dissemination. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 550–2. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.017
- Katon, W. J., Schoenbaum, M., Fan, M.-Y., Callahan, C. M., Williams, J., Hunkeler, E., ... Unützer, J. (2005). Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1313–1320. doi:10.1001/archpsyc.62.12.1313
- Katon, W. J., & Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 459–467. doi:10.1097/JOM.0b013e318168efb7
- Katon, W., Russo, J., Richardson, L., McCauley, E., & Lozano, P. (2008). Anxiety and depression screening for youth in a primary care population. *Ambulatory Pediatrics : The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 8, 182–8. doi:10.1016/j.ambp.2008.01.003
- Katon, W., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T., ... Walker, E. (2002). Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 741–748. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.11051.x
- Katon, W., & Unützer, J. (2006). Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2304–6. doi:10.1001/archinte.166.21.2304
- Katon, W., Unützer, J., Wells, K., & Jones, L. (2010). Collaborative depression care: History, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *General Hospital Psychiatry*, 32, 456–464. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.04.001
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G. E., Bush, T., ... Russo, J. (1995). *Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA : the journal of the American Medical Association* (Vol. 273, pp. 1026–1031). doi:10.1001/jama.273.13.1026
- Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G., & Sharp, D. (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325, 1016–1017. doi:10.1136/bmj.325.7371.1016
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*,

- 18(1), 23–33. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3039289&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., & Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218–225. doi:10.1097/00043764-200103000-00009
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., ... Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192, 362–367. doi:10.1192/bjp.bp.107.039966
- Kisely, S., & Campbell, L. A. (2007). Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 383–391. doi:10.2190/PM.37.4.c
- Kisely, S., Duerden, D., Shaddick, S., & Jayabarathan, A. (2006). Collaboration between primary care and psychiatric services: Does it help family physicians? *Canadian Family Physician*, 52, 876–877.
- Kisely, S., Horton-Hausknecht, J., Miller, K., Mascall, C., Tait, A., Wong, P., & Bostwick, R. (2002). Increased collaboration between primary care and psychiatric services. A survey of general practitioners' views and referrals. *Australian Family Physician*, 31, 587–589.
- König, H.-H., Born, A., Heider, D., Matschinger, H., Heinrich, S., Riedel-Heller, S. G., ... Roick, C. (2009). Cost-effectiveness of a primary care model for anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 195(4), 308–17. doi:10.1192/bjp.bp.108.058032
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 317–325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kruijshaar, M. E., Hoeymans, N., Bijl, R. V., Spijker, J., & Essink-Bot, M. L. (2003). Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 77(1), 53–64. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14550935>
- Kuruvilla, A., & Jacob, K. S. (2012). Perceptions about anxiety, depression and somatization in general medical settings: A qualitative study. *National Medical Journal of India*, 25, 332–335.
- Lamers, F., De Jonge, P., Nolen, W. A., Smit, J. H., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Identifying depressive subtypes in a large cohort study: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1582–1589. doi:10.4088/JCP.09m05398blu

- Landa González, N., Goñi Sarriés, A., García de Jalón Aramayo, E., & Lizasoain Urrea, E. (2008). Concordance in diagnosis between primary care and mental health. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 40(6), 285–9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18588799>
- Latorre JM; Navarro B; Parra M; Salguero JM; Wood C; Cano A. (2012). Assessment and intervention of Anxiety and Depression disorders in Primary Care: An unsolved problem. *Rev Clin Med Fam*, 1, 37–45.
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J., & Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. doi:10.1157/13076608
- Laufer, N., Zilber, N., Jecsmien, P., Maoz, B., Grupper, D., Hermesh, H., ... Munitz, H. (2013). Mental disorders in primary care in Israel: Prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1539–1554. doi:10.1007/s00127-012-0620-8
- Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D., Meador, K. G., Koenig, H. G., & Curlin, F. A. (2012). Primary care physicians' and psychiatrists' approaches to treating mild depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 385–392. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01887.x
- Leclubier, Y. (2008). Recognizing and effectively treating depression. *CNS Spectrums*, 13, 5–9.
- Lee, P. W., Dietrich, A. J., Oxman, T. E., Williams, J. W., & Barry, S. L. (2007). Sustainable impact of a primary care depression intervention. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 20, 427–33. doi:10.3122/jabfm.2007.05.070045
- Leentjens, A. F. G., Boenink, A. D., Sno, H. N., Strack van Schijndel, R. J. M., van Croonenborg, J. J., van Everdingen, J. J. E., ... van Os, T. W. D. P. (2009). The guideline “consultation psychiatry” of the Netherlands Psychiatric Association. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 531–5. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.03.001
- Lejtzen, N., Sundquist, J., Sundquist, K., & Li, X. (2013). Depression and anxiety in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. doi:10.1007/s00406-013-0422-3
- Lépine, J. P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Lester, H., Freemantle, N., Wilson, S., Sorohan, H., England, E., Griffin, C., & Shankar, A. (2007). Cluster randomised controlled trial of the effectiveness of primary care mental health workers. *The British Journal of General Practice*, 57, 196–203.
- Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7500), 1122. doi:10.1136/bmj.38440.418426.8F
- Lin, E. H., Katon, W. J., Simon, G. E., Von Korff, M., Bush, T. M., Rutter, C. M., ... Walker, E. A. (1997). *Achieving guidelines for the treatment of depression in*



- primary care: is physician education enough?. Medical care* (Vol. 35, pp. 831–842).
- López Cuenca, S., Albaladejo Vicente, R., Villanueva Orbáiz, R., & Domínguez Rojas, V. (2006). Analysis of short-term time off of health workers in a health area. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 38(10), 550–4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198607>
- Lotfi, L., Flyckt, L., Krakau, I., Mårtensson, B., & Nilsson, G. H. (2010). Undetected depression in primary healthcare: occurrence, severity and co-morbidity in a two-stage procedure of opportunistic screening. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 421–427. doi:10.3109/08039481003786378
- Lotrakul, M., & Saipanish, R. (2009). How do general practitioners in Thailand diagnose and treat patients presenting with anxiety and depression? *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 37–42. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01903.x
- Lu, C. Y., Ross-Degnan, D., Soumerai, S. B., & Pearson, S.-A. (2008). Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: a critical review of the literature - 2001-2007. *BMC Health Services Research*, 8, 75. doi:10.1186/1472-6963-8-75
- Lucena, R. J. M., & Lesage, A. (2002). Family physicians and psychiatrists. Qualitative study of physicians' views on collaboration. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 48, 923–9. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2214042&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Luciano Devis, J. V., Fernández Sánchez, A., Serrano-Blanco, A., Pinto-Meza, A., Palao Vidal, D. J., Mercader Menéndez, M., & Haro Abad, J. M. (2009). Cooperation between primary care and mental health services. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 41(3), 131–40. doi:10.1016/j.aprim.2008.05.007
- Luengo, A., Lorente, E., Herrero, N., Aguilar, E. J., Escartí, M. J., González, J. C., ... Sanjuán, J. (2009). Emotional response to threatening stimuli in psychosis and anxiety disorders. *Psicothema*, 21(1), 51–6. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19178856>
- MaGPIe Research Group. (2005). The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55, 665–9. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1464072&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Magruder, K. M., & Yeager, D. E. (2007). Mental health problems in primary care: Progress in North America. *European Journal of Psychiatry*, 21, 55–61. Recuperat de <Go to ISI>://WOS:000247431500007
- Maldonado Díaz I, Gea Velázquez de Castro MT, Bellón García N, Megías López ME, Benítez Campos A, Torres Maese M. (2002). Estudio de la adecuación de las derivaciones médicas una unidad de salud mental. *Med Fam Andal*, 3, 88–91.

- Marciniak, M., Lage, M. J., Landbloom, R. P., Dunayevich, E., & Bowman, L. (2004). Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depression and Anxiety, 19*(2), 112–20. doi:10.1002/da.10131
- Martín-Agueda, B., López-Muñoz, F., Rubio, G., Guerra, J. A., Silva, A., & Álamo, C. (2005). Management of depression in primary care: A survey of general practitioners in Spain. *General Hospital Psychiatry, 27*, 305–312. doi:10.1016/j.genhosppsych.2005.05.002
- Martín-Jurado, A. ; de la Gándara, J.J.; Castro Carbajo, A.S; Moreira Hernández, A. ;, & Sánchez-Hernández, J. (2012). Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen, 38*(6), 354–359. Recuperat de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90152372&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=146&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=40v38n06a90152372pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90152372&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=146&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=40v38n06a90152372pdf001.pdf)
- Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Johansson, S., Wallander, M.-A., & García-Rodríguez, L. A. (2010). Study of a cohort of patients newly diagnosed with depression in general practice: prevalence, incidence, comorbidity, and treatment patterns. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 12*(1), PCC.08m00764. doi:10.4088/PCC.08m00764blu
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*(11), e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Maxwell, M., & Pratt, R. (2008). Prevention and management of depression in primary care in Europe: A holistic model of care and interventions-Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care, 16*, 187–196.
- McCall, L., Clarke, D. M., & Rowley, G. (2002). A questionnaire to measure general practitioners' attitudes to their role in the management of patients with depression and anxiety. *Australian Family Physician, 31*, 299–303.
- McEvoy, P., & Barnes, P. (2007). Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 233–238. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01066.x
- Meadows, G. N., Harvey, C. A., Joubert, L., Barton, D., & Bedi, G. (2007). Best practices: the consultation-liaison in primary-care psychiatry program: a structured approach to long-term collaboration. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 58*(8), 1036–8. doi:10.1176/appi.ps.58.8.1036
- Mechanic, D. (2007). Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68 Suppl 2*, 20–26.
- Menchetti, M., Sighinolfi, C., Di Michele, V., Peloso, P., Nespeca, C., Bandieri, P. V., ... Berardi, D. (2013). Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry, 35*(6), 579–86. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.07.009
- Meneu DE Guillerna R. (2006). Experiencias de integración clínica: equilibrio entre gestión de casos y gestión de enfermedades cuando sólo existen enfermos. En I. Regás & Pere (Eds.), *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de*

- avance (p. 235). Barcelona: Masson. Recuperat de [https://books.google.com/books?id=1dKtCl4S\\_GEC&pgis=1](https://books.google.com/books?id=1dKtCl4S_GEC&pgis=1)
- Mercier, a, Kerhuel, N., Stalnikiewitz, B., Aulanier, S., Boulnois, C., Bécet, F., & Czernichow, P. (2010). Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. *L'Encéphale*, 36 Suppl 2, D73–82. doi:10.1016/j.encep.2009.04.002
- Mercier, A., Auger-Aubin, I., Lebeau, J.-P., Royen, P., & Peremans, L. (2011). Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. *BMC Family Practice*. doi:10.1186/1471-2296-12-99
- Mercier, A., Auger-Aubin, I., Lebeau, J.-P., Schuers, M., Boulet, P., Hermil, J.-L., ... Peremans, L. (2013). Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews. *BMC Family Practice*, 14, 55. doi:10.1186/1471-2296-14-55
- Meyer, F., Peteet, J., & Joseph, R. (2009). Models of care for co-occurring mental and medical disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 353–360. doi:10.3109/10673220903463325
- Michele Tansella, G. T. (2003). *Common Mental Disorders in Primary Care: Essays in Honour of Professor David Goldberg*. (G. T. Michele Tansella, Ed.) (p. 272). Routledge. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=vVmGAgAAQBAJ&pgis=1>
- Miranda I, Peñarrubia M, García I, Caramès E, Soler M, S. A. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*., 32(9), 524–30.
- Mitchell, A. J., Rao, S., & Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*, 130, 26–36. doi:10.1016/j.jad.2010.07.028
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374, 609–619. doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5
- Mittman, B. S. (2004). Creating the evidence base for quality improvement collaboratives. *Annals of Internal Medicine*.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2008). National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1064–1074. doi:10.4088/JCP.v69n0704
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, 30, 1434–1442. doi:10.1377/hlthaff.2010.1024
- Mollica R, Hovelson DH, H. D. (2008). International psychiatry in the 21st century. In et al. Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M (Ed.), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (Mosby Else., p. 1200). Philadelphia: Elsevier Health Sciences. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=Wgs0f00plZwC&pgis=1>
- Montero, I., Sanjuan, J., & Frades, B. (1986). A Spanish experience of DSM III in a Consultation-Liaison psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74(6), 536–541. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3825576>



- Montero-Marín, J., Carrasco, J. M., Roca, M., Serrano-Blanco, A., Gili, M., Mayoral, F., ... García-Campayo, J. (2013). Expectations, experiences and attitudes of patients and primary care health professionals regarding online psychotherapeutic interventions for depression: protocol for a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *13*, 64. doi:10.1186/1471-244X-13-64
- Montforta, R. C., & Brunsomsb, D. F. (2005). Advances in computerising health systems. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *36*(8), 448–52. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16287558>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 382–389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Moore, M. T., Anderson, N. L., Barnes, J. M., Haigh, E. A. P., & Fresco, D. M. (2014). Using the GAD-Q-IV to identify generalized anxiety disorder in psychiatric treatment seeking and primary care medical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*, 25–30. doi:10.1016/j.janxdis.2013.10.009
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, *370*, 851–858. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- Muijen, M. (2012). The state of psychiatry in Europe: facing the challenges, developing consensus. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, *24*(4), 274–7. doi:10.3109/09540261.2012.697264
- Muntingh, A. D. T., van der Feltz-Cornelis, C. M., van Marwijk, H. W. J., Spinhoven, P., Assendelft, W. J. J., de Waal, M. W. M., ... van Balkom, A. J. L. M. (2009). Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, *9*, 159. doi:10.1186/1472-6963-9-159
- Muntingh, A., van der Feltz-Cornelis, C., van Marwijk, H., Spinhoven, P., Assendelft, W., de Waal, M., ... van Balkom, A. (2014). Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 37–44. doi:10.1159/000353682
- Muskens, E., Eveleigh, R., Lucassen, P., van Weel, C., Spijker, J., Verhaak, P., ... Voshaar, R. O. (2013). Prescribing ANtiDepressants Appropriately (PANDA): a cluster randomized controlled trial in primary care. *BMC Family Practice*, *14*, 6. doi:10.1186/1471-2296-14-6
- Ndeti, D., Khasakhala, L., Mutiso, V., & Mbwayo, A. (2011). Knowledge, attitude and practice (KAP) of mental illness among staff in general medical facilities in Kenya: practice and policy implications. *African Journal of Psychiatry*, *14*(3), 225–35. doi:10.4314/ajpsy.v14i3.6
- Nease Jr., D. E., Nutting, P. A., Dickinson, W. P., Bonham, A. J., Graham, D. G., Gallagher, K. M., & Main, D. S. (2008). Inducing sustainable improvement in depression care in primary care practices. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, *34*, 247–255. Recuperat de

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18491688](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18491688)

- Neumeyer-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K., & Kallischnigg, G. (2004). Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care*, *42*, 1211–1221. doi:00005650-200412000-00008 [pii]
- NICE. (2007). Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. Recuperat de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg022fullguideline.pdf>
- NICE. (2010). *Depression in adults with a chronic physical health problem. The NICE guideline on treatment and management. Depression*. Recuperat de <http://guidance.nice.org.uk/CG91/QuickRefGuide/pdf/English>
- Nordström, A., & Bodlund, O. (2008). Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(3), 250–5. doi:10.1080/08039480802141129
- Norton, J., de Roquefeuil, G., David, M., Boulenger, J.-P., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *L'Encephale*, *35*, 560–569. doi:10.1016/j.encep.2008.06.018
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, *39*(3), 242–50. doi:10.1016/j.beth.2007.08.002
- Nutting, P. A., Gallagher, K., Riley, K., White, S., Dickinson, W. P., Korsen, N., & Dietrich, A. (2008). Care management for depression in primary care practice: Findings from the RESPECT-Depression trial. *Annals of Family Medicine*, *6*, 30–37. doi:10.1370/afm.742
- O'Donnell, A. N., Williams, M., & Kilbourne, A. M. (2013). Overcoming roadblocks: Current and emerging reimbursement strategies for integrated mental health services in primary care. *Journal of General Internal Medicine*. doi:10.1007/s11606-013-2496-z
- Ohtsuki, T., Kodaka, M., Sakai, R., Ishikura, F., Watanabe, Y., Mann, A., ... Inagaki, M. (2012). Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, *5*, 441. doi:10.1186/1756-0500-5-441
- Oiesvold, T., Sandlund, M., Hansson, L., Christiansen, L., Göstas, G., Lindhardt, A., ... Zandén, T. (1998). Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioners compared with self-referrals. *Psychological Medicine*, *28*, 427–436. doi:10.1017/S0033291797006302
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015

- Olfson, M., Kroenke, K., Wang, S., & Blanco, C. (2014). Trends in office-based mental health care provided by psychiatrists and primary care physicians. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*, 247–53. doi:10.4088/JCP.13m08834
- Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. de S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R. de, Gama, C. A. P. da, ... Nascimento, R. (2012). Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Revista de Saúde Pública*, *46*(1), 43–50. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252789>
- Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J. P. M., Terluin, B., Hoogendoorn, A. W., Peyrot, W. J., Muntingh, A., & Van Balkom, A. J. L. M. (2013). Collaborative stepped care v. Care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *203*, 132–139. doi:10.1192/bjp.bp.112.125211
- Orive, M., Padierna, J. A., Quintana, J. M., Las-Hayas, C., Vrotsou, K., & Aguirre, U. (2010). Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*, 399–406. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.04.007
- Ortiz A, L. C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, *35*(3), 152–5.
- Ortiz, L. F. A., Prieto, B. R., & Rodríguez, P. E. M. (1996). *Enfermedad mental en atención primaria* (p. 106). Flas. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=Voh4XwAACAAJ&pgis=1>
- Ortiz Lobo, A. (2009). Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. In A. Retolaza Balsategui (Ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. (pp. 313–323). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ortiz Lobo, A., González González, R., & Rodríguez Salvanés, F. (2006). Mental health referrals of patients without diagnosable psychiatric pathology. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *38*(10), 563–9. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198609>
- Osakidetza. (2002). Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *INFAC*, *10*(2).
- Osteba. (2013). *Modelos e intervenciones de colaboracion entre atención primaria y salud mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: Resultados de una meta-revisión* (pp. 55–65). Vitoria-Gasteiz.
- Ostergaard, S. D., Foldager, L., Allgulander, C., Dahl, A. A., Huuhtanen, M.-T., Rasmussen, I., & Munk-Jørgensen, P. (2010). Psychiatric caseness is a marker of major depressive episode in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *28*, 211–215. doi:10.3109/02813432.2010.501235
- Oxman, T. E., Dietrich, A. J., & Schulberg, H. C. (2005). Evidence-based models of integrated management of depression in primary care. *The Psychiatric Clinics of North America*, *28*(4), 1061–77. doi:10.1016/j.psc.2005.09.007
- Parker, J. (2014). A broad diagnostic framework to simplify the approach to mental disorders in primary care. *South African Medical Journal*. doi:10.7196/SAMJ.7717

- Patel, V. (1996). Recognition of common mental disorders in primary care in African countries: should “mental” be dropped? *Lancet*, 347(9003), 742–4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8602008>
- Patel, V. (2000). The need for treatment evidence for common mental disorders in developing countries. *Psychological Medicine*. doi:doi:null
- Patel, V., Chisholm, D., Kirkwood, B. R., & Mabey, D. (2007). Prioritizing health problems in women in developing countries: comparing the financial burden of reproductive tract infections, anaemia and depressive disorders in a community survey in India. *Tropical Medicine & International Health : TM & IH*, 12(1), 130–9. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01756.x
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. doi:Article
- Peiró S. (2003). De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud: la gestión de enfermedades y los indicadores de actividad. In V. O. Rubio (Ed.), *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta* (Masson., p. 258). Barcelona: Elsevier España. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=Yk5ORAZzYa0C&pgis=1>
- Pettersson, A., Björkelund, C., & Petersson, E. L. (2014). To score or not to score: A qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Family Practice*, 31, 215–221. doi:10.1093/fampra/cmt082
- Picardi, A., Adler, D. A., Chang, H., Lega, I., Gigantesco, A., Pasquini, P., ... Rogers, W. H. (2012). Development and preliminary validation of the PC-SAD5, a screener-derived short depression severity measure. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26, 165–171. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04022.x
- Piek, E., Kollen, B. J., Van Der Meer, K., Penninx, B. W. J. H., & Nolen, W. A. (2014). Maintenance use of antidepressants in dutch general practice: Non-guideline concordant. *PLoS ONE*, 9. doi:10.1371/journal.pone.0097463
- Pingitore, D., & Sansone, R. A. (1998). Using DSM-IV primary care version: a guide to psychiatric diagnosis in primary care. *American Family Physician*, 58(6), 1347–52. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9803199>
- Pinto-Meza, A., Fernandez, A., Serrano-Blanco, A., & Haro, J. M. (2008). *Adequacy of antidepressant treatment in Spanish primary care: a naturalistic six-month follow-up study*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* (Vol. 59, pp. 78–83). doi:10.1176/appi.ps.59.1.78
- Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 382–8. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.016
- Poutanen, O., Koivisto, A. M., Kääriä, S., & Salokangas, R. K. R. (2010). The validity of the depression scale (DEPS) to assess the severity of depression in primary care patients. *Family Practice*, 27, 527–534. doi:10.1093/fampra/cm040

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, *370*, 859–877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.009
- Queen, A. H., Barlow, D. H., & Ehrenreich-May, J. (2014). The trajectories of adolescent anxiety and depressive symptoms over the course of a transdiagnostic treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(6), 511–21. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.007
- Qureshi, N. A., Schmidt, H. G., Van Der Molen, H. T., Al-Habeeb, T. A., & Magzoub, M. E. (2007). Quality of psychiatric referrals in Saudi Arabia: A structural equation modeling approach. *Neurosciences*, *12*, 53–61.
- Reneses, B., López-Ibor, JJ; Argudo; Carrillo; Regatero; Moreno; Ruiz; (2012). Steps for the development of a management process of Anxiety and Depression from Primary Care up to the Psychiatry Departments. *Actas Esp Psiquiatr*, *40*(1), 9–14.
- Ribé JM.; Pares J.; Fleitas. (2010). Un programa de colaboración con la Atención Primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Revista Norte de Salud Mental.*, *8*(36), 45–54.
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., ... Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *347*, f4913. doi:10.1136/bmj.f4913
- Richards, D. A., Hughes-Morley, A., Hayes, R. A., Araya, R., Barkham, M., Bland, J. M., ... Pilling, S. (2009). *Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression--study protocol. BMC health services research* (Vol. 9, p. 188). doi:10.1186/1472-6963-9-188
- Richardson, L. P., Ludman, E., McCauley, E., Lindenbaum, J., Larison, C., Zhou, C., ... Katon, W. (2014). Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *312*, 809–816. doi:10.1001/jama.2014.9259
- Rickels, K., & Howard, K. (1970). The physician questionnaire: a useful tool in psychiatric drug research. *Psychopharmacologia*, *17*(4), 338–44. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5523368>
- Roca, M., Armengol, S., Salvador-Carulla, L., Monzón, S., Salvà, J., & Gili, M. (2011). Adherence to medication in depressive patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1097/JCP.0b013e3182223af9
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., & García-Toro, M. (2013). Economic crisis and mental health in Spain. *Lancet*, *382*, 1977–8. doi:10.1016/S0140-6736(13)62650-1
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in



- primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119, 52–58.  
doi:10.1016/j.jad.2009.03.014
- Rodríguez Alcalá, F. J., Chacón Fuertes, J., Esteban Tudela, M., Valles Fernández, N., López de Castro, F., & Sánchez Ramiro, A. (2005). Reasons for consultation between primary care and the second level. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 36(3), 137–43. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16029743>
- Rogers, W. H., Adler, D. A., Bungay, K. M., & Wilson, I. B. (2005). Depression screening instruments made good severity measures in a cross-sectional analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 370–377. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.10.010
- Rollman, B. L., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P. R., Zhu, F., Gardner, W., ... Shear, M. K. (2005). A randomized trial to improve the quality of treatment for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1332–1341. doi:10.1001/archpsyc.62.12.1332
- Romeijnders, A. C. M., van Marwijk, H. W. J., & Goudswaard, A. N. (2005). Summary of the practice guideline “Depressive disorder” (first revision) from the Dutch College of General Practitioners. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 149(10), 523–7. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15782687>
- Romeu, J.E. (2012). Programa de colaboración Atención Primaria y Salud Mental "modelo enlace" del Departamento de Salud de La Ribera: Estrategias, estado actual y proceso de evaluación. En: I Jornada. Día mundial de la Salud Mental. Hacia la integración completa en Salud Mental. Gandía, Valencia: Generalitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salut.
- Rosen, R. (2007). Improving Chronic Disease Management - An Anglo-American exchange. *Improving Chronic Disease Management*, 1–20.
- Ross, H., & Hardy, G. (1999). GP referrals to adult psychological services: a research agenda for promoting needs-led practice through the involvement of mental health clinicians. *The British Journal of Medical Psychology*, 72 ( Pt 1), 75–91.  
doi:10.1348/000711299159835
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). *Case management. What it is and how it can best be implemented. King's Fund* (pp. 1–32).
- Rost, K. M., Duan, N., Rubenstein, L. V., Ford, D. E., Sherbourne, C. D., Meredith, L. S., & Wells, K. B. (2001). The Quality Improvement for Depression Collaboration: General analytic strategies for a coordinated study of quality improvement in depression care. *General Hospital Psychiatry*. doi:10.1016/S0163-8343(01)00157-8
- Rotge, J. Y., Tignol, J., & Aouizerate, B. (2007). Improving the management of depression in primary care: review and prospects. *Encephale*, 33, 552–560.  
Recuperat de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18033142](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18033142)
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., ... Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety

- disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 303, 1921–1928. doi:10.1001/jama.2010.608
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., ... Sherbourne, C. D. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of general psychiatry* (Vol. 62, pp. 290–298). doi:10.1001/archpsyc.62.3.290
- Roy-Byrne, P. P., Katon, W., Cowley, D. S., & Russo, J. (2001). A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Archives of general psychiatry* (Vol. 58, pp. 869–876).
- Roy-Byrne, P. P., & Wagner, A. (2004). Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 1, 20–26.
- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W., & Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 Suppl 4, 16–22.
- Rubenstein, L. V, Chaney, E. F., Ober, S., Felker, B., Sherman, S. E., Lanto, A., & Vivell, S. (2010). Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice. *Families, Systems & Health : The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 28, 91–113. doi:10.1037/a0020302
- Rubio Arribas, V., Rodríguez Ibáñez, M. L., Sampedro Martínez, E., Victores Benavente, C., Alechiguerra García, A., & Barrio Gamarra, J. L. (2000). Evaluation of the quality of communication between levels of care through the inter-consultation document. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 26(10), 681–4. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11200512>
- Ruiz, F. J., Piqueras, V., & Aznar, J. A. (1995). Is it possible to improve psychiatric care through the referral process?. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 15(8), 491–7. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7786973>
- Runkewitz, K., Kirchmann, H., & Strauss, B. (2006). Anxiety and depression in primary care patients: Predictors of symptom severity and developmental correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 445–453. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.09.003
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., ... Schatzberg, A. F. (2006). Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 31(9), 1841–53. doi:10.1038/sj.npp.1301131
- Rush, J. A., Warden, D., Wisniewski, S. R., Fava, M., Trivedi, M. H., Gaynes, B. N., & Nierenberg, A. A. (2009). STAR\*D: Revising conventional wisdom. *CNS Drugs*. doi:10.2165/00023210-200923080-00001
- Saitz, R., Horton, N. J., Sullivan, L. M., Moskowitz, M. A., & Samet, J. H. (2003). Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. The screening and intervention in primary care (SIP)

- study. *Annals of Internal Medicine*, 138, 372–382. Recuperat de F:\Art?culos en PDF\10027 AnnInternMed Saitz.pdf
- Salazar-Fraile, J., Sempere-Verdu, E., Mossakowski, K., & Page, J. (2010). “Doctor, I just can’t go on:” Cultural constructions of depression and the prescription of antidepressants to users who are not clinically depressed. *International Journal of Mental Health*, 39, 29–67. doi:http://dx.doi.org/10.2753/IMH0020-7411390103
- Sanjuan, J., Martin-Santos, R., Garcia-Esteve, L., Carot, J. M., Guillamat, R., Gutierrez-Zotes, A., ... de Frutos, R. (2008). Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(5), 383–8. doi:10.1192/bjp.bp.107.045427
- Sartorius, N., & Ustun, T. B. (1995). Mixed anxiety and depressive disorder. *Psychopathology*, 28 Suppl 1, 21–5. Recuperat de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8903888
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L., & Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: a unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43(3), 518–32. doi:10.1016/j.beth.2012.02.004
- Schoenbaum, M., Unützer, J., Sherbourne, C., Duan, N., Rubenstein, L. V, Miranda, J., ... Wells, K. (2001). *Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. JAMA: the journal of the American Medical Association* (Vol. 286, pp. 1325–1330). doi:10.1001/jama.286.11.1325
- Schouten, L. M. T., Hulscher, M. E. J. L., van Everdingen, J. J. E., Huijsman, R., & Grol, R. P. T. M. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336, 1491–1494. doi:10.1136/bmj.39570.749884.BE
- Schumann, I., Schneider, A., Kantert, C., Löwe, B., & Linde, K. (2012). Physicians’ attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family Practice*, 29(3), 255–63. doi:10.1093/fampra/cmr092
- Schwenk, T. L., Evans, D. L., Laden, S. K., & Lewis, L. (2004). Treatment Outcome and Physician-Patient Communication in Primary Care Patients With Chronic, Recurrent Depression. *Am J Psychiatry*, 161, 1892–1901. doi:10.1176/appi.ajp.161.10.1892
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bromet, E., Fayyad, J., ... Williams, D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33–43. doi:10.1017/S0033291708003188
- Sempere E., Salazar J., Palop V., Vicens C. (2013). Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. *Aten Primaria.*, 46(8), 416–25.
- Serna Arnáiz, C., Galván Santiago, L., Gascó Eguíluz, E., Santafé Soler, P., Martín Gracia, E., & Vila Parrot, T. (2006). Evolution in consumption of anti-depressants during the years 2002 to 2004. *Atencion Primaria / Sociedad Española de*



- Medicina de Familia Y Comunitaria*, 38(8), 456–60. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194371>
- Shaw, I., Smith, K. M. C., Middleton, H., & Woodward, L. (2005). A letter of consequence: referral letters from general practitioners to secondary mental health services. *Qualitative Health Research*, 15, 116–128. doi:10.1177/1049732304270725
- Shedler, J., Beck, A., & Bensen, S. (2000). Practical mental health assessment in primary care. *Journal of Family Practice*, 49, 614–621.
- Sighinolfi, C., Nespeca, C., Menchetti, M., Levantesi, P., Belvederi Murri, M., & Berardi, D. (2014). Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(4), 247–63. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.08.006
- Sikorski, C., Luppa, M., König, H.-H., van den Bussche, H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/1472-6963-12-10
- Simon, G. (2009). Collaborative care for mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 37–41. doi:10.1097/YCO.0b013e328313e3f0
- Simon, G. E. (2002). Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 24, 213–224. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100832>
- Simon, G. E., Fleck, M., Lucas, R., & Bushnell, D. M. (2004). Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1626–1634. doi:10.1176/appi.ajp.161.9.1626
- Simon, G. E., Goldberg, D., Tiemens, B. G., & Ustun, T. B. (1999). Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 21(2), 97–105. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10228889>
- Simon, G. E., Katon, W. J., Lin, E. H. B., Rutter, C., Manning, W. G., Von Korff, M., ... Young, B. A. (2007). Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 64, 65–72. doi:10.1001/archpsyc.64.1.65
- Simon, G. E., Manning, W. G., Katzelnick, D. J., Pearson, S. D., Henk, H. J., & Helstad, C. S. (2001). *Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. Archives of general psychiatry* (Vol. 58, pp. 181–187). doi:10.1001/archpsyc.58.2.181
- Simon, G. E., Von Korff, M., Rutter, C. M., & Peterson, D. A. (2001). Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Archives of General Psychiatry*, 58, 395–401. doi:10.1001/archpsyc.58.4.395
- Simon, G. E., VonKorff, M., Rutter, C., & Wagner, E. (2000). *Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ (Clinical research ed.)* (Vol. 320, pp. 550–554). doi:10.1136/bmj.320.7234.550

- Skultety, K. M., & Rodriguez, R. L. (2008). Treating geriatric depression in primary care. *Current Psychiatry Reports*, *10*(1), 44–50. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18269894>
- Skultety, K. M., & Zeiss, A. (2006). The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review. *Health Psychology*. doi:10.1037/0278-6133.25.6.665
- Smit A, Tiemens BG, O. J. (2007). Improving long-term outcome of depression in primary care: *European Journal of Psychiatry*, *21*(1), 37–48.
- Smith, R. (2002). In search of “non-disease”. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *324*(7342), 883–5. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122831&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Smith, S. M., Allwright, S., & O’Dowd, T. (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, CD004910. doi:10.1002/14651858.CD004910.pub2
- Smolka, M., & Stieglitz, R. D. (1999). On the validity of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS). *Journal of Affective Disorders*, *54*, 119–128. doi:10.1016/S0165-0327(98)00150-5
- Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Husain, A., & Sipple, M. A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, *141*, 518–23. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7150890>
- Solberg, L. I. (2005). If you’ve seen one quality improvement collaborative ... *Annals of Family Medicine*, *3*(3), 198–9. doi:10.1370/afm.304
- Sorel, E., & Everett, A. (2011). Psychiatry and primary care integration: challenges and opportunities. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, *23*, 28–30. doi:10.3109/09540261.2010.549117
- Soria, V., & Urretavizcaya, M. Circadian rhythms and depression. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *37*(4), 222–32. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927234>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). The State-Trait Anxiety Inventory. *MANUAL*, 1–23.
- Stange, K. C., & Ferrer, R. L. (2009). The paradox of primary care. *Annals of Family Medicine*, *7*, 293–299. doi:10.1370/afm.1023
- Stein, M. B., Sherbourne, C.D., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2230–2237. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2230
- Summerfield, D. A. (2006). Depression should be managed like a chronic disease: what exactly is “depression”? *BMJ (Clinical Research Ed.)*. doi:10.1136/bmj.332.7550.1154-a
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and

- barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health (Oxford, England)*. doi:10.1093/pubmed/fdu102
- Szádóczy, E., Ríhmer, Z., Papp, Z., & Füredi, J. (1997). The prevalence of affective and anxiety disorders in primary care practice in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, *43*, 239–244. doi:10.1016/S0165-0327(97)01439-0
- Tanielian, T. L., Pincus, H. A., Dietrich, A. J., Williams, J. W., Oxman, T. E., Nutting, P., & Marcus, S. C. (2000). Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics*, *41*(3), 245–52. doi:10.1176/appi.psy.41.3.245
- Taylor, J., Edwards, J., Kelly, F., & Fielke, K. (2009). Improving transfer of mental health care for rural and remote consumers in South Australia. *Health & Social Care in the Community*, *17*, 216–224. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00825.x
- Telford, R., Hutchinson, A., Jones, R., Rix, S., & Howe, A. (2002). Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice*, *19*, 45–52.
- Télliz Lapeira, J. M., Cerecedo Pérez, M. J., Pascual Pascual, P., & Buitrago Ramírez, F. (2005). Mental health on the threshold of the XXIst century. Primary care in the forefront. Are we up to the challenge?. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, *35*(2), 61–3. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15727745>
- Terluin , B., Rhenen, W. Van, Schaufeli, W. B., & De Haan, M. (2004). The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work & Stress*. doi:10.1080/0267837042000297535
- Terluin B, Van heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, A. L. (2004). *voor de huisarts*. (H. Wet., Ed.) (Huisarts W., pp. 26–37.). Bohn Stafleu van Loghum. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=tE84PgDrkG0C&pgis=1>
- Terluin, B., van Marwijk, H. W. J., Adèr, H. J., de Vet, H. C. W., Penninx, B. W. J. H., Hermens, M. L. M., ... Stalman, W. A. B. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, *6*, 34. doi:10.1186/1471-244X-6-34
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *291*, 2581–90. doi:10.1001/jama.291.21.2581
- Thielke, S., Vannoy, S., & Unützer, J. (2007). Integrating mental health and primary care. *Primary Care*, *34*(3), 571–92, vii. doi:10.1016/j.pop.2007.05.007
- Thomson O'Brien, M. a, Oxman, a D., Davis, D. a, Haynes, R. B., Freemantle, N., & Harvey, E. L. (2000). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, CD000409. doi:10.1002/14651858.CD000409

- Thorsen, O., Hartveit, M., & Baerheim, A. (2012). General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(4), 241–6. doi:10.3109/02813432.2012.711190
- Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., ... Williams, S. P. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–38. doi:10.1016/j.amepre.2012.01.019
- Tiemens, B. G., Ormel, J., & Simon, G. E. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 636–644.
- Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13, 24. doi:10.1186/1471-244X-13-24
- Trifirò, G., Tillati, S., Spina, E., Ferrajolo, C., Alacqua, M., Aguglia, E., ... Samani, F. (2013). A nationwide prospective study on prescribing pattern of antidepressant drugs in Italian primary care. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69, 227–236. doi:10.1007/s00228-012-1319-1
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., ... Fava, M. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: Implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163, 28–40. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.28
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American Journal of Managed Care*, 11, 478–488.
- Turner, T., & De Sorkin, A. (1997). Sharing psychiatric care with primary care, physicians: The Toronto doctors hospital experience (1991-1995). *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 950–954.
- Tylee, A., & Haddad, M. (2007). Managing complex problems: Treatment for common mental disorders in the UK. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 16, 302–308. Recuperat de [http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed8&AN=2008062524\nhttp://openurl.ac.uk/athens:\\_edu//lfp/LinkFinderPlus/Display?sid=OVID:Embase&id=pmid:&id=&issn=1121-189X&isbn=&volume=16&issue=4&spage=302&pages=302-308&date=2007&title=Epidemiologia+e+Psichiatria+Sociale&atitle=Managing+complex+problems:+Treatment+for+common+mental+disorders+in+the+UK&aulast=Tylee&pid=<author><p15/></author>&<AN><p16/></AN>](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed8&AN=2008062524\nhttp://openurl.ac.uk/athens:_edu//lfp/LinkFinderPlus/Display?sid=OVID:Embase&id=pmid:&id=&issn=1121-189X&isbn=&volume=16&issue=4&spage=302&pages=302-308&date=2007&title=Epidemiologia+e+Psichiatria+Sociale&atitle=Managing+complex+problems:+Treatment+for+common+mental+disorders+in+the+UK&aulast=Tylee&pid=<author><p15/></author>&<AN><p16/></AN>)
- Tyrer P, Higgs R, S. G. (1993). *Mental Health and Primary Care*. (G. and T. M. H. Foundation, Ed.). London.
- Tyrer, P. (2001). The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 179, 191–3. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11532793>

- Tyrer, P., Owen, R. T., & Cicchetti, D. V. (1984). The brief scale for anxiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 47, 970–975. doi:10.1136/jnnp.47.9.970
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., ... Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836–45. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12472325>
- Unützer, J., Katon, W. J., Fan, M. Y., Schoenbaum, M. C., Lin, E. H. B., Della Penna, R. D., & Powers, D. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *American Journal of Managed Care*, 14, 95–100. doi:7019 [pii]
- Üstün and Sartorius. (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study* (p. 398). John Wiley & Sons. Recuperat de <https://books.google.com/books?id=RgnFHUmpVckC&pgis=1>
- Van der Feltz-Cornelis, C. M. (2011). Ten years of integrated care for mental disorders in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 11 Spec Ed, e015. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3111888&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Meeuwissen, J. A. C., de Jong, F. J., Hoedeman, R., & Elfeddali, I. (2007). Randomised controlled trial of a psychiatric consultation model for treatment of common mental disorder in the occupational health setting. *BMC Health Services Research*, 7, 29. doi:10.1186/1472-6963-7-29
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Os, T. W. D. P., Van Marwijk, H. W. J., & Leentjens, A. F. G. (2010). Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 521–533. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.012
- Van Vliet, I. M., & van Balkom, A. J. L. M. (2005). The practice guideline “Anxiety disorders” (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of psychiatry. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 149, 1200–1202.
- Vannoy, S. D., Power, D., & Unützer, J. (2007). Models of care for treating late-life depression in primary care. *Aging Health*, 3, 9. Recuperat de <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/1745509X.3.1.67>
- Vazquez-Barquero, J. L., Garcia, J., Simon, J. A., Iglesias, C., Montejo, J., Herran, A., & Dunn, G. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry*, 170, 529–535. Recuperat de <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L27418093>
- Vedia Urgell, C., Bonet Monne, S., Forcada Vega, C., & Parellada Esquius, N. (2005). Study of use of psychiatric drugs in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 36(5), 239–45. Recuperat de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16194490>



- Vergouwen, A. C. M., Bakker, A., Katon, W. J., Verheij, T. J., & Koerselman, F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 1415–1420. doi:10.4088/JCP.v64n1203
- Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Moniz-Cook, E. D., Woods, R. T., De Lepeleire, J., Leuschner, A., Zanetti, O., ... Iliffe, S. (2005). Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe: From awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 377–386. doi:10.1002/gps.1302
- Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T. F., van Mechelen, W., Hoedeman, R., van Marwijk, H. W. J., ... van der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Services Research*, *8*, 99. doi:10.1186/1472-6963-8-99
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Adèr, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. F. (2013). Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, *70*(4), 223–30. doi:10.1136/oemed-2012-100793
- Von Korff, M., & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *323*(7319), 948–9. Recuperat de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1121496&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, *74*, 511–544.
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S., & King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *198*, 472–478. doi:10.1192/bjp.bp.110.085092
- Walters P, Tylee A, G. D. (2008). Psychiatry in primary care. In C. D. Murray RM, Kendler KS, McGuffinP, Wessely S (Ed.), *Essential Psychiatry* (4th ed., pp. 479–97). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, *370*, 841–850. doi:10.1016/S0140-6736(07)61414-7
- Wang, P. S., Ulbricht, C. M., & Schoenbaum, M. (2009). Improving mental health treatments through comparative effectiveness research. *Health Affairs (Project Hope)*, *28*(3), 783–91. doi:10.1377/hlthaff.28.3.783
- Watkins, E. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 260–78. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.004

- Watson, D. E., Heppner, P., Roos, N. P., Reid, R. J., & Katz, A. (2005). Population-based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 398–406.
- Weihls, K., & Wert, J. M. (2012). A primary care focus on the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Med.Sci.*, *342*, 324–330. doi:10.1097/MAJ.0b013e318210ff56.A
- Weingarten, S. R., Henning, J. M., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., Gano, A., & Ofman, J. J. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *325*, 925. doi:10.1136/bmj.325.7370.925
- Weisberg, R. B., Dyck, I., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2007). Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, *164*, 276–282. doi:10.1176/appi.ajp.164.2.276
- Weiss, M., & Schwartz, B. J. (2013). Lessons learned from a colocation model using psychiatrists in urban primary care settings. *Journal of Primary Care & Community Health*, *4*, 228–34. doi:10.1177/2150131912468449
- Weissman, M. M., Neria, Y., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Lantigua, R., ... Olfson, M. (2010). Positive screens for psychiatric disorders in primary care: a long-term follow-up of patients who were not in treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *61*(2), 151–9. doi:10.1176/appi.ps.61.2.151
- Wells, K. B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., ... Rubenstein, L. V. (2000). *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. JAMA : the journal of the American Medical Association* (Vol. 283, pp. 212–220). doi:10.1001/jama.283.2.212.
- WHO. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* (p. 336). Ed. Médica Panamericana. Recuperat de [https://books.google.com/books?id=Y\\_oACCnRG34C&pgis=1](https://books.google.com/books?id=Y_oACCnRG34C&pgis=1)
- WHO. (2005). Mental Health Declaration and Action Plan for Europe . European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solution. Recuperat de <http://www.euro.who.int/document/mnh/ edoc06.pdf>
- WHO. (2006). Revised GBD 2002 Estimates by WHO Regions: Mortality, Incidence, Prevalence, YLL, YLD and DALYs by Sex, Cause and Region . Recuperat de [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional\\_2002\\_revised/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2002_revised/en/)
- WHO. (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. *WHO*.
- WHO. (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health* . (W. R. O. for Europe, Ed.) (WHO Region.). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of

- emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882–90.  
doi:10.1002/da.20735
- Williams, J. W., Gerrity, M., Holsinger, T., Dobscha, S., Gaynes, B., & Dietrich, A. (2007). Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry*, 29, 91–116.  
doi:10.1016/j.genhosppsych.2006.12.003
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008. primary health Care - Now more than ever. The World Health Report* (Vol. 26, p. 148).  
doi:10.12927/hcpol.2013.22778
- Wun, Y. T., Lam, T. P., Goldberg, D., Lam, K. F., Li, K. T. D., & Yip, K. C. (2011). Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed. *Family Medicine*, 43, 344–350.
- Yiend, J., Paykel, E., Merritt, R., Lester, K., Doll, H., & Burns, T. (2009). Long term outcome of primary care depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 79–86.  
doi:10.1016/j.jad.2009.01.026
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17, 173–179. doi:10.1002/da.10106
- Younès, N., Passerieux, C., Hardy-Bayle, M.-C., Falissard, B., & Gasquet, I. (2008). Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. *BMC Family Practice*, 9, 41. doi:10.1186/1471-2296-9-41
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55–61. doi:yoa20071 [pii]
- Zantinge, E. M., Verhaak, P. F. M., de Bakker, D. H., van der Meer, K., & Bensing, J. M. (2009). Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Family Practice*, 10, 60. doi:10.1186/1471-2296-10-60
- Zeidler Schreiter, E. a, Pandhi, N., Fondow, M. D., Thomas, C., Vonk, J., Reardon, C. L., & Serrano, N. (2013). Consulting Psychiatry within an Integrated Primary Care Model. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24, 1522–30.  
doi:10.1353/hpu.2013.0178
- Zimmerman, M., Young, D., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Galione, J. N. (2012). Overcoming the problem of diagnostic heterogeneity in applying measurement-based care in clinical practice: The concept of psychiatric vital signs. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 117–124. doi:10.1016/j.comppsy.2011.03.004
- Zung, W. W. (1965). A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008



## 8 – ABREVIATURES

Per ordre alfabètic:

AP: Atenció Primària

a-UTA: Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària

CAP: Centre d'Atenció Primària

CSI: Centre Sanitari Integrat

DEC: Descriptors de Ciències de la Salut

DEPS: “Depression Scale”

ILT: Interrupció Laboral Transitòria

ISRS: Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina

MAP: Metge/s d'Atenció Primària

Mesh: “Medical Subject Headings”

MIR: Metge Intern Resident

NCBI: “National Center for Biotechnology Information”

NCOC: No codificable baix altre concepte

NEOM: No especificat d'altra forma

PCApSm: Programa Col·laborariu entre Salut Mental i Atenció Primària

PHQ: “Patient Health Questionnaire”

SIAS : “Sistema Integral de Ayuda Asistencial”

SM: Salut Mental

Tw: Text lliure

UCA: Unitat de Conductes Addictives

USM: Unitat de Salut Mental

USMIA: Unitat de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència

ZB: Zona Bàsica

ANNEX I

NIVEL DE SATISFACCION de PCApSm

Marca con una "X" la casilla que corresponda a tu opinión sobre el programa en el que has participado:

Grado de satisfacción: profesionales

Poco Mucho

Grado de satisfacción: material

Grado de satisfacción: lugar de realización

Grado de satisfacción: tiempo empleado en el programa

Me ha ayudado mas:

¿Qué eliminaría o cambiaría?

¿Qué añadiría?

## ANNEX II

### Tardes Docentes 2009

Lunes, 23 de marzo de 2009

16.30 h Salón de Actos del Centro de salud de Alzira 1.

Presentación de las Tardes Docente en Salud Mental

Dr. Manuel Marin.

Gerente del Departamento 11 de Salud de Alzira.

Dr. José Enrique Romeu Climent.

Coordinador de Salud Mental

del Departamento 11 de Salud de Alzira.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto

Dr. Marc Ferrer Vinardell.

psiquiatra adjunto del equipo de psiquiatría del Hospital Vall D'Hebrón Barcelona.

Lunes, 15 de junio de 2009

16.30 h Salón de Actos del Centro de salud de Alzira 1.

Utilización y deshabitación de benzodiazepinas

Dra. Caterina Vicens Caldentey. Médico de familia.

Centro de Salud Son Serra-La Vileta. Palma de Mallorca

Lunes, 5 de octubre de 2009

16.30 h Salón de actos. Hospital de la Ribera.

Trastorno mental grave en la infancia y adolescencia: Abordaje integral y trabajo en red desde la USMIA

Dra. Leonor Montoliu Tamarit. psiquiatre

Dra. Teresa Oliver Climent. psiquiatre.

Lorena Blasco Claros. Psicóloga Clínica.

Marta Simó Guerrero. Psicóloga Clínica

Isabel Martínez Díaz. Psicóloga

Lucía Ferrer Ferrer. DUE

USMIA del Servicio de Salud Mental

del Departamento 11 de Salud de Alzira.

Lunes, 14 de diciembre de 2009

16.30 h Salón de actos. Hospital de la Ribera.

Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

Presentación del estudio/encuesta realizada en el departamento.

Programa de colaboración

Dr. Carlos García Yuste.

psiquiatre. Unidad de Salud Mental de Carlet.

Dra. Sonia Vidal Rubio.

psiquiatre. Unidad de Salud Mental de Alzira.

Servicio de Salud Mental del Departamento 11 de Salud de Alzira.

Dr. José Luis González.

Médico de Familia del Centro de Salud de Algemesí .

Departamento 11 de Salud de Alzira

Dr. José Enrique Romeu Climent.

Coordinador de Salud Mental del Departamento 11 de Salud de Alzira.

#### Tardes Docentes 2010

Lunes, 1 de marzo de 2010, 16:30 h

“Entrevista motivacional”

Mónica Portillo Santamaría,

Psicóloga Clínica de la Unidad de Conductas Adictivas de Alzira

Lunes, 7 de junio de 2010, 16:30 h

“Enfermería y Salud Mental”

1ª parte: “Programa Antena”

2ª parte: “Programas y Propuestas del equipo de Enfermería de Salud Mental del Departamento”

Lunes, 4 de octubre de 2010, 16:30 h

“Uso de antidepresivos”

Dr. José Salazar Fraile, psiquiatra, Centro de Salud Mental de Paterna. Unidad de Psicopatología Neurofisiológica. Área 6 Consellería de Sanitat

Dr. Ermengol Sempere Verdú, médico de familia, Centro de Salud de Paterna, Área 6, Consellería de Sanitat.

Dra María Sanchis Plasencia, médico de familia, Centro de Salud de Paterna, Área 6, Conselleria de Sanitat

Lunes, 13 de diciembre de 2010: 16:30 h

“¿Pensamos en la patología dual?”

Dr Nestor Szerman, psiquiatra, Hospital Virgen de la Torre de Madrid

Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual

### Tardes Docentes 2011

1ª Tarde Docente: 7 de marzo.

“¿Qué nos pasa doctor? El sistema familiar detrás del individuo. Aproximaciones desde la terapia familiar a la consulta de atención primaria”

Ponentes: Marta Simó Guerrero. Lorena Blasco Clarós (Psicólogas Clínicas). Isabel Martínez Díaz (Psicóloga).

Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del Departamento de Salud de La Ribera (USMIA).

2ª Tarde Docente: 6 de junio.

Salud mental e incapacidad laboral temporal.

Ponentes: Juan J. Zamora Simón (Médico Inspector) Jefe ISS 11-02. José E. Romeu Climent (psiquiatra). Coordinador de Salud Mental del Departamento de Salud de La Ribera.

3ª Tarde Docente: 3 de octubre.

Salud Sexual. Catálogo de prestaciones de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

Ponentes: Blanca Naveira Vidal (Psicóloga-Sexóloga). Josefa González Sala (Médico-Sexóloga). Mila Meseguer Fos (DUE)

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud de La Ribera.

4ª Tarde Docente: 12 de diciembre.

Aspectos legales de las urgencias por problemas psiquiátricos.

Ponentes: Miguel Hernández Viadel (psiquiatra)

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

#### Tardes Docentes 2012

1ª Tarde Docente: 6 Febrero

Presentación:

Dr. D. Manuel Marin Ferrer. Director Gerente. Departamento de Salud de La Ribera.

Dr. D. Emilio Llopis Calatayud. Director Médico. Departamento de Salud de La Ribera.

Dr. D. Jose E. Romeu Climent. Coordinador de Salud Mental. Departamento de Salud de La Ribera.

1ª parte: DESHABITUACIÓN DEL TABACO.

Juan Antonio Ribera Osca. Médico de Familia CAP Alginet.

María Calatayud Francés. Psicóloga UCA Alzira

2ª parte: DESHABITUACIÓN DEL ALCOHOL.

Concepción Vila Zamora. Médico UCA Alzira

Mónica Portillo Santamaría. Psicóloga Clínica UCA Alzira

María Calatayud Francés. Psicóloga UCA Alzira



Carlos Miró Bujosa. psiquiatra USM Carlet

Jose Luis González Perales. Médico de Familia CAP Algemesí

2ª Tarde Docente: 7 Mayo

Trastornos alimentarios: Detección y Abordaje desde Atención Primaria.

Maria A. Beltrán Beltrán. psiquiatra UTCA

Marta Simó Guerrero y Lorena Blasco Claros. Psicólogas Clínicas UTCA

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA). Departamento de Salud de la Ribera.

3ª Tarde Docente: 1 Octubre

Deterioro cognitivo leve y demencia: diagnóstico diferencial.

Juan Ramón Domenech Pascual. Geriatra. Servicio de Geriatria Hospital de la Ribera

4ª Tarde Docente: 3 Diciembre

Abordaje social de la enfermedad mental: Coordinación y recursos.

Marta Ramón Giménez. Trabajadora Social del Centro de Salud de Alzira.

Aurora Maestro Mogrera. Trabajadora Social del Hospital Universitario de la Ribera.

Joan Rovira. Coordinador Servicios Sociales Ayuntamiento de Alzira.

Vera Boix Martinez. Psicóloga del SEAFI. Mancomunidad Ribera Alta.

Tardes docentes 2013

1ª Tarde Docente: Lunes 4 de marzo: 16:30-19 horas

Trastornos de la conducta alimentaria: Continuidad de cuidados. Desde la detección en Atención Primaria al hospital de día.

Profesor Luis Rojo Moreno. psiquiatra. Jefe de Sección Psiquiatría Infanto Juvenil y de Trastornos Alimentarios. Hospital La Fe

Gemma Piera Martínez. psiquiatra Adjunta. Sección Psiquiatría Infanto Juvenil y de Trastornos Alimentarios. Hospital La Fe.

2ª Tarde Docente: Lunes 3 de junio 16-20 horas

1ª Jornada de La Ribera sobre coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental: Historia y actualidad.

Dr. Mariano Hernández Monsalve. psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental del Distrito de Tetuán. Madrid. Conferencia: “Sobre las relaciones entre Atención Primaria y Salud Mental. Historia intermitente de encuentros, fisuras e intersecciones.

Oportunidades a día de hoy”.

Dr. Ermengol Sempere Verdú. MAP. CAP Paterna. Dr. José Salazar. psiquiatra. USM Paterna. Unidad de Psicopatología Clínica. “Reflexiones sobre una experiencia en Medicina de Familia y Salud Mental: El proceso de coordinación, atención colaborativa y cooperación”.

Dr. Ander Retolaza Balsategui. psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia. “Salud Mental y Atención Primaria ¿Coordinación o Integración? La experiencia en el País Vasco”.

Miquel Morera Llorca. MAP. CAP Algemés. Guillem Lera Calatayud. psiquiatra. USM de Sueca: “Evaluación del Programa de Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental de La Ribera”.

3ª Tarde Docente: Lunes 14 de octubre 16:30-19 horas

Mindfulness en la práctica clínica.

Vicente Tomás Gradoli. Psicólogo. Coordinador UCA Catarroja. Profesor Asociado de la Universitat de València.

4ª Tarde Docente: Lunes 2 de diciembre: 16:30 – 19 horas

Entrevista Motivacional II: Pacientes con patología crónica.

Dra. Mónica Portillo Santamaría. Psicóloga Clínica. UCA Alzira

#### Tardes Docentes 2014

1ª Tarde Docente. 3 de marzo:

“Psicopatologización de la vida: Indicación de no-tratamiento”.

Ponente: Dr. Alberto Ortiz Lobo. psiquiatre.

CSM distrito Salamanca. Hospital de La Princesa. Madrid

2ª Tarde Docente. 2 de junio:

Unidad Funcional de Trastorno Bipolar: Directrices Generales para Atención Primaria y Salud Mental.

Ponentes: Sonia Vidal Rubio, psiquiatre; Paz García Perez, Psicóloga Clínica; Blanca Poza Vacas, Enfermera de Salud Mental.

USM de Alzira.

3ª Tarde Docente: 13 de octubre.

Prevención, valoración y abordaje de las Conductas de Suicidio.

Ponente: Mª Luisa Vidal. Psicóloga Clínica.

USM de Sueca

4ª Tarde Docente: 15 de diciembre

Trastornos de Personalidad:

¿Qué son los Trastornos de Personalidad? Nociones sobre los modelos conceptuales actuales. Posibilidades Terapéuticas, desde Atención Primaria a la Unidad Funcional de Salud Mental.

Ponente: Francesc Giner Zaragoza.

USM de Sueca.

Importancia de los Programas Estructurados: el Grupo STEPPS y otros.

Ponente: María Calatayud Francés. Psicóloga; Paz Garcia Perez. Psicóloga Clínica.

UCA y USM de Alzira.

## ANNEX III

### “PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

#### ( TRASTORNOS AFECTIVOS DEPRESIVOS )

DR. CARLOS GARCÍA YUSTE

psiquiatra USM-CARLET

#### INTRODUCCIÓN

En los sistemas sanitarios avanzados la atención primaria está asumiendo crecientes responsabilidades en el diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Para una gran mayoría de los enfermos psiquiátricos, los servicios de atención primaria se han convertido en el punto de entrada al sistema sanitario y el principal medio donde las necesidades derivadas de su trastorno pueden ser satisfechas.

Ante esta realidad, puede entenderse la creciente necesidad de capacitar a los profesionales de la atención primaria para que puedan satisfacer de forma adecuada las demandas sanitarias de la población con alteraciones psiquiátricas ,y también, a los profesionales de los servicios psiquiátricos especializados para que sean capaces de trabajar en colaboración con ellos incrementando su grado de implicación comunitaria y promoviendo la coordinación de los recursos sanitarios y no sanitarios que intervienen en los procesos de atención. Con esta idea planteamos el presente protocolo que no prevé aspectos de evaluación, ya que su objetivo es proporcionar una guía práctica de manejo interconsulta y derivación a la Unidad de Salud Mental de los casos con problemática psiquiátrica más frecuente de nuestra área.

Añadir por último, que con este documento queremos cumplir un objetivo planteado en el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (punto 5.1.5).

#### 1.- CONTENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL.

En muchas ocasiones, determinado número de enfermos unicamente demandan espacio para poder hablar y ser escuchados. La contención del paciente con problemas en salud mental que acude a la consulta de atención primaria se ha de entender como contención psicológica más que farmacológica o mecánica. La confianza que genera el profesional, la accesibilidad y el hecho de saber escuchar sin angustiarse, hacen que se cree un clima favorable y una relación médico paciente contenedora por ella misma. En otras ocasiones es el propio profesional quien delante de un caso concreto necesita de esta contención y por este motivo son útiles las sesiones clínicas, la interconsulta o el contacto directo y personal con los equipos de salud mental y la atención primaria de salud.

Este abordaje ha sido denominado “terapia de apoyo o manejo psicoterápico” y es la que suele y debe emplearse en la práctica clínica desde atención primaria. Entre sus principales características están:

-Establecer una relación empática con el paciente donde se obtiene información y se llegue a la confianza. Debe dejarse espacio para que el enfermo relate espontáneamente sus síntomas, problemas y temores, siendo fundamental que el paciente no perciba al médico con una actitud apresurada. Se debe transmitir calma.

-Dar explicación racional para los síntomas del paciente. Asociar como parte de la misma enfermedad los síntomas emocionales (tristeza...) con los cognitivos

(disminución de concentración y memoria...) y los biológicos (insomnio, hiporexia...). Evitar el “ Usted no tiene nada todo es de los nervios “.

-Ofrecer información sobre el tratamiento y posible pronóstico de la enfermedad.

Insistir en el carácter temporal de algunos procesos (depresión, ansiedad...).

-Guiar al paciente en su relación con el medio social y evitar que tome decisiones importantes que puedan estar mediadas por la clínica.

-Tratar de conseguir apoyos de la familia y otros (amigos, trabajo).

-Establecer objetivos realistas. Estimular al paciente para experiencias placenteras y actividades donde la consecución de objetivos sea probable.

## 2.- SESIONES DE INTERCONSULTA.

Los objetivos de las sesiones de interconsulta son establecer la coordinación y facilitar la comunicación entre los distintos profesionales. La periodicidad de estas sesiones entre el equipo de atención primaria y el de salud mental debería ser como mínimo bimensual. Serán objeto de sesiones de interconsulta las siguientes situaciones:

-Cuando sea necesario un intercambio de información.

-Cuando, aunque se cumplan criterios de derivación, la situación en ese momento no permita la derivación, o bien el paciente o la familia la rechace claramente.

-Cuando sea necesario realizar un seguimiento de casos ya tratados y dados de alta en la Unidad de Salud Mental.

-Cuando se trate de casos característicamente psicósomáticos.

A parte de las sesiones de interconsulta programadas, es conveniente que los equipos de atención primaria y salud mental establezcan canales de comunicación y

faciliten el trabajo conjunto pudiéndose realizar consultas a demanda entre ambos niveles.

### 3.- ATENCIÓN A PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

#### 3.1- Depresión.

##### 3.1.1- Criterios diagnósticos.

Los siguientes síntomas deben mantenerse durante al menos 2 semanas:

- Síntomas característicos:

- Tristeza o humor depresivo “durante la mayor parte del día” y casi todos los días.
- Pérdida d'interès.
- Disminución de la vitalidad con reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado.

- Síntomas frecuentes:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de sentirse inútil.
- Perspectivas de futuro sombrías.
- Pensamientos “recurrentes” de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- Alteraciones en el sueño.
- Pérdida de apetito.

Según el número de síntomas anteriores el episodio se considera:

- Leve: si existen 2 síntomas característicos y 2 síntomas frecuentes.



- Moderado: si existen 2 síntomas característicos y al menos 3 de los síntomas frecuentes.
- Grave: si existen los 3 síntomas característicos y al menos 4 de los síntomas frecuentes

### 3.1.2- Recomendaciones terapéuticas desde atención primaria:

#### 3.1.2.1- Tratamiento no farmacológico (soporte psicológico)

Consiste básicamente en establecer una relación médico-paciente adecuada, ofreciéndole soporte y le permita aumentar la autoestima. Se han de evitar actitudes paternalistas y no hacer participar la voluntad del paciente más allá de lo que es posible. Las medidas psicológicas son complementarias al tratamiento farmacológico y no pueden sustituirlo.

Se recomienda informar al paciente y a su familia sobre:

- El carácter temporal y el pronóstico favorable del trastorno.
- La existencia de tratamientos efectivos disponibles.
- Las características propias de la enfermedad y las repercusiones que tendrá en su vida cotidiana, siendo la discapacidad que presente de carácter transitorio.
- El tiempo de latencia para iniciar la mejoría en su estado de ánimo una vez iniciado el tratamiento antidepresivo y que suele ser de 2 a 6 semanas.
- La duración del tratamiento, que si es eficaz, ha de mantenerse entre 6 y 12 meses después de la remisión completa de los síntomas.
- La necesidad de evitar tomar decisiones importantes debido a que su estado depresivo suele presentar valoraciones negativas sobre su entorno y sobre sus propias capacidades. Explicarles que pueden existir distorsiones en la percepción de diferentes situaciones y por tanto es prudente esperar a recuperarse antes de tomar decisiones.

-La necesidad de estimular el contacto social y la reincorporación a sus actividades (al iniciar la mejoría, no antes).

-La necesidad de dispensarlo provisionalmente de sus responsabilidades habituales.

-La necesidad de oponerse al pesimismo y a la autocrítica.

### 3.1.2.2- Tratamiento farmacológico:

\*Criterios de selección del fármaco antidepressivo:

-La eficacia de los antidepressivos (ATD) existentes hasta el momento en el mercado se puede considerar similar, por tanto la selección del fármaco se hará según criterios de seguridad, perfil de efectos secundarios y facilidad de dosificación. Estos factores determinan en gran parte el cumplimiento terapéutico.

-En general, a nivel de atención primaria se recomienda el uso de un ATD del tipo ISRS para el tratamiento del episodio depresivo. El bajo perfil de efectos secundarios y la facilidad de dosificación son determinantes para la elección de estos ATD. En casos particulares otras opciones terapéuticas son igualmente válidas, siempre que la experiencia en su uso sea suficiente.

-Si ha existido un episodio depresivo anterior que ha sido tratado con eficacia con un ATD, es de elección utilizar el mismo fármaco. Si existe un familiar de primer grado que ha sido tratado con eficacia con un ATD debe elegirse el mismo ATD.

-La edad del paciente. En pacientes ancianos ha de utilizarse un fármaco con pocos efectos anticolinérgicos para disminuir en lo posible los efectos sobre la tensión ocular, retención urinaria y la conducción cardíaca. Los ATD heterocíclicos y los ISRS son los más adecuados para personas mayores..

-Patología orgánica y tratamientos concomitantes. Es necesario revisar las contraindicaciones y las interacciones farmacológicas.

-Evitar desde atención primaria asociaciones de ATD. La única asociación recomendada de entrada es con BDZ que por su rápido efecto mejorarán la ansiedad y el insomnio de los pacientes deprimidos.

\*Posología:

-El tratamiento debe iniciarse con dosis progresivas. Entre el 7º y el 10º día el paciente debe estar tomando dosis terapéuticas.

-Si la dosis deseada pudo instaurarse en 10 días y la tolerancia al fármaco es aceptable pero no se produce mejoría clara a las 3-4 semanas, se debe alcanzar progresivamente la dosis máxima.

-Transcurridas 6-8 semanas de tratamiento con dosis adecuadas y un correcto cumplimiento sin respuesta suficiente, se aconseja cambiar a otro ATD de perfil farmacológico diferente.

-Si el resultado es satisfactorio se debe proseguir el tratamiento durante 6-12 meses si se trata de un primer episodio.

-Si se ha optado por los ISRS considerar que la fluoxetina tiene carácter desinhibidor; la paroxetina y fluvoxamina tienen un carácter más sedante y el citalopram y la sertralina un carácter más “neutro”. Estas dos últimas y especialmente el citalopram presentan un mínimo riesgo de interacciones con otros fármacos.

### 3.1.3- Actitud del profesional de atención primaria ante un paciente con depresión:

#### 3.1.3.1- Criterios de no derivación:

-Orientación diagnóstica clara.

-Primer episodio con sintomatología leve-moderada y/o con predominio de manifestaciones somáticas.

-Antecedentes de episodios previos similares con buena respuesta al tratamiento.

-Ideas de muerte con:

- Buen apoyo familiar.
- Ideación suicida no elaborada.
- Implicación afectiva.
- Mejoría después de la entrevista.

3.1.3.2- Criterios de derivación:

-Falta de respuesta a las 6-8 semanas de instaurar un tratamiento a dosis adecuadas y con cumplimiento correcto.

-Ideación suicida:

- Elaborada.
- Sin manifestaciones afectivas.
- Falta de apoyo familiar.
- Falta de mejoría después de la entrevista.

-Comorbilidad médica y/o psiquiátrica que complique especialmente el control y el tratamiento del paciente.

-Depresiones graves con o sin síntomas psicóticos.

-Necesidad de un tratamiento psicoterápico reglado.

-Orientación diagnóstica sugestiva de depresión neurótica (distimia) con:

- Predominio de síntomas psíquicos.
- Sintomatología intensa.

·Sospecha de otra psicopatología previa o concomitante.

En el informe de remisión a salud mental debe constar: motivo de consulta; breve descripción del cuadro clínico (inicio, evolución, síntomas y tratamientos empleados ) sin ser necesario especificar el diagnóstico, así como antecedentes orgánicos y tratamiento de los mismos.

#### 3.1.4-Trastornos afectivos orgánicos e inducidos por sustancias:

No es objetivo de este documento una descripción de los distintos procesos orgánicos que pueden provocar un trastorno en el estado de ánimo. Remitimos para ello al facultativo a la bibliografía existente en este sentido. Mencionar únicamente que estos trastornos han de ser reconocidos y tratados por el médico que controla habitualmente la patología de base. La intervención del psiquiatra sólo sería necesaria para consultas puntuales o en casos de refractariedad a todos los abordajes.

En los casos por abuso o dependencia de sustancias, se derivará el paciente a la unidad especializada (UCA).

#### 4.- BIBLIOGRAFÍA.

- Soler.P.A; Gascó, J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales. Edit Masson. 2ª Edición. 1999.
- Vazquez-Baquero, J.L.Psiquiatría en atención primaria. Libros Princeps. Biblioteca Aula Médica.1998.
- Palao Vidal, D; Márquez Rowe,M; Jódar Ortega, I. Guía psiquiátrica per a Atenció Primària. Laboratorios Smithkline Beecham.1998.
- Protocol marc de coordinació en salut mental d'adults. Regió Sanitaria Tortosa (Tarragona).1998.

- De la Gándara Martí, J. Manejo de psicofármacos en atención primaria. Patrocinio Científico de la Sociedad Española de Psiquiatría. Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría.
- American Psychiatric Association. Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. Four Edition DSM-IV. Washington, 1994. Ed. Española, Masson. Barcelona, 1995.
- Boletín Farmacoterapéutico Valenciano. Tratamiento farmacológico de la depresión en atención primaria. Noviembre 2000.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Consellería de Bienestar Social.

#### ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD SOCIAL Y LABORAL (EEASL)

La actividad social y laboral deben considerarse dentro de un espectro continuo que va desde un nivel excelente a un deterioro evidente y completo. Debe incluirse el deterioro debido a impedimento físicos o a trastornos mentales siempre y cuando causa y efecto estén relacionados directamente. No se consideran los efectos derivados de la falta de oportunidades o de otras limitaciones ambientales.

Deben utilizarse los códigos intermedios cuando sea posible.

**100-91** Actividad superior en un amplio abanico de actividades.

**90-81** Actividad buena y efectiva en todas las áreas.

**80-71** Ligero deterioro de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. conflictos interpersonales poco frecuentes, retrasos escolares transitorios).

**70-61** Algunas dificultades en la actividad social, laboral o escolar, aunque en líneas generales puede considerarse correcta: el individuo mantiene algunas relaciones sociales significativas.

---

—

**60-51** Moderadas dificultades en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. pocos amigos, conflictos con colegas o colaboradores).

---

—

**50-41** Seria afectación de la actividad social, laboral o escolar (p. ej. no tiene amigos, le resulta difícil mantener un empleo).

**40-31** Deterioro importante en diversas áreas, por ejemplo, las relaciones laborales, escolares o familiares (p. ej. el hombre deprimido que evita a sus amigos, se muestra negligente con la familia y es incapaz de obtener un empleo; el niño que se pelea frecuentemente con otros más pequeños, se muestra contestatario en casa y fracasa en el colegio).

**33-21** Incapaz de actividad en la mayor parte de las áreas (p. ej. se pasa el día en la cama, no tiene trabajo, casa ni amigos).

**20-11** A veces no puede mantener la mínima higiene personal y es incapaz de vivir de forma independiente.

**10-1** Incapacidad permanente para mantener la mínima higiene personal. No puede hacer nada sin perjudicarse a sí mismo o a los demás o sin una dosis considerable de apoyo externo (p. ej. cuidado y supervisión de una enfermera).

**0** Información inadecuada

## CONTRATO TERAPÉUTICO

Tras la formulación (devolución diagnóstica bio-psico-social), se establece el contrato terapéutico, definiendo los objetivos terapéuticos, los elementos terapéuticos (psicofarmacología, material psico-educativo indicación o no de IT, T. de relajación) y la contextualización de las visitas (número y frecuencia), así como el periodo estimado de seguimiento:

1. Formulación basada en el diagnóstico multi-axial:
  - a. EJE I: Diagnóstico clínico CIE-9 MC (300.02) (Escala de Hamilton para la ansiedad)
  - b. EJE II: Discapacidades (EEAG y EEASL)
  - c. EJE III: Factores que influyen sobre el Estado de Salud y el Contacto con Servicios de Salud (Capítulo XXI CIE).
2. Contrato terapéutico:
  - a. Definir los Objetivos del tratamiento
  - b. Información sobre los elementos del tratamiento. Pacto
  - c. Contextualizar el seguimiento
  - d. Concretar periodo estimado del seguimiento.

## PACTO SOBRE ILT COMO PARTE DEL CONTRATO TERAPÉUTICO

La baja laboral forma parte del proceso de tratamiento, y se aconseja para reducir el estrés y adaptarse al tratamiento que se le prescribe. Es una situación que debe ser transitoria ya que la recuperación de su estado requiere que logre afrontar progresivamente sus actividades y obligaciones diarias, entre ellas las laborales: es recomendable volver a su actividad normal cuando los síntomas mejoren, sin tener que



esperar a la “curación” completa. Sin este afrontamiento activo no puede lograrse la recuperación plena. Por lo tanto, establecemos un periodo máximo de 30 días, aunque será un buen signo de buena evolución que logre reincorporarse antes de este plazo.”

## ANNEX IV

### Full de recollida de dades sobre els informes d'interconsulta

Edat \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

Centre de Salut de procedència \_\_\_\_\_

#### Tipus de document :

a/ Full d'interconsulta

b/ Còpia del contacte

c/ Altres : P10, còpia correu electrònic, etc.

#### -Descripció de la psicopatologia

-Descripció dels principals símptomes.

-Ús de questionaris (Hamilton, Goldberg...)

-Començament en el temps i evolució (progressiva intermitent...)

-Factors externs associats potencialment nocius (familiars, socials, laborals...)

#### -Antecedents personals d'interès:

-Ant. de malalties físiques

-Ant. de malalties psiquiàtriques

-En particular: retard mental conegut o sospitat

-Informació sobre consum de substàncies

-Tractaments pautats anteriorment i resposta obtinguda

-Diagnòstic provisional amb grau de precisió de més de 3 dígit

-Motiu de la derivació (sospita de trastorn greu, trastorn menor amb evolució desfavorable, dubte diagnòstic, altres).

-Descripció del motiu: \_\_\_\_\_

## DESMEDICALITZACIÓ DEL MALESTAR

UNA NECESSITAT

### DISCERNIR ENTRE DIFERENTS CONCEPTES: ANALOGIES I DIFERÈNCIES.

- Malestar emocional.
- Desmedicalització.
- Trastorns adaptatius
- Indicació de no tractament.
- Tractament no farmacològic.
- Teràpia de resolució de problemes
- Tractament farmacològic adient.
- Desprescripció.

## DIFERENTS NIVELLS

- Problemes de la vida vs problemes mèdics (desmedicalitzar el que no és mèdic).
- Indicació de no tractament vs tractaments reglats.
- Teràpia de resolució de problemes/teràpia de recolzament vs psicoteràpies reglades.
- Tractament farmacològic: principis per a una pràctica adient.

### FACTORS DE VULNERABILITAT:

PERSONALITAT  
FAMILIARS  
RELACIONS SOCIALS  
PROBLEMES SOCIALS

ESDEVENIMENTS  
VITALS ESTRESSANTS

Nombre

Impacte

MALESTAR

### Factors protectors:

Resiliència  
Relacions personals  
Recolzament social-familiar  
Polítiques socials

## ON ES TROBA EL LÍMIT?

Malestar

Trastorn  
adaptatiu



Problemes de la  
vida quotidiana

Codis Z

Quina és la indicació de  
tractament?  
I la de no-tractament?

## DIFICULTATS PER A LA INDICACIÓ DE NO-TRACTAMENT

### Obstacles del professional

- Tendència a la acció (necessitat de donar resposta a tot)
- Elevada reactividad emocional
- Poca tolerància a la incertitud
- Desig de reconeixement social
- Problemes d'assertivitat: por de decepcionar el pacient
- Contràstic: dificultat per establir distància professional.
- Formació tradicionalment intervencionista: solucions farmacològiques per a tot.

### Obstacles del pacient

- Expectatives
- Passivitat (poca autonomia)
- Guanys secundaris

## OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ

- Resignificar: Desvincular el problema i la solució de l'àmbit sanitari:
  - Deconstrucció – reconstrucció (o també, significació – resignificació).
  - Perspectiva biopsicosocial.
  - Abordaje familiar reglat.

## HABILITATS PER A LA DESMEDICALITZACIÓ: SON HABILITATS DE COMUNICACIÓ

- Disminuir la reactivitat emocional\*
  - Contenció emocional, pròpia y del pacient.
  - Evitar judicis de valor.
  - No prendre traveses: prescripció simptomàtica a curt termini.
- Mapa de queixes. Delimitació de la demanda.
  - No són equivalents: atendre la queixa, acotar la demanda, tractar si s'escau.
- Escolta activa y actitud empàtica: \*
- Exploració de creències i expectatives.
  - Implicar en el diagnòstic: "¿Què creu que està passant?"
  - Implicar en la conducta a seguir: "¿Què creu que podem fer?"
- Normalitzar el malestar, sense minimitzar-lo.
  - Evitar la focalització simptomàtica.

## PUNTS CLAU PER A LA PRESCRIPCIÓ ADEQUADA EN SALUT MENTAL

- Delimitació del motiu de consulta.
- ***Escolta activa i actitud empàtica \****
- Formació d'un judici clínic provisional. Detecció de possibles indicis de trastorn mental greu.
- Informació al pacient: acord diagnòstic.
- Previsió d'esforç.
  - Delimitació de l'espai de treball: aspectes a tractar.
  - Acotament i control del temps: oferiment de visites successives (programades), per tal de seguir indagant
- ***Aliança terapèutica \****
- Monitorització dels canvis. Alertes.

## REQUISSITS PER DESMEDICALITZAR

- Tindre present que **"més" no sempre és "millor"**, i que és més fàcil iniciar un tractament que interrompre'l.
- Lluitar contra la desídia i les **inèrcies terapèutiques**.
- Entendre tot encontre clínic com una **oportunitat** per valorar l'adequació de les prescripcions.
- Potenciar una relació metge-pacient terapèutica, basada en la comunicació i en **decisions compartides**. Tindre en compte les preferències dels pacients, familiars y cuidadors.
- **Prioritzar objectius** terapèutics.
- Advertir el pacient que **cap fàrmac és "per a tota la vida"**.
- Adaptar el ritme de desprescripció a les **possibilitats reals**, amb reducció de dosis progressiva y monitorització de la resposta.

## ESCOLTA ACTIVA

“L'escolta activa requerix, entre altres accions, la **de mirar al rostre** de l'interlocutor, l'orientació del cos cap el pacient i **evitar realitzar altres tasques al mateix temps** distintes a les d'escoltar i mantindre contacte visual, indicant tot això una implicació en la recepció de la comunicació”.

**Salazar J, Sempere M: “Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria”. Valencia 2012**

## ACTITUD EMPÀTICA: CONTINGUT, NO RETÒRICA.

“L'empatia suposa, per tant, la sensibilitat envers els sentiments de l'altra persona i la facilitat per comunicar la seua comprensió, en un llenguatge ajustat als sentiments de l'entrevistat...”

...el professional reflectix els sentiments i les experiències del pacient, tot indicant amb això que aquestes emocions son reaccions normals i acceptables. Aquesta constatació alleugera els pacients, en validar la seua experiència subjectiva”.

**Salazar J, Sempere M: “Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria”. Valencia 2012**



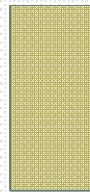
## SOBRE LA GESTIÓ DEL TEMPS

**"L'escolta activa i l'empatia poden i deuen combinar-se amb la gestió eficaç del temps.** L'enquadrament de l'entrevista en els context de la consulta, especificant els objectius i el temps disponible, així com manifestar la disponibilitat del professional per seguir abordant el procés d'ajuda en altres visites permeten una gestió eficaç del temps, que pot combinar-se perfectament amb l'escolta activa.

Salazar J, Sempere M: "Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria". Valencia 2012

## FONAMENT DE L'ALIANÇA TERAPÈUTICA

"DOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DEBEN TENERSE EN CUENTA EN LA ELABORACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA: CONSTRUIR UNA RELACIÓN INTERPERSONAL Y OBTENER UN COMPROMISO ACTIVO POR PARTE DEL PACIENTE, PARTICIPANDO EN LA TOMA DE DECISIONES MEDIANTE ACUERDOS Y CON UNA GESTIÓN ADIENTE DEL TIEMPO POR PARTE DEL PROFESIONAL. SE OFERIRÁ UN MARCO DE INTERVENCIÓN PROPORCIONANDO ASISTENCIA EN UN PROCESO ORGANIZADO, NO PAS CAÓTICO, NI TAMPOCO IMPROVISADO".



SALAZAR J, SEMPERE M: "MALESTAR EMOCIONAL: MANUAL PRÁCTICO PARA UNA RESPUESTA EN ATENCIÓN PRIMARIA". VALENCIA 2012

## RESUM, PER TANT

- Discernir el que és mèdic i el que no.
- Baixa reactivitat. Reduir intervencionisme.
- Escolta activa i actitud empàtica.
- Resignificació
- Aliança terapèutica.

## ANNEX VI: PSICOTERÀPIA BÀSICA EN AP

- “La psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas
- Se lleva a cabo entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el paciente/cliente que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante
- Hablamos de HABILIDADES PSICOTERAPEUTICAS y no de PSICOTERAPIA
- Habilidades de Comunicación y Técnicas de Entrevista
- La práctica de la psicoterapia requiere del terapeuta una amplia gama de habilidades y destrezas para conducir de manera efectiva el proceso de intervención terapéutica. Muchas de estas habilidades básicas son similares en las distintas corrientes psicoterapéuticas: cognitiva, conductual, gestáltica, psicodinámica y humanista
- Las habilidades terapéuticas desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico. Estas habilidades están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a éste a conseguir las metas del tratamiento (objetivo).
- La práctica de la psicoterapia requiere del terapeuta una amplia gama de habilidades y destrezas para conducir de manera efectiva el proceso de intervención terapéutica. Muchas de estas habilidades básicas son similares en las distintas corrientes psicoterapéuticas: cognitiva, conductual, gestáltica, psicodinámica y humanista
- Las habilidades terapéuticas desempeñan un papel importante en el proceso terapéutico. Estas habilidades están encaminadas a conseguir una relación con el paciente que permita ayudar a éste a conseguir las metas del tratamiento (objetivo).

○ PRIMER REQUISITO: DEFINIR

○ El objetivo:

○ Conocimiento y práctica de las habilidades básicas para establecer una buena relación con el paciente que permita diagnóstico y tratamiento adecuado.

○ La práctica de estas habilidades orienta a la DESMEDICALIZACIÓN en el orden que facilitan la “DESPATOLOGIZACIÓN” de los problemas de la vida cotidiana.

○ Tipo de paciente:

○ Encuadre (contexto, tiempo...):

○ Explicación habilidades básicas y ejemplos

○ Role-playing con situaciones concretas

○ Técnicas a utilizar :

○ Empatía (Escucha activa)

○ Aceptación incondicional

○ Autenticidad

○ Son las que el paciente mejor percibe y crean mejor relación por lo tanto ayudan a conseguir los objetivos

CARACTERÍSTICAS del TERAPEUTA que FAVORECEN la RELACIÓN

○ Cordialidad

○ Competencia

○ Confianza

○ Atracción

○ Grado de directividad

#### HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Habilidades de escucha

○ Clarificación

○ Paráfrasis

○ Reflejo

○ Síntesis

#### HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Competencias de acción

○ Preguntas

○ Confrontación

○ Interpretación

○ Información

○ Habilidades de entrevistador

#### ESCUCHA ACTIVA

- **RECIBIR EL MENSAJE** lo que implica atención e interés por el mismo. Hay que prestar atención a diversos aspectos del cliente:
  - Comunicación no verbal y cambios en ésta.
  - Comunicación verbal
  - Actitud hacia el terapeuta y la terapia

2. PROCESAR LOS DATOS ATENDIDOS, es decir, saber discriminar las partes importantes y establecer su significado
3. EMITIR RESPUESTAS DE ESCUCHA. tales como mirada amigable, asentimientos de cabeza inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial d'interès y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”, “continúe, le escucho”. Además, una vez que el terapeuta interviene, comunica al cliente que le ha escuchado activamente mediante respuestas verbales de distinto tipo congruentes con lo que ha manifestado el cliente. son importantes aquí las clarificaciones, paráfrasis, reflejos y síntesis.

○ La empatía es la capacidad de:

- Comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta
- Saber comunicar a la persona interesada esta comprensión

Lo importante es que el paciente llegue a sentirse comprendido

#### ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

Componentes (Cormier y Cormier, 1991/1994; Goldstein y Myers, 1986):

- Compromiso hacia el cliente
- Esfuerzo por comprender
- Actitud no valorativa. Sin emitir juicios de valor sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas. Que el terapeuta acepte esto como parte de una persona por la que se preocupa, no significa que lo apruebe.

## AUTENTICIDAD

- Conductas no verbales tales como contacto ocular, sonrisa y orientación corporal hacia el cliente.
- Poco énfasis de su rol, autoridad o estatus por parte del terapeuta.
- Espontaneidad o capacidad para expresarse con naturalidad, pero no significa verbalizar cualquier pensamiento o sentimiento al cliente, especialmente los negativos.
- Autorrevelación. Ofrecimiento controlado de información sobre sí mismo y sobre sus reacciones a la situación terapéutica.
- Reconocer, en vez de negar, los propios errores

## Role-playing

- Representar (teatralizar) una situación típica (un caso concreto) con el objeto de que se tome real, visible, vívido
- Permite comprender lo más íntimamente posible una conducta o situación; la comprensión íntima (insight) resulta mucho más profunda y esclarecedor
- Sirve a los que lo representan y a los que observan

## ○ MANEJO SITUACIONES PROBLEMÁTICAS. TERAPEUTA

MANEJO SITUACIONES PROBLEMÁTICAS. PACIENTE (por ejemplo: la Resistencia al Cambio)

## ANNEX VII: ABORDAMENT EN AP DE LA DEPRESSIÓ I ANSIETAT

### Justificació :

- Sols una minoria de persones amb malalties mentals greus rep algun tipus de tractament (“Grupo de investigación sobre salud mental en el mundo de la OMS”, 2004).
- La probabilitat de rebre tractament de Salut Mental es molt més elevada als centres d’AP que en les Unitats de Salut Mental (USM) (Wang y cols., 2007).
- Depressió ansiosa.
  - En els centres d’AP és molt freqüent tractar a pacients que presenten ansietat i depressió.
  - La definició de la CIE-11 proposta ho considera com un únic diagnòstic en lloc de dos trastorns prou diferenciats.
  - És molt freqüent trobar este tipus de pacients en AP i en una enquesta epidemiològica suposava el 20% de totes les malalties del Regne Unit (Das-Munshi y cols., 2008).
- Centres AP es disposa de poc de temps
- No és útil que els MAP hagen de passar escales complexes o recordar tots els símptomes necessaris per classificar trastorns mentals concrets.



- Els investigadors han desenvolupat escales molt breus per tal de facilitar que el MAP avalue i diagnostique els trastorns d'ansietat i depressió (Goldberg, Prisciandaro i Williams, 2012; Zimmerman i cols., 2008).

■ 5 preguntes en 1<sup>a</sup> consulta:

Te el pacient ansietat i/o depressió?

■ Cal considerar altres patologies (abús de substàncies, malalties mèdiques...)?

■ Com la tracte?

■ Li he de donar ILT?

■ He de derivar-lo a USM?

Algoritme sobre l'estat anímic:

■ Depressió moderada: Considerar comorbiditat mèdica i necessitat de recolzament.

Veure si ha respost prèviament a algun antidepressiu.

■ Depressió greu: Tractar farmacològicament

⑩ Discapacitat:

La discapacidad asociada a este perfil sintomático es

■  0 = ninguna discapacidad en absoluto ---→NO ILT

■  1 = puede realizar todas las actividades pero cada vez con mayor dificultad---  
-→NO ILT

■  2 = deterioro de al menos una actividad-----

■ ---→ILT SOLAMENT SI L'ACTIVITAT AFECTADA TE RELACIÓ AMB  
EL TREBALL

- 3 = deterioro de todas las actividades (tareas domésticas / trabajo fuera de casa / actividades sociales-----→ILT

Tractament global o derivació?

2. Mi propia valoración clínica es que el paciente está

- 0 = totalmente normal----→NO CAL TRACTAMENT
- 1 = subclínicamente alterado-----→Teràpia de recolzament, activació conductual, material psicoeducatiu sobre depressió/ansietat (insomni si cal), ILT (si cal).
- 2 = levemente trastornado o alterado→ Teràpia de recolzament, activació conductual, material psicoeducatiu sobre depressió/ansietat (insomni si cal), ILT (si cal).
- 3 = moderadamente trastornado o alterado ----→ABORDAMENT PREVI I ANTIDEPRESSIUS
- 4 = muy trastornado o alterado -----→INICIAR TRACTAMENT FARMACOLÒGIC (SI POT SER CONSENSUAT MITJANÇANT CORREU ELECTRÒNIC) I DERIVAR A USM
- Portar el cas al link si: antecedents familiar de Depressió Major, T Bipolar, Esquizofrenia, Menor de 30 anys

## Annex VIII

### “CUMPLIMENTAR SI SOSPECHA DE CUADRO DEPRESIVO O ANSIOSO”

SIP:

Edad del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo del paciente: \_\_\_\_\_ Hombre    \_\_\_\_\_ Mujer

Marque la casilla correspondiente en aquellas preguntas en las dos escalas de cinco ítems que el paciente haya contestado de manera afirmativa. Si hay al menos una respuesta afirmativa a las dos primeras preguntas, deberá formular el resto de preguntas correspondientes al bloque (depresión y/o ansiedad). Derive los casos con al menos una respuesta afirmativa al AI. NO es necesario que derive los casos SIN respuestas afirmativa al AI.

- D1 ¿Se ha sentido deprimido todos los días durante las últimas dos semanas?
- D2 ¿Durante las últimas dos semanas ha notado que ciertas actividades le interesen o le agraden menos?
- D3 ¿Le ha costado concentrarse?
- D4 ¿Ha tenido sensación de inutilidad?
- D5 ¿Ha sentido que quiere morirse o ha tenido pensamientos relacionados con la muerte?
- A1 ¿Se ha sentido nervioso o ansioso durante las últimas dos semanas?
- A2 ¿Se ha dado cuenta de que no puede controlar su preocupación?
- A3 ¿Ha tenido problemas para relajarse?
- A4 ¿Ha estado inquieto, le ha resultado difícil quedarse quieto?
- A5 ¿Ha tenido miedo a que ocurra algo horrible?

En las preguntas siguientes, marque sólo una vez en una casilla para cada pregunta:

1. La discapacidad asociada a este perfil sintomático es

- 0 = ninguna discapacidad en absoluto
- 1 = puede realizar todas las actividades pero cada vez con mayor dificultad
- 2 = deterioro de al menos una actividad
- 3 = deterioro de todas las actividades (tareas domésticas / trabajo fuera de casa / actividades sociales)

2. Mi propia valoración clínica es que el paciente está

- 0 = totalmente normal
- 1 = subclínicamente alterado
- 2 = levemente trastornado o alterado
- 3 = moderadamente trastornado o alterado
- 4 = muy trastornado o alterado

3. Mi diagnóstico provisional de la CIE-11-AP sería:

- Depresión ansiosa
- Sólo depresión
- Sólo ansiedad