

Proceso asistencial integrado ansiedad depresión (PAI-AD)

Aspectos de
salud mental

Los trastornos mentales, los neurológicos específicos, los debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones identificados por la Organización Mundial de la Salud como importante causa de discapacidad y mortalidad. Suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (AVP) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la región de las Américas.

Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad suponen un 4 % del AVAD y un 7,8 % del total de los AVP¹

En Uruguay la depresión mayor ocupa el 6.º lugar en los años de vida con discapacidad (AVD). Los autores plantean que podría haber una subestimación de la carga debido a la ausencia de registros de buena calidad.^{2,*}

Parece lógico pensar en estrategias de gestión de la demanda que puedan dar respuesta a la promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, brindar una mejora continua de la calidad asistencial y disminuir la variabilidad de las estrategias de abordaje. Esta importante demanda no podría ser resuelta únicamente con un aumento de los recursos humanos, por lo cual se propone un modelo de proceso asistencial integrado (PAI) basado en la colaboración entre los distintos niveles.

1. Atención de la Salud Mental en el marco de la Ley N.º 19.529

La Ley de Salud Mental aprobada en 2017** se sustenta en un modelo comunitario de Salud Mental, con un enfoque de sistema de red

única, organizada por niveles de complejidad, que desarrolle una estrategia de atención primaria en salud, priorizando el primer nivel de atención (PNA).^{3,4}

Entre sus disposiciones se establece que los «Equipos básicos del primer nivel constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial» (artículo 19). Esta orientación de la atención implica que todo el personal de salud en todos los niveles debe considerar la dimensión psicosocial de la salud y que, de acuerdo con la complejidad de la situación, los equipos de los diferentes niveles tendrán responsabilidad en la respuesta a los problemas de salud mental (SM).

La organización de la respuesta se orienta a asegurar que:

- ♦ la mayoría de las personas con enfermedades mentales incapacitantes de gravedad leve a moderada se traten en centros de atención primaria, usando modelos de colaboración;
- ♦ la mayoría de las personas con enfermedades mentales graves accedan a ser atendidas por profesionales especialistas;
- ♦ los individuos que no padecen una enfermedad mental diagnosticada, después de la evaluación, no continúen recibiendo tratamiento.

En la instrumentación de la atención de la SM desde una estrategia de APS se ha demostrado necesario y útil establecer formas de colaboración entre el equipo básico del primer nivel de atención (EBPN) y el equipo de salud mental especializado (ESME) o profesionales especializados cuando no existen equipos.

Se define a la consultoría o espacios colaborativos en SM como «la actividad conjunta y

Autores

Sandra Romano

Psiquiatra. Facultad de Medicina, Universidad de la República (Udelar). Profesora directora de la Clínica Psiquiátrica.

Alejandra Moreira

Psiquiatra. Facultad de Medicina, Udelar. Prof. Adjta. Clínica Psiquiátrica.

Gabriela López Mesa

Psiquiatra. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Referente Cambio de Modelo.

Gabriela Novoa

Magister en Psicología. ASSE, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Coord. Área Formación Continua.

Magdalena Álvarez

Diplomada en Desarrollo y Salud Integral del Adolescente. Asistente de la Unidad Docente Asistencial de Neurodesarrollo, Clínica Pediátrica C, Udelar. Referente técnica profesional del Área Adolescencia de la Dirección de Redes y Procesos Asistenciales, ASSE.

* www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estudio-carga-global-enfermedad

** <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19529>

de colaboración permanente entre el equipo de salud mental y el equipo de primer nivel de atención, que tiene como propósito aumentar la capacidad resolutoria del PNA, mejorar la referencia y contrarreferencia de las personas y garantizar la continuidad de los cuidados».^{5,*}

Las experiencias internacionales muestran diferentes modalidades de colaboración con definición acordada de competencias, mecanismos claros de referencia y contrarreferencia, concurrencia sistemática de miembros del ESMEE a encuentros con el EBPN para resolución de casos o situaciones problema, agenda preferencial mutua, etc.

En el PAI Ansiedad Depresión el espacio de cooperación entre los niveles es imprescindible para asegurar la continuidad y la calidad de la respuesta.

2. Descripción del proceso asistencial

Proceso asistencial es el «conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del usuario al que va dirigido».⁶

La gestión por procesos busca reducir la variabilidad que aparece habitualmente cuando se prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, etc.

Facilita la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para organizar el empoderamiento, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales en el ámbito de actuación de su proceso y su trabajo diario.⁷

El proceso asistencial en SM incluye una amplia gama de actividades clínicas y no clínicas, realizadas en el sistema de salud en forma articulada con una red de recursos intersectoriales, según una sucesión lógica evolutiva orientada a la resolución de un problema de SM y sus consecuencias sociofamiliares.

El proceso asistencial incluye acciones en diferentes niveles.⁸

En los niveles de gestión de los servicios, la toma de decisiones y actividades que generen condiciones para el trabajo coordinado de los EBPN y ESMEE en la comunidad con eje en las necesidades de la población de referencia. Acciones que incluyen habilitar y promover formas de participación de usuarios y equipos (definición de necesidades, expectativas, etc.), establecer mecanismos de articulación, flexibilización de agendas y disposición de tiempo remunerado para coordinación y capacitación, monitoreo y evaluación, entre otras.

En los EBPN y ESME se desarrollan los procesos de atención individualizada, actividades de los profesionales con cada persona atendida. Incluye actividades que pueden o no ser terapéuticas, en función de si el procedimiento ofrece los elementos activos del tratamiento y son efectivos.

2.1 Título del proceso asistencial integrado

El título definido es «Proceso asistencial integrado ansiedad y depresión para población adulta en ASSE».

2.2 Definición funcional

Definición funcional de proceso asistencial integrado ansiedad y depresión	Conjunto de actuaciones realizadas por el Equipo de Salud interdisciplinario dirigidas a la atención integral de las personas que presentan síntomas de ansiedad y/o depresión, sea como motivo de consulta o detectado durante la evaluación.
---	--

El proceso está basado en los principios de buena práctica, utilizando la evidencia científica disponible que sustente el empleo de recursos terapéuticos biológicos, psicológicos y sociales en forma apropiada a cada territorio, con la máxima eficiencia posible, evitando tanto la biologización de los problemas psíquicos

* www.minsal.cl/wp-content/.../OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf

como la psiquiatrización o psicologización del sufrimiento mental, generando autonomía y satisfacción en ciudadanos y profesionales.

Las acciones se sustentan en un modelo de cooperación entre los profesionales del PNA y el ESME, con diferentes modalidades según los recursos de cada territorio. Se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de ambos equipos fomentando la participación de la persona que consulta.

Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz, evaluación de la demanda y de la situación psicosocial y psicopatológica, evaluación de riesgo, establecimiento de un plan terapéutico individualizado.

2.3 Límite de entrada

Definimos el límite de entrada como el momento en el que el usuario entra al proceso asistencial. Puede estar referido a un momento del ciclo vital o determinada condición de salud.

Se incluirán personas de 19 años y más con las siguientes tipologías o sus categorías diagnósticas correspondientes que solicitan asistencia al Equipo Básico de Salud en el PNA:

Situación clínica

- a. Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).
- b. Sensación de ansiedad, tensión o nerviosismo, en forma de episodio crítico o presente por varios días.

Motivo de consulta

- a. Demanda explícita por los aspectos mencionados en situación clínica.
- b. Quejas somatoformes y/o miedo a presentar enfermedades.
- c. Personas afectadas por un evento vital estresante.
- d. Duelos no resueltos.

- e. Personas con enfermedades orgánicas crónicas y/o situaciones psicosociales complejas (angustia familiar, problemática en el ámbito laboral).
- f. Problemáticas vinculadas a la etapa vital:
 - Personas de la 3.^a edad que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento.
 - Personas adultas en situación de cambios vitales importantes: nido vacío, mudanzas, divorcio, entre otros.
- g. Otros

Categorías diagnósticas

La nomenclatura usada para este PAI es la CIE-10.⁹* Las categorías incluidas son:

- a. Episodios depresivos (F32)
- b. Trastornos del humor (afectivos) persistentes (F34)
- c. Trastornos de ansiedad fóbica (F40)
- d. Trastornos de pánico (F41.0)
- e. Trastornos de ansiedad generalizada (F41.1)
- f. Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2)
- g. Reacción a estrés agudo (F43.0)
- h. Trastornos de adaptación (F43.2)
- i. Trastornos somatomorfos (F45)

Límite de entrada	Sintomatología de la estirpe ansiosa y/o depresiva. Motivos de consulta referidos a situación existencial o de salud.
--------------------------	--

2.4 Límite marginal

Definimos como límite marginal a las actividades que, aun perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a abordar en este PAI, por requerir procedimientos, trayectorias específicas u otros ámbitos de intervención:

- ♦ La atención de personas menores de 19 años.
- ♦ La atención de personas con síntomas de ansiedad o depresión que por sus antece-

* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43979>.

dentes o evolución requieren otro proceso de atención:

- » Comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas.
- » Tratamiento farmacológico con ansiolíticos o antidepresivos de larga data.

Los pacientes en los que la complejidad del abordaje hace recomendable su atención directa en los servicios de SM incluyen los siguientes diagnósticos CIE-10 y situaciones clínicas:

- ♦ F31. Trastorno bipolar
- ♦ F33. Episodio depresivo recurrente
- ♦ F42. Trastorno obsesivo-compulsivo
- ♦ F43.1. Trastorno de estrés postraumático

Con respecto a los espacios de atención el límite marginal es:

La atención en espacios en la hospitalización y en la emergencia.

Actividades de promoción de la SM intersectoriales en la comunidad.

2.5 Alcance

Criterios de inclusión

- ♦ Personas de 19 y más años.
- ♦ Consulta espontánea en EBPN en cualquier dispositivo del primer nivel (PN) (Centro de Salud, Policlínica periférica, Policlínica rural) o servicio de emergencia.
- ♦ Motivos de consulta diversos.
- ♦ Presencia de sintomatología de estirpe ansiosa o depresiva sin tratamiento o en tratamiento de reciente comienzo (menor a dos meses).

Criterios de exclusión

- ♦ Diagnóstico de trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático.

- ♦ Uso problemático de sustancias como principal problema.
- ♦ Intento de autoeliminación actual con riesgo vital medio a alto.
- ♦ Discapacidad psíquica o intelectual que limite la comprensión y requiera abordaje especializado.

2.6 Límite final

Es el momento en el que el usuario sale de este proceso asistencial integrado.

La salida del paciente de la cadena asistencial se realizará cuando desaparezcan los síntomas, cuando la mejoría permita la realización de las actividades de su vida cotidiana de forma satisfactoria, o cuando se transfiera a otras estructuras sociales o dispositivos asistenciales no sanitarios.

También es posible que la evolución implique la necesidad de pase a otro proceso de atención.

Alta. Resolución del cuadro y finalización de las pautas de tratamiento.

Otro. Implica que es derivado a otro nivel de atención, ya sea por la superación de la crisis o la necesidad de derivación para otra intervención.

Límite final	Remisión de la sintomatología Cambio de diagnóstico No respuesta al tratamiento
--------------	---

3. Componentes del PAI-AD

Descripción. Se describen las actividades en forma general y se establece para cada procedimiento:

- ♦ Dónde, que define el ámbito de actuación (nivel de atención, unidad asistencial).
- ♦ Quién lo hace (qué integrante del equipo de salud).
- ♦ Qué se hace.
- ♦ Cómo se hace (metodologías, procedimientos, guías, pautas con criterios de calidad).
- ♦ Cuándo se hace y su secuencia lógica.

3.1 Captación precoz

Para las personas que presenten una sintomatología compatible con ansiedad o depresión, cualquiera sea el motivo de consulta, se realizará un cribado inicial que puede ayudar a la identificación de diversos síndromes.

Los motivos de consulta pueden ser variados, siendo frecuente que la depresión se presente con múltiples síntomas físicos inespecíficos, persistentes, sin causa clara. Escasa energía, fatiga, alteraciones del sueño. Tristeza o estado de ánimo deprimido persistentes. Pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras.

En el contexto de una posible depresión o en forma independiente se pueden presentar elementos que plantean la posible existencia de ansiedad, insomnio de conciliación, inquietud psicomotriz, dificultad para concentrarse, temores sin motivo identificado, diversas quejas somáticas, contracturas, dolores, síntomas digestivos, entre otros.

Escucha y cribado: presunción diagnóstica

En cualquier ámbito del PNA el personal de enfermería o médico que reciba a una persona para consulta debe tener presente la posible presencia de cuadros de ansiedad o depresión, por su alta frecuencia y por su asociación a múltiples motivos de consulta.

Las emociones normales de tristeza y alegría, y las preocupaciones y el miedo son parte de la vida cotidiana y deben diferenciarse de la depresión, la manía y la ansiedad.

«Las distintas áreas del Sistema Nervioso Central involucradas en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo son las mismas, o por lo menos están muy emparentadas, con aquellas que intervienen en la fisiopatología de los desórdenes de ansiedad y en procesos fisiológicos normales como el procesamiento emocional y la respuesta al estrés».¹⁰

La tristeza es una respuesta humana universal a la frustración, desilusión o circunstancias vitales adversas como pueden ser duelos, otras

pérdidas, cambios vitales no deseados, situaciones de violencia, entre otras. Los trastornos del humor refieren a un grupo de síntomas y signos presentes durante semanas o meses, que representan un cambio significativo en el funcionamiento habitual de una persona, y que tienden a ocurrir en forma periódica o cíclica. Constituyen un grupo de trastornos psiquiátricos que se caracterizan por humor patológico, alteraciones vegetativas y psicomotoras.

Las respuestas de alarma frente a posibles riesgos desencadenan mecanismos fisiológicos de alerta y defensa que implican estados psicológicos específicos (sensación de peligro, temor, etc.) y cambios corporales (aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, cambios en la conductancia de la piel, modificación de los niveles de cortisol, adrenalina y noradrenalina, etc.). Los estados de ansiedad se caracterizan por preocupación incontrolable, sostenida en el tiempo, desmedida o irreal en cuanto al desencadenante situacional.

La escucha activa y empática aporta a la correcta identificación y ayuda a diferenciar procesos leves y/o breves, reacciones adaptativas transitorias, que puntualmente precisen ayuda de cuadros clínicos que podrían constituir un estado patológico. El sufrimiento por situaciones vivenciales y crisis vitales, no encuadrables como trastorno mental, en su mayoría no van a requerir atención sanitaria continuada.

La valoración de un estado psicológico como adaptativo o desadaptativo debe considerar la personalidad, la situación sociofamiliar, la cultura, el sistema de creencias y valores de la persona.

Se discriminará, en la medida de lo posible, entre:

Queja. Malestar expresado por el paciente sin ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional.

Demanda. Malestar expresado por el paciente con ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional.

* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43979/9788487548284_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

** En mayo de 2019 se presentó la CIE-11 que comenzará a regir desde 2022.

Considerar una posible depresión si una persona responde «sí» a alguna de las siguientes preguntas:¹¹

- ♦ Durante el último mes, ¿ha estado a menudo preocupado con sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?
- ♦ Durante el último mes, ¿ha estado a menudo preocupado por tener poco interés o placer en hacer cosas?

Para considerar un posible trastorno de ansiedad, preguntar:

- ♦ ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o con los «nervios de punta» en las últimas dos semanas?
- ♦ ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de parar o controlar sus preocupaciones en las últimas dos semanas?

3.2 Evaluación

Esta etapa incluye la evaluación de la demanda, de la situación psicosocial y de la condición psicopatológica. El resultado se sintetiza en un diagnóstico clínico y de situación (tabla 1).

a) Entrevista a enfermería: evaluación demanda y situación

La recepción por enfermería permite realizar una primera evaluación de la demanda y del contexto en el cual se presenta la consulta: ficha patronímica, red de apoyo sociofamiliar, antecedentes previos de la persona con el servicio de salud, continuidad de la atención y cuidado de la salud. Si surge en la entrevista registrar la existencia de estresores crónicos o actuales. Valoración del contexto de vida del paciente, recursos comunitarios y sociales y empleo de estos por el paciente y su entorno.

b) Entrevista clínica: confirmación diagnóstica

La presunción diagnóstica de depresión o ansiedad se confirmará por la profundización de la indagación clínica, la comprobación de presencia o ausencia de los criterios diagnósticos que establecen las Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria* en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10).**

Tabla 1 | Evaluación

Nivel de atención Dónde	Prestaciones Qué	Equipo de Salud Quién	Tiempo Cuándo	Pautas de atención Cómo
Primer nivel de atención	3.1. Captación precoz: presunción diagnóstica	Medicina Enfermería	1.ª consulta	Escucha Cribado
	3.2. (a) Evaluación	Enfermería	1.ª consulta	Entrevista Enfermería
	3.2. (b) Evaluación: confirmación diagnóstica	Medicina	1.ª consulta	Entrevista clínica CIE-10 (pautas AP) (mhGAP o NICE)
	3.3. (a) Evaluación gravedad	Medicina	1.ª consulta	HARDS GAD-7 PHQ-9
	3.3. (b) Categorización de riesgo	Medicina Enfermería	1.ª consulta	Escala desesperanza Beck CIE-10
Espacio colaboración	Revisión de caso	EBPN-ESME	Primeras 2 semanas	
Primer nivel	3.4. Plan terapéutico	Equipo BPN	Primeras 2 semanas	(mhGAP o NICE)

La entrevista clínica es la herramienta fundamental para establecer el diagnóstico, su realización requiere profesionales con formación en el tema, con conocimiento teórico, experiencia clínica y habilidades comunicacionales adecuadas. Una herramienta de apoyo para la entrevista y seguimiento es la Guía de OMS.^{11, *}

La evaluación considerará síntomas presentes, así como su intensidad; deterioro funcional asociado; desarrollo, curso y gravedad; antecedente de depresión o ansiedad; antecedentes que orienten a que el cuadro actual pudiera corresponder a un episodio del trastorno bipolar; antecedente de tratamiento farmacológico y psicosocial y respuesta; presencia de trastorno mental comórbido; estado de salud física.

Se debe valorar la red sociofamiliar de apoyo, la calidad de las relaciones interpersonales, condiciones de vida, aislamiento social.

El uso de escalas estandarizadas complementa la evaluación, cuantifica la gravedad y aporta al control evolutivo. Los instrumentos más empleados son la escala de ansiedad de Hamilton (HARS),^{12, 13, **} escala para la evaluación de ansiedad generalizada GAD-7,¹⁴ para valoración de la gravedad en depresión PHQ-9,^{***} evaluación de riesgo suicida escala de desesperanza de Beck.^{****}

3.3 Categorización de riesgo

Se puede categorizar el riesgo en alto, medio o bajo (tabla 2), lo que además determinará qué

* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf?sequence=1

** www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

*** <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?id=239>

**** www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_desesperanza.pdf

Tabla 2 | Categorización de riesgo

Dimensión a evaluar	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo
Gravedad del cuadro clínico	El n.º de síntomas supera ampliamente el necesario para el diagnóstico o la intensidad causa gran malestar. Ideas de ruina, culpa, autodepreciación.	Número de síntomas, intensidad y deterioro entre riesgo bajo y alto.	Pocos o ningún síntoma más de los necesarios para el diagnóstico; el malestar es manejable con poco deterioro en el funcionamiento.
Repercusión física	Anorexia y adelgazamiento > 5 kg Insomnio, despertar precoz, descanso no reparador. Identificado por el usuario y sus familiares. Deshidratación, lesiones por decúbito.	Pérdida del apetito. Disminución de las horas de sueño, pero el descanso es reparador.	Apetito y ritmo del sueño conservados.
Repercusión funcional	Abandono cuidados personales, de actividad laboral, tareas del hogar, incapacidad de cuidar de otros. Abolición de actividades sociales o de esparcimiento.	Descuido del aspecto personal y la higiene. Dificultad para realizar sus actividades habituales o las continúa realizando a/v intermitente.	Continúa realizando sus actividades habituales. Cuidados personales conservados.
Conductas suicidas	Conductas autolesivas actuales Ideas AE actuales Gestos suicidas Conductas parasuicidas Plan suicida o carta suicida	Antecedentes de intentos AE. Antecedentes familiares en línea sanguínea directa de suicidio o conductas lesivas.	Ausentes
Consumo de sustancias psicoactivas legales	Dependencia BDZ Uso problemático de THC Uso problemático de alcohol	Tratamiento con BDZ de larga data. Consumo ocasional THC OH	Ausente
Consumo de sustancias psicoactivas ilegales	Consumo de PBC Uso problemático de cocaína, otras drogas	Consumo ocasional cocaína y otras drogas	Ausente

tipo de prestaciones y nivel de atención requerirá el usuario para satisfacer sus necesidades.

Las situaciones de bajo riesgo, con cuadros de gravedad leve a moderada, son factibles de ser abordadas y resueltas en el primer nivel. Las situaciones de mayor gravedad y alto riesgo requieren coordinación para atención en el nivel especializado. Se promueve que las situaciones moderadas cuando generan dudas respecto al riesgo o al tipo de abordaje se atiendan desde el espacio de colaboración.

* www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d163e3_ansiedad_depresion_somatizacion.pdf

** <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>

3.4 Plan terapéutico individualizado

Las orientaciones para el establecimiento de un plan de atención individualizada toma como referencia técnica las recomendaciones del PAI-AD de Andalucía,¹⁵. * las guías NICE ansiedad y depresión para el primer nivel y la guía mhGAP.** La elaboración del plan se realiza con la persona, tomando en cuenta sus expectativas y necesidades.

Resolución de la consulta y nivel de atención

De acuerdo al diagnóstico clínico y de situación, a los antecedentes y a los recursos del contexto podríamos tipificar las consultas en:

- ♦ Situaciones que se pueden resolver en el primer nivel.
- ♦ Situaciones que se deberían resolver en el primer nivel, pero el abordaje fracasó.
- ♦ Situaciones que requieren el trabajo en un espacio de cooperación primer nivel-equipo especializado en SM.
- ♦ Situaciones que se deben resolver en nivel especializado y en la evolución se podrían seguir en el primer nivel.

Algunas situaciones plantean la necesidad de evaluación por el nivel especializado desde el inicio. *Esta consulta debe realizarse en carácter de urgente cuando se considera que hay riesgo vital o en carácter de prioridad,*

dentro de un plazo que no supere las dos semanas, de acuerdo a lo acordado entre el EBPN y el ESMEE. La solicitud de consulta especializada se articula con el seguimiento del EBPN en todos los casos (mecanismos de referencia-contrarreferencia).

Los motivos principales para consulta con el nivel especializado son:

- a. Duda diagnóstica. Se debe valorar especialmente la presencia de elementos clínicos que permitan presumir la presencia de algunos de los diagnósticos del límite marginal: trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático.
- b. Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.
- c. Gravedad del cuadro actual/riesgo alto (ver valoración del riesgo).
- d. Fracaso terapéutico. La persona está en tratamiento desde al menos 3 meses, en forma adecuada (ver pautas) y no presenta mejoría.

Espacio de cooperación entre EBPN y ESMEE

La cooperación entre niveles para la resolución de las consultas puede tener diversas modalidades y de acuerdo con las posibilidades de cada territorio se establece la forma apropiada. En este espacio el EBPN plantea las situaciones que requieren la evaluación especializada, se reciben las situaciones que el ESMEE tiene interés en referir para seguimiento en el primer nivel y se establecen los mecanismos y acuerdos para asegurar el acceso, la continuidad y la calidad de la atención.

El funcionamiento continuo del espacio de colaboración requiere la formalización desde los niveles de decisión, autorizar tiempo y espacio específico de los integrantes de los equipos para su participación, flexibilización de la agenda y acceso a recursos disponibles. De acuerdo con la modalidad de cooperación,

la dirección, según las posibilidades, facilitará el acceso a los recursos técnicos requeridos (medios de comunicación, acceso a Internet, transporte, etc.)

Plan terapéutico

El plan terapéutico, en acuerdo con el paciente, debe establecer los objetivos. Será registrado en la historia clínica, se definirá los profesionales que intervienen, los recursos terapéuticos que se usarán y la duración prevista.

Se favorecerá la intervención mínima necesaria para facilitar que, desde sus propios recursos, el paciente elabore la crisis, siempre que esto sea posible.

En un *primer paso* se jerarquiza el empleo de los recursos no farmacológicos comunes desde el inicio en todos los casos de depresión y ansiedad:

- ♦ Entrevista clínica básicamente terapéutica.
- ♦ Orientación personal, orientación a familiares y personas allegadas.
- ♦ Valoración del «contexto» del paciente y movilización de los recursos sociales, (organizaciones de ayuda mutua, grupos de apoyo, grupos y actividades comunitarias), recursos disponibles en Internet.
- ♦ Promoción de hábitos de vida saludables; higiene del sueño, alimentación, etc.
- ♦ Consejo sobre el consumo de alcohol y drogas.
- ♦ Promoción del ejercicio físico

Un *segundo paso* en el plan es el abordaje psicosocial de baja intensidad y eventualmente el tratamiento farmacológico.

El *tercer paso* incluye tratamiento farmacológico e intervenciones psicológicas de mayor intensidad y duración.

Se debe considerar la necesidad de uso del espacio de colaboración y de coordinación interinstitucional.

Ver detalles de cada paso de la instrumentación del plan terapéutico en prestaciones.

4. Recursos

Llevar a cabo los procedimientos mencionados requiere de un espacio físico apropiado para la realización de las entrevistas, que asegure la tranquilidad y confidencialidad, así como el mobiliario básico para que haya condiciones de comodidad.

Para la atención adecuada y para la comunicación entre los distintos profesionales es necesario asegurar el registro en la historia clínica de todos los procedimientos realizados. En el caso de la historia clínica electrónica se debe prever el acceso al personal que interviene en el proceso de atención, respetando los distintos niveles de acceso y confidencialidad.

El EBPN debe contar con teléfono de línea fija o celular y acceso a Internet para la tarea cotidiana, la comunicación entre niveles y para facilitar el funcionamiento del espacio de cooperación. El acceso a espacios amplios es necesario para reuniones con otros equipos y para trabajo con grupos de usuarios (tabla 3).

Tabla 3 | Recursos y servicios de apoyo

Recursos	Espacio físico adecuado para atención individual. Acceso a espacio amplio para trabajo grupal.
	Mobiliario, insumos de papelería.
	Acceso a Internet. Línea fija de teléfono o teléfono celular.
	Equipamiento informático: acceso a historia clínica electrónica.
Servicios de apoyo	Farmacia, Laboratorio, unidades de enlace, Administración
	Transporte
	Gestión de la información

Servicios de apoyo

Son similares a aquellos que se emplean en la atención de otras problemáticas, acceso a farmacia y laboratorio, apoyo administrativo y transporte. Las unidades de enlace son relevantes para la realización fluida de este PAI-AD por la importancia del trabajo en red, la cooperación y la articulación entre niveles.

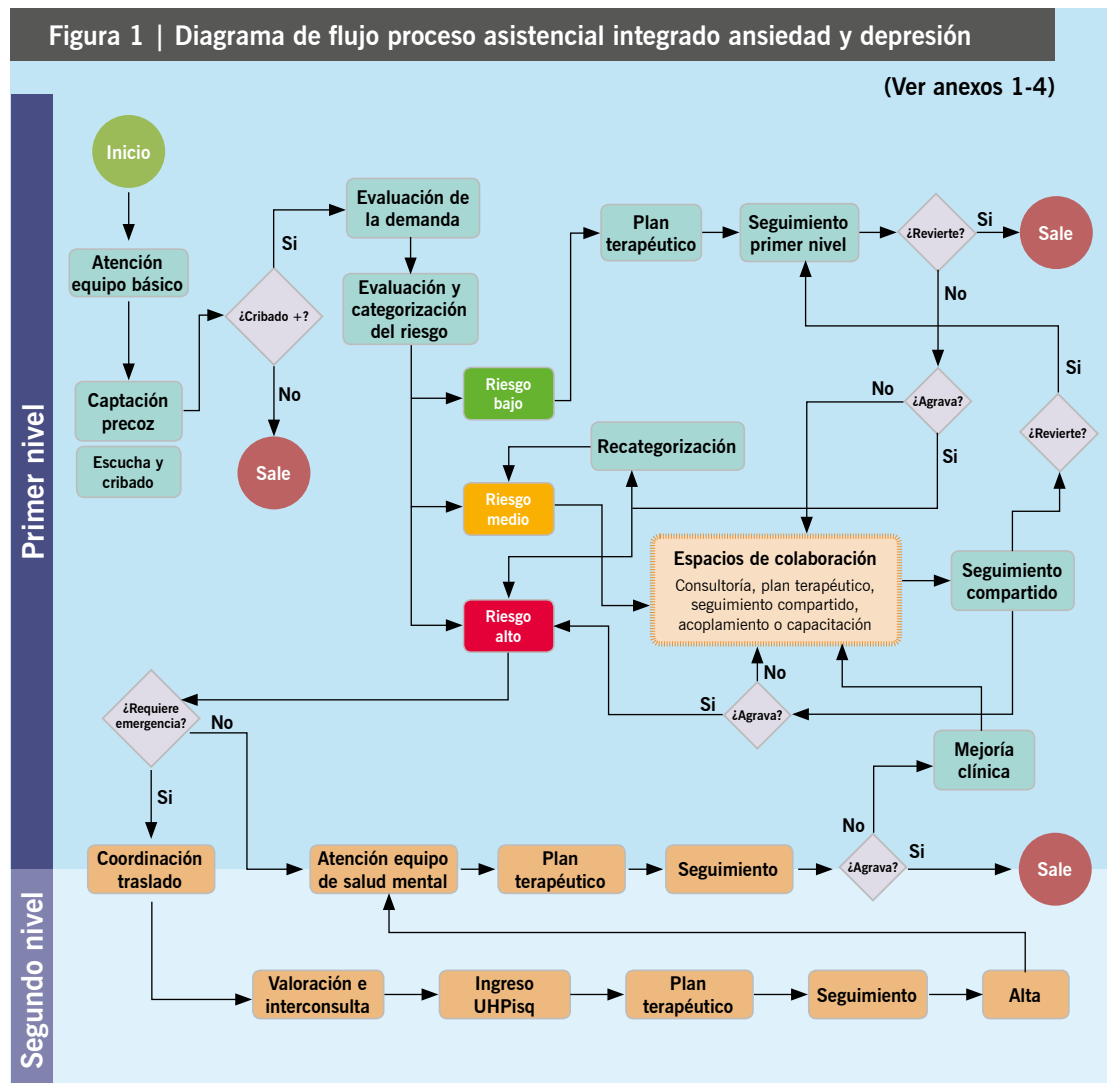
Lo más habitual es que los EBPN estén integrados por enfermería y medicina, pero es frecuente que estén vinculados a centros de salud o equipos de apoyo que cuentan con otros profesionales.

Para llevar adelante algunas de las estrategias que se plantean en el plan terapéutico

y en la evaluación previa puede ser de gran valor contar con licenciados en Trabajo Social y en Psicología que puedan apoyar al equipo y participar en algunas de las acciones planificadas en la atención individual o grupal y en el espacio de colaboración entre niveles (tabla 3).

5. Diagrama de flujo

La figura 1 muestra un flujograma que representa el proceso asistencial, incluyendo las acciones en los diferentes espacios y niveles.



6. Subprocesos

Del PAI-AD se desprenden tres subprocesos con situaciones que están vinculadas, pero requieren acciones específicas que los diferencian de la trayectoria descrita para las situaciones generales: la atención a las personas con intentos de autoeliminación actuales, las personas con dependencia a las benzodicepinas y quienes tienen en comorbilidad uso problemático de sustancias, destacando la importancia de indagar y tratar los casos de dependencia al alcohol por la alta frecuencia de comorbilidad con ansiedad y depresión (tabla 4).

Tabla 4 | Subprocesos

SUBPROCESOS	Intento de autoeliminación
	Dependencia BDZ
	Uso problemático de sustancias

- ◆ Empleo de recursos no farmacológicos.
- ◆ Abordaje psicosocial de baja intensidad y eventualmente tratamiento farmacológico.
- ◆ Tratamiento farmacológico e intervención psicológica de mayor intensidad.

7.1. Empleo de recursos no farmacológicos comunes

Orientación personal

Psicoeducación

Compartir información técnica acerca de la situación clínica y su implicancia en el funcionamiento diario. Adecuar la información a lo que es de interés y preocupación para la persona, en términos comprensibles.

Se debe evitar frases que puedan transmitir juicios valorativos como qué está bien o mal hacer, planteando las orientaciones en términos de qué puede ayudar a un resultado de interés para la persona o qué resultado puede tener una acción determinada.

7. Prestaciones

Las prestaciones que integran el PAI-AD se desarrollan principalmente en el PNA y en el espacio de cooperación con apoyo del nivel especializado. Por como definimos los límites marginales de este proceso, los casos que deben ser atendidos principalmente por el nivel especializado no integran este PAI, aunque puedan ser atendidos por el EBPN en el seguimiento posterior o en relación con otras problemáticas de salud presentes.

Los procedimientos que se refieren a continuación son los que se deben realizar una vez finalizada la evaluación que sintetizó un diagnóstico clínico y de situación que sustenta el plan terapéutico individualizado. Las prestaciones integran los tres pasos del plan terapéutico mencionados:

Algunos mensajes útiles

- ◆ La ansiedad y la depresión son problemas de salud muy frecuentes que afectan a cualquier persona.
- ◆ Su situación actual puede ser muy difícil, pero es posible mejorar.
- ◆ La depresión puede causar pensamientos injustificados de desesperanza y falta de valor. Una persona con depresión tiende a tener opiniones más negativas sobre sí misma, su vida, sus posibilidades.
- ◆ La ansiedad dificulta la concentración y afecta el rendimiento. Las preocupaciones o los temores se incrementan cuando una persona está ansiosa.
- ◆ Esto es reversible y no implica una afectación permanente de su rendimiento ni un cambio de su forma de ver la vida.

Actividades diarias y en la vida de la comunidad

Alentar a la persona a prestar especial atención y mantener hábitos de vida protectores de la salud:

- ♦ Mantener un ciclo regular de horas para dormir y para estar despierto.
- ♦ Comer regularmente a pesar de las alteraciones del apetito.
- ♦ Mantener los cuidados personales básicos.
- ♦ Mantenerse físicamente activo en la medida de lo posible. El ejercicio regular tiene efecto protector sobre la depresión y la ansiedad y ayuda en la recuperación.
- ♦ Reanudar (o continuar) las actividades que fueron anteriormente placenteras. No aislarse. Pasar tiempo en entornos de confianza con amigos y familiares con los que sienta apoyo.
- ♦ Participar en las actividades comunitarias y otras actividades sociales dentro de sus posibilidades.

Reducción del estrés

Ayudar en la identificación de los problemas psicosociales que puedan causar estrés o repercutir en forma negativa en su vida (problemas familiares y de relaciones, problemas económicos o vinculados con el empleo, la ocupación, los medios de vida, la vivienda, el acceso a la seguridad y los servicios básicos, la estigmatización y la discriminación, etc.).

Apoyar en la identificación y empleo de recursos personales y fortalezas sociales para limitar el impacto de los problemas en otras áreas de la vida.

Evaluar y abordar las situaciones de violencia, maltrato o abuso de acuerdo con las guías correspondientes (*Maltrato y abuso NNA,* Violencia de género y generaciones,** Violencia hacia las mujeres****).

Es relevante identificar a las personas de confianza que pueden prestar apoyo, y favorecer que participen tanto como sea posible y apropiado.

Fortalecer los apoyos sociales y reactivar las redes de relaciones sociales de la persona.

Valorar con la persona la necesidad de consultar en un servicio especializado o solicitar asesoramiento legal.

Orientación para familiar y allegados

Con el objetivo de facilitar la comprensión de la situación de ansiedad o depresión se informará orientará a la familia o a las personas significativas para la persona. La información dada a terceros debe ser en acuerdo con la persona, en una entrevista en la que pueda no estar presente, según su preferencia.

Algunos mensajes útiles

- ♦ La depresión y la ansiedad son estados reversibles de sufrimiento psíquico. La aparición de síntomas de la esfera psíquica, no significa que la persona sea débil o perezosa o no pueda enfrentar la vida.
- ♦ Los sentimientos y emociones que tiene la persona no se pueden controlar voluntariamente.
- ♦ Algunos intentos de estimular o promover cambios pueden ser contraproducentes (por ejemplo, decirle «Debes ser más fuerte», «Contrólate» o «No estés así; mira todo lo que tienes para ser feliz»).
- ♦ Los pensamientos de autolesión o suicidio son comunes. Si se detectan estos pensamientos, la persona no debe actuar para modificarlos, sino que debe pedir ayuda de inmediato.

7.2. Abordajes psicológicos breves de baja intensidad

En este apartado mencionamos las técnicas recomendadas sin detallar su realización. Nos interesa destacar que la instrumentación de estas técnicas requiere una selección de las estrategias a emplear y la formación de los EBPN en su manejo.

* SIPIAV (www.inau.gub.uy/sipiav)

** Área Programática de Violencia de Género y Generaciones del Ministerio de Salud (www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/violencia-de-genero-y-generaciones)

*** Inmujeres (www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/genero)

Intervenciones psicológicas y psicosociales de baja intensidad para depresión

- ♦ Guía individual de autoayuda basada en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC).
- ♦ TCC informatizada.
- ♦ Programa de ejercicio físico en grupo.
- ♦ Grupos de autoayuda para personas que comparten un problema de salud física.

Intervenciones psicológicas y psicosociales de baja intensidad para trastorno de ansiedad

- ♦ Autoayuda individual no guiada.
- ♦ Autoayuda individual guiada.
- ♦ Grupos psicoeducativos.
- ♦ Trastorno de pánico: biblioterapia basada en los principios de la TCC.
- ♦ Técnicas de relajación.

7.3. Terapéutica farmacológica

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico se tomará junto con el paciente. Se informará adecuadamente las opciones de tratamiento y las razones para la prescripción de fármacos. Se intercambiará acerca de las expectativas y temores del paciente, los beneficios que se podrían alcanzar, los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo, y las posibles interacciones.

La decisión debe considerar la duración del tratamiento, la demora en el inicio del efecto, el posible síndrome de discontinuación y la necesidad de continuar luego de la remisión para evitar recaídas. De especial relevancia es advertir sobre el riesgo de activación con algunos ISRS e IRSN, y los síntomas que indican la necesidad de consulta, tales como aumento de la ansiedad, agitación y trastornos del sueño.

Es importante destacar que debe tomarse la medicación tal como se la prescribió, y que se debe comunicar al equipo los cambios y sus razones para deliberar una nueva decisión.

Las benzodiazepinas están asociadas con tolerancia y dependencia y los antipsicóticos presentan un alto número de efectos adversos, por lo cual no se recomienda el uso rutinario de estos dos grupos de fármacos en los trastornos de ansiedad.

Se admite su uso en el tratamiento de crisis por períodos cortos de tiempo.

Cuando se decida prescribir un antidepresivo, se recomienda un ISRS, ya que han demostrado ser igual de efectivos que otros antidepresivos (ISRN, ATC, IMAO) y tienen un cociente beneficio/riesgo favorable (nivel de evidencia 1++ grado de recomendación A).^{15,*} En el contexto del PNA, y teniendo como criterios de selección la seguridad, eficacia y adecuación, se considera sertralina, escitalopram, citalopram y fluoxetina como los fármacos apropiados como primera opción de tratamiento en la mayoría de los pacientes.

8. Evaluación del PAI

El porcentaje de usuarios que ingresan al proceso y que egresan dará una medida indirecta de la continuidad asistencial.

Un indicador de resultados que tomaremos es el porcentaje de problemas de ansiedad y depresión resueltos en el PNA y en el espacio de colaboración. Consideramos el abordaje en el primer nivel como un indicador de buenas prácticas y racional asignación del gasto en SM.

Para considerar una situación como resuelta se toma el registro en la historia clínica de salida del PAI. La medición de resultados en cada caso individual se puede seguir a través de las escalas mencionadas para evaluación de gravedad (HARDS GAD-7 PHQ-9) al inicio y salida del PAI.

* NICE 2015. First-choice antidepressant use in adults with depression or generalised anxiety disorder. 2015 Disponible en: www.nice.org.uk/advice/ktt8/resources/firstchoice-antidepressant-use-in-adults-with-depression-or-generalised-anxiety-disorder-pdf-1632176880325

Anexos

1. Criterios diagnósticos

Presunción diagnóstica

Síntomas de la esfera ansioso-depresiva

Confirmación diagnóstica *depresión* (CIE-10)

En los episodios depresivos hay un decaimiento del ánimo, con reducción de la energía y disminución de la actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración. Es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado y disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los llamados síntomas «somáticos», tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Episodio depresivo leve. Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El usuario probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado. Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el usuario probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave. Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas «somáticos».

Confirmación diagnóstica *ansiedad* (CIE-10)

Trastornos fóbicos de ansiedad. Aquí la ansiedad es provocada predominantemente por ciertas situaciones bien definidas que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son evitadas o son soportadas con pavor. La preocupación puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La previsión del ingreso a una situación fóbica genera habitualmente ansiedad con anticipación.

Agorafobia. Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo a salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en ómnibus o en avión.

Trastorno de pánico. El rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular, y que por lo tanto son impredecibles. Entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, la sensación de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o enloquecer.

Trastorno de ansiedad generalizada. Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia «flota

libremente»). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada.

Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación. Un suceso vital excepcionalmente estresante produce una reacción aguda de estrés, o un cambio vital significativo induce circunstancias desagradables prolongadas, el cual da como resultado un trastorno de adaptación. Aunque el estrés psicosocial menos grave («sucesos vitales») puede precipitar el inicio o contribuir a la presentación de una amplia diversidad de trastornos, depende de la vulnerabilidad individual, a menudo idiosincrásica, del usuario. Es decir, los sucesos vitales no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición y la forma del trastorno. Por el contrario, se considera que los trastornos aquí agrupados surgen siempre como consecuencias directas del estrés agudo grave o del trauma prolongado. El suceso estresante o las circunstancias desagradables prolongadas constituyen el factor causal primario y esencial, a tal punto que el trastorno no habría tenido lugar sin esos impactos. Los trastornos en esta categoría pueden ser considerados así como respuestas adaptativas patológicas al estrés grave o prolongado, en el sentido de que interfieren con los mecanismos de adaptación

normales, por lo cual inducen un deterioro del funcionamiento social del paciente.

Trastornos de adaptación. Estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño sociales, que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante. La predisposición o la vulnerabilidad individual desempeñan un papel importante en el riesgo de presentación. Las manifestaciones varían; incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

Trastornos somatomorfos. La característica principal es la presentación repetida de síntomas físicos, junto con solicitudes persistentes de exámenes médicos, a pesar de que los hallazgos sean repetidamente negativos y de que los médicos hayan reafirmado que los síntomas no tienen fundamentos físicos. Si es que existen algunos trastornos físicos, estos no llegan a explicar la naturaleza ni la magnitud de los síntomas ni la aflicción o la preocupación del paciente.

2. Nomenclatura sobre estructuras del primer nivel y estructuras especializadas en salud mental

Con estructura nos referimos a los dispositivos y a los recursos humanos, estén o no integrados a un equipo de salud. Aclarando la diferencia entre equipo y dispositivo.

Consideramos dispositivo a componente del sistema con planta física, infraestructura

y organización específica (centro de salud, policlínica, centro de rehabilitación, unidad hospitalaria, etc.).

Los equipos son formas de organización de los recursos humanos, y pueden estar asignados a tareas en más de un dispositivo.

Describiremos brevemente los diversos dispositivos generales del PNA, el tipo de asistencia que los define y luego qué recursos humanos brindan la atención.

En ASSE los dispositivos especializados en SM difieren de un territorio a otro. Mencionaremos las diferentes formas de organización y luego los recursos humanos especializados en SM que trabajan en esos dispositivos.

Dispositivos primer nivel de atención de salud

Centro de Salud. Instalación destinada a la atención sanitaria de la población que presta servicios de baja complejidad y habitualmente cuenta con personal administrativo, de enfermería, médicos generalistas y pediatras. Es posible que también intervengan otros técnicos, como psicólogos, trabajadores sociales, ginecólogos, aunque esto varía en el territorio. Algunos centros de salud también cuentan con laboratorio de exámenes clínicos, farmacia, servicio de urgencia y atención domiciliaria.

Policlínica. Aunque no existe una definición formal de cada término, se entiende que las policlínicas corresponden a las unidades que se encuentran en localidades de 3000 habitantes y más, mientras que en localidades con menor población se ubican puestos o rondas.* Son establecimientos de salud que brindan servicios de baja complejidad pertenecientes al PNA.

Policlínica periférica. Término que se utiliza para referirse a los establecimientos de salud de baja complejidad que se ubican geográficamente en zonas periféricas a las capitales departamentales.

Policlínica rural. Centro de salud destinado a la población rural, entendiéndose por tal a las personas que residen en localidades menores a 5000 habitantes, y población rural dispersa.

Recursos humanos del primer nivel de atención

Equipo básico del PN (EBPN)¹⁶

Hay una composición fija y estable en cuanto a integración mínima de RR. HH. en el primer nivel para todo el territorio, que en algunos casos es nombrado como equipo de proximidad y un equipo de primer nivel de estructura flexible más diversa que complementa el trabajo de varios EP. La complementariedad de tareas entre ambos núcleos configuran el equipo básico del primer nivel EBPN.**

El PNA brinda prestaciones de salud que incluyen las de SM como parte de sus actividades habituales. Constituye la puerta de entrada al sistema; incluye acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, coordinación, y apoyo a la inclusión social.

Integración mínima (equipo de proximidad):

- ♦ Médico general o médico de familia
- ♦ Licenciada o auxiliar de Enfermería
- ♦ Integración ampliada (equipo de soporte)
- ♦ Psicólogo
- ♦ Ginecólogo
- ♦ Pediatra

Dispositivos especializados en salud mental

– Centro de salud mental comunitario

Dispositivo especializado en SM con planta física independiente, en el que un equipo multidisciplinario, especializado en SM, brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial. En el centro se desarrollan diferentes tipos de abordaje, que pueden incluir consulta ambulatoria, estrategias y programas de rehabilitación, psicoterapia, programas de promoción y prevención.¹⁷

* Atención de salud en el medio rural 2014-2015. Área programática de salud ASSE. (<https://transparencia-presupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/evaluacion>)

** Equipos de Salud del PNA. División de RR. HH. del SNIS. MSP ISSN: 1688-8235

– Policlínica de salud mental en centro del primer nivel

En los centros de salud de primer nivel se realizan consultas y seguimiento de nivel especializado en SM; en algunos casos, el equipo de SM está funcionando en el centro de salud y en otros, hay profesionales de SM que realizan la atención sin integrar un equipo. Puede incluir atención psiquiátrica de adultos, niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico, consulta con trabajador/a social, seguimiento por enfermería. El equipo especializado de salud mental en centro de primer nivel, equipo multidisciplinario especializado en SM, que brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial, puede incluir programas diversos.^{5,17}

– Unidad de salud mental hospitalaria

Puede estar constituida por uno varios dispositivos, los que pueden intervenir en la atención de personas con trastornos de ansiedad o depresión.

Servicio ambulatorio de SALUD MENTAL

En este caso la consulta y seguimiento ambulatorio por un equipo de SM o por profesionales de SM se realiza en el hospital. Lo más frecuente es que incluya atención psiquiátrica de adultos y seguimiento por enfermería; también puede incluir consulta y seguimiento con trabajador/a social, atención psiquiátrica a niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico. El equipo multidisciplinario especializado en SM, que brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial, puede incluir programas diversos. Es el caso de Paysandú, Treinta y Tres, Rocha, San Carlos, Tacuarembó, Mercedes, Río Negro, Florida, Durazno, Flores, Lavalleja, departamentos en los que el equipo funciona en el hospital.^{5,17}

Unidad de hospitalización (corta y mediana estadía)

En la que ingresan pacientes enviados desde emergencia o desde el equipo de atención ambulatoria. Son atendidos por el equipo de SM de sala, que en ocasiones coincide total o parcialmente con el de atención ambulatoria. En el caso de la problemática que nos ocupa, estaría indicado para las situaciones de mayor gravedad que no respondan al tratamiento ambulatorio o estén en situación de riesgo.¹⁷

Hospital de día

El hospital de día es un dispositivo de alternativa clínica especializada de alta resolutivez para hospitalización diurna de personas en períodos de crisis y descompensaciones.

Recursos humanos especializados en salud mental

Equipo *especializado* en salud mental

Equipo interdisciplinario de carácter especializado en SM que realiza la atención a personas con problemas de SM que exceden la capacidad resolutivez del equipo básico de salud. Atiende la población derivada desde el primer nivel general. Puede realizar su tarea en cualquiera de los dispositivos mencionados anteriormente. En muchos casos el mismo equipo realiza la atención en la hospitalización, en la atención ambulatoria y algunos de sus integrantes en los dispositivos de rehabilitación. Hay al menos un equipo en cada departamento en general en la capital departamental.

Integración de los equipos especializados en salud mental

- ♦ Psiquiatra
- ♦ Psiquiatra pediátrico
- ♦ Licenciado en Psicología
- ♦ Auxiliar de Enfermería
- ♦ Licenciado en Trabajo Social

- ♦ Administrativo
- ♦ Algunos equipos tienen licenciado en Enfermería

Algunos equipos cuentan con profesionales como fonoiatra o psicomotricista u otros técnicos que trabajan en rehabilitación.

Profesionales de SALUD MENTAL en equipos generales de salud⁵

En este caso se trata de profesionales integrados a dispositivos de atención general de primer y segundo nivel, sin ser parte de un equipo especializado en SM.

Diferencias en el uso de los términos. Nomenclatura propuesta para el trabajo

En los textos y en los talleres frecuentemente al hablar de la atención de la SM se refiere a la atención por recursos humanos o dispositivos especializados. No hay una definición consensuada de las competencias de los diferentes recursos en la respuesta a los problemas y eso conlleva a que cada equipo participante resuelva según su experiencia.

El objetivo de este trabajo, que realizamos juntos, es justamente avanzar en la definición de competencias y trayectorias en la atención. Por lo tanto, proponemos definiciones a ser usadas por todos los participantes.

Atención de salud mental en el primer nivel de atención

Es la realizada por el equipo básico del PNA. Cuando se recurre a la consulta con un profesional especializado, sea este licenciado en Psicología o licenciado en Trabajo Social que estén vinculados al EBPN por formar parte del equipo de soporte, se menciona como tal.

La consulta con el equipo de SM o con cualquiera de los profesionales que integran dicho equipo o la consulta con psiquiatra de la policlínica hospitalaria siempre es *consulta especializada*.

En la situación actual muchos equipos especializados en SM son puerta de entrada al sistema de atención; en la propuesta de PAI la puerta de entrada es el EBPN o la emergencia.

Definición y ubicación del equipo especializado en salud mental

El equipo especializado en salud mental se define por su integración multidisciplinaria con profesionales del área específica de salud mental y por la población y tipo de problemas que debe atender.

La realidad de los diferentes territorios los ubica en diferentes dispositivos:

Centros de salud del primer nivel (sobre todo en Región Sur)

Hospital general (la mayor parte de los departamentos del interior)

Centro de salud mental generalmente nominados como Centros de Rehabilitación, pese a que en su tarea integran atención ambulatoria, talleres, etc. (Salto, Artigas, etc.)

3. Vínculos a páginas de interés para profesionales

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS): <https://webs.ucm.es/info/seas/ta/index.htm>

Productos sobre ansiedad del National Institute for Health and Care Excellence (NICE-UK) www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions/anxiety

4. Vínculos a páginas de interés para la población general

www.nimh.nih.gov/health/publications/spanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/pdf-sqf-16-4677_150382.pdf

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D. C.: OPS; 2018.
2. **Alemán A (coord.), Alegretti M, Cavalleri F, Colistro V, Colomar M, Zitko P**. Estudio de carga global de enfermedad 2010 [Internet] Montevideo: Ministerio de Salud Pública, PPENT; 2015 [citado 01 junio 2020]. Disponible en: www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estudio-carga-global-enfermedad
3. **Etchebarne L**. Atención Primaria de Salud y Primer Nivel de Atención. En: Etchebarne L. Temas de Medicina preventiva y social. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2001, pp. 75-82.
4. **Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A**. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet]. 2011; 33(1):7-11. [citado 1 julio 2019]. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es
5. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental [Internet]. Santiago de Chile; 2016 [citado 1 julio 2019]. Disponible en: www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf
6. **Arcelay A, Bacigalupe MT, de la Puerta E, Días G, García M, González MG, et al.** Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Vitoria: Eusko Jaularitza-Gobierno Vasco; 1999.
7. **Lorenzo Martínez S, Mira Solves JJ, Moracho del Río O**. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. [Internet] [citado 1 julio 2019] Disponible en: http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
8. **Thornicroft G, Tansella M**. La mejora de la atención de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2014.
9. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: MEDITOR; 1996.
10. **Alvano S**. Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Aspectos neurobiológicos, clínicos y terapéuticos. Buenos Aires: SIIC; 2016.
11. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017.
12. **Hamilton MC**. Diagnosis and rating of anxiety. Br J Psychiatr 1969; 3:76-79.
13. **Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al.** Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin 2002; 118(13):493-9. doi: 10.1016/S0025-7753(02)72429-9
14. **García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, et al.** Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health Qual Life Out 2010; 8:8. doi: 10.1186/1477-7525-8-8
15. **Díaz del Peral D (coord.), Aragón Ortega J, Aranda Regules JM, Bellón Saameño JA, Bordallo Aragón A, Cantero Ortiz L, et al.** Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado [Internet] Sevilla: Junta de Andalucía; 2011 [citado 1 julio 2019]. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d163e3_ansiedad_depresion_somatizacion.pdf
16. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División de Recursos Humanos del SNIS. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Montevideo: MSP; 2010. DT 01/14.
17. **Romano Fuzul S, Porteiro MF, Novoa MG, López Mesa G, Barrios M, García Rampa M, et al.** Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud. Rev Psiquiatr Urug 2018; 82(1):22-42.