

El papel de los médicos de familia en la provisión de intervenciones no farmacológicas (NDI) para trastornos de salud mental en atención primaria



RESUMEN DE LAS HABILIDADES RECOMENDADAS

Ser capaz de demostrar la escucha activa y las habilidades interpersonales clínicas para mostrar calidez, interés, respeto, empatía y apoyo

- Lenguaje corporal atento: expresiones faciales, contacto visual, gestos para mostrar compromiso e interés
- Habilidades siguientes: preguntas abiertas para facilitar que el paciente cuente su historia, silencios atentos, respuestas de facilitación, captar las señales o pistas
- Habilidades de reflexión: parafrasear, resumir o repetir lo que se ha dicho aclarar y mostrar comprensión, reflejar sentimientos de apoyo

Ser capaz de evaluar de manera efectiva el estado psicosocial de un paciente, p.ej, usando la técnica BATHE

- B (*Background*) Antecedentes: p.ej "¿Qué está pasando en su vida?", "¿Dígame qué ha estado pasando?"
- A (*Affect*) . Afectación: p.ej."¿Cómo le hace sentir eso?", "¿Cómo le ha afectado eso?"
- T (*Trouble*) Problema: p. "¿Qué le preocupa de esto?", "¿Qué es lo que más le molesta de la situación?"
- H (*Handling*) Manejo: p. "¿Cómo lo está llevando eso?", "¿Cómo ha estado llevando este problema?"
- H (*Empathy*) Empatía: Instile esperanza expresando su comprensión de lo que el paciente está pasando p.ej. "Me imagino que podría ser / puede ser difícil", "Parece que está pasando por un montón de dificultades"

Ser capaz de proporcionar psicoeducación

- Ser capaz de proporcionar psicoeducación sobre la fisiopatología, el efecto en la salud y los diversos tratamientos de la depresión, la ansiedad y los ataques de pánico.
- Ser capaz de explicar el ciclo del sueño y su efecto en la salud mental
- Ser capaz de proporcionar instrucciones sobre la higiene del sueño.

Ser capaz de enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés

- Ser capaz de enseñar ejercicios de respiración lenta
- Ser capaz de enseñar relajación muscular progresiva
- Ser capaz de promover y apoyar a los pacientes a practicar relajación guiada, meditación y / o intervenciones basadas en mindfulness

Ser capaz de incorporar principios de activación del comportamiento en el plan terapéutico

- Poder negociar con el paciente para construir un plan de actividades centrado en el mismo paciente
- Ser capaz de alentar y motivar a un paciente para que se mantenga involucrado en actividades placenteras y actividades que pueden mejorar la autoestima y la autoeficacia
- Ser capaz de motivar a los pacientes a mantenerse activos físicamente al mantener o aumentar su actividad física.
- Ser capaz de ayudar a los pacientes a fortalecer sus apoyos sociales

Ser capaz de apoyar a los pacientes en el uso de tratamientos psicológicos basados en Internet

- Ser capaz de facilitar y apoyar a los pacientes usando terapias psicológicas guiadas por Internet como la técnica cognitivo-conductual.

Ser capaz de capacitar a los pacientes para que se conviertan en mejores solucionadores de problemas

- Ser capaz de facilitar a los pacientes identificar problemas específicos de la vida asociados con problemas psicológicos y / o síntomas somáticos
- Ser capaz de guiar a los pacientes para establecer objetivos específicos y alcanzables
- Ser capaz de ayudar a los pacientes a pensar en posibles soluciones y sopesar sus pros y sus contras.
- Ser capaz de capacitar a los pacientes para decidir e implementar un plan de acción realista, y para revisar los resultados

Herramientas para Intervenciones no Farmacológicas (NDI)

Habilidades	Recursos
Habilidades interpersonales clínicas	
<i>Escucha activa</i>	http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2005/200512/200512robinson.pdf
<i>Técnica BATHE</i>	http://primhe.org.uk/documents/relavent_docs/BATHE_technique.pdf
<i>Habilidades de comunicación</i>	https://www.each.eu/teaching/resources/
Psicoeducación	
<i>Depresión</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/
<i>Ataques de pánico</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety
<i>Sueño</i>	https://sleep.org/ https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene
<i>iCBT</i>	http://www.racgp.org.au/afp/2013/november/cbt/ Cada uno de los siguientes sitios ofrece acceso y orientación a médicos. • MoodGYM (https://moodgym.anu.edu.au/welcome) es un programa gratuito de capacitación en línea desarrollado por el Centro de Investigación de Salud Mental, Universidad Nacional de Australia. Utiliza CBT y terapia interpersonal. MoodGYM está disponible en varios idiomas. • Centro THIS WAY UP (https://thiswayup.org.au/clinic/) ofrece varios cursos desarrollados por el personal de la Unidad Clínica de Ansiedad y Depresión en el Hospital de San Vicente de Sydney y la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva Gales del Sur. Los pacientes requieren una derivación del médico de familia y hay una pequeña tarifa. El progreso puede ser monitoreado por el médico de familia. Los cursos disponibles incluyen depresión, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno mixto de ansiedad y depresión mixta. Los médicos tienen acceso gratuito.
Ejercicios de relajación	
<i>Respiración tranquila</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFbwI0 (YouTube video)
<i>Relajación muscular progresiva</i>	http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf
Activación del comportamiento	
<i>Programación de actividad</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html
<i>Prescripción de ejercicio</i>	https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf
Terapia de resolución de problemas	
	http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16
Manuales de formación y guías	
<i>mhGAP Guía de intervención - Version 2.0</i>	http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
<i>Pensamiento saludable</i>	http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/
<i>Problem Management Plus (PM+)</i>	http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

Terapia Interpersonal	http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/
Terapia de Resolución de Problemas	Weel-Baumgarten, E. van, Mynors-Wallis, L., Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). Manual de capacitación para la prevención de la enfermedad mental: manejo de los síntomas emocionales y problemas en atención primaria. Nijmegen: Radboud University of Nijmegen. http://uwaims.org/files/pst/PST-PC_Manual.pdf
Modelo de Atención Colaborativa	American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine. Diseminación de atención integrada en entornos de atención primaria para adultos. El Modelo de Atención Colaborativa 2016 https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Integrated-Care/APA-APM-Dissemination-Integrated-Care-Report.pdf
Atención a Las Personas con Malestar Emocional Relacionado con -Condicionantes Sociales en Atención Primaria de Salud (en Español) https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf	

Introducción

Los trastornos de salud mental comunes, como la depresión y la ansiedad, afectan hasta al 15% de la población en un momento dado.¹ La Carga Global de Enfermedades de 2010 encontró que los trastornos depresivos mayores representaron el 8,2% de los años globales vividos con discapacidad (AVD) lo que representa la segunda causa principal de AVDs después de la enfermedad cardiovascular.² Hasta la fecha, el método más común utilizado para tratar los trastornos de salud mental en la atención primaria han sido con medicamentos psicotrópicos³ a pesar del hecho de que los tratamientos no farmacológicos a menudo son preferidos por los pacientes¹ y que se ha demostrado que son efectivos⁴. La derivación de pacientes para tratamientos psicológicos puede ser difícil debido al acceso limitado a terapeutas cualificados y a posibles barreras para los pacientes, como el tiempo y el estigma.⁵

Las posibilidades de proporcionar tratamientos psicológicos que son menos intensivos en recursos, pero accesibles, asequibles y no estigmatizadores para los pacientes son de gran importancia para la atención primaria.^{6,7}

El entorno de atención primaria es el punto de entrada para la mayoría de las personas en el sistema de salud y los médicos de familia están bien situados para ofrecer intervenciones de salud mental debido a la relación longitudinal y la confianza que tienen con los pacientes y sus familias, a su capacidad para responder a problemas indiferenciados, al uso de un modelo biopsicosocial y a su capacidad para integrar la atención de los problemas físicos y mentales.⁸

Los problemas de salud mental que con más frecuencia se encuentran los médicos de familia incluyen el malestar psicosocial, el duelo, el trastorno del ánimo con síntomas subumbrales, los trastornos reactivos, los trastornos depresivos unipolares leves y moderados y los trastornos de ansiedad, que pueden ser de suficiente gravedad para perjudicar el funcionamiento diario o la calidad de vida relacionada con la salud. Tales problemas pueden representar tanto como el 30% de las consultas en atención primaria.^{9,10} En muchos entornos de atención primaria, la atención habitual para la depresión y la ansiedad generalmente implica una escucha empática, la provisión de algún tipo de asesoramiento de apoyo informal,

La prescripción de medicamentos psicotrópicos (generalmente antidepresivos), un certificado médico para la baja laboral si fuera necesario y / o una derivación a un servicio de salud mental.^{11,12} La evidencia de varios metanálisis ha encontrado que la efectividad de los antidepresivos sobre el placebo parece ser mínima o

inexistente en los casos de depresión leve o moderada, pero puede ser más sustancial en pacientes con depresión muy grave.¹³⁻¹⁵

la relación riesgo-beneficio para los antidepresivos es razonablemente mala para la mayoría de los pacientes de atención primaria que tienden a tener síntomas leves a moderados cuando se comparan con los efectos adversos de los fármacos, asociados con tolerabilidad y abstinencia.^{15 16} Las pautas de NICE recomiendan evitar el tratamiento farmacológico a menos que haya un antecedente de depresión moderada o grave que persiste después de que se hayan realizado otras intervenciones o por la persistencia de síntomas que han estado presentes durante un período prolongado, por lo general, al menos dos años.¹⁷

Las intervenciones no farmacológicas para problemas comunes de salud mental pueden tomar una variedad de formas que van desde técnicas de comunicación interpersonal clínicas de apoyo y empáticas e intervenciones psicosociales de baja intensidad que cualquier médico de familia puede brindar hasta terapias psicológicas más intensivas proporcionadas por terapeutas capacitados. El objetivo de este documento de orientación es ayudar a crear conciencia sobre

el papel de las intervenciones no farmacológicas (NDI) en el tratamiento de los trastornos de salud mental comunes, y para alentar a los médicos de familia a incorporar estos tratamientos basados en la evidencia en su práctica habitual.

Nuestro grupo de trabajo de salud mental de WONCA (WWPMH) ha reunido evidencia de la literatura para hacer recomendaciones sobre cómo promover el uso de NDI con un enfoque en las necesidades de capacitación de los médicos de familia y recomendaciones sobre modelos de prestación de servicios relevantes para la atención primaria.

Recomendaciones sobre los tipos de habilidades que necesitan los médicos de familia

1. Habilidades interpersonales clínicas

Las habilidades interpersonales son una parte importante e integral de la práctica de la buena medicina. Existe una gran cantidad de evidencia que respalda el valor de los atributos y habilidades centrales, como mostrar empatía¹⁸⁻²¹, compasión²² y poder brindar apoyo al paciente. Estas competencias son relevantes no solo para reducir la angustia del paciente, sino que los estudios también han encontrado que los médicos que poseen y demuestran tales habilidades son más efectivos. Los pacientes tienen mayor fe en sus doctores y están más dispuestos a adherirse a sus tratamientos, lo que resulta en un mejor bienestar mental y físico.^{23, 24} Se han demostrado técnicas como el método Cambridge-Calgary²⁵ que enfatiza las habilidades auditivas activas y la técnica BATHE^{26 27} que evalúa el estado psicosocial de un paciente, como métodos que pueden hacer que las consultas de atención primaria sean más efectivas y proporcionen una mayor satisfacción del paciente.^{25, 28} Idealmente, esto debería hacerse en un ambiente tranquilo y sin perturbaciones.

Los estudios han demostrado que la capacitación formal de médicos y estudiantes de medicina es efectiva.²⁵ Se encontró que un programa educativo en comunicación consciente mejora la empatía y la atención centrada en el paciente, y reduce el agotamiento²⁹; los médicos de familia participantes informaron haber mejorado la capacidad de escuchar a fondo las inquietudes del paciente y desarrollar sus propias reservas adaptativas³⁰. Los módulos de capacitación sobre empatía en la educación médica de posgrado han demostrado un impacto significativo en las puntuaciones de empatía según la valoración de los pacientes.³¹

Competencias recomendadas

Ser capaz de demostrar la escucha activa y las habilidades interpersonales clínicas para mostrar calidez, interés, respeto, empatía y apoyo

- Lenguaje corporal atento: expresiones faciales, contacto visual, gestos para mostrar compromiso e interés
- Habilidades siguientes: preguntas abiertas para facilitar que el paciente cuente su historia, silencios atentos, respuestas de facilitación, captar las señales o pistas
- Habilidades de reflexión: parafrasear, resumir o repetir lo que se ha dicho aclarar y mostrar comprensión, reflejar sentimientos de apoyo

Ser capaz de evaluar de manera efectiva el estado psicosocial de un paciente, p.ej, usando la técnica BATHE

- B (*Background*) Antecedentes: p.ej "¿Qué está pasando en su vida?", "¿Dígame qué ha estado pasando?"
- A (*Affect*) . Afectación: p.ej. "¿Cómo le hace sentir eso?", "¿Cómo le ha afectado eso?"
- T (*Trouble*) Problema: p. "¿Qué le preocupa de esto?", "¿Qué es lo que más le molesta de la situación?"
- H (*Handling*) Manejo: p. "¿Cómo lo está llevando eso?", "¿Cómo ha estado llevando este problema?"
- H (*Empathy*) Empatía: Instile esperanza expresando su comprensión de lo que el paciente está pasando p.ej. "Me imagino que podría ser / puede ser difícil", "Parece que está pasando por un montón de dificultades"

2. Habilidades en la provisión de intervenciones psicosociales de baja intensidad

Las intervenciones psicológicas de baja intensidad se refieren a intervenciones que no dependen de especialistas en salud mental y pueden consistir en terapias breves, modificadas y basadas en la evidencia, incluida la autoayuda guiada o los programas en internet (e-salud mental) .³² Tienden a ser trans-diagnósticas (se pueden usar para cualquier tipo de trastorno de salud mental común) con un enfoque principal en mejorar la autoeficacia de los pacientes.³³ Las intervenciones basadas en evidencia incluyen psicoeducación, manejo del estrés y técnicas de relajación, activación del comportamiento, terapia cognitiva conductual (ya sea en formato individual o grupal) y terapia de resolución de problemas. La capacitación de habilidades psicosociales de baja intensidad puede incorporarse de manera factible en los currículos de la facultad de medicina, incluso cuando el tiempo curricular es limitado³⁴.

2.1. Psicoeducación

Descripción

Psicoeducación se refiere a cualquier intervención educativa ofrecida a las personas (y sus familias) para ayudar a empoderarlos para mejorar su salud. La psicoeducación puede ayudar a reducir el estigma, la autocomprensión y las barreras al tratamiento. Los objetivos clave de la psicoeducación son:

- Transferencia de conocimiento (por ejemplo, fisiopatología o la causa de la enfermedad, educación sobre tratamientos)
- Promover la comprensión (por ejemplo, para comprender qué puede empeorar o mejorar las cosas),
- Apoyar el tratamiento (por ejemplo, para mejorar el cumplimiento),
- Promover la autoayuda (por ejemplo, qué hacer si ocurre una crisis).

Evidencia

Un meta-análisis encontró que las intervenciones psicoeducativas breves para la depresión y el estrés psicológico pueden reducir los síntomas y son fáciles de implementar como una intervención inicial para el estrés psicológico o la depresión en la atención primaria.³⁵ Los estudios han encontrado que la psicoeducación puede ayudar a prevenir y reducir el riesgo de recaída de la depresión.³⁵⁻³⁷

La evidencia actual sugiere que si bien la calidad de la psicoeducación proporcionada es importante, la forma en que se realice parece ser menos importante (por ejemplo, folletos de información del paciente, discusión cara a cara, clases grupales)³⁵ Esto significa que incluso en un entorno de consulta de atención primaria muy ocupada los médicos de familia pueden proporcionar psicoeducación promoviendo la autoayuda individualizada (por ejemplo, aconsejando a los pacientes la lectura de libros o el acceso a sitios web o entregando folletos de educación) o remitiendo a los pacientes a clases grupales de psicoeducación.

Habilidades recomendadas

- Ser capaz de proporcionar psicoeducación sobre la fisiopatología, el efecto en la salud y los diversos tratamientos de la depresión, la ansiedad y los ataques de pánico.
- Ser capaz de explicar el ciclo del sueño y su efecto en la salud mental
- Ser capaz de proporcionar instrucciones sobre la higiene del sueño.

2.2. Manejo del estrés y técnicas de relajación

Descripción

El estrés, especialmente el relacionado con el trabajo, es un desencadenante común para los problemas de salud que se presentan a la atención primaria.³⁸ Existe una línea de investigación que conecta el estrés con problemas de salud física tales como enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, obesidad, inmunidad debilitada e infertilidad a través de alteraciones de el eje hipotálamo-hipófisis y el aumento de los niveles de cortisol, así como a enfermedades mentales como la depresión.³⁹⁻⁴¹ Dado el impacto negativo del estrés, es importante para los médicos de familia que estén familiarizados con el manejo del estrés y las técnicas de relajación comúnmente usadas y ser capaces de enseñarlas a sus pacientes.

Evidencia

Hay muchas técnicas de manejo del estrés basadas en la evidencia que pueden ayudar a reducir la angustia psicológica. Los ejemplos incluyen ejercicios de respiración lenta o diafragmática, relajación muscular progresiva, imágenes guiadas o meditación guiada y reducción del estrés basada en Mindfulness (MBSR).⁴² Las técnicas de manejo del estrés son habilidades clínicas útiles para los médicos de familia ya que son

aplicables no solo a personas enfermas o bajo angustia, sino también a individuos sanos para la promoción de la salud.

Un artículo de revisión sobre técnicas de reducción del estrés encontró que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y contribuir a la reducción de síntomas físicos y psicológicos, y que las mismas técnicas pueden ser terapéuticas para los proveedores de atención médica y ayudar a mejorar sus interacciones con los pacientes. Un reciente estudio piloto holandés sobre la reducción del estrés basada en la atención para médicos generales ha encontrado efectos positivos en la dedicación, la atención plena y la compasión.⁴³ La intensidad del entrenamiento para estas técnicas puede variar desde una sesión de medio día hasta cursos de 8-12 semanas.

Habilidades recomendadas

- Ser capaz de enseñar ejercicios de respiración lenta
- Ser capaz de enseñar relajación muscular progresiva
- Ser capaz de promover y apoyar a los pacientes a practicar relajación guiada, meditación y / o intervenciones basadas en mindfulness

2.3. Activación conductual

Descripción

La activación conductual es un proceso terapéutico que enfatiza las actividades planificadas que ayudan a aumentar los comportamientos que pueden producir mejoras en los pensamientos, el estado de ánimo y la calidad de vida en general.⁴⁴ El objetivo de la activación del comportamiento es estructurar las actividades en las llamadas distracciones positivas y en actividades para mejorar el estado de ánimo. Estas actividades tienen como objetivo aumentar las actividades placenteras, mejorar las interacciones sociales, promover un mejor sueño y mejorar la autoestima. Ayuda a mejorar el estado de ánimo al reducir la reflexión del empeoramiento del estado de ánimo a la vez que promueve pensamientos y sentimientos de refuerzo positivos⁴⁴

Evidencia

La activación conductual está dirigida predominantemente a pacientes que pueden estar deprimidos, retraídos socialmente o que tienen una baja autoestima.^{45 46} Esto puede ser particularmente importante en los ancianos que son propensos al aislamiento social debido a la enfermedad física.⁴⁷ Existe alguna evidencia de que puede también ser eficaz para la ansiedad.⁴⁸ El ejercicio (por sí solo o incorporado a un plan de actividad) también debe ser promovido de forma rutinaria por los médicos de familia. Una revisión Cochrane encontró que el ejercicio es moderadamente más efectivo que una intervención de control para reducir los síntomas de la depresión, y tan efectivo como los tratamientos psicológicos o farmacológicos.⁴⁹ En un ECA de 2016, Hallgren descubrió que el ejercicio es beneficioso para la depresión, incluso cuando es ligero (yoga y estiramiento) en lugar de moderado y vigoroso y cuando se realiza una vez por semana.⁵⁰ Además, puede haber beneficios cardiovasculares y metabólicos para los pacientes con depresión.

La incorporación de un plan de actividades es factible en una consulta rutinaria de atención primaria.⁵¹ Un médico puede ayudar a guiar a su paciente a elaborar un cronograma de actividades planificadas. Estas

actividades deben negociarse utilizando un enfoque centrado en el paciente para mejorar el cumplimiento y la eficacia en el alivio de los síntomas del estado de ánimo. Las actividades pueden incluir elementos esenciales del día a día (bañarse, ir de compras, comer y dormir) con la incorporación de actividades sociales (por ejemplo, almuerzo con un amigo), actividades placenteras (por ejemplo, caminar, ver una película) y actividades que pueden promover la autoestima (ej. jardinería, trabajo de voluntario). Los pacientes deben ser alentados a permanecer comprometidos con el plan establecido y activos, incluso si no tienen ganas de hacerlo.

Habilidades recomendadas

- Poder negociar con el paciente para construir un plan de actividades centrado en el mismo paciente
- Ser capaz de alentar y motivar a un paciente para que se mantenga involucrado en actividades placenteras y actividades que pueden mejorar la autoestima y la autoeficacia
- Ser capaz de motivar a los pacientes a mantenerse activos físicamente al mantener o aumentar su actividad física.
- Ser capaz de ayudar a los pacientes a fortalecer sus apoyos sociales

2.4. Tratamientos psicológicos basados en Internet, p.ej iCBT

En muchos países, las terapias basadas en internet, como la terapia cognitiva conductual (iCBT), están recibiendo atención significativa como una forma de ampliar la prestación de servicios psicológicos y se ha demostrado que son tan efectivas como la CBT tradicional. Una revisión de 2012 sobre tratamientos psicológicos basados en Internet descubrió que las intervenciones de iCBT son efectivas y proporcionan una alternativa importante a los tratamientos psicológicos cara a cara, pero que guiar los tratamientos de iCBT (ya sea por el médico de familia u otro profesional sanitario) resulta ser más efectivo que los tratamientos no guiados. El contacto antes y / o después del tratamiento puede mejorar tanto el iCBT. guiado como el no guiado.⁵²

Habilidades recomendadas

- Ser capaz de facilitar y apoyar a los pacientes usando terapias psicológicas guiadas por Internet como la técnica cognitivo-conductual

Ejemplos de iCBT

- Gimnasio de humor (mood gym) : <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
- De esta manera (This Way Up) : <https://thiswayup.org.au/how-we-can-help/internet-delivered-cognitivebehaviour-therapy/>

2.5. Terapia de resolución de problemas (PST)

Descripción

La terapia de resolución de problemas (PST) es una intervención psicológica enfocada que ayuda a los pacientes a desarrollar habilidades de resolución de problemas que se pueden aplicar a problemas de la vida asociados con síntomas psicológicos y somáticos. Se puede usar para varios problemas psicológicos, como

depresión, ansiedad y trastornos del sueño. El objetivo es capacitar al paciente para identificar y resolver sus propios problemas guiándolos a través del proceso de resolución de problemas de una manera estructurada y secuencial.

Se ha desarrollado una versión abreviada para su uso en atención primaria que se puede administrar a través de una serie de cuatro a seis consultas de 15-30 minutos⁵³.

Evidencia

Se ha demostrado que el PST es tan eficaz como los medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la depresión mayor, para mejorar los síntomas y el funcionamiento social cuando lo proporcionan médicos de familia apropiadamente capacitados⁵⁴. Los médicos y enfermeras de atención primaria pueden aprender a proporcionar PST mediante un breve programa de capacitación.⁵⁵

Habilidades recomendadas

- Ser capaz de facilitar a los pacientes identificar problemas específicos de la vida asociados con problemas psicológicos y / o síntomas somáticos
- Ser capaz de guiar a los pacientes para establecer objetivos específicos y alcanzables
- Ser capaz de ayudar a los pacientes a pensar en posibles soluciones y sopesar sus pros y sus contras.
- Ser capaz de capacitar a los pacientes para decidir e implementar un plan de acción realista, y para revisar los resultados

Recomendaciones sobre modelos de prestación de servicios relevantes para la atención primaria

El Programa de Acción de Salud Mental de la OMS (mhGAP) ha desarrollado y evaluado un conjunto de manuales de capacitación para intervenciones psicológicas escalables para ayudar a desarrollar la capacidad de abordaje de la salud mental. Estos manuales fueron diseñados para capacitar a trabajadores de salud no especializados sin cualificaciones previas de salud mental. Estas intervenciones son particularmente relevantes para entornos donde el acceso a

los servicios son limitados y de gran necesidad, como en las comunidades afectadas por la adversidad.⁵⁶ Actualmente incluyen:

- Guía de intervención mhGAP - Versión 2.0 para trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias en entornos de salud no especializados

http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

- Pensamiento saludable: un manual para el manejo psicosocial de la depresión perinatal⁵⁷

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/

- Problem Management Plus (PM +): PM + es para adultos que padecen síntomas de problemas comunes de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, estrés o duelo), así como problemas prácticos autoidentificados (por ejemplo, desempleo, conflicto interpersonal). Utiliza un enfoque trans-diagnóstico que puede ser muy útil en la atención primaria, donde muchos presentan comorbilidad o diagnóstico no especificado. PM + integra técnicas de resolución de problemas y tratamiento conductual con un fuerte

énfasis en las técnicas conductuales (en oposición a las cognitivas), ya que son más fáciles de enseñar y aprender.⁵⁸

http://www.who.int/mental_health/emergencias/problem_management_plus/en/

- Orientación sobre la terapia interpersonal grupal (IPT): la OMS recomienda la terapia interpersonal (IPT) como tratamiento de primera línea para la depresión. La guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso de la terapia interpersonal (IPT) usa un protocolo grupal de 8 sesiones para su uso con facilitadores supervisados que pueden no haber recibido capacitación previa en salud mental⁵⁹.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

Modelo de Atención Colaborativa para la prestación de servicios de salud mental en atención primaria

En la última década, se ha demostrado que el Modelo de Atención Colaborativa descrito originalmente por Katon y colegas⁶⁰ mejora los resultados de los pacientes, ahorra dinero y reduce el estigma relacionado con la salud mental. El Modelo de Atención Colaborativa pone en práctica los principios del modelo de atención crónica⁶¹ de Wagner para mejorar el acceso a los tratamientos de salud mental basados en la evidencia para pacientes de atención primaria. Ayuda a normalizar y desestigmatizar los tratamientos para los trastornos de la salud del comportamiento y mejora el acceso de los pacientes al servicio.

En este enfoque de cuidado escalonado integrado basado en el equipo, los pacientes son guiados por un médico de atención primaria y otro profesional sanitario que actúa como administrador del caso. Un psiquiatra especialista se comunica generalmente con el administrador del caso para brindar asesoramiento sobre diagnóstico y tratamiento cuando los tratamientos de primera línea no son efectivos. La capacitación en atención colaborativa / integrada puede ayudar a optimizar la combinación de habilidades para mejorar los resultados de los problemas de salud mental en atención primaria.⁶² La Asociación de Psiquiatría / Academia de Medicina Psicosomática de los EEUU ha producido un informe que resume la evidencia sobre cómo implementar el Modelo de Atención Colaborativa para la salud mental en la atención primaria (ver el enlace al documento en la Caja de Herramientas de NDI).

Agradecimientos

Este documento de orientación fue producido por un grupo del Grupo de Trabajo WONCA para la Salud Mental (WWPMH), dirigido por el Dr. Weng Yee Chin de Hong Kong.

Los miembros de este grupo específico para la elaboración del documento incluyeron al Profesor Bruce Arroll (Nueva Zelanda), el Prof. Juan Manuel Mendive (España), el Dr. Donald Nease (EE. UU.), El Dr. Jinan Usta (Líbano), el Profesor Samuel Wong (Hong Kong) y el Profesor Christopher Dowrick (Reino Unido).

El grupo recibió comentarios valiosos sobre los temas contenidos en este documento de los diferentes miembros del WWPMH y de la Dra. Evelyn van Weel-Baumgarten (Presidenta de la Asociación Internacional de Comunicación en Salud, Dr. Henk Parmentier (Secretario de la Federación Mundial de Salud Mental), Profesor Gabriel Ivbijaro (Presidente de la Federación Mundial de Salud Mental), la Profesora Helen Hermann (Presidenta de la Asociación Mundial de Psiquiatría) y el Dr. Tarun Dua (Dirección de Salud Mental de la OMS).

El documento ha sido aprobado para su publicación en el sitio web de WONCA por el ejecutivo de WONCA.

Referencias

1. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists. Common mental health disorders: identification and pathways to care: RCPsych Publications 2011.
2. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
3. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of general psychiatry* 2001;58(1):55-61.
4. Farah WH, Alsawas M, Mainou M, et al. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *Evidence Based Medicine* 2016:ebmed-2016- 110522.
5. Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a metaanalysis: American Psychological Association, 2012.
6. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al. Perceived Barriers to Psychological Treatments and Their Relationship to Depression. *Journal of clinical psychology* 2010;66(4):394-409. doi: 10.1002/jclp.20659
7. Wells KB, Miranda J, Bauer MS, et al. Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. *Biological psychiatry* 2002;52(6):655-75.
8. Culppepper L. The active management of depression. *The Journal of Family Practice* 2002(September):769-76.
9. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272(22):1741-8.
10. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* 2005;15(4):357-76.
11. Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. *BMC Health Serv Res* 2007;7:190. doi: 10.1186/1472-6963-7-190 [published Online First: 2007/11/23]
12. Chin W, Chan K, Lam C, et al. Detection and management of depression in adult primary care patients in Hong Kong: a cross-sectional survey conducted by a primary care practice-based research network. *BMC Family Practice* 2014;15(1):30.
13. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 2010;303(1):47-53.
14. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5(2):e45.
15. Arroll B, Chin W, Matris W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care* 2016;8(4):325-34.
16. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 2006;74(3):449-56.
17. Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition); 2010. British Psychological Society.
18. van Osch M, Sep M, van Vliet LM, et al. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology* 2014;33(11):1382-90. doi: 10.1037/hea0000097
19. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, et al. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC family practice* 2012;13(1):6.
20. Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, et al. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine* 2016;14(2):117-24.
21. Bensing JM, Verheul W. The silent healer: The role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling* 2010;80(3):293-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.033>
22. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine* 2012;19(5):252-57.

23. van Os TW, van den Brink RH, Tiemens BG, et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of affective disorders* 2005;84(1):43-51.
24. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012;87(9):1243-49.
25. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients: CRC Press 2016.
26. Leiblum SR, Schnall E, Seehuus M, et al. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-* 2008;40(6):407.
27. Searight HR, Searight HR. Efficient counseling techniques for the primary care physician. *Primary Care; Clinics in Office Practice*;34(3):551-70.
28. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician* 2005;34(12):1053.
29. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama* 2009;302(12):1284-93.
30. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine* 2012;87(6):815-19.
31. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, et al. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine* 2012;27(10):1280-86.
32. Rodgers M, Asaria M, Walker S, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. 2012
33. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, et al. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine* 2010;8(1):38.
34. Chin W-Y, Lam C, Wong C. Development of a tool to assess the impact of a brief counseling curriculum: Validation of the Attitudes to Psychological Interventions and Counseling in Primary Care (APIC-PC) survey. *Patient Education and Counseling* 2011;85(3):481-86. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.023
35. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009;7(1):79. doi: 10.1186/1741-7015-7-79
36. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, et al. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical psychology review* 2009;29(5):449-58.
37. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry* 2011;65(6):354-64.
38. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005. Mental health: facing the challenges, building solutions Report from the WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005; 2005. World Health Organization.
39. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology* 2008;583(2):174-85.
40. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection—a meta-analysis of prospective studies. *Psychosomatic medicine* 2010;72(8):823-32.
41. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social science & medicine* 1997;45(11):1679-704.
42. Varvogli L. Stress management techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal* 2011
43. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66(643):e99-e105.
44. Hopko DR, Lejuez C, Ruggiero KJ, et al. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review* 2003;23(5):699-717.
45. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009;16(4):383-411.
46. Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al. Behavioural activation for depression; an

- update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PloS one* 2014;9(6):e100100.
47. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. . *BMJ* 2006;332:259-63.
48. Hopko DR, Robertson S, Lejuez C. Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today* 2006;7(2):212.
49. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama* 2014;311(23):2432-33.
50. Hallgren M, Vancampfort D, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the "pill" is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:2715-21.
51. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review* 2007;27(3):318-26.
52. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2012;12(7):861-70. doi: 10.1586/ern.12.63
- WONCA Working Party for Mental Health Guidance Paper 2017-10-10
53. Mynors-Wallis L. Problem-solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide: Oxford University Press 2005.
54. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J* 2000;320:26-30.
55. van Weel-Baumgarten E, Jane-Liapis E, Mynors-Wallis L, et al. Prevention of Mental Illness in primary care. *European Journal of General Practice* 2005;11(3-4):92-93. doi: 10.3109/13814780509178246
56. World Health Organization. Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a new area of mental health and psychosocial work at WHO. 2017
57. World Health Organization. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. 2015
58. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 2015;14(3):354-7. doi: 10.1002/wps.20255
59. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2006;188:567-73. doi: 10.1192/bjp.188.6.567
60. Katon WJ, Seelig M, Katon WJ, et al. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2008;50(4):459-67.
61. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q* 1996;4(2):12 - 25.
62. Funk M, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care a global perspective. Geneva [etc.]. [World health organization (WHO) [etc.]]. 2008