

Saúde Mental e Atención Primaria



XUNTA
DE GALICIA

XUNTA DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Servicio Galego de Saúde

Edita:

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental
Santiago de Compostela, 2026

Autoría e colaboracións

Autoría: Grupo de traballo (por orde alfabética)

Arrojo Romero, Manuel. Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Casas Losada, Alfonso José. Psiquiatra. Xefe do Servizo de Psiquiatría, Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Díaz Pereira, Almudena. Subdirectora xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Martínez García, Mónica. Enfermeira. Unidade de Procesos de Enfermería. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Méndez Iglesias, María del Carmen. Traballadora social. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Pazos Crespo, Patricia. Médica de familia. Subdirectora xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Pérez Rodríguez, Natalia. Médica de familia. Área Sanitaria de Vigo.

Reguillo Calero, Purificación. Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Sánchez Casales, Antía. Psicóloga. Técnica da Subdirección Xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Sánchez Edreira, Lidia. Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Ferrol.

Sancho Díaz, María del Henar. Psiquiatra. Área Sanitaria de Vigo.

Sangiao Novio, Inmaculada. Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Santos Rivas, Mónica. Psicóloga clínica. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Sardiña Agra, Javier. Psicólogo clínico. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Triñanes Pego, Yolanda. Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración Psicosocial e Trastorno Mental Grave. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Dirección

Silva Tojo, Alfredo. Director xeral de Asistencia Sanitaria.

Coordinación

Arrojo Romero, Manuel. Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. Coordinador asistencial de Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Díaz Pereira, Almudena. Subdirectora xeral de Atención á Saúde Mental. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Triñanes Pego, Yolanda. Psicóloga. Xefa do Servizo de Atención á Saúde Mental e Integración psicosocial e Trastorno Mental Grave. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Revisión externa

Berdullas Barreiro, José. Psicólogo clínico. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. En representación do COPG.

Carrera García, Álvaro. Enfermeiro especialista en enfermería familiar e comunitaria. Centro de saúde Valle Inclán (Ourense). Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras. En representación da AGEFEC.

Cerecedo Pérez, María Jesús. Médica especialista en medicina familiar e comunitaria. Centro de saúde Santa Cruz (Oleiros). Área Sanitaria da Coruña e Cee. En representación de AGAMFEC.

Crespo Iglesias, José Manuel. Psiquiatra. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC). En representación da AGP.

González Cid, María. Enfermeira especialista en saúde mental. Hospital de Día de Saúde Mental. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). En representación da AEESME.

González Martínez, Belén. Enfermeira especialista en enfermería familiar e comunitaria. Centro de saúde Valle Inclán (Ourense). Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras. En representación da AGEFEC.

González Rodríguez, Marta. Psicóloga clínica. Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos. En representación de APCS.

Hernández Fernández, Antonio. Saúde Mental FEALES Galicia.

Manchado Enseñat, Julia. Médica especialista en medicina familiar e comunitaria. Área Sanitaria da Coruña e Cee. En representación de AGAMFEC.

Portela Romero, Manuel. Médico especialista en medicina familiar e comunitaria. Centro de saúde Concepción Arenal (Santiago de Compostela). Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza. En representación da SEMERGEN.

Rodríguez Sierra, Mariam. Traballadora social. Área Sanitaria da Coruña e Cee. En representación da AETSyS.

Valiño Rodríguez, Nuria. Traballadora social. Unidade de Hospitalización de Agudos. HADO. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC). En representación da AETSyS.

Sociedades colaboradoras

Membros destas sociedades e asociacións participaron na revisión externa:

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS, pola súa sigla en castelán)

Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC)

Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC)

Asociación Galega de Psiquiatría (AGP)

Asociación de Psicología Clínica do Servizo Galego de Saúde (APCS)

Colexio Oficial de Psicología de Galicia (COPG)

Saúde Mental FEAFES Galicia

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria–Galicia (SEMERGEN Galicia)

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBXECTIVOS.....	10
2.1. OBXECTIVOS XERAIS.....	10
2.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. METODOLOXÍA.....	12
4. DEFINICIÓN DO MODELO ORGANIZATIVO.....	13
4.1. MODELO DE INTERVENCIÓN.....	13
4.2. ESTRUTURA.....	13
4.3. PRINCIPAIS FUNCIÓNS DOS PROFESIONAIS IMPLICADOS.....	13
5. POBOACIÓN DESTINATARIA.....	17
5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
6. PROCEDEMENTO E CIRCUÍTO DE DERIVACIÓN.....	18
6.1. CIRCUÍTO ASISTENCIAL DENTRO DOS SERVIZOS DE AP.....	18
7. CARTEIRA DE SERVIZOS E INTERVENCIÓNS.....	20
7.1. CRIBADO, AVALIACIÓN INICIAL E “VIXILANCIA ACTIVA”.....	20
7.2. INTERVENCIÓNS DE APOIO PREVIO AO TRATAMENTO PSICOLÓXICO.....	20
7.3. TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS.....	20
7.4. CANLE/MEDIO.....	21
7.5. ESTRATEXIAS COMPLEMENTARIAS.....	21
8. ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO.....	22
9. AVALIACIÓN DO PROGRAMA.....	24
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
11. ANEXOS.....	28
ANEXO I: CUESTIONARIOS.....	28
ANEXO II: CRITERIOS DE INCLUSIÓN E CÓDIGOS CIAP-2 E SNOMED CT.....	36

1. INTRODUCCIÓN

A Organización Mundial da Saúde define a saúde como “un estado de plenitude física, mental e benestar social, e non só como a ausencia de enfermidade” (OMS, 2022a). A saúde mental resulta dunha interacción complexa entre factores biolóxicos, psicosociais e ambientais — incluídas as condicións socioeconómicas— e afecta ao benestar, á funcionalidade e á participación social das persoas. Os problemas de saúde mental comprenden alteracións emocionais, cognitivas e do comportamento que poden comprometer procesos psicolóxicos básicos como as emocións, a percepción e a motivación, entre outros (OMS, 2022b).

As estimacións internacionais sinalan que os trastornos mentais son unha das principais causas de carga por morbilidade e discapacidade. Informes recentes da OMS (OMS, 2022b) e da OMS/Europa (OMS, 2025) destacan que a depresión e os trastornos de ansiedade constitúen algunhas das primeiras causas de discapacidade global. Ademais, alertan de que, se non se reforzan os servizos comunitarios, a carga seguirá aumentando nas próximas décadas (OMS, 2021).

Neste contexto, a OMS/Europa (OMS, 2025) propón unha reorientación dos servizos de saúde mental baseada na Atención Primaria (AP). O informe *Scaling up mental health services within the primary care approach: lessons from the WHO European Region* (OMS, 2025) sinala que máis de 125 millóns de persoas en Europa conviven cun trastorno mental e recomenda integrar a saúde mental no funcionamento cotián dos equipos de AP, reforzar os circuitos entre niveis asistenciais e promover modelos asistenciais accesibles, centrados na persoa e dispoñibles na comunidade.

A AP é o ámbito máis accesible e de maior contacto coa cidadanía. Estímase que entre un terzo e a metade das consultas están vinculadas directa ou indirectamente coa saúde mental (Fernández Moreno, 2024; OMS, 2025; Reneses *et al.*, 2014; Wittchen *et al.*, 2003). Isto converte a AP no lugar idóneo para a detección temperá, a intervención breve e a prevención da cronicidade.

A incorporación de profesionais de psicoloxía clínica nos equipos de AP constitúe un dos piares fundamentais deste novo modelo. A súa presenza permite ofrecer tratamentos eficaces para trastornos mentais comúns (ansiedade, depresión, problemas de adaptación), reducir a medicalización, mellorar a adherencia terapéutica e promover itinerarios asistenciais coordinados coas unidades de Saúde Mental especializadas, así como reducir a carga asistencial nas unidades especializadas (Cano-Vindel *et al.*, 2019; Fernández *et al.*, 2019; NICE, 2008; OMS, 2008).

Os profesionais de psicoloxía clínica neste contexto poden realizar avaliacións, diagnósticos e tratamentos psicolóxicos (como a terapia cognitivo-condutual), colaborando estreitamente coa medicina familiar e comunitaria, enfermería e traballo social.

En España, o ensaio clínico PsicAP demostrou a eficacia da intervención psicolóxica grupal baseada en técnicas cognitivo-condutuais no contexto da AP. O programa, estruturado en sete sesións grupais, logrou taxas de recuperación do 45-50 %, cunha redución robusta dos síntomas ansiosos e depresivos, unha mellora da calidade de vida e unha diminución do uso de

psicofármacos en comparación co tratamento habitual. Ademais, evidenciou beneficios económicos e maior eficiencia global (Cano-Vinel *et al.*, 2021).

1.1. EPIDEMIOLOXÍA

Segundo o Informe anual do Sistema Nacional de Saúde 2023 (Ministerio de Sanidade, 2023a), aproximadamente o 34 % da poboación española presenta algún problema de saúde mental, cunha maior prevalencia en persoas maiores de 50 anos e especialmente nas maiores de 85 anos. Os trastornos máis frecuentes rexistrados son os trastornos de ansiedade, os trastornos do sono e os trastornos depresivos.

Os trastornos de ansiedade afectan ao 10 % da poboación, cunha prevalencia aproximadamente do dobre nas mulleres (14 %) con respecto aos varóns (7 %). Entre os menores de 25 anos, estímase que 3 de cada 100 persoas presentan un diagnóstico relacionado coa saúde mental.

Os rexistros de Atención Primaria recollen:

- 106,5 casos/1.000 habitantes de trastornos de ansiedade.
- 81,6 casos/1.000 habitantes de trastornos do sono.
- 47,8 casos/1.000 habitantes de trastornos depresivos.

Nos menores de 25 anos, os diagnósticos máis frecuentes son:

- 32,8 casos/1.000 habitantes de trastornos de ansiedade.
- 29 casos/1.000 habitantes de trastornos de aprendizaxe.
- 24,9 casos/1.000 habitantes de problemas hipercinéticos.

A Base de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (Ministerio de Sanidade, 2023b) amosa tamén que os psicofármacos máis prescritos son ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos/sedantes. Os padróns de prescrición revelan:

- Maior consumo en mulleres (entre 1,5 e 3 veces máis ca nos homes).
- Incremento continuo coa idade ata aproximadamente os 80 anos.
- Maior consumo en persoas con baixos ingresos e en situación de desemprego.
- Incremento de consumo nos municipios de menor tamaño.

Galicia

Os datos de Galicia reproducen as tendencias estatais. Segundo a European Health Survey 2020 (European Union, 2020), Galicia sitúase entre as comunidades autónomas con maior prevalencia de ansiedade e depresión crónica, o que se reflicte tamén nunha maior prescrición e consumo de psicofármacos.

Estudos recentes —incluídos traballos da Universidade de Santiago de Compostela (Mouriño *et al.*, 2024)— confirman que Galicia presenta unha maior diferenza por sexo no consumo de psicofármacos, xa que o consumo en mulleres é notablemente superior, o que sitúa a Galicia como a comunidade autónoma cunha maior diferenza entre sexos.

En canto á discapacidade, as enfermidades mentais representan aproximadamente o 21 % do total de certificados de discapacidade concedidos en Galicia. Segundo os datos da Consellería de Política Social e Igualdade (2024), 73.430 persoas contan cun certificado de discapacidade asociado a un trastorno mental.

A análise epidemiolóxica evidencia que os problemas de saúde mental constitúen unha carga relevante na poboación, cunha elevada prevalencia, especialmente de trastornos de ansiedade, do sono e depresivos, e cun maior impacto en mulleres, persoas de idade avanzada e colectivos en situación de vulnerabilidade. Estes datos reflíctense no ámbito da AP en Galicia e resultan nun impacto directo na carga asistencial da AP e dos servizos especializados, o que reforza a necesidade de desenvolver modelos organizativos máis eficientes, accesibles e centrados na intervención psicolóxica baseada na evidencia.

TRASTORNO MENTAL COMÚN

Os trastornos mentais comúns (TMC) constitúen o conxunto de patoloxías de alta prevalencia caracterizadas pola presenza de síntomas emocionais ou somáticos que xeran malestar significativo e interferencia funcional, sen cumprir criterios de trastorno mental grave. Entre eles inclúense fundamentalmente os trastornos de ansiedade, a depresión leve e moderada, os trastornos adaptativos, os trastornos somatomorfos, así como determinadas manifestacións asociadas ao estrés crónico, problemas de relación ou dificultades de manexo emocional (OMS, 2017, 2022b). Estes cadros representan unha parte substancial da demanda asistencial en AP e, pola súa natureza, son especialmente sensibles a intervencións psicolóxicas breves, estruturadas e baseadas na evidencia, polo que a incorporación da psicoloxía clínica neste nivel asistencial resulta clave para mellorar a detección temperá, a intervención eficaz e a continuidade asistencial (Cano-Vindel *et al.*, 2021), así como a realización de intervencións psicolóxicas en ambientes menos estigmatizantes e máis próximos aos domicilios da cidadanía, como son os centros de saúde.

Asemade, os TMC constitúen unha das principais causas de discapacidade e carga de enfermidade no ámbito mundial. Segundo a OMS, estes trastornos afectan a centos de millóns de persoas e representan unha parte substancial da demanda asistencial nos sistemas de saúde, especialmente no nivel de AP, que adoita ser a primeira vía de acceso ao coidado en saúde mental (OMS, 2017, 2022). A OMS salienta que a maioría dos TMC poden ser tratados de maneira eficaz mediante intervencións psicolóxicas breves, estruturadas e baseadas na evidencia, que resultan particularmente axeitadas para este ámbito asistencial.

Na mesma liña, organismos internacionais como a OCDE (Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económico) sinalan que a saúde mental representa xa unha das áreas de maior impacto socioeconómico en Europa e subliñan a necesidade de reforzar os modelos de atención comunitaria e integrada (OECD, 2021a; OECD, 2021b). Pola súa parte, a Comisión Europea destaca a importancia de aumentar o acceso a intervencións psicolóxicas de primeira liña para trastornos de baixa a moderada intensidade, co obxectivo de mellorar resultados clínicos e reducir a sobrecarga asistencial en niveis máis especializados (Comisión Europea, 2023). No contexto estatal, o Ministerio de Sanidade recolle na Estratexia de saúde mental do Sistema Nacional de Saúde 2022-2026 a relevancia de incorporar perfís profesionais

especializados en psicoloxía clínica na AP para promover unha resposta máis precoz, eficaz e centrada na persoa.

Neste marco, a incorporación da psicoloxía clínica na AP preséntase como unha medida clave para a detección temperá, o tratamento oportuno e a prevención da cronicidade dos trastornos mentais comúns, aliñándose coas recomendacións internacionais e coas necesidades actuais do sistema sanitario. O presente documento ten como obxectivo definir un modelo organizativo para a integración da psicoloxía clínica en AP no Servizo Galego de Saúde, co fin de mellorar o tratamento dos trastornos mentais comúns.

1.2. MODELOS COLABORATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA A ABORDAXE DO TRASTORNO MENTAL COMÚN*

Enténdese por modelo colaborativo de atención en saúde mental (*Collaborative Care Model*) un enfoque estruturado de coordinación entre AP e Saúde Mental, que integra as intervencións psicolóxicas dentro dos fluxos asistenciais habituais da AP. Este modelo baséase nos seguintes principios:

- **Integración asistencial real** entre profesionais de AP, psicoloxía clínica e psiquiatría.
- **Intervención graduada** adaptando a intensidade asistencial segundo a gravidade e a evolución.
- **Xestión activa de casos** con seguimento proactivo.
- **Revisión estruturada de casos complexos** entre os distintos profesionais.
- **Intervencións psicolóxicas breves e baseadas na evidencia**, levadas a cabo por profesionais acreditados.

Este enfoque está recoñecido internacionalmente como modelo efectivo e custo-eficiente para a atención dos trastornos mentais comúns na primeira liña asistencial e perfílase como o modelo de atención á saúde mental en AP con maior evidencia dispoñible.

Neste tipo de modelos, a figura do profesional da psicoloxía clínica intégrase plenamente no equipo multidisciplinario de AP e participa activamente na abordaxe integral dos trastornos mentais comúns. As funcións do profesional de psicoloxía clínica do equipo de AP son de ampla heteroxeneidade e abarcan a realización de intervencións psicolóxicas breves (individuais e grupais) e protocolizadas, a coordinación de actividades de cribado e intervención precoz, e o seguimento clínico dos pacientes. Aínda que mantería certa autonomía funcional respecto do equipo de AP, levaría a cabo un traballo conxunto con AP cuxa integración organizativa se traduciría en axendas conxuntas, no emprego dunha historia clínica común, nunha planificación compartida do tratamento e a participación activa na dinámica cotiá do equipo de AP.

Polo tanto, este tipo de modelos esixe unha organización asistencial robusta, con sistemas de información compartida, axendas integradas e mecanismos estables de comunicación interprofesional.

* Información baseada no informe pendente de publicación Liñares Mariñas *et al.* (in press).

2. OBXECTIVOS

2.1. OBXECTIVOS XERAIS

- ▶ Reducir o malestar individual e o impacto familiar e social dos trastornos mentais comúns na vida das persoas.
- ▶ Mellorar a abordaxe dos trastornos mentais comúns no ámbito da AP, facilitando o acceso a intervencións psicolóxicas baseadas na evidencia.
- ▶ Establecer un marco de referencia común para a incorporación, organización e exercicio da psicoloxía clínica en AP do Sergas, garantindo unha atención integral, accesible, coordinada e baseada na evidencia.
- ▶ Mellorar a accesibilidade aos recursos específicos para o tratamento dos problemas de saúde mental.
- ▶ Desenvolver accións preventivas e de promoción da saúde mental no marco da AP, fomentando o desenvolvemento de recursos e de estratexias de afrontamento.
- ▶ Mellorar a coordinación entre AP e os servizos de psiquiatría.

2.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

Calidade da atención á saúde mental:

- ▶ Mellorar a detección precoz, avaliación e tratamento axeitado dos trastornos mentais comúns.
- ▶ Reducir o tempo de acceso a intervencións psicolóxicas con evidencia empírica, coa finalidade de reducir a cronificación.
- ▶ Reducir a patoloxización de problemas da vida cotiá.
- ▶ Reducir a medicalización de problemas de saúde mental mediante o acceso a intervencións psicolóxicas efectivas.
- ▶ Desenvolvemento de accións comunitarias de promoción da saúde mental.
- ▶ Reducir o sufrimento individual e o impacto familiar e social que supoñen os trastornos mentais comúns na vida das persoas.

Carteira de servizos:

- ▶ Integrar a psicoloxía clínica no modelo colaborativo de atención ao TMC común en AP.
- ▶ Detallar as intervencións individuais e grupais que formarán parte da carteira de servizos.
- ▶ Definir tempos, formatos e estándares mínimos de calidade.

Competencias:

- ▶ Definir o papel do profesional da psicoloxía clínica, medicina familiar e comunitaria, enfermería e traballo social dentro do equipo de AP.
- ▶ Delimitar funcións, competencias e responsabilidades dos profesionais implicados.

Circuíños de derivación:

- ▶ Definir criterios de acceso e priorización para a intervención psicolóxica en AP.
- ▶ Establecer o fluxo bidireccional AP–Psicoloxía Clínica–Servizo de Psiquiatría.
- ▶ Garantir a continuidade asistencial e evitar duplicidades no proceso de atención.
- ▶ Establecer criterios claros de colaboración interdisciplinaria con medicina familiar e comunitaria, enfermería, traballo social, psicoloxía clínica e psiquiatría.

Indicadores e avaliación:

- ▶ Definir indicadores de funcionamento, actividade, impacto clínico e experiencia dos pacientes.
- ▶ Promover procesos de mellora continua baseados en datos.
- ▶ Facilitar a avaliación de resultados en saúde mental dentro da AP.

3. METODOLOXÍA

3.1. GRUPO DE TRABAJO

Para o desenvolvemento deste proxecto creouse un grupo de traballo no que participaron os principais profesionais implicados: profesionais de psicoloxía clínica, psiquiatría, medicina familiar e comunitaria, enfermería e traballo social.

O borrador do documento foi revisado polas principais sociedades científicas, o Colexio Oficial de Psicoloxía e por representantes do Consello Asesor de Pacientes.

3.2. EVIDENCIA CIENTÍFICA

Para o desenvolvemento do proxecto tívose en conta a mellor evidencia científica publicada ata o momento, sintetizada nun informe de avaliación coordinado pola Axencia Galega de Coñecemento en Saúde no contexto da Rede española de axencias de avaliación de tecnoloxías sanitarias e prestacións do Sistema Nacional de Saúde (Liñares *et al.*, de próxima aparición).

Tamén se tiveron en conta as carteiras de servizo de AP nacional e autonómica (Ministerio de Sanidade; Servizo Galego de Saúde, 2022) e outras experiencias de programas similares no ámbito nacional con bo resultado (Programa de psicoloxía clínica en Atención Primaria de Andalucía, 2021; Programa de psicoloxía clínica en Cantabria, 2025).

4. DEFINICIÓN DO MODELO ORGANIZATIVO

4.1. MODELO DE INTERVENCIÓN

Modelo colaborativo, co desenvolvemento dunha rede de psicoloxía clínica en AP (PcAP).

4.2. ESTRUCTURA

No modelo colaborativo participarán os profesionais implicados do equipo de AP e profesionais de psicoloxía clínica da Rede galega de psicoloxía clínica en AP, que dependerán funcionalmente dos servizos de psiquiatría.

4.3. PRINCIPAIS FUNCIÓNS DOS PROFESIONAIS IMPLICADOS

4.3.1. PROFESIONAIS DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA

Os profesionais de medicina familiar e comunitaria desempeñan un papel central na detección, avaliación clínica e abordaxe inicial do malestar emocional e dos trastornos mentais comúns leves e moderados, en colaboración co resto do equipo de saúde e dentro do seu marco competencial.

A súa intervención céntrase en:

- Avaliación diagnóstica inicial, que inclúe antecedentes médicos e psicosociais, factores de risco, descrición da sintomatoloxía, inicio e tempo de evolución, interferencia no funcionamento diario, situación de incapacidade temporal e antecedentes de saúde mental.
- Inicio de tratamento de primeira liña, baseado en intervencións psicoeducativas, promoción do autocoidado, hábitos de vida saudables e fortalecemento do apoio social, en coordinación con traballo social.
- Valoración da necesidade de seguimento clínico e da evolución do proceso.
- Coordinación e colaboración cos profesionais de psicoloxía clínica de AP e co resto de profesionais do equipo (traballo social, enfermería).

No circuío asistencial, medicina familiar e comunitaria poderá:

- Atender a demanda relacionada con malestar emocional ou TMC leve-moderado.
- Decidir a derivación a psicoloxía clínica de AP, servizos de psiquiatría ou outros recursos, cando proceda.
- Participar no seguimento compartido dos casos, garantindo unha abordaxe integral e continuada.

Toda a información clínica quedará rexistrada na historia clínica, facilitando a coordinación interdisciplinaria e a continuidade asistencial.

4.3.2 ENFERMERÍA

A enfermería de AP desempeña un papel relevante no apoio ao benestar emocional e no acompañamento no autocoidado das persoas con malestar emocional ou TMC leve, en coordinación permanente co resto do equipo de saúde e dentro do seu marco competencial.

A abordaxe da enfermería céntrase en:

- Identificación e seguimento das necesidades de autocoidado e benestar emocional no marco biopsicosocial.
- Intervencións propias de enfermería: educación para a saúde, promoción de hábitos saudables, apoio emocional básico, educación en habilidades de afrontamento do estrés e reforzo da adherencia.
- Observación temperá de sinais de alerta, identificación de factores de risco psicosocial, e comunicación con medicina familiar e comunitaria cando se requira valoración clínica adicional.

A actuación de enfermería no circuíto asistencial será fundamentalmente:

- Atender e rexistrar a demanda de malestar emocional manifestada polo paciente e valorar o seu impacto funcional.
- Informar e comentar o caso con medicina familiar e comunitaria para valorar, se procede, a derivación aos circuítos de psicoloxía clínica en AP.
- Colaborar no seguimento compartido, reforzando o plan terapéutico definido polo profesional competente.

En canto á valoración de enfermería do benestar emocional, esta realizará unha valoración centrada no impacto do malestar emocional no autocoidado, nas rutinas de vida e nos factores psicosociais asociados. Esta información quedará rexistrada na historia clínica e servirá de apoio para unha mellor coordinación co equipo médico e con traballo social cando se detecten determinantes sociais de risco, na abordaxe integral da situación de saúde.

A intervención de enfermería fundaméntase en:

- Escoita activa, observación e entrevista de enfermería:
 - Identificación de malestar emocional e cambios na funcionalidade do día a día.
 - Consideración de factores de vulnerabilidade psicosocial, para ter en consideración medidas de equidade, derivación ou traballo conxunto con traballo social.
- Rexistro e coordinación clínica:
 - Motivo da consulta.
 - Datos relevantes sobre o contexto e o autocoidado.
 - Comunicación co profesional médico responsable para valoración do caso cando corresponda.

- Comunicación con traballo social para a valoración do caso cando corresponda, especialmente cando estean presentes factores sociais de risco. Intervención conxunta e coordinada cando proceda.
- Coordinación interdisciplinaria, co equipo de AP e cos servizos de psiquiatría.

4.3.3. PROFESIONAIS DE PSICOLOXÍA CLÍNICA

Os profesionais de psicoloxía clínica de AP desenvolven a súa actuación no ámbito da avaliación e intervención psicolóxica do malestar emocional e dos trastornos mentais comúns leves, en coordinación permanente co equipo de AP e dentro do seu marco competencial.

A súa intervención céntrase en:

- Realizar a valoración psicolóxica inicial e participar na valoración psicosocial.
- Efectuar a intervención psicolóxica individual e grupal baseada na evidencia.
- Apoiar a recuperación funcional e o desenvolvemento de estratexias de afrontamento adaptativas.
- Levar a cabo o asesoramento e a coordinación cos profesionais de AP.

No proceso asistencial, psicoloxía clínica poderá:

- Atender casos derivados desde medicina familiar e comunitaria.
- Realizar funcións de interconsulta e enlace.
- Valorar a necesidade de derivación á Unidade de Saúde Mental ou a outros recursos sanitarios, sociais ou sociosanitarios, en coordinación con traballo social de AP.
- Participar en programas de promoción da saúde mental, prevención e intervención comunitaria.
- Desenvolver e apoiar actividades de docencia e formación dirixidas aos equipos de AP.

As intervencións e valoracións quedarán rexistradas na historia clínica, favorecendo a coordinación e o seguimento compartido.

4.3.4. PROFESIONAIS DE TRABALLO SOCIAL

O profesional de traballo social de AP actuará como profesional de referencia na avaliación e intervención sobre os determinantes sociais da saúde mental, dentro do seu marco competencial e en coordinación co resto do equipo de saúde.

A abordaxe do traballo social en AP céntrase en:

- Valorar e seguir a situación psicosocial da persoa no marco biopsicosocial, en colaboración con profesionais de psicoloxía clínica e co resto do quipo de AP, tendo en consideración a interacción dos condicionantes sociais no malestar psíquico e nos trastornos mentais comúns, así como o seu impacto nas condicións de vida das persoas afectadas, a familia e a comunidade.

- Identificar factores sociais de risco e protección que inflúan no malestar emocional ou nos trastornos mentais comúns.
- Orientación, fortalecer redes de apoio, realizar acompañamento social e intervención en situacións de vulnerabilidade.
- Facilitar o acceso a recursos sociais e comunitarios que contribúan á mellora do benestar e á recuperación.
- Coordinar interinstitucionalmente e traballar en rede cos recursos sociais, comunitarios e sanitarios.

Principais actuacións:

- Atender e rexistrar a demanda relacionada coa problemática psicosocial asociada a malestar emocional ou TMC leve, tanto por derivación interna como por demanda directa.
- Realizar a valoración social e contribuír á psicosocial, centrada nos determinantes sociais da saúde (situación económica, laboral, familiar, habitacional, redes de apoio, coidados, soidade, violencia, migración etc.).
- Identificar casos con indicadores de risco psicosocial que se poidan beneficiar da derivación ao servizo de psicoloxía en AP.
- Identificar situacións de vulnerabilidade social ou risco psicosocial que poidan agravar ou manter o malestar emocional.
- Deseñar e implementar un plan de intervención social individualizado, en coordinación co equipo de AP.
- Participar no seguimento compartido dos casos, especialmente cando os factores sociais condicionen a evolución clínica ou a adherencia ao tratamento.
- Informar, xestionar e acompañar no acceso a prestacións sociais, recursos comunitarios e dispositivos de apoio.
- Formular recomendacións de intervencións comunitarias, recursos de apoio social e accións de prevención, complementarias ao tratamento sanitario.

5. POBOACIÓN DESTINATARIA

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Idade ≥ 16 anos.
- TMC (trastornos depresivos e trastornos de ansiedade leves-moderados, trastornos adaptativos).
- Sospeita de TMC, con malestar emocional e sintomatoloxía clinicamente significativa avaliada mediante escalas, PHQ-9 (depresión ≥ 10) ou GAD-7 (ansiedade xeneralizada ≥ 10).

5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presenza de trastornos mentais graves.
- Presenza de ideación autolítica activa ou conduta suicida.
- Estar recibindo tratamento psicolóxico ou farmacolóxico noutro dispositivo de saúde mental.
- Adiccións como diagnóstico principal.
- Sintomatoloxía persistente ou de longa evolución (≥ 2 anos).

6. PROCEDEMENTO E CIRCUÍTO DE DERIVACIÓN

Na actualidade, o procedemento para a derivación de pacientes desde AP ás unidades de Saúde Mental consiste na realización dunha interconsulta a través do xestor de peticións da historia clínica electrónica (XPE). Este modelo non diferencia a solicitude dunha cita presencial doutra de seguimento, o que inflúe na súa xestión e no funcionamento xeral dos servizos de psiquiatría e afecta de forma secundaria á accesibilidade.

A ausencia de canles estruturadas e protocolos consensuados entre ambos os niveis asistenciais supón unha oportunidade de mellora para planificar novos circuitos que respondan ás necesidades dos profesionais. Ademais, a introdución dos psicólogos clínicos nos centros de saúde fai necesaria unha vía de comunicación/derivación entre medicina de AP e os devanditos especialistas, completando así as carteiras de servizos das unidades de Saúde Mental das áreas sanitarias e fortalecendo os servizos de AP.

6.1. CIRCUÍTO ASISTENCIAL DENTRO DOS SERVIZOS DE AP

6.1.1. E-CONSULTA DE MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA/PSICOLOXÍA CLÍNICA

Protocolo predefinido e consensuado polo grupo de traballo co tipo de patoloxía subsidiaria de intervención psicolóxica, que será de carácter breve. Derivación a modo de *chek-list* na propia e-consulta para a clasificación das patoloxías que se discriminarán en tres bloques:

- Trastorno adaptativo.
- Trastorno de ansiedade leve-moderada.
- Trastorno depresivo leve-moderado.
- Sospeita de TMC, con malestar emocional e sintomatoloxía clinicamente significativa avaliada mediante escalas, PHQ-9 (depresión ≥ 10) ou GAD-7 (ansiedade xeneralizada ≥ 10).

A maiores existirá un ítem para salientar se a persoa se atopa en situación de incapacidade laboral temporal.

Todos os casos que deriven terán que ter claramente identificado na súa historia clínica un episodio onde, ademais da sospeita diagnóstica, se recolla toda a información necesaria para que se poida avaliar o estado do doente:

- Inicio e tempo de evolución dos síntomas.
- Descrición dos síntomas.
- Desencadeantes.
- Interferencia no funcionamento diario.
- Antecedentes de problemas de saúde mental ou seguimento previo en Saúde Mental.

6.1.2. E-CONSULTA CO PROFESIONAL DE PSICOLOXÍA CLÍNICA/MEDICINA DE AP

Unha vez que o profesional de psicoloxía clínica reciba a e-consulta, realizará unha avaliación do caso en función da información recibida e valorará se procede emitir unha resposta de asesoría, proporcionando indicacións básicas para o seguimento da evolución do paciente por medicina de AP (primeiro nivel de intervención) ou se procede citar o paciente como primeira consulta, para valoración presencial.

Tamén se valorará, se o caso:

- Precisa derivación ás unidades de Saúde Mental.
- Cumpre ou non cumple cos requisitos do protocolo para intervención en AP.
- É susceptible de alta médica.

Reflectirase toda a información na historia clínica e emitirase unha resposta en calquera caso.

6.1.3. DOS SERVIZOS DE AP AOS SERVIZOS DE PSIQUIATRÍA

Establecer vías específicas de priorización clínica consensuadas entre AP e atención hospitalaria para optimizar o uso dos recursos e promover unha atención máis eficiente, coordinada e centrada nas necesidades reais dos pacientes.

A través do XPE:

- **Vía rápida:** para patoloxías que non requiren atención urxente, pero precisan unha valoración presencial prioritaria. O tempo máximo de resposta será de 15 días.
- **Consulta non presencial:** para consultas que poden resolverse telematicamente sen necesidade de derivación presencial (decisións de seguimento compartido, resolución de dúbidas cos tratamentos etc.). O tempo máximo de resposta será de 15 días.
- **Consulta ordinaria:** para aqueles casos que non cumpren criterios de vía rápida, nin de consulta non presencial, pero requiren valoración na Unidade de Saúde Mental, para a que se asignará unha cita.

Os pacientes que precisen unha **valoración urxente** (ideación/conducta suicida, risco de agresión a outras persoas, axitación psicomotriz aguda) serán derivados aos servizos de Urgencias dos hospitais para valoración polo psiquiatra de garda seguindo as canles habituais.

7. CARTEIRA DE SERVIZOS E INTERVENCIÓNS

7.1. CRIBADO, AVALIACIÓN INICIAL E "VIXILANCIA ACTIVA"

Consiste na realización dun cribado sintomatolóxico (poden empregarse as escalas PHQ-9, GAD-7 ou equivalentes), valoración de risco, análise de factores psicosociais e avaliación da intensidade do malestar. Tamén permitirá valorar a "indicación de non tratamento".

A opción de vixilancia activa durante 2-4 semanas utilízase cando os síntomas son leves, recentes ou situacionais.

7.2. INTERVENCIÓNS DE APOIO PREVIO AO TRATAMENTO PSICOLÓXICO

As intervencións de moi baixa intensidade constitúen o primeiro nivel da carteira de servizos en saúde mental dentro de AP. O seu obxectivo é ofrecerlles apoio temperán, psicoeducación e recursos de autocoidado ás persoas que presentan síntomas leves, malestar emocional inespecífico ou situacións estresantes que non requiren, de forma inmediata, un tratamento psicolóxico estruturado.

Intervencións:

- Psicoeducación.
- Apoio e acompañamento breve.
- Autocoidado guiado.
- Materiais de autoaxuda, biblioterapia.
- Activación leve e recomendacións de estilo de vida.
- Intervencións motivacionais breves.
- Intervencións dixitais de moi baixa intensidade.
- Orientación a recursos comunitarios.

7.3. TRATAMENTOS PSICOLÓXICOS

Inclúen intervencións breves e estruturadas, orientadas a trastornos mentais comúns de intensidade leve a moderada.

- Intervencións grupais: terapia cognitivo-condutual transdiagnóstica en formato grupal, incluídos programas baseados no protocolo unificado de Barlow.
- Intervencións individuais breves (5+/-2 sesións, mínimo 3 sesións e máximo 7 sesións): terapia cognitivo-condutual transdiagnóstica breve, terapia de resolución de problemas, activación condutual, entrevista motivacional, outras intervencións similares ou análogas.

7.4. CANLE/MEDIO

As intervencións poden ofrecerse en modalidades presencial, telefónica e por videoconferencia, dependendo das necesidades da persoa e da dispoñibilidade de recursos, garantindo a confidencialidade e a calidade asistencial.

7.5. ESTRATEXIAS COMPLEMENTARIAS

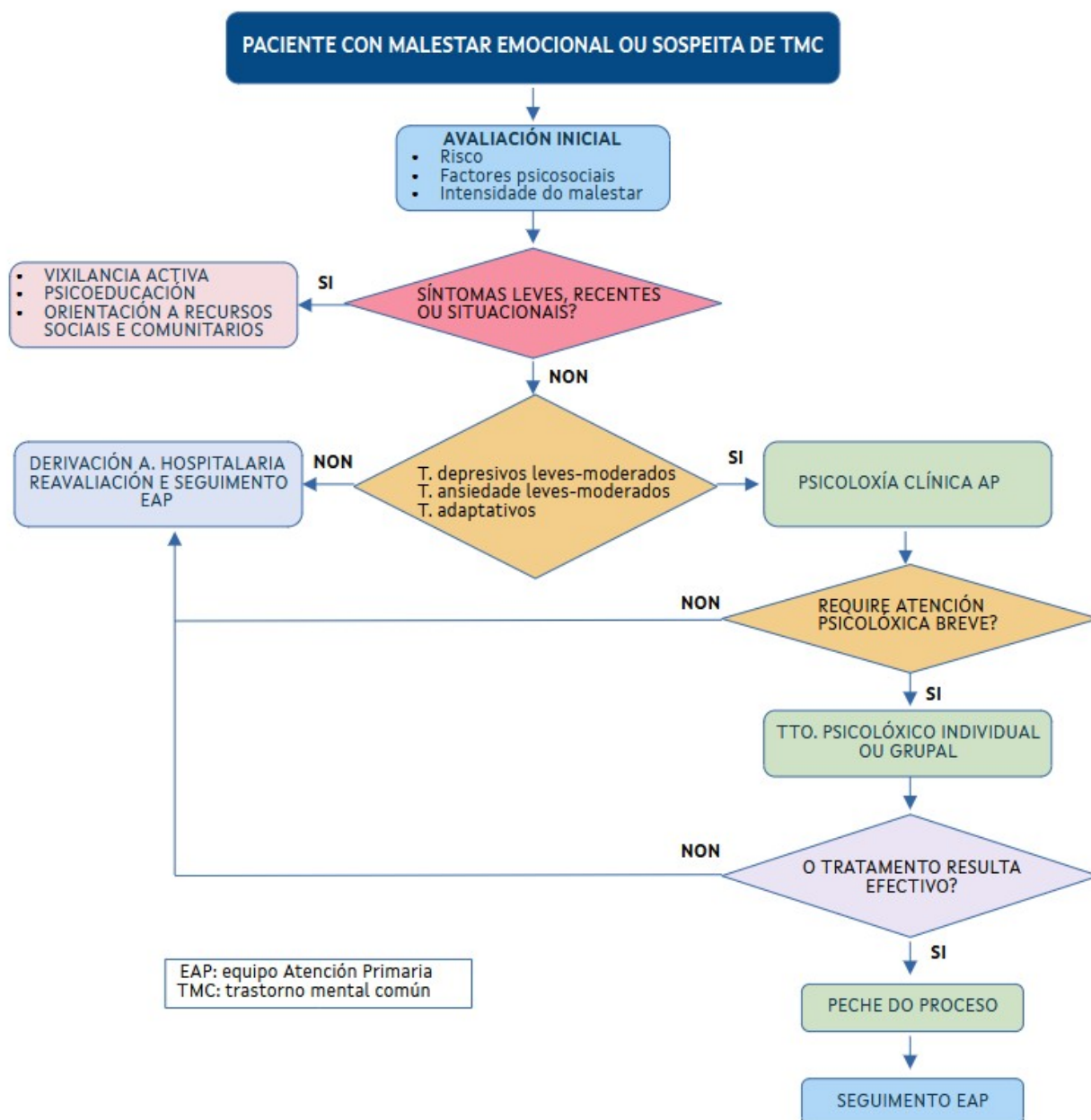
As estratexias complementarias forman parte da carteira de servizos como medidas de apoio, prevención e promoción do benestar emocional, actuando de maneira transversal ao resto das intervencións e favorecendo unha abordaxe integral e comunitaria da saúde mental.

Inclúen:

- **Actividades preventivas e de promoción do benestar:** recomendación de exercicio físico adaptado, fomento da actividade social, rutinas saudables e prácticas de autocoidado orientadas á mellora do benestar emocional.
- **Educación para a saúde:** intervencións educativas estruturadas dirixidas á poboación xeral e a grupos específicos, incluíndo o desenvolvemento e a implementación de actividades da Escola Galega de Saúde para Cidadáns, orientadas á promoción da saúde emocional, á prevención do malestar e ao fortalecemento de competencias persoais e comunitarias.
- **Recursos comunitarios e prescripción social:** identificación e mapeo de recursos locais (asociacións, actividades culturais, deportivas ou de apoio social), orientación e derivación a estes recursos, e colaboración con entidades sociais e comunitarias do ámbito local, en coordinación cos profesionais de traballo social e co resto do equipo de AP.

8. ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

O presente algoritmo ten como obxectivo orientar a toma de decisións na atención a pacientes que presentan malestar emocional ou sospeita de trastorno mental común no ámbito da AP.



Fonte: Elaboración propia

O proceso iníciase cunha **avaliación inicial**, na que se deben valorar tres aspectos fundamentais: o nivel de risco, os factores psicosociais asociados e a intensidade do malestar.

A continuación, determínase se os síntomas son leves, recentes ou de carácter situacional.

- En caso afirmativo, recoméndase unha intervención baseada en vixilancia activa, psicoeducación e orientación a recursos sociais e comunitarios.
- En caso negativo, débese valorar a presenza de trastornos depresivos ou de ansiedade leves a moderados, ou trastornos adaptativos.

Se se confirma este tipo de sintomatoloxía, realízase a derivación a **psicología clínica en AP**, onde se avaliará a idoneidade dunha atención psicolóxica breve.

- Se procede, iníciase un **tratamento psicolóxico individual ou grupal**.
- Posteriormente, avalíase a eficacia do tratamento:
 - Se o tratamento resulta efectivo, procederase ao peche do proceso, mantendo o seguimento desde AP.
 - Se non resulta efectivo, reconsiderarase a intervención e poderá valorarse a derivación a outros dispositivos.

No caso de que non se axuste a un cadro leve ou moderado, ou exista maior complexidade clínica, o algoritmo prevé a derivación a atención hospitalaria, así como a correspondente reavaliación e seguimento desde AP.

9. AVALIACIÓN DO PROGRAMA

Co obxectivo de realizar a avaliación e mellora continua do proxecto, propónse o seguinte conxunto de variables de seguimento. Estas variables permitirán analizar a implantación, o funcionamento, os resultados e o impacto do programa, así como a súa evolución ao longo do tempo.

Os resultados serán obxecto de revisión e avaliación periódica, adaptándose cando sexa necesario ás distintas fases de desenvolvemento do programa, aos cambios organizativos e ás necesidades detectadas, co fin de garantir unha avaliación dinámica e axustada á realidade asistencial.

9.1. RESULTADOS DE IMPLANTACIÓN E ACTIVIDADE ASISTENCIAL

- ▶ Número de diagnósticos de TMC.
- ▶ Número de derivacións a PcAP recibidas.
- ▶ Número de derivacións ás unidades de Saúde Mental.
- ▶ Número de derivacións a traballo social.
- ▶ Número de pacientes aceptados no programa (datos desagregados por sexos).
- ▶ Tempo medio de espera (días) ata a primeira consulta en PcAP.
- ▶ Número de intervencións psicolóxicas realizadas:
 - individuais.
 - grupais.
- ▶ Número de persoas que integran os grupos (media) (datos desagregados por sexos).

9.2. RESULTADOS DE ACCESIBILIDADE E CONTINUIDADE ASISTENCIAL

- ▶ Porcentaxe de pacientes atendidos en PcAP sen derivación a psiquiatría (datos desagregados por sexo).
- ▶ Número de consultorías realizadas á psicoloxía clínica de AP.
- ▶ Tempo de espera desde a derivación desde medicina familiar e comunitaria á consulta de psicoloxía clínica en AP.
- ▶ Tempo de espera (días) desde a derivación de PcAP á primeira consulta dos servizos de psiquiatría (cando proceda).

9.3. RESULTADOS CLÍNICOS

- ▶ Cambios na sintomatoloxía (diferenza pre e postintervención).
- ▶ Número de altas totais no programa.
- ▶ Número de altas por:
 - melloría.
 - derivacións a outros dispositivos de psiquiatría.
 - derivacións a outros recursos comunitarios.
- ▶ Número de pacientes que abandonan o tratamento (datos desagregados por sexo).

9.4. RESULTADOS E EXPERIENCIA COMUNICADOS POLAS PERSOAS USUARIAS (PROMS E PREMS)

- ▶ Nivel de funcionamento e impacto na vida diaria (pre e postintervención).
- ▶ Percepción de benestar emocional e calidade de vida relacionada coa saúde.
- ▶ Experiencia das persoas usuarias coa atención recibida en PcAP (accesibilidade, trato, información recibida, coordinación e continuidade asistencial). Nivel de satisfacción.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336-3348. doi:10.1017/S0033291720005498
- Comisión Europea (2023). *A comprehensive approach to mental health*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2775/419046>
- Consellería de Política Social e Igualdade (2024). *Informe anual de persoas con certificado de discapacidade asociada a trastornos mentais*. Xunta de Galicia. <https://Informe da explotación estatística do censo de persoas con discapacidade 2024 | Política Social>
- European Union (2020). *European Health Survey (EHS) 2020*. European Commission.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias (2021). *Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria para Andalucía*. <https://Mejora en la atención sociosanitaria a la salud mental en Andalucía>
- Liñares Mariñas, D., Faraldo Vallés, M. J., Triñanes Pego, Y., Casal Acción, B. & Martínez Montero, I. (en prensa). *Efectividad de la incorporación de psicólogos/as clínicos/as en los modelos de atención a la salud mental en atención primaria*. Ministerio de Sanidad; Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde (ACIS), Unidade de Asesoramento Científico-técnico (Avaliat).
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026*. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es>
- Ministerio de Sanidad (2023a). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad (2023b). *Base de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP)*. Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad (s. d.). Cartera de servicios comunes de atención primaria. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm>
- Mourino, N., Teijeiro, A., Guerra-Tort, C., Rey-Brandariz, J., Candal-Pedreira, C., Martín-Gisbert, L., Mascareñas-García, M., García, G., Varela-Lema, L., & Pérez-Ríos, M. (2024). Consumption of hypnotosedatives in Spain: characterization and time trends, 2005–2022. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102433>
- Psicofundación (2020). *Estudio PsicAP: Intervención psicológica en Atención Primaria*. Psicofundación.
- Organización Mundial da Saúde (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

Organización Mundial da Saúde (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/341648>

Organización Mundial da Saúde (2022a). *Basic documents* (49th ed.). World Health Organization.

Organización Mundial da Saúde (2022b). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organización Mundial da Saúde (2025). *Scaling up mental health services within the primary care approach: Lessons from the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/3810>

Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económicos (2021a). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>

Organización para a Cooperación e o Desenvolvemento Económicos (2021b). *OECD Health at a Glance 2021: Mental Health*. OECD Publishing. [https://Health at a Glance 2021 \(EN\)](https://Health at a Glance 2021 (EN))

Servicio Cántabro de Salud (2025). *Programa de Psicología Clínica en AP de Cantabria. Protocolo de funcionamento*. <https://Programa PSIC AP sin indicadores>

Servizo Galego de Saúde (2022). *Carteira de servizos de Atención Primaria*. <https://Carteira de servizos de Atención Primaria - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde>

Wittchen, H.-U., Möhlig, S., & Beesdo, K. (2003). Mental disorders in primary care. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(2), 115-128.

11. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIOS

PHQ-9. Cuestionario sobre a saúde do paciente

O PHQ-9 é unha ferramenta estandarizada para a detección, estratificación da gravidade e seguimento clínico da depresión en poboación adulta.

Pode empregarse de forma autoadministrada ou administrada por un profesional sanitario. O tempo para cubri-lo é de 3-5 minutos aproximadamente.

Versión validada en castelán:

- **Número de ítems:** 9 + 1 (OPCIONAL)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

- *¿Ha sentido poco interés o agrado al hacer las cosas?*
- *¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperado?*
- *¿Ha tenido problemas para quedarse dormido, seguir durmiendo o duerme demasiado?*
- *¿Se siente cansado o tiene poca energía?*
- *¿Tiene poco apetito o excesivo apetito?*
- *¿Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia?*
- *¿Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión?*
- *¿Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta? ¿Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre?*
- *¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma?*
- *OPCIONAL. Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?*

Opciones de respuesta: Ninguna dificultad; Algunas dificultades; Muchas dificultades; Muchísimas dificultades

- **Período avaliado:** últimas 2 semanas

- **Sistema de puntuación:** 0 = Nunca; 1 = Varios días; 2 = Máis da metade dos días; 3 = Case todos os días
- **Puntuación total:** 0–27 puntos

Interpretación de resultados:

- 0-4: ausencia de depresión ou síntomas mínimos.
- 5-9: depresión leve.
- 10-14: depresión moderada.
- 15-19: depresión moderadamente grave.
- 20-27: depresión grave.

O ítem 9 permite detectar ideación suicida, o que require valoración clínica inmediata.

NOTA: Unha puntuación igual a 10 puntos ou superior considérase o punto de corte para sospeitar dun trastorno afectivo e da necesidade de realizar unha avaliación máis profunda.

Bibliografía máis relevante sobre o uso e a validación da escala

- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-86. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>.
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the PHQ-9: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), 191-196. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>.

Versión orixinal en castelán

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil ☐	Un poco difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐
---	---	---	--

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Versión integrada no IANUS



DATOS DO PACIENTE

NOME: **ARMANDO** DOMICILIO: **SANXUL, 10000, 10000** DNI: **XXXXXXXXXX**
 PRIMEIRO APELIDO: **MOUROL** CÓDIGO POSTAL: **10000** NASI: **XXXXXXXXXX**
 SEGUNDO APELIDO: **BLANCO** MUNICIPIO: **QUEL** CIP: **XXXXXXXXXX**
 DATA NACEMENTO: **10/01/1970** PROVINCIA: **A CORUÑA** NHC: **XXXXXXXXXX**
 SEXO: **MUÑO** TELÉFONO: **XXXXXXXXXX** NSS: **XXXXXXXXXX**

ESCALA PHQ-9: CUESTIONARIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE

Data Execución: 05/02/2026 - 10:11

Profesional: **ARMANDO MOUROL, PSICÓLOGO - PRIMARIA UCLB BARCELONA**

NIVEIS PARA MEDIR O RESULTADO

Ausencia de depresión ou
síntomas mínimos: 0 - 4

Depresión leve: 5 - 9

Depresión moderada: 10 - 14

Depresión moderadamente
grave: 15 - 19

Depresión grave: 20 - 27

PREGUNTAS	RESPOSTAS				VALORACIÓN
Sentiu pouco interese ou pracer ao facer as cousas?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Sentiuse triste, deprimido ou desesperado?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Tivo problemas para quedar durmido, seguir durmindo ou dorme demasiado?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Séntese cansado ou ten pouca enerxía?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Ten pouco apetito ou excesivo apetito?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Sentiuse mal consigo mesmo, sente que vostede é un fracaso ou que fallouse a si mesmo ou a sua familia?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Tivo problemas para concentrarse en actividades como ler o xornal ou ver televisión?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Móvese ou fala tan despacio que outras persoas poden darse conta? Está tan inquieto ou intranquilo que da voltas dun lugar a outro máis que de costume?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Pensou que estaría mellor morto ou desexou facerse dano dalgunha forma?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Se marcou algún dos problemas deste cuestionario, ata que punto estes problemas lle crearon dificultades para facer o seu traballo, ocuparse da casa ou relacionarse cos demais?	Ningunha dificultade	Algunhas dificultades	Moitas dificultades	Moitísimas dificultades	
Valoración total					

OBSERVACIÓNS:

GAD-7. Cuestionario sobre a saúde do paciente

O GAD-7 é unha ferramenta estandarizada para a detección, estratificación da gravidade e seguimento clínico da ansiedade en poboación adulta.

Pode empregarse de forma autoadministrada ou administrada por un profesional sanitario. O tempo para cubri-lo é de 3 minutos aproximadamente.

Versión validada en castelán:

- **Número de ítems:** 7 + 1 (OPCIONAL)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

- 1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a*
 - 2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación*
 - 3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes*
 - 4. Ha tenido dificultad para relajarse*
 - 5. Se ha sentido tan inquieto/a que no ha podido quedarse quieto/a*
 - 6. Se ha molestado o irritado fácilmente*
 - 7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar*
 - 8. Si marcó cualquier problema, ¿qué tan difícil se le ha hecho ese problema para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?*
- Opciones de respuesta: 0: No es nada difícil; 1: Algo difícil; 2: Muy difícil; 3: Extremadamente difícil.*

- **Período avaliado:** últimas 2 semanas
- **Sistema de puntuación:** 0 = Nunca; 1 = Varios días; 2 = Máis da metade dos días; 3 = Case todos os días
- **Puntuación total:** 0-21 puntos

Interpretación de resultados:

- 0-4: ausencia de síntomas clínicamente significativos.
- 5-9: ansiedade leve.
- 10-14: ansiedade moderada.
- ≥ 15 : ansiedade grave.

NOTA: Unha puntuación igual a 10 puntos ou superior considérase o punto de corte para sospeitar dun trastorno de ansiedade e da necesidade de realizar unha avaliación máis profunda.

Bibliografía máis relevante sobre o uso e a validación da escala

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi:10.1001/archinte.166.10.1092>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O. & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Quality of Life Outcomes*, 8(8), 1-11. <https://doi:10.1186/1477-7525-8-8>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. & Herzberg, P. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266-274. <https://doi:10.1097/MLR.0b013e318160d093>

Versión orixinal en castelán

Cuestionario de Trastorno de Ansiedad General (GAD-7 Spanish)

Las preguntas a continuación se refieren a la frecuencia y la gravedad con la que puede experimentar síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas. Por favor, ayúdenos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las siguientes preguntas.

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	De nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o nervioso	0	1	2	3
2. No poder detenerse o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Ser tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo, como si algo horrible pudiera suceder	0	1	2	3
Puntuación total de todas tus respuestas: _____				
Si marcó cualquier problema, ¿qué tan difícil le han hecho estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o se llevan bien con otras personas?	No es nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Versión integrada no IANUS 5



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

DATOS DO PACIENTE

NOME: **XXXXXXXXXX** DOMICILIO: **XXXXXXXXXX, XXXXX, XXXXX** DNI: **XXXXXXXXXX**
 PRIMEIRO APELIDO: **XXXXXXXXXX** CÓDIGO POSTAL: **XXXXXX** NASI: **XXXXXXXXXX**
 SEGUNDO APELIDO: **XXXXXXXXXX** MUNICIPIO: **XXXXXXXXXX** CIP: **XXXXXXXXXX**
 DATA NACEMENTO: **XXXXXXXXXX** PROVINCIA: **XXXXXXXXXX** NHC: **XXXXXXXXXX**
 SEXO: **XXXXXXXXXX** TELÉFONO: **XXXXXXXXXX** NSS: **XXXXXXXXXX**

ESCALA GAD 7: CUESTIONARIO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD XERAL

Data Execución: 05/02/2026 - 10:04

Profesional: **XXXXXXXXXX** - PRIMARIA **XXXXXXXXXX**

NIVEIS PARA MEDIR O RESULTADO

Ausencia de síntomas clínicamente
significativos: 0 - 4

Ansiedade leve: 5 - 9

Ansiedade moderada: 10 - 14

Ansiedade grave: 15 - 21

PREGUNTAS	RESPOSTAS				VALORACIÓN
Sentiuse nervioso/a, angustiado/a ou moi tenso/a?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Non foi capaz de parar ou controlar a súa preocupación?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Preocupouse demasiado por motivos diferentes?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Ten tido dificultade para relaxarse?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Sentiuse tan inquedo/a que non puido quedarse quedado/a?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Molestouse ou irritouse facilmente?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Tivo medo de que algo terrible fora pasar?	Nunca	Varios días	Máis da metade dos días	Case todos os días	
Se marcou calquera problema, que tan difícil lle resultou ese problema para facer o seu traballo, ocuparse das cousas na casa ou levarse ben con outras persoas?	Nada difícil	Algo difícil	Moi difícil	Extremadamente difícil	
Valoración total					

OBSERVACIÓNS:

ANEXO II: CRITERIOS DE INCLUSIÓN E CÓDIGOS CIAP-2 E SNOMED CT

Termos do plan (criterio de inclusión)	CIAP-2	Descrición CIAP-2	Xustificación	SNOMED CT	Descrición SNOMED CT	DOMINIO IANUSS	Observacións operativas (uso recomendado)
Trastorno depresivo leve-moderado	P76	Depresión / trastornos depresivos	Cando hai diagnóstico explícito de depresión (TMC) e se quere identificar o perfil "trastorno" do plan	35489007	Trastorno depresivo	PS	Rexistrar como Problema de Saúde . Se só hai síntomas con PHQ-9 ≥ 10 sen diagnóstico, ver "malestar depresivo"
Trastorno de ansiedade leve-moderado	P74	Trastornos de ansiedade / estado de ansiedade	Cando hai diagnóstico de trastorno de ansiedade leve-moderado e se precisa identificar o perfil "trastorno" do plan	197480006	Trastorno de ansiedade	PS	Rexistrar como Problema de Saúde . P74 debe empregarse como PS ; se é síntoma, empregar P01 e escala
Trastorno adaptativo	P02	Estrés agudo (inclúe problemas de adaptación)	En CIAP-2, P02 captura problemas de adaptación/axuste a estresor, que é o bloque específico do plan	17226007	Trastorno de adaptación	PS	Rexistrar como Problema de Saúde . P02 é código equivalente para efectos operativos ao non existir código CIAP-2 exclusivo para "trastorno adaptativo"
Trastornos adaptativos con compoñente ansioso ou depresivo (se se quere granularidade)	P02	Estrés agudo (inclúe problemas de adaptación)	Mantense P02 en CIAP-2; a granularidade pode achegala SNOMED (subtipos), sen afectar o troncal do plan	17226007	Trastorno de adaptación	PS	Non preciso para a regra mínima. Granularidade clínica en narrativa ou subtipos SNOMED se se incorporan ao catálogo
Malestar emocional con sintomatoloxía depresiva clinicamente significativa (PHQ-9 ≥ 10)	P03	Sentimentos depresivos / Estado de ánimo depresivo	Cando se documenta sintomatoloxía depresiva relevante sen etiqueta diagnóstica pechada, pero o plan permite derivación por escala	366979004	Estado de ánimo deprimido	SS	Rexistrar como Signo/Síntoma . Se posteriormente se confirma trastorno depresivo, migrar/engadir P76 + 35489007
Malestar emocional con sintomatoloxía ansiosa clinicamente significativa (GAD-7 ≥ 10)	P01	Ansiedade/tensión/nerviosismo (síntoma)	Cando se documenta ansiedade clínica sen diagnóstico formal, pero o plan admite derivación por gravidade medida	48694002	Ansiedade	SS	Rexistrar como Signo/Síntoma . Se posteriormente se confirma trastorno de ansiedade, migrar/engadir P74 + 197480006



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

Xacobeo  2027