

**PROPUESTA DE SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON PROBLEMAS EN SALUD
MENTAL, DESDE LOS DETERMINANTES DE SALUD, EN UNA HISTORIA
CLINICA CON ENFOQUE EN ATENCION PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD
(APIS)**

**"TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
AL TITULO DEL MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR"**

CARLOS ANDRES BUITRAGO RAMIREZ

Cabuitrago1987@hotmail.com

MONICA ALEXANDRA FONSECA ACERO

Mafa-oc@hotmail.com

SANDRA CAROLINA FUENTES BALLESTEROS

Carito.funt.b@hotmail.com

CARLOS FELIPE MORALES TAMAYO

Cafemoralest@hotmail.com

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

BOGOTÁ D.C. JULIO 2017

TUTORES

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**BOGOTÁ D.C.
JULIO 2017**

ESTE TRABAJO HACE PARTE DEL PROYECTO TITULADO

**“PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL EN APIS CON ENFOQUE
EN DETERMINANTES DE LA SALUD. PRIMERA FASE”**

**CONVOCATORIA INTERNA, GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE MEDICINA
COMUNITARIA, LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE SALUD FAMILIAR Y
ATENCIÓN PRIMARIA, UNIVERSIDAD EL BOSQUE 2015
PCI -2015-8235**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

COINVESTIGADORES

**DR GERARDO MEJIA CARRION
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**INGENIERO CARLOS DELGADO
INGENIERO DE SISTEMAS GRUPO OSIRIS
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE
RESPONSABLE DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR
LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO VELARÁ
POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO
DEL MISMO EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD
Y LA JUSTICIA.”**

AGRADECIMIENTOS

A Dios que nos dio vida y salud para poder llevar a cabo este propósito.

A nuestras familias que estuvieron con nosotros, por la ayuda que nos brindaron, la confianza y el apoyo incondicional.

A nuestros profesores que nos brindaron sus conocimientos y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	11
Introduccion.....	13
CAPITULO I	
1. Titulo de la investigacion.....	14
1. 2. Pregunta de investigacion.....	14
1. 3. Planteamiento del problema.....	14
1. 4. Justificacion.....	15
1.5 Objetivo general.....	18
1.6 Objetivos especificos.....	18
CAPITULO II	
2. Marco teorico.....	19
2.1Salud Mental.....	19
2.2Determinantessociales de la salud y Salud Mental.....	19
2.3Historia clínica electrónica ySalud Mental.....	21
2.4 Instrumentos para la detección en Salud Mental.....	22
2.7 Depresion.....	27
2.8 Trastornos de Ansiedad.....	29
2.9 Fobia Social.....	31
3.0 Trastonro de estrés agudo.....	31
CAPITULO III	
3. Diseño metodologico.....	33
3.1 Tipo de estudio.....	33
3.2 Poblacion y muestra.....	33

CAPITULO IV

4. Revision en la literatura	34
4.1 Criterios de inclusion	34
4.2 Criterios de exclusion	34
4.3 Descripción proceso de selección de estudios.....	35
4.4 Matrix de articulos seleccionados	37

CAPITULO V

5. Analisis de la revision en la literatura.....	38
5.1 Categorías deductivas	38
5.2 Categorías inductivas.....	78

CAPITULO VI

6. Grupos focales.....	88
6.1 Organización grupos focales	88
6.2 Analisis grupos focales	89
6.3. Categorías deductivas.....	89
6.4. Categorías inductivas.....	123

CAPITULO VII

7. Análisis global revisión en la literatura y grupos focales.....	133
7.1. Categorías dectuctivas.....	133
7.2. Categorías Inductivas.....	146
8. Propuesta de las características y variables ideales que debería tener una historia clínica enfocada en un modelo de APIRS, en Salud Mental.....	150

CAPITULO VIII

9. Conclusiones.....	163
----------------------	-----

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	170
-------------------------------------	-----

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Determinantes en salud revision en la literatura.....	68
Figura 1. Flujograma búsqueda de artículos.	136
Figura 2. Atencion integral en Salud Mental.....	152

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. PHQ 2.	164
Anexo 2. PHQ 9.	165
Anexo 3. GAD-2.	166
Anexo 4. GAD-7.	167
Anexo 5. PHQ-4.	168

LISTA DE SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud

APIS: Atención primaria integral en salud.

EPS: Entidades Promotoras de Salud

GAD-2: Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada - 2

GAG-7: Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada – 7

IPS: Instituto prestador de salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCAT: Primary care assessment tools

PHQ-2: Cuestionario sobre la salud del paciente - 2

PHQ-4: Cuestionario sobre la salud del paciente - 4

PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente - 9

PIAS: Política Integral de Atención en Salud

SSD: secretaria de salud distrital

RESUMEN

El presente trabajo surge ante la necesidad de contar con una historia clínica electrónica unificada, caracterizada por ser integral, centrada en la persona, integrada al Sistema de Información del Distrito, que abarque los fundamentos de la atención primaria integral en salud (APIS), con un enfoque en los determinantes en salud. Hace parte del grupo de investigación de medicina comunitaria, específicamente la línea de investigación de salud familiar y atención primaria y está enfocada en la situación puntual de la atención integral en salud mental.

En el 2005 la OMS estableció unos factores que están directamente implicados en el riesgo de la salud de la población y los llamó determinantes sociales de la salud. Sin embargo la salud mental hace parte de la atención integral del paciente por consiguiente se construyeron determinantes en salud específicamente para salud mental y para el 2013 se establecieron objetivos específicos para generar estrategias que disminuyan el riesgo de formar problemas en salud mental [1]. Por esta razón se decide elaborar una propuesta para atención primaria en la cual establezcan características y variables que estén implicadas en la detección temprana en riesgos que generen problemas mentales y así mismo que nos permita atender patologías psiquiátricas establecidas en cuanto a su tratamiento farmacológico y no farmacológico y en este último punto es importante recibir intervención familiar para disminuir riesgos y dar mayor pronóstico en la enfermedad dar mayor pronóstico en la enfermedad.

En esta se planteó como objetivo proponer un modelo de historia clínica a través de una investigación exploratoria, que incluyó la revisión de la literatura a nivel mundial e internacional y la realización de entrevistas individuales y grupos focales; para el análisis de las necesidades, en base a la herramienta PCAT (Primary care assessment tools), para posteriormente elaborar una propuesta inicial de la arquitectura de la información. Encontrándose como resultado de la investigación que la historia clínica electrónica debe ser unificada y para esto deberá articularse el sistema de información de las diferentes instituciones vinculadas con el sector salud; así mismo se revela la importancia de los

determinantes de la salud, para un abordaje integral en salud mental en pacientes con depresión y/o ansiedad. Así como se denota la importancia de incluir la normatividad actual para fortalecer y garantizar la continuidad, integralidad y coordinación en el proceso de atención que inicia con el primer contacto que tiene el paciente con el sistema de salud.

INTRODUCCION

Los Determinantes Sociales de la salud son las circunstancias en las cuales las personas, nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen, lo cual influye en el estado de salud de los pacientes (incluido el sistema de salud) [1]. Esas circunstancias son el resultado de distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, las cuales dependen a su vez de las políticas adoptadas en cada municipio, ciudad o país. Estos determinantes explican la mayor parte de las inquietudes observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria [1]. Sin embargo aún no se cuenta con un sistema de información que permita integrar estos determinantes con la información clínica lo cual sería de utilidad para mejorar el conocimiento de los pacientes y así como mejorar la prestación de los servicios de salud.

En cuanto al sistema que disponemos en la actualidad para el registro de información relacionada con la salud de los pacientes, específicamente en salud mental, no se encuentra sistematizada, aunque sí se han adoptado sistemas que incluyen algunos componentes en salud mental y siendo esta una herramienta para mejorar la salud de estos pacientes y al incorporar un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, se plantea la implementación de algunos de sus componentes de forma electrónica, con el fin de mejorar la calidad de la atención que se ofrece, así como una comunicación eficaz con la comunidad [1], haciendo énfasis en los determinantes sociales de la salud. Por lo cual en interés de este trabajo es proponer las características y variables que permitan el seguimiento de pacientes con problemas en salud mental, basados en los determinantes de la salud en una historia clínica con enfoque en Atención Primaria Integral en Salud (APIS), siendo uno de los objetivos planteados del proyecto aprobado por la convocatoria interna titulado “Historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de salud mental, Primera Fase”.

CAPITULO I

1. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN

Propuesta de seguimiento de personas con problemas en salud mental, desde los determinantes de la salud, en una historia clínica con enfoque en Atención Primaria Integral en Salud.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características y variables necesarias que se deben incluir en la historia Clínica Integral en salud para hacer un adecuado seguimiento de los pacientes con problemas de salud mental, desde los determinantes de la salud?

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia clínica es un documento que permite a los profesionales de la salud atender las necesidades de los pacientes. Es un documento legal académico el cual permite registrar el acto médico, que si es bien realizado genera una atención de calidad [2].

La historia clínica por lo tanto es un documento de gran valor tanto para el paciente como para los profesionales en salud. En una historia clínica en atención primaria se debe realizar un abordaje integral amplio que abarca múltiples situaciones y problemas de salud, aún más si se enfoca desde los determinantes en salud propuestos por las OMS. Estos son factores externos que están implicados en el proceso de salud - enfermedad de las personas. En Colombia hay una alta prevalencia de problemas de salud mental, que nos hace pensar en determinantes que se convierten en factores de riesgo. Tanto así que se han establecido políticas específicas para abordar esta problemática en nuestro país. Aspectos económicos socioculturales e históricos, aumentan la probabilidad de que exista un problema de salud mental en nuestra población. Es por esto que para nosotros como trabajadores de la salud, proyectados a trabajar en atención primaria, es de gran importancia

la realización de una historia clínica que identifique riesgos para este tipo de enfermedades y desarrolle esquemas de seguimiento a un tratamiento oportuno, de forma integral tanto para el paciente con riesgo como el paciente con patología psiquiátrica establecida. Nuestro proyecto de investigación se ve encarrilado en la realización de una propuesta que pueda ser utilizada en atención primaria para la identificación de riesgos que puedan generar problemas de salud mental, el adecuado seguimiento de patologías mentales como ansiedad y depresión y así establecer una atención integral al paciente y dentro de esto específicamente revisar qué características y variables pueden ser las mejores para lograr este objetivo.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS las enfermedades de salud mental representa aproximadamente el 11 % de la carga de la enfermedad a nivel mundial y se estima que para el 2020 se aumente a un 15%. Dentro de estas, la depresión será la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares lo cual pone en alerta a las entidades gubernamentales por el costo que esto acarrea [3].

Es así como la OMS planteó 4 objetivos para la prevención y promoción en salud mental partiendo de los determinantes en salud que son: [3]

- 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza en el ámbito de la salud mental*
- 2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completo, integrado y con capacidad de respuesta.*
- 3. Promover en prácticas estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental*
- 4. Fortalecer los sistemas de información, los actos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.*

De acuerdo a lo planteado por la OMS nace en Colombia la ley 1616 del 2013 “*ley en salud mental*” donde se promueve el derecho a la atención oportuna integral desde atención primaria a las personas que tienen riesgo como a las que ya tienen instaurada una patología mental. En ese orden de ideas y de acuerdo a los 4 objetivos propuestos por la OMS iniciaremos la realización de la historia clínica buscando las diferentes variables que se puedan incluir en esta, con el fin de buscar riesgos para problemas de salud mental especialmente en ansiedad depresión.

En Colombia específicamente en atención primaria no se ha instaurado un modelo de historia clínica que pueda atender las necesidades de los pacientes en salud mental, por lo tanto es importante generar una propuesta que sea fácil de usar para el personal en atención primaria, que se encuentre dentro del tiempo establecido de una consulta y que genere avances significativos para la detección temprana en problemas de salud mental, contribuir al seguimiento y tratamiento oportuno de este. Por lo tanto para llegar a este fin hay que incluir características y variables donde podamos entrelazar los determinantes de salud más influyentes con el rol de cada individuo y su interacción a nivel social con el fin de tener una participación activa de su patología y generar cambios en su entorno, de tal modo que el establecer estas variables nos permitirá tener un acercamiento a los riesgos de las patologías psiquiátricas prevalentes y el seguimiento de algunas patologías psiquiátricas como la depresión y la ansiedad y así mismo responder de manera asertiva al tratamiento y seguimiento de la mismas. Estos servirán de insumo para una propuesta de historia clínica en APS que incluya el abordaje de la salud mental de forma integral e integrada a la salud general y una propuesta de seguimiento a personas con ansiedad y depresión.

Existen además, datos que muestran que 1 de cada 4 personas que entran en contacto con los servicio de atención primaria (AP), presentan un trastorno mental reconocido por el CIE10, encontrando además que los médicos generales no detectan ni tratan estas patologías a tiempo.

Teniendo en cuenta, que los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad en el mundo [3], existe el desarrollo de diversas escalas y guías de entrevistas en AP en salud mental, la cuales presenta limitaciones en la práctica clínica diaria. Muchas de ellas requiere gran entrenamiento de quien las aplica, y cubren en su gran mayoría un rango limitado de síntomas, generando una evaluación aislada sin permitir un abordaje integral del paciente, quedándose solo en la presencia o ausencia de síntomas más que en dar un aproximación diagnóstica en específico, siendo además relevante mencionar que fueron desarrollados con propósito de investigación, y no diseñadas para su aplicación en atención primaria [4].

Por lo anteriormente referido, se hace indispensable generar una propuesta completa dentro de la historia clínica, sencilla de aplicar, válida, confiable, y dentro de los tiempos establecidos ante la ley en Colombia, no solo para la detección temprana de problemas de salud mental en paciente según los determinantes de salud en la atención primaria, sino que nos permita realizar un seguimiento desde la detección del mismo, superando las limitaciones de la práctica clínica actual, que facilite el trabajo que realiza el médico familiar y los equipos de atención primaria en la tarea compleja de hacer un abordaje integral.

1.5. OBJETIVO GENERAL

Proponer características y variables que permitan el seguimiento de pacientes con problemas en salud mental, basados en los determinantes de la salud en una historia clínica con enfoque en Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las características y variables necesarias en una historia clínica descritas en la literatura, para hacer un seguimiento a las patologías en salud mental teniendo en cuenta los determinantes de la salud
- Conocer el estado actual de las historias clínicas electrónicas en Bogotá, y verificar los aspectos factibles de mejora para hacer un seguimiento a las patologías salud mental teniendo en cuenta los determinantes de la salud.
- Elaborar una propuesta sobre las características y variables que debería tener una historia clínica en APIS para Bogotá y el país.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Salud Mental

La OMS define salud mental *“como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* [5, OMS 2001^a, p 1].

2.2 Determinantes sociales de la salud y salud mental

La OMS llamó a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud como determinantes en salud [1].

Establece que la salud mental hace parte del manejo integral en la atención en salud. En los últimos años se ha encontrado que la salud mental no es algo que se deba manejar por partes, sino como un todo donde se incluya los determinantes en salud mental que puede llevar a muchas dolencias físicas y estas a su vez pueden inducir más problemas de salud mental. Se establecieron unos condicionantes o determinantes que llevan al riesgo de generar problemas de salud mental que son: condiciones de trabajo estresante, discriminación de género, exclusión social, modelos de vida poco saludables, mala salud física, violación de los derechos humanos [1].

En cuanto a la promoción en salud mental la OMS refiere estrategias de mejoramiento ambiental a nivel laboral, donde se respeten los derechos humanos. Para mejorar la identificación, tratamiento y los resultados, el primer nivel de salud debe encontrar estrategias que identifiquen los factores de riesgo y afecciones con todo lo relacionado con la salud mental para brindar una atención integral. Además se tienen que generar estrategias que determinen no sólo el tratamiento farmacológico sino evaluar el

seguimiento y atención del entorno del paciente lo cual permite mayor costo-efectividad para los países [1].

También se ha visto que los paciente de un estrato psicosocial bajo tienen menos oportunidad de acceso al servicio e intervención de sus patologías físicas y esto es más notorio en cuanto a las enfermedades mentales [6]. OMS y Wonca, 2008 proponen siete razones para integrar la salud mental en la atención primaria [7].

1. *La carga de trastornos mentales es grande y presente en todas las sociedades*
2. *Los problemas de salud mental y física están entrelazados*
3. *Existe una brecha enorme desde que hace el diagnóstico en salud mental y la oportunidad para el paciente de recibir un tratamiento, sin contar el tiempo que transcurrido desde el síntoma al diagnóstico*
4. *La atención primaria de salud mental mejora el acceso a todo tipo de servicios*
5. *La atención primaria de salud mental promueve el respeto de los derechos humanos*
6. *La atención primaria de la salud mental es asequible y eficaz en función de los costos*
7. *La atención primaria de salud mental genera buenos resultados sanitarios.* (pag. 8 (integración de la salud mental: una perspectiva mundial.)

Entendiéndose por tanto, según Alma- ata, atención primaria en salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Por lo tanto la atención primaria es una estrategia que puede permitir identificar cada uno de los determinantes de salud mental de manera oportuna y realizar estrategias de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación a los pacientes con el fin de atender las necesidades y buscar el bienestar del individuo [8].

2.3 Historia clínica electrónica y Salud Mental

En cuanto al sistema que disponemos en la actualidad para el registro de información relacionada con la salud de los pacientes la historia clínica, en la Resolución 1995 de 1999 se menciona que esta es un documento privado en el cual se registran cronológicamente las condiciones del paciente, los actos médicos y procedimientos realizados por el equipo de salud [3]. Las características básicas con las que debe contar, según esta resolución son: Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. Debe contener datos completos de identificación, incluyendo tipo de afiliación y régimen [3].

Además la ley 1438 de 2011, establecía que la historia clínica debería ser electrónica y de obligatoria aplicación antes del 31 de Diciembre de 2013 [9], sin embargo el artículo 112 referente a la articulación del sistema de información de específico fue revocado y actualmente el ministerio de las TICs está a cargo de la unificación de la historia clínica electrónica. Esta ley reglamenta la forma en la cual se debería implementar en el sistema de información en salud, específicamente en el capítulo VII que incluía la articulación del sistema de información, en el cual establece que el Ministerio de la Protección Social, a través del sistema integrado de información articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información [10].

En cuanto a la integración de la información en salud, se ha establecido que el ministerio de la protección social junto con el ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones, definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del plan nacional de tecnologías de información y comunicación [10].

En la actualidad la historia clínica electrónica a nivel mundial continúa teniendo una tasa global de adopción baja, principalmente asociado a algunos aspectos relacionados con costos de mantenimiento, falta de capacitación y soporte, complejidad, falta de incentivos, participación y de liderazgo. Puntualmente en salud mental, no se encuentra sistematizada,

aunque sí se han adoptado sistemas que incluyen algunos espacios para eventualmente proporcionar información del estado psicoemocional del paciente. Por tanto en este contexto de Salud Mental, se constituiría como una herramienta para mejorar las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas, incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado, el desarrollo de esquemas de seguimiento a un tratamiento oportuno, y, así como su calidad de vida.

2.4 Instrumentos para detección en salud mental

A pesar que existen escalas específicas para salud mental, estas fueron diseñados para su aplicación en AP, muchas de ellas requiere gran entrenamiento de quien las aplica, además requieren 30 minutos o más para su aplicación y no permite aproximarse a un diagnóstico psiquiátrico ya que tienen un rango limitado de sintomatología sin permitir el abordaje integral por lo que requieren la aplicación de nuevas escalas para su fin diagnóstico.

2.4.1. Entrevistas estructuradas

Las entrevistas estructuradas son una guía de temas o preguntas a tratar las cuales evalúan diferentes variables en salud mental [11], dentro del campo de psiquiatría, son el patrón de oro para la realización de diagnósticos y son ampliamente utilizadas en investigación [12], Dentro de los ejemplos encontrados son la entrevista clínica y la entrevista diagnóstica como por ejemplo del eje I del DSM-IV (SCID-I) la MINI [11, 13,14] y el (CIDI) siendo este último una entrevista estructurada estandarizada creada por la OMS para dar diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al CIE 10 y al DSM IV [10, 13, 15], con un promedio de duración de 2 horas y 30 minutos [15].

Por lo que, se debe tener en cuenta, que estas entrevistas requieren entrenamiento tanto para su realización como para su calificación y tiempos largos para su administración; por este motivo no han sido adaptadas ampliamente en la práctica clínica de AP [11].

Para resolver este problema de tiempo se realizó SPIFA, la cual hace parte dentro de las entrevistas estructuradas con una duración promedio de 22 minutos, que ha mostrado una buena confiabilidad interevaluador para depresión, trastornos de ansiedad y riesgo suicida. Sin embargo en pacientes con trastornos comórbidos la confiabilidad es pobre [16].

2.5. La herramienta a nivel mundial para la evaluación en salud mental en atención primaria.

La Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC) herramienta computarizada, de entrevista clínica semiestructurada desarrollada para evaluar e identificar los problemas de salud mental en AP, permite abarcar más aspectos de salud mental que en una consulta de atención primaria habitual lo que aumenta la cobertura y detección temprana oportuna de una patología psiquiátrica [17], además este programa de diagnóstico toma en cuenta la gravedad de los síntomas (moderada a severa), generando diagnósticos alternativos y estados de comorbilidad con base en la presencia de síntomas de otros trastornos, con una sensibilidad entre 73 y 94%, y especificidad entre el 92 y 100% [18,19]. El tiempo promedio utilizado para la aplicación del GMHAT/PC fue de aproximadamente 15 minutos en todos los estudios [20].

Esta herramienta ayuda a la evaluación clínica computarizada que evalúa y hace énfasis en la aparición de síntomas como “preocupaciones, ataques de ansiedad y pánico, concentración, ánimo decaído, riesgo suicidio, sueño, apetito, trastornos de alimentación, hipocondrías, obsesiones y compulsiones, fobias, manías/hipomanía, trastornos del pensamiento, síntomas psicóticos, pérdida de la memoria, uso y abuso del alcohol, usos y abuso de drogas, problemas de personalidad y factores de estrés”; además el programa nos da un informe resumido, sus puntajes y una impresión diagnóstica.

2.6. Instrumentos específicos para un solo problema

Se ha desarrollado escalas para el diagnóstico de trastorno depresivo, dado que este es el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente encontrado en atención primaria [21], se utilizan subescalas de depresión de HADS, el BDI-PC, el PHQ-9, el Four-Item Questionnaire, la DMI-18 y la versión abreviada del DMI-18 (DMI-1). Estos instrumentos son recomendados como estrategias de tamización en depresión [22]. El PHQ-9 es una herramienta. La validación y utilidad de la PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de AP se ha realizado en países latinoamericanos con buenos resultados, incluyendo Colombia [23, 24], aunque hay autores que señalan que debe utilizarse como tamización y no como diagnóstico además de no ser adecuada para establecer gravedad.[25, 26].

Otra de las escalas que son utilizadas en depresión y atención primaria es CES-D y Zung, que también han demostrado utilidad en atención primaria [11, 27], es relevante indicar que algunas de las escalas se han diseñado para el diagnóstico de depresión geriátrica siendo el GDS15, la cual tiene mayor evidencia para su uso en AP, pero limitada para un está rango de edad [27].

Las respectivas escalas referenciadas anteriormente están diseñadas para evaluar depresión unipolar y no ayudan a diferenciarla de la enfermedad bipolar, tema relevante teniendo en cuenta que un error diagnóstico puede llevar a un tratamiento inadecuada que puede incrementar el riesgo de un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto si se prescribe un antidepresivo en vez de un modulador afectivo [28].

Para el caso de ansiedad en atención primaria encontramos a continuación escalas tales como el Social Anxiety Screening Questionnaire [29], la Overall Anxiety Severity and Impairment Scale OASIS [30] y la K-10, la cual ha sido validada y utilizada en múltiples países en el idioma español [31].

Instrumentos de tamización como el CAGE y el Michigan Alcoholismo Screening Test se enfocan solo en la dependencia al alcohol [29,32], otros instrumentos específicos para evaluar consumo de sustancias incluyen el ASSIST [33], el SAMIS [34] y el single-item screening test for unhealthy alcohol use [35].

Herramientas como el AUDIT han mostrado su utilidad en atención primaria para identificar los trastornos relacionados con el alcohol, requieren de la aplicación de instrumentos adicionales para la evaluación de otros problemas [29, 32].

El PRIME-MD es una de las herramientas que cuenta con mayor evidencia en la literatura, fue diseñado como instrumento diagnóstico para la detección de los trastornos mentales más comunes en AP (12 en total) como trastornos del ánimo, ansiedad, somatomorfos, por consumo de alcohol, trastornos de la conducta alimentaria y alcohol [36], basándose en los criterios diagnósticos del DSM IV [37], demostrando una sensibilidad del 83%, una especificidad del 88% y un valor predictivo positivo del 80% para el diagnóstico de cualquier enfermedad mental [36, 38] pero en algunos estudios no tiene buenas propiedades psicométricas en la evaluación de los trastornos somatomorfos [3]. Además de sus buenas propiedades psicométricas, otra de las ventajas de este instrumento es que es uno de los pocos existentes para su aplicación en AP que permite la realización de diagnóstico [19, 39] en algunas estudios describen limitaciones para clasificar algunos trastornos que no cumplen todos los criterios en su totalidad o se encuentran en periodos inter críticos [28].

La M-3 Checklist ha demostrado su utilidad como una herramienta válida, eficiente y confiable para el tamización de patologías psiquiátricas comunes en AP: depresión, bipolar, ansiedad y trastorno de estrés postraumático [31], a pesar de esto, deja por fuera otros diagnósticos como los psicóticos, los relacionados con el abuso de sustancias y los mentales orgánicos [4].

La SDDS-PC es una herramienta que permite identificar depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, abuso y dependencia de

sustancias e ideación suicida [40], como limitaciones, se encuentra que solo cubre trastornos ansiosos y depresivos, y dentro de sus ventajas, se encuentra su disponibilidad para ser aplicada y calificada a través de un computador [4]. Provisional Diagnostic Instrument-4 es un instrumento breve de auto reporte diseñado para identificar en AP casos de ansiedad generalizada, depresión, manía y déficit de atención e hiperactividad dejando por fuera otros diagnósticos [41].

La CHAT es una herramienta desarrollada para detectar en atención primaria la presencia de uso de tabaco, alcohol, psicoactivos, ludopatía, depresión, ansiedad, estrés, irritabilidad y trastornos de la conducta alimentaria, excluyendo los trastornos psicóticos.

Dadas las limitaciones presentadas por algunos de los instrumentos mencionados, se han propuesto utilizar en AP un método de dos pasos para la detección de diagnósticos psiquiátricos [32], modelo que propone la aplicación inicial de instrumentos de tamización seguidos de evaluaciones confirmatorias para la realización de un diagnóstico, especialmente cuando se evalúan trastornos depresivos y ansiosos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos cognitivo [32], dentro de los cuales encontramos, instrumentos como el PRIME-MD, los cuales están diseñados de esta manera. Inicialmente el paciente completa un cuestionario de auto reporte con preguntas de tamización posteriormente el médico de atención primaria realiza una entrevista estructurada para los pacientes que puntúan positivo en el primer cuestionario [36, 42].

Quienes recomiendan la utilización del GHQ-12 y SCL-90 para su uso en atención primaria sugieren que estos instrumentos sean utilizados como un primer paso y complementados con entrevistas diagnosticas [43].

Actualmente dentro de los instrumentos, escalas y herramientas utilizados para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria, las más utilizadas se encuentra la Patient Health Questionnaire (PHQ) y el Primary Care Evaluation of Mental Disorders

(PRIME-MD); otra estrategia utilizada en atención primaria es la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental (GMH/AT), que permite hacer tamizajes amplios y diagnósticos de problemas mentales por personas con poco entrenamiento en psiquiatría y en poco tiempo [3].

Por otro lado, las escalas son los instrumentos de medición compuesta por ítems que permiten medir fenómenos que no son directamente observables, teniendo en cuenta que estas escalas no hacen un diagnóstico formal sino que ayudan a la identificación de personas en alto riesgo o alta probabilidad de reunir criterios para el trastorno o categoría diagnóstica explorada [44].

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud Mental, recomienda la aplicación del instrumento SRQ que se desarrolló por la OMS, aunque señala que la puntuación para este cuestionario no es universalmente aplicable [45], instrumento que demuestra ser sensible para la identificación de desórdenes mentales diferenciando entre trastornos psicóticos de los no psicóticos, en servicio médicos generales en múltiples países donde es aplicado [46]; sin embargo solo abarca categorías sintomáticas muy amplias que dificultan una aproximación diagnóstica que realice una medida terapéutica por parte de un médico general [4].

El empleo de cualquier instrumento es apropiado siempre y cuando abarque los factores de riesgo y diagnósticos que van a ser tratados en atención primaria, además que sean confiables y válidos para la población que se va a manejar, la idea de este es que el profesional en salud lleve un control y un seguimiento adecuado; cabe resaltar que la herramienta no es lo mismo que el instrumento, ya que se usa este último para identificar riesgos que tiene el paciente y la herramienta se usa para corroborar y ayudar a diagnosticar al paciente.

2.7. Depresión

La depresión es un síndrome que se caracteriza por la disminución en el estado de ánimo, autoestima y disminución en encontrar placer que tienen repercusiones negativas en la calidad de vida y funcionamiento social. En la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica realizada en México del 2003 demostró que el trastorno depresivo mayor fue la quinta patología psiquiátrica más frecuente y se presenta con más prevalencia en mujeres, y está directamente relacionada con bajo nivel socioeconómico. El riesgo de este tipo de patología es 2 a 6 veces mayor en pacientes con antecedentes familiares de primer grado. En cuanto las causas de la patología se puede observar un componente genético que al agregarse un estrés biológico desencadenara la patología y se ha demostrado que el cromosoma 11 está directamente implicado en la neurotransmisión de las catecolaminas y los cromosomas 4,5,12 y 21 están implicados en el transporte de la serotonina, la disminución de las funciones cerebrales muestran disminución en las esferas cognitivas y motoras [51].

Los trastornos depresivos incluyen:

- a.** trastorno depresivo mayor
- b.** trastorno distímico
- c.** trastorno depresivo no especificado
- d.** trastorno disfórico premenstrual
- e.** trastorno depresivo menor
- f.** trastorno depresivo breve recurrente
- g.** episodio depresivo mayor dado por problemas esquizofrénicos o delirantes
- h.** trastorno depresivo indeterminado

Es de manera importante identificar los signos y síntomas de la enfermedad ya que este es el único medio para el diagnóstico de esta, identificar en las primeras dos semanas si se encuentra desanimado con facies características de la misma con pérdida del deseo y disminución para el placer pérdida del apetito seguido de pérdida de peso y alteraciones

del sueño aparecen sentimientos de minusvalía, culpa dificultad para de concentración toma de decisiones, ideas de muerte y algunas veces planeación de las mismas inclusive intentos de suicidio. Si el paciente no presenta sintomatología de manía e hipomanía el paciente presenta un trastorno depresivo mayor [47].

El manejo debe ser de acuerdo a la severidad y síntomas predominantes sin embargo es importante aclarar que los trastornos depresivos mayores con gravedad leve pueden ser tratados en nivel de atención primaria por médicos generales o médicos familiares y los estados de mayor gravedad deben ser vistos por médicos psiquiatras [47].

2.8. Trastornos de ansiedad

Para iniciar es importante aclarar que la ansiedad es un comportamiento natural del ser humano pero si este es expuesto a condiciones estresantes se convierte en patología. Los trastornos de ansiedad son las entidades más prevalentes a nivel mundial y menos del 50 % buscan atención médica adecuada [48].

La sintomatología se pueden presentar en diferentes entidades psiquiátricas sin embargo si esta se presenta y afecta su entorno social, y responde al tratamiento hablaremos entonces de ansiedad por lo tanto este tipo de entidades se convierten en un reto para el médico en consulta por lo que es de gran importancia la identificación de la sintomatología que se dividen en síntomas psicológicos y físicos dentro de los primeros cabe resaltar sensación de miedo y preocupaciones en distintos niveles y en cuanto a los síntomas físicos existe taquicardia, disnea diaforesis, mialgias, fatiga y parestesias [48].

La clasificación de los trastornos de ansiedad son, primarios las cuales no tienen causa aparente y secundaria que son dados por condiciones médicas o consumo de sustancias adictivas. Ahora bien durante la evaluación del paciente es importante aclarar si hay causas orgánicas como cardiovasculares, neurológicas o respiratorias, ya que ataques de asma, infarto agudo de miocardio, EPOC, pueden presentar sintomatología descrita anteriormente. Conjuntamente hay que evaluar si hay consumo o supresión súbita de

sustancias que desencadenan adicción y alteración en el sistema nervioso central ya que estas claramente muestran una similitud de su sintomatología. En cuanto la etiología de la enfermedad está relacionada con factores genéticos, biológicos y específicamente a GABA el cual está implicado en el desarrollo de la sintomatología, los niveles de cada uno de estos síntomas están implicados con los factores psicológicos ambientales y biológicos [48].

Cuando el paciente asiste a la consulta se puede enfrentar a médico general o familiarista y es ahí donde se debe tener una adecuada relación médico-paciente para identificar de manera oportuna este tipo de enfermedad y poder canalizar de manera apropiada al paciente con adecuadas estrategias para el tratamiento además se debe, tener suficiente tiempo durante la entrevista para que el paciente pueda interactuar de manera adecuada y pueda expresar su sintomatología, para que el profesional escuche de manera activa y tratar de organizar la información obtenida [48].

2.8.1. Trastornos primarios de ansiedad

Trastorno de ansiedad generalizada: Es un trastorno que se caracteriza por un estado de estrés con síntomas como tensión muscular hiperactividad y síntomas somático preocupación excesiva persistente y su duración es de aproximadamente seis meses [48].

2.8.2. Trastorno de angustia

Son episodios súbitos de tipo recurrente y de forma inesperada y se caracterizan por presentar por periodos cortos de 20-30 min aproximadamente [48].

2.8.3. Trastornos de estrés postraumático

Es un trastornos que aparece después de un suceso estresante no esperable que se sale de las experiencia normal del ser humano y se recuerda frecuentemente en sueños por lo

que es difícil conciliar el sueño además el paciente intenta evitar pensamientos o sentimientos asociados con el trauma [48].

2.9. Fobia Social

Cuando el paciente presenta miedo a hablar en público generalmente es benigno y el paciente evita situaciones por temor a actuar de forma humillante o embarazosa. Su sintomatología se caracteriza por taquicardia temblor, rubor, y disnea antes de que ocurra el suceso que lo avergüenza [48].

3.0. Trastorno de estrés agudo

Este tipo de trastorno se caracteriza por presentarse posterior a un evento traumático agudo ya sea por experiencias donde afecten su integridad física o emocional o cuando la persona responde con temor a la desesperanza en cuanto a su sintomatología se puede presentar ausencia de reactividad emocional reducción del conocimiento del entorno, desrealización, despersonalización, amnesia para recordar eventos importantes del trauma. Además evita situaciones en las cuales pueda revivir el evento y esto genera malestar a nivel laboral, familiar, y escolar [48].

3.1. Trastornos secundarios de ansiedad.

Se caracteriza por presentar síntomas de ansiedad pero posterior a la toma o abstinencia de la misma este tipo de trastornos pueden llegar a presentar un trastorno de angustia o un trastorno de ansiedad generalizada anteriormente descritos, no necesariamente para presentar este tipo de trastornos se deben cumplir los criterios diagnósticos sino que mediante pruebas de laboratorio que demuestren el consumo de sustancias más la entrevista realizada se puede dar el diagnóstico [48].

En cuanto al tratamiento de este tipo de patologías se debe establecer que estos pacientes son difíciles de tratar y además, es necesario entablar una adecuada relación médico-paciente y que el médico tenga la sensibilidad necesaria para abordar de manera integral lo que al paciente le aqueja y así generar el entendimiento necesario sobre la naturaleza de la enfermedad para tener un éxito en el tratamiento.

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo cualitativo, incluye la revisión documental y entrevistas (grupos focales y/o individuales) para el seguimiento de los problemas en salud mental como características y variables de una historia clínica integral en salud con enfoque en Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

3.2. Población y muestra

Personal voluntario que realizó previo consentimiento informado que fue aprobado por el comité institucional de ética en investigación de la Universidad El Bosque AD HOC.

1. Médicos especialistas (Médico familiar, Psiquiatras Médicos generales, trabajadores sociales que se desempeñan dentro del ámbito de salud pública.

2. Directores médicos de atención primaria, personas de línea de frente y personas que trabajan extrayendo los datos necesarios para la estadística, que se encuentren laborando en una institución en la cual se utilice la historia clínica electrónica.

CAPÍTULO IV.

4. REVISIÓN EN LA LITERATURA

Se realizó una búsqueda selectiva de la literatura a nivel nacional e internacional, de artículos en los idiomas inglés, español y portugués, de no mayor de cinco años de publicados. La pesquisa se realizó en las bases de datos, PUBMED, SCIELO, PROQUEST, LILACS/BIRIME, GOOGLE SCHOLAR, SCIENCE DIRECT, de estudios, sobre atención primaria, sistema de salud, colombia, medicina familiar, sistemas de información, historias clínicas de atención primaria, salud mental y determinantes de la salud, en la revisión se utilizó los siguientes términos MESH:

“Primary Health Care”, “Mental Disorders/diagnosis” - “Primary Health Care”, “Depression” “Questionnaires” - “Primary Health Care”, “Anxiety” - “Primary Health Care”, “Depression” - “determinants “,”electronic medical records”, “screening”.

Los artículos fueron revisados por los cuatro tesis y se seleccionaron aquellos donde se especificara más de uno de los términos MESH. A su vez se incluyó las referencias bibliográficas citadas por los artículos escogidos que no fueron detectados inicialmente (bola de nieve).

4.1. Criterios de inclusión

Se seleccionaron estudios publicados en idioma inglés, portugués y español, en adultos dentro de los últimos cinco años.

4.2. Criterios de exclusión

Estudios publicados que superen los cinco años de publicación, que incluya población pediátrica, obstétrica, geriátrica

4.3. Descripción proceso de selección de estudios

Después de realizar la búsqueda detallada de la literatura científica en las diferentes bases de datos ya descritas y teniendo en cuenta los criterios de selección se encontraron un total de 598 estudios de los cuales se excluyeron en total 436 por no cumplir con el interés de la revisión al realizar la lectura del título y el resumen, se encontraron 52 artículos duplicados. Se realizó la lectura detallada del texto completo de 151 estudios de los que se excluyeron 19 por no cumplir con los criterios de inclusión del estudio (edad, objetivos, salud mental, atención primaria, etc), quedando un total de 131 estudios a los que se le realizó el análisis de acuerdo a los objetivos del estudio, durante la lectura de algunos artículos se incluyeron 30 artículos mediante la metodología de bola de nieve (fig. 1). De los 162 artículos en total que se utilizaban en el estudio se encontraron en Scielo 14 estudios, Google scholar 66 artículos, Science direct 41 artículos al igual que en Pubmed.

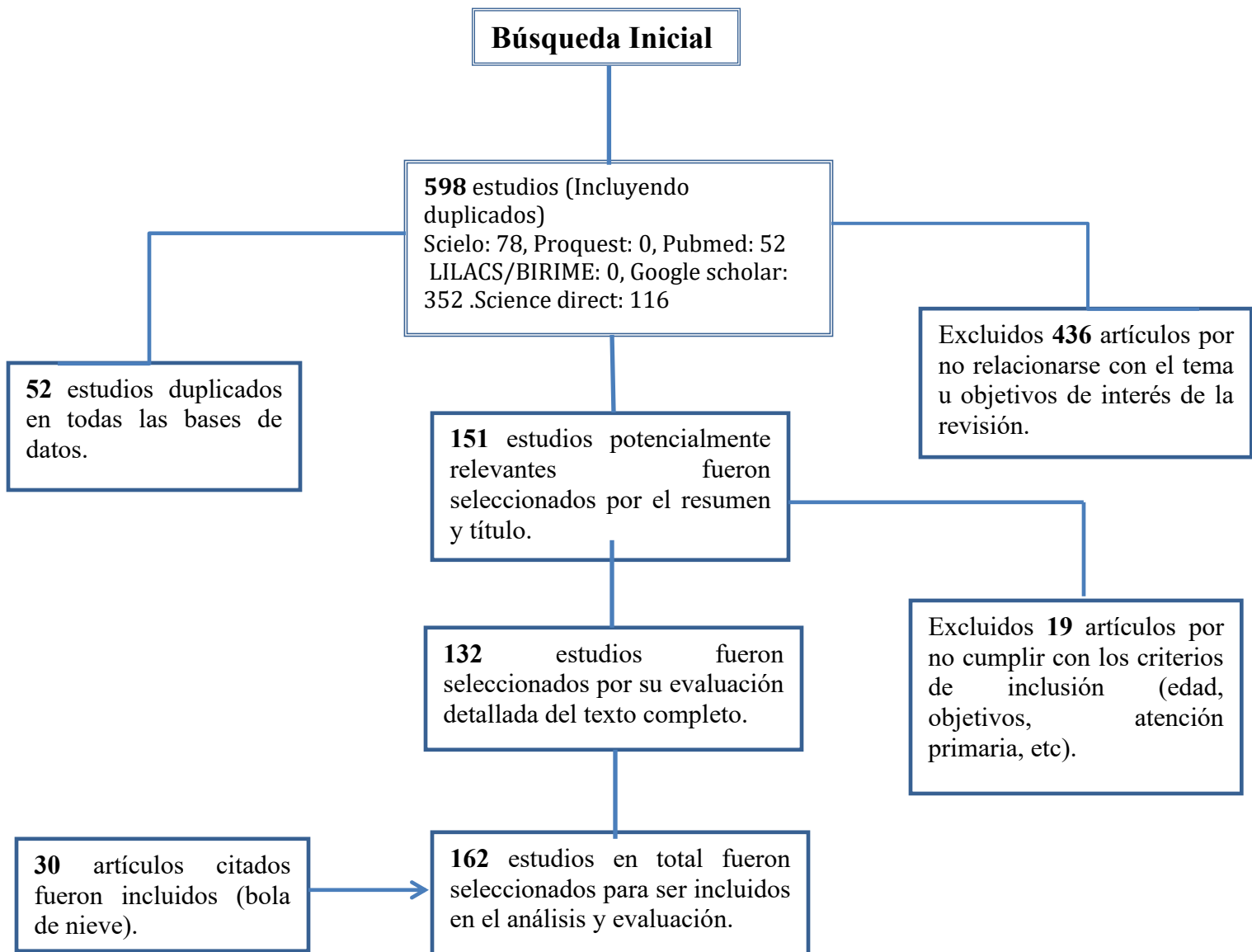


Figura No 1: Proceso de selección de estudios.

4.4 MATRIZ DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

De la búsqueda realizada se alimentó una matriz con la información de los artículos encontrados, para posteriormente establecer las categorías de análisis.

1. Fechas de consulta
2. Autores
3. Título del documento
4. Resumen
5. País donde se desarrolló la investigación
6. Tipo de documento
7. Año
5. Referencia Vancouver
6. Palabras clave normalizadas usadas
7. Idioma
8. Recuperado en
8. Objetivos del artículo
9. Metodología básica
10. Análisis-enfoque-aporte del artículo
11. Resultados.
12. Recomendación.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS REVISIÓN EN LA LITERATURA

El análisis de las categorías deductivas se realizó a través del PCAT (Primary care assessment tools), que es un instrumento de atención teórica para la evaluación de la atención primaria y se compone de las siguientes funciones esenciales [49]:

- Primer contacto
- Continuidad
- Coordinación
- Integralidad.

Así como de la información específica de patologías prevalentes de depresión y ansiedad y la inclusión de los determinantes de la salud y percepción de utilidad de estos en la historia clínica sistematizada.

5.1. CATEGORÍAS DEDUCTIVAS

5.1.1. PRIMER CONTACTO

Durante muchos años, la atención primaria se ha encargado de identificar de manera temprana diferentes patologías que tienen impacto y de acompañar a los pacientes en el proceso de atención que requiera dentro del sistema de salud, por lo tanto al ser médicos de atención primaria tenemos la responsabilidad de ser el primer contacto de una gran variedad de patologías, entre ellas las enfermedades de salud mental, las cuales generan un impacto económico en el tratamiento de un sin número de patologías orgánicas que están inmersas en patologías mentales, por tal motivo nosotros como profesionales en salud constituimos la puerta de entrada ayudando a la accesibilidad del paciente a la utilización de los servicios además de esto garantizarle por medio de herramientas como la

historia clínica, para la detección, diagnóstico y tratamiento de las patologías, como lo son los trastornos de ansiedad y depresión.

En la literatura se mencionan la existencia de barreras de acceso para el diagnóstico oportuno e inicio de tratamiento por parte del paciente tales como barreras económicas, costos de medicación, dificultades para obtener atenciones especializadas, barreras en el acceso en los sitios de atención primaria por largas distancia y problemas de transporte, incluyendo además barreras por parte de los paciente por la percepción, actitudes y preferencias con respecto a la depresión y su tratamiento [50], influidos además por los estigma asociado a los trastornos mentales [51], los cuales favorecen la búsqueda de atención para la depresión, el apoyo familiar y la medicina tradicional sobre los servicios de salud mental, esto es probablemente debido a factores como la falta de disponibilidad de los servicios, la falta de competencia en la atención primaria de salud para hacer frente a los problemas de salud mental, y el estigma y la discriminación asociados con el uso de servicios de salud mental [51].

En efecto para reducir la carga de la depresión, existe una variedad de estrategias de tratamiento eficaces que han sido desarrolladas, incluyendo el apoyo psicosocial, la psicoterapia y antidepresivos, sin embargo existen múltiples brechas que no permiten el acceso [51], algunos estudios, en países desarrollados y en vía de desarrollo han demostrado barreras en el diagnóstico oportuno de estos trastornos en atención primaria, tales como la falta de formación de los médicos de atención primaria, para el usos de instrumentos de evaluación y tamizaje, la sobrecarga asistencial, incluyen aspectos culturales, dados el Insuficiente conocimiento sobre la enfermedad mental, y la no capacitación para la detección y el tratamiento de estos trastornos entre los trabajadores de la salud no mentales [51,52], lo que favorece la baja familiaridad y habilidad en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos mentales, así mismo el poco tiempo que se utiliza para el diagnóstico de estos por parte de los médicos [53,54], siendo en en algunos estudios considerado esta restricción de tiempo como la principal barrera para la detección de la depresión en los proveedores de atención primaria [52,55]; encontramos en la

literatura además, la distribución de recursos de manera insuficiente, ya que en algunos estudios hasta el 85% de las personas con trastornos mentales en países de bajos y medianos ingresos no habían sido tratados durante el año anterior, por otro lado la existencia de brechas como la falta de recursos financieros y humanos que conducen a la mala calidad de los servicios sanitarios [51].

La detección de la depresión es importante, teniendo en cuenta que se estima que más de 350 millones de personas en el mundo tienen trastornos depresivos, [51, 54] y que a pesar de la carga existente en la actualidad y la carga proyectada en el futuro, la depresión es subdetectada y sub-tratada por médicos generales [52, 56, 57], dado que logran un diagnóstico entre el 30 y 40% [58,59] sin el uso de escalas, encontrando que los pacientes que son menos detectados son los jóvenes con trastornos depresivos leves, lo que nos infiere que el diagnóstico de trastornos depresivos está directamente relacionado con la severidad de la patología [58].

Del mismo modo la literatura denota que a pesar de que los centros de atención primaria sigue siendo un punto de acceso principal para el tratamiento de la depresión, deficiencias significativas han sido reconocidas en la detección, la prescripción de un tratamiento adecuado antidepressivo y el logro de la remisión, esto dado a que se centran principalmente en las quejas somáticas y las enfermedades, por lo cual los médicos generales a menudo no logran identificar un trastorno mental subyacente, teniendo en cuenta además, que los síntomas depresivos clínicamente significativos son altamente prevalentes en los pacientes de atención primaria, pero el porcentaje de pacientes que citan la depresión como un motivo de consulta es notablemente baja [60].

Por lo tanto, para hacer frente a la depresión en el ámbito de la atención primaria, los médicos necesitan un conocimiento adecuado y específico con el fin de identificar y tratar estos trastornos correctamente por parte de los médicos [61], ya que las consecuencias de la no detección temprana de la depresión puede llegar a ser irreversibles, como el suicidio y empeoramiento de la salud de un individuo en relación con condiciones comórbidas; así

mismo la atención primaria permite acortar el tiempo de 4 años entre el momento del diagnóstico y el inicio de tratamiento de la depresión [62], se considera importante la detección temprana de este trastorno dado que el tratamiento de la depresión ayuda a mejorar la salud en general [55].

Entendiendo de la misma manera que los médicos de atención primaria son los más accesibles para los pacientes y deben ser responsables de la detección de la depresión, incluyendo las personas que no están realmente deprimidas con una razonable precisión, ya que muchos pacientes buscan ayuda de su proveedor de atención primaria para problemas de salud mental debido a la confianza que tienen en este proveedor, la familiaridad, la ubicación, la relación médico-paciente que impacta de manera positiva tanto en la detección como la reducción del estigma relacionado con el diagnóstico de una enfermedad mental [52, 55, 58].

Las guías actualizada de los servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomienda la detección de la depresión en la población general de adultos, incluidas las mujeres embarazadas y posparto, y esta detección debe ser implementada con los sistemas adecuados en su lugar para asegurar diagnósticos precisos, tratamiento efectivo y seguimiento [55, 63]. No obstante, a pesar de la existencia de escalas que permiten el tamizaje de depresión, estas escalas se enfatizan en síntoma durante un período estrechamente definido, y que no suelen medir la cronicidad o efecto sobre la función diaria, lo que limita la medición precisa de la carga de la depresión, por lo tanto, el tamizaje se refiere al intento de detección de un trastorno en personas que no han buscado ayuda o no sospechan de su condición y que a pesar de que no tiene valor diagnóstico, aplicándolo a una condición clínica, pueden ayudar al diagnóstico. Se ha reportado en la literatura que el tamizaje de rutina para la depresión en la población no clínica utilizando cuestionarios estandarizados (escalas de autoevaluación) es menos eficaz en términos de resultados clínicos en comparación con la detección en un entorno de atención primaria, por lo cual en estudios epidemiológicos hicieron hincapié en el manejo apropiado de esas escalas de

autoevaluación para la detección de la depresión en la población no clínica, la cual se utilizan ampliamente como herramienta de tamizaje, a pesar de diversas críticas [64].

Sin embargo, no se puede olvidar que estas escalas de autoevaluación tienen beneficios, como el acceso a la información de grandes poblaciones, el mínimo tiempo de implementación, los beneficios de costos relacionados con el personal de capacitación, y un enfoque estandarizado de administración y puntuación por ser herramientas sencillas, permitiendo así mismo no solo la detección temprana de un síndrome sino la iniciación temprana del tratamiento la cual permite ayudar a reducir significativamente la carga en el sistema de salud [64, 65]. Por otro lado, la elaboración de un método sistemático de tamizaje y un protocolo a seguir es útil para implementar el tamizaje y proporcionar facilidad a los proveedores que sienten que no están suficientemente educados sobre la depresión; se llevó a cabo una revisión sistemática de las intervenciones para mejorar los procesos de detección, algunos de estos estudios incluyeron plantillas electrónicas de registro médicos que aumentaron la facilidad de documentación para los médicos y recordatorios que ayudaron a los proveedores a revisar [55].

Estudios han evidenciado la necesidad de la sistematización de herramientas de diagnóstico, dado que estas permiten la accesibilidad, disminución de tiempo en aplicación, comodidad, privacidad, mejora de la fiabilidad y validez, y disminución de los gastos en salud, facilitando el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad. [66]. Así mismo algunas investigaciones revelan, en cuanto a la realización del tamizaje es importante tener en cuenta la educación que se le brinde al profesional, ya que se ha visto que el uso de la herramienta sin la educación no tienen significancia para el diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, es importante el entrenamiento del médico de atención primaria en fortalecer habilidades en comunicación y en la identificación sintomática pero para esto es importante entender que los pacientes tienen dificultades en la expresión de estados de ánimo y muchas veces no se sienten seguros de la sintomatología por lo tanto la expectativa que el paciente determina el grado de comunicación con el médico para detallar sintomatología [58]. Las herramientas sistematizadas para trastornos mentales si

son fáciles de entender, cortas y rutinarias, demuestran que pueden ser realizadas por psicólogos y enfermeras para la detección de trastornos mentales, así mismo, se consideran estas son costo efectivos generando un bienestar social en la población, esto debido a que cualquier profesional de salud mental puede aplicarlo, ya que requieren de poco entrenamiento y poca experiencia en el diagnóstico [67].

El cuestionario PHQ-2, consta de dos elementos que miden el cumplimiento de los criterios del DSM-5 centrales de la depresión mayor (estado de ánimo deprimido y la pérdida de placer) y evalúa el aspecto cognitivo-afectivos de la depresión, siendo un cuestionario es breve, válido y fiable, se recomienda un punto de corte de ≥ 3 en una escala de 0-6 puntos para detección de la depresión, identificando por tanto los paciente con 'síndrome depresivo', teniendo una sensibilidad del 83% y una especificidad del 90% para trastorno depresivo mayor [12, 68], por tanto esta herramienta debería ser incluidos en la evaluación rutinaria de los pacientes ambulatorios en los centros de atención primaria de medicina familiar, para mejorar la detección temprana de la depresión y el inicio del tratamiento [57].

El cuestionario GAD-2, se compone de dos elementos que evalúan los criterios básicos DSM-V del trastorno de ansiedad generalizada (ansiedad y preocupación) y mide el aspecto cognitivo-afectivos de la ansiedad, siendo un cuestionarios breve, válido y fiable, se considera además tiene buenas propiedades de búsqueda de casos para los trastornos de ansiedad más comunes: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de estrés post-traumáticos, se recomienda un punto de corte de ≥ 3 en una escala de 0-6 puntos para la detección de la ansiedad , identificando por tanto los paciente con 'síndrome ansioso', teniendo una sensibilidad 86% y una especificidad de 83% para trastorno de ansiedad generalizada, y una sensibilidad para trastorno de pánico (76%), en trastorno de ansiedad social (70%) y sensibilidad moderada para el trastorno de estrés postraumático (59%), y buena especificidad (81% -83%) para los cuatro trastornos al aplicarse en atención primaria [68].

El uso de estos instrumentos es corto y fácil de entender, puede administrarse de forma directa o en una aplicación médica para los teléfonos inteligentes, facilitando la detección precoz de estos síndromes, y así prevenir el desarrollo y agravamiento de estos [69]. En pacientes con sospecha de depresión, teniendo un resultado positivo sin importar la herramienta de tamizaje empleada, se debe realizar una entrevista donde se incluye el lenguaje no verbal y una evaluación orientada a confirmar la presencia de un trastorno depresivo. [58, 62, 70,71] que dependerá a su vez de las destrezas de comunicación del médico de atención primaria [58].

Del mismo modo, los trastornos mentales más comunes tanto en los centros de atención primaria como en la población general son la depresión y la ansiedad, que con frecuencia coexisten, y producen un impacto en la calidad de vida del paciente y representa así mismo una alta carga para la sociedad, por consiguiente se ve necesario la implementación una herramienta que permita con facilidad la detección de estos dos trastornos por parte de los médicos de atención primaria, tales como instrumentos validados ultra breves de autoinforme para la depresión y la ansiedad, como lo es el PHQ-4 que incluye el PHQ-2 el cual ha mostrado buena validez como herramienta de tamizaje para la depresión, y el GAD-2 en ansiedad. Los puntajes totales de PHQ-2 y GAD-2 varían de 0 a 6, y el puntaje total de PHQ-4 oscila entre 0 y 12. Para el PHQ-2 y el GAD-2, se sugirieron puntuaciones de escala ≥ 3 como puntos de corte entre el rango normal y los casos probables de depresión o ansiedad, respectivamente, estos puntos de corte se basan en los análisis realizados en estudios previos de validación de atención primaria, los resultados de este estudio apoyan la fiabilidad y validez del PHQ-4, PHQ-2, y GAD-2 como medidas ultra-breves de tamizaje para depresión y ansiedad en la población general. El cálculo individual de las puntuaciones de la depresión de PHQ-2 y de la subescala de ansiedad GAD-2 debe seguir a una investigación para saber si el individuo sufre predominantemente de ansiedad, depresión o ambos; así mismo, un metaanálisis de exámenes de detección ultra breves encontró que los herramientas de tamizaje de 2 a 3 trastornos mentales se desempeñaron mejor que las que tamizan un solo trastorno mental [68, 72]. En conclusión, el PHQ-4 es la medida compuesta validada más corta actualmente disponible para evaluar los trastornos depresivos y de

ansiedad, y podría ser muy útil en entornos clínicos ocupados donde estos trastornos mentales comúnmente coexisten [68], encontramos además que esta herramienta de tamizaje se encuentra validada y estandarizada en la población colombiana [73].

Igualmente, en la literatura existen diferentes escalas y/o herramientas específicas para la evaluación de personas con problemas mentales como depresión y ansiedad en atención primaria, escalas como PHQ-9, BDI-PC, OASIS, CESD, K-10, M-3 checklist y DMI-18, que permiten detectar con una adecuada sensibilidad y especificidad el diagnóstico de los trastornos mentales más comunes como son la depresión y ansiedad en atención primaria, incluso la literatura evidencia instrumentos diagnósticos como el PRIME-MD y el GMHAT para la detección de trastornos mentales en atención primaria para la población general que comprenden el trastorno del ánimo, ansiedad, somatomorfos, el alcohol y conductas alimentarias, con una sensibilidad que supera el 70% y una especificidad que superan el 80% para el diagnóstico de cualquier enfermedad mental.[4,19,38,42,53,74,75,76] Recomendándose los instrumentos breves que realizan una valoración global del estado mental sobre aquellos que son específicos para un solo trastorno [4].

Diferentes herramientas han sido desarrolladas para el diagnóstico de la depresión, a pesar de que la entrevista psiquiátrica se considera el estándar de oro para el diagnóstico de la depresión, el cuestionario de salud del Paciente-9 (PHQ-9) ha demostrado ser útil debido a su interpretación fácil y concurrencia con los criterios de diagnóstico de la depresión mayor, [54,63,77,78] el cual se conforma de 9 ítems, siendo esta una herramienta breve y autoadministrada de evaluación de la depresión que se utiliza ampliamente no sólo para detectar, sino para medir la gravedad de la depresión; cada uno de estos 9 ítems se puntúa 0 (nada) a 3 (casi todos los días), proporcionando una puntuación de 0-27 según la gravedad, las puntuaciones se estratifican en categorías de leve [5, 9], moderada [10, 14], de gravedad moderada [15, 19], o síntomas de depresión grave [20, 27], teniendo en cuenta que un puntaje de 10 o más es el único punto de corte que permite el diagnóstico de la depresión mayor; [58,77,79,80] Así mismo, se encuentra validado en Colombia [4]. Incluso en un ensayo controlado randomizado evidencia que esta herramienta permite además el

diagnóstico de depresión mayor en adultos mayores de 60 años en el primer nivel de atención [81].

Es extremadamente importante implementar una estrategia sistemática para la detección de la depresión para asegurar la implementación de la detección, la guía del Instituto para la Mejora de los Sistemas Clínicos (ICSI) para la depresión en atención primaria recomienda primero usar el instrumento PHQ-2, en el caso de una puntuación positiva (3 o más), entonces el instrumento PHQ-9 debe ser completado. Se recomienda el uso del instrumento PHQ-9 en la atención primaria porque es útil para indicar la gravedad de la depresión [55].

La directriz de NICE (2009) recomienda que se haga a los pacientes las dos preguntas siguientes (PHQ-2) con el fin de detectar la depresión:

1. Durante el último mes, ¿te has molestado a menudo por sentirte abatido, deprimido o desesperado?
2. Durante el último mes, ¿se ha molestado a menudo por tener poco interés o placer en hacer las cosas?

Los pacientes que responden "sí" a cualquiera de estas preguntas, indicaría un resultado positivo para la depresión, dirigiendo automáticamente la realización de todas las preguntas del instrumento de detección de la depresión de PHQ-9 para evaluar el riesgo y la gravedad de la depresión [55].

Así mismo en la literatura se expone la importancia en la práctica clínica al estar en frente de un paciente deprimido, tener en cuenta la existencia de las tres posibles tipologías de pacientes deprimidos, tales como el secundario a una situación social penosa; el secundario a una enfermedad crónica, sobre todo si causa dolor, y por último el que se presenta como manifestación de un trastorno primario del estado de ánimo, es decir, un trastorno depresivo mayor; en cualquiera de estas tres circunstancias el clínico debería sospechar depresión no solo a partir de la expresividad verbal, sino también la no verbal, así mismo, la irritabilidad

excesiva, el llanto fácil, debería también poner al profesional en sospecha de una depresión [71]

Resaltándose a su vez, en algunos estudios que además de la detección, los proveedores deben comprender los factores de riesgo asociados con la depresión para ayudar a identificar qué pacientes pueden estar en mayor riesgo de desarrollar depresión. Algunos factores de riesgo asociados con la depresión son visitas frecuentes a proveedores de atención primaria, pacientes con quejas somáticas inexplicables, antecedentes de depresión, antecedentes familiares de depresión, condiciones de salud crónicas, otros trastornos de salud mental y estatus de refugiado o inmigrante [82]. Por otro lado, la detección de la depresión es especialmente importante para los pacientes con ciertas enfermedades comórbidas, ya que con frecuencia sufren de depresión, estas enfermedades comórbidas incluyen diabetes, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, cáncer, dolor crónico, trastornos tiroideos, antecedentes de depresión y otros trastornos del estado de ánimo o ansiedad [55], ya que de alguna manera estos pacientes tienen una mayor discapacidad lo que conlleva a un aumento de los costos de los sistemas de salud. [55, 60,83].

Cabe destacar por otro lado que en una revisión sistemática se ha evidenciado que la historia clínica electrónica brinda un impacto positivo sobre el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento, dado que permite el apoyo a la toma de decisiones, evidenciándose a su vez que la aplicación del mismo genera una alta satisfacción, tanto de pacientes como de clínicos en algunos estudios [18,84]. Un estudio en España, evidencio que la implementación de una historia clínica electrónica centralizada en atención primaria, donde se unifique las guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor permite al clínico la detección oportuna de este trastorno y su tratamiento, sin dejar a un lado las características sociodemográficas y clínicas del paciente. Estas guías prácticas son manejadas por la semaforización en un software, la cual es una estrategia eficaz para el diagnóstico y tratamiento oportuno, dado que da una alerta al clínico de atención primaria, indicándole parámetros de la enfermedad según su gravedad cuantificada con PHQ-9, y la etiología de la depresión, incluyendo la depresión secundaria (duelo, consumo de alcohol,

trastorno afectivo bipolar) y así mismo el tipo de intervención a realizar; en ese orden de ideas el algoritmo diagnóstico se activa cuando el paciente esté con tratamiento antidepressivo, cuando la clínica del paciente esté potencialmente relacionada con un diagnóstico de depresión y ansiedad o cuando el clínico sospeche alguna de estas, una vez se constituye el cumplimiento de estos criterios se evalúa el impacto de la depresión en la calidad de vida del paciente donde se evalúe el contexto con los recursos y mecanismos de afrontamiento que tenga este paciente para formar de manera integral el diagnóstico de depresión mayor, por otro lado, parte de la sistematización del diagnóstico de depresión mayor es importante la evaluación del riesgo suicida y el direccionamiento del mismo, por lo cual es indispensable que el software incluya ítems que evalúen las ideas de autoagresión, la ideación suicida, planes o intentos de suicidio, y sus antecedentes de intentos de suicidio, estratificando el riesgo y advirtiéndolo al clínico sobre un traslado a urgencias de manera rápida y oportuna [56].

Además en cuanto a la detección, en un estudio realizado en un centro de atención primaria en EEUU, se realizó la implementación para la detección de depresión en el registro de salud electrónico ambulatorio (AEHR), siendo estos visibles y de fácil acceso para el paciente en la selección de formulario de examen anual en la sección de prevención, mejorando de esta forma la detección con la implementación de preguntas del PHQ-2 y las preguntas del PHQ-9, por lo cual se recomienda el uso de esta herramienta de tamizaje [55].

Por otro lado, los trastornos de ansiedad han sido la entidad más desatendida en la atención de salud mental en atención primaria. En la Encuesta Nacional de Comorbilidad de EEUU muestra que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población y están asociados con un importante deterioro social y profesional, los pacientes con trastornos de ansiedad son usuarios reconsultantes de los servicios de atención primaria y tienen muchos síntomas médicamente inexplicables (es decir, dolor torácico y ritmo cardíaco rápido), disminuciones funcionales significativas y altos costos médicos. Es por esto que tanto el

GAD-2 como el GAD-7 son el primer paso de manera útil para el tamizaje de la ansiedad y diagnóstico de la ansiedad [86].

Existen diferentes herramientas desarrolladas para el diagnóstico de la ansiedad, sin embargo, a pesar de que la entrevista psiquiátrica se considera el estándar de oro para el diagnóstico de la ansiedad, el cuestionario Trastornos de Ansiedad Generalizada - 7 (GAD-7) ha demostrado ser útil debido a su interpretación fácil y concurrencia con los criterios de diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada del DSM-IV, el cual se conforma de 7 ítems, considerándose a su vez una herramienta breve y autoadministrada de evaluación de la ansiedad que se utiliza ampliamente no sólo para detectar, sino para medir la gravedad de la ansiedad en los centros de atención primaria; se puntúa 0 (nada) a 3 (casi todos los días), proporcionando una puntuación de 0-21 según la gravedad, las puntuaciones se estratifican en categorías de no ansiedad (0-4), leve (5-9), moderada (10-14), grave (15-21), teniendo en cuenta que un puntaje de 10 o más es el único punto de corte que permite el diagnóstico de la ansiedad generalizada [12, 86].

Además, la ansiedad se detecta fácilmente cuando es el propio paciente quien la admite o declara, sin embargo, en la práctica clínica, es frecuente que se presente a través de síntomas como crisis de mareos o palpitaciones, preocupación excesiva por lo general en relación con la familia, las finanzas, el trabajo o la salud, un estado de aprensividad corporal que puede confundirse con la hipocondría, alteración del sueño, particularmente insomnio, tensión muscular (típicamente los músculos del cuello y los hombros) o cefalea, dificultad para concentrarse, fatiga diurna, síntomas gastrointestinales, incluyendo así mismo, el lenguaje no verbal de una actividad motora aumentada, que por tanto deberían al clínico hacer sospechar la posible presencia de un trastorno de ansiedad [71,87].

5.1.2 CONTINUIDAD

La continuidad hace relevancia a la observación de la relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, la cual debe facilitar el desarrollo de una

relación basada en la confianza, conocimiento de la persona y su familia [49]. En términos de información el decreto 1011 de 2006 la define como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basado en el conocimiento científico [88].

En la literatura se mencionan la existencia de barreras de continuidad en el seguimiento y tratamiento por parte del paciente tales como barreras económicas, costos de medicación, dificultades para continuar las atenciones especializadas, y de personal de salud en atención primaria por largas distancia y problemas de transporte, incluyendo además barreras para la continuidad por parte de los paciente por la percepción, actitudes y preferencias con respecto a la depresión y su tratamiento [50]. Así mismo, la literatura evidencia que los médicos de atención primaria en salud tienen dificultad en evaluar los desenlaces relacionados en el tratamiento y los resultados en cuanto a la mejoría de los síntomas, por consiguiente se evidencia tasas de remisión bajas, por otro lado estudios han evidenciado que la falta de tiempo, la sobrecarga laboral, la poca destreza en el diagnóstico de la depresión limitan la continuidad por el subdiagnóstico [58, 60, 89,90].

Así mismo, el seguimiento clínico a menudo es insuficiente y se pierde la oportunidad de monitorizar la recacia del tratamiento y de ajustarlo cuando la respuesta no es satisfactoria [56], un estudio europeo, evidencio que la falta de seguimiento sistemático en atención primaria de salud, influye en la eficacia de los esfuerzos psicoterapéutico y la adherencia a la farmacoterapia en paciente con depresión [91]. Se ha evidenciado que tener sistemas operativos más desarrollados, nos ayudarían a un seguimiento objetivo de paciente con patologías mentales como depresión y ansiedad [66], en una revisión sistemática demostró un impacto positivo de la historia clínica electrónica aplicados al manejo clínico de la depresión, así mismo, permite la derivación del paciente a salud mental de forma oportuna, la reducción significativa de los síntomas de depresión y el aumento en el nivel de calidad de vida, dado que permite el apoyo a la toma de decisiones, y puede optimizar la atención de la depresión en diversos escenarios, mediante la provisión de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible y la facilitación de la toma de decisiones de profesionales en

la práctica clínica [84]. Además, las intervenciones para mejorar los procesos de seguimiento fueron evaluados en una revisión sistemática, evidenciando que la inclusión de plantillas electrónicas de registro médico y la inclusión de recordatorios evidenciaron ser una ayuda a los proveedores para el seguimiento de los pacientes con depresión [55, 66].

Del igual manera, en la literatura se revela que el seguimiento es extremadamente importante ya que el objetivo es aliviar los síntomas que el paciente está experimentando y si el paciente tiene una comorbilidad, el tratamiento de la depresión también ayuda a mejorar el manejo de la otra enfermedad, por lo tanto, una vez que un paciente es diagnosticado con depresión, el PHQ-9 puede usarse para determinar si el tratamiento prescrito es efectivo e indicar si deben o no hacerse cambios, tales como ajustes de medicación o derivación para consejería, si un proveedor va a renovar una receta para medicamentos para tratar la depresión, debe completarse el PHQ-9 para proporcionar información sobre el nivel de depresión y guiar al proveedor para continuar con la dosis actual o realizar cambios en la dosis [55,56, 63].

El seguimiento puede por lo tanto ayudar al paciente en los muchos aspectos de tratar sus condiciones médicas y de mejorar su salud y calidad de vida; la documentación del estado de depresión del paciente y la respuesta al tratamiento es importante para el manejo general, el tratamiento de la depresión también tiene un impacto positivo en otros problemas de salud graves, por lo tanto, la implementación de la PHQ-9 es extremadamente importante en la gestión y el tratamiento de un paciente con depresión, sin embargo, el seguimiento clínico de la depresión no sustituye una entrevista clínica, en el cual no solo se valore cuantitativamente la severidad de la depresión, sino también otras variables como la opinión del paciente sobre su estado, valoraciones cualitativas sobre las repercusiones de la depresión en su vida o los mecanismos de afrontamiento [55,56]. Por lo tanto, la gravedad de la depresión se evalúa utilizando el PHQ-9, puntuaciones de 7-9 indica depresión leve, una de 10-14 indica una depresión moderada, una de 15-19 indica depresión moderadamente severa; $Y \geq 20$ una depresión severa; y la remisión por consiguiente se definió como la obtención de una puntuación de seguimiento del PHQ-9 ≤ 5 y por otro

lado, la respuesta a tratamiento se definió como una puntuación de seguimiento con el PHQ-9 que fuese al menos 50% menor que la puntuación inicial del paciente [92]. Así mismo, es relevante tener un seguimiento periódico de 2 a 4 semanas según la gravedad de los síntomas depresivos por medio de llamadas telefónicas, visitas hospitalarias, o por medio de personas de la comunidad que estén en un programa de salud mental [89]. Por otro lado, al considerar que los pacientes con síndrome de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor, se debe realizar un seguimiento estricto [93].

A si mismo, estudios revela que una prevención eficaz del suicidio requerirá la identificación precisa de las personas en riesgo, en Estados Unidos existe evidencia mínima que sugiere que algunas herramientas de detección pueden identificar algunos adultos en mayor riesgo de suicidio en la atención primaria, debido a que actualmente no existen indicadores específicos acerca de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se. A pesar de que el PHQ-9 fue diseñado para evaluar la gravedad de la depresión, y no para evaluar el riesgo de suicidio, en algunos estudios en la práctica clínica, la pregunta del ítem 9 del PHQ-9 es un fuerte predictor de intento de suicidio y muerte por suicidio durante los siguientes 2 años, con una sensibilidad del 61% para detectar cualquier intento de suicidio y del 64% para la detección de muerte por suicidio más de un mes frente a cualquier respuesta positiva de este ítem. Sin embargo, el riesgo acumulado de dos años de intentos de suicidio en los pacientes con respuesta positiva es inferior al 2%. El uso de un umbral más alto de “más de la mitad de los días” o “casi todos los días” aumentaría riesgo acumulado o el valor predictivo positivo de aproximadamente el 3%, pero reduce la sensibilidad a aproximadamente el 35%; y para ponerlo en perspectiva, un peligro de 3% de intentos de suicidio en pacientes ambulatorios con pensamientos frecuentes de muerte o autolesión es similar al riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes ambulatorios con fibrilación auricular o de hipertensión [94].

Del mismo modo, si se reporta, entre los pacientes ambulatorios evaluados pensamientos de muerte o autolesión “casi todos los días” tiene un riesgo acumulado de intento de suicidio de aproximadamente 1 en 500 después de una semana, lo que aumenta a 1 en 30 más de dos

años; el exceso de riesgo asociados con el informe de pensamientos de muerte o autolesiones se disminuye si el reporte de pensamientos “nada” (en comparación con la respuesta “casi todos los días”) se redujo de aproximadamente diez a aproximadamente cuatro a los 18 meses; sin embargo, la presentación de informes frecuentes pensamientos de muerte o autolesión se asoció con aumentos en el riesgo de intento de suicidio y muerte por suicidio durante al menos 18 meses, esto siendo estadísticamente significativo. Se debe además tener en cuenta que, por un lado para aquellos con reporte de lesiones auto-infligidas como principal criterio para la identificación de los intentos de suicidio incluyendo casos sin intención suicida, tiene una validación con una valor predictivo positivo de más del 90% de intención suicida, por otro lado para los pacientes que informaron pensamientos de muerte o autolesiones fueron fuertemente asociados con el comportamiento suicida posterior; por lo cual los esfuerzos de prevención del suicidio deben abordar esta vulnerabilidad perdurable, entendiéndose además porque los pacientes de salud mental y de atención primaria de informes frecuentes de pensamientos de muerte o autolesiones eran 6 veces más propensos a intentar el suicidio y con 5 veces mayor probabilidad de morir por suicidio durante el año siguiente, en comparación con los que no informan tales pensamientos [94].

Además, los hallazgos en los estudios no sugieren que los médicos pueden utilizar el PHQ-9 para predecir con precisión el riesgo a corto plazo del comportamiento suicida, en su lugar, nos encontramos con que la predicción a corto plazo no es viable y que el énfasis en el riesgo a corto plazo está fuera de lugar, entendiéndose que los pensamientos frecuentes de muerte o autolesiones indican una vulnerabilidad perdurable en lugar de simplemente una crisis a corto plazo, por lo cual es juicio clínico del médico prima, dado que por un lado la hospitalización o intervenciones centradas en la crisis a veces puede ser necesaria, pero no pueden hacer frente a los riesgos que perdura durante meses o años, considerándose las intervenciones permanente, centradas en el desarrollo de habilidades y el mantenimiento de compromiso con el tratamiento, podría ser necesario para abordar el riesgo permanente. Por lo tanto, el PHQ-9, se debería implementar en la poblaciones generales, donde el riesgo a un año de intento de suicidio es menor de uno por mil, por lo tanto, la realización de

programas de nivel comunitario pueden aumentar la conciencia pública o reducir la disponibilidad de medios letales. Y en el otro extremo, los programas intensivos, se debería centrarse en el pequeño grupo de pacientes con intentos de suicidio recientes o repetidas, donde el riesgo de un año se acerca a uno de cada dos, se cita la necesidad de más investigaciones adicionales para identificar las intervenciones apropiadas y eficaces para este grupo de riesgo, incluyendo investigaciones para esclarecer la exactitud de las pruebas de detección [94].

En un estudio de España en atención primaria, se demostró que mediante la historia clínica electrónica sistematizada, tuvo gran importancia en el seguimiento, la evolución clínica, y en la intervención terapéutica, dado que genera oportunidad de monitorización para el ajuste terapéutico, permitiendo así mismo, el seguimiento oportuno y periódico de los paciente, y el manejo integral entre los diferentes médicos de atención primaria ante la unificación de guías prácticas electrónicas de la depresión mayor mediante la historia clínica electrónica centralizada. Igualmente la semaforización en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento contribuyen al cumplimiento de la adherencia a las guías, el cual permite un control terapéutico apropiado del paciente [56]. En cuanto al tratamiento y seguimiento este software permite la evaluación de dos situaciones, la mejor elección del tratamiento y el seguimiento de la efectividad del tratamiento, en conjunto con una evaluación sistemática para realizar la estratificación de la gravedad con el PHQ-9 y de acuerdo a eso dar el tratamiento más indicado, por lo tanto cuando se tienen una depresión leve se realizan intervenciones no farmacológicas como psicoterapia y la realización de actividades físicas, y el tratamiento farmacológico se tendrá en cuenta si existen estados de depresión antiguos, ahora bien si se está en frente de una depresión moderada o severa se inicia manejo farmacológico teniendo en cuenta comorbilidades y estados de embarazo, una vez instaurado el tratamiento farmacológico se indica un seguimiento de 4 a 6 semanas con el fin de determinar el estado clínico del paciente mediante el PHQ 9 y su adherencia al tratamiento, una vez haya remisión del trastorno mental las guías electrónicas ayudan a realizar el seguimiento periódico mediante la programación de cita cada 3 meses, con el objetivo de confirmar la mejoría clínica y prevenir recaídas [56].

Un estudio en estados unidos evidenció que la historia clínica electrónica a su vez permite un feedback más rápido y estandarizado a los médicos, dado que permite de manera fácil el inicio y/o cambio en el tratamiento o el seguimiento, así mismo envía notas a enfermería o al personal para iniciar los medicamentos ante el diagnóstico del trastorno depresivo, y notas de asignación de citas a los paciente para el seguimiento, permitiendo además la historia clínica electrónica un fácil seguimiento de los pacientes que habían sido seleccionados como positivos según lo recomendado por el USPSTF y, por tanto, hacer el diagnóstico de la depresión y lograr un tratamiento más exitoso en atención primaria [95]. Por otro lado, la existencia de aplicaciones en el celular permite aumentar la adherencia al tratamiento por parte del paciente, mediante información dedicada a la educación del paciente, alertas para la toma del medicamento, así mismo permite que el equipo de salud está al tanto de toda la información del paciente, mediante la monitorización a la adherencia a la medicación y da una alerta en caso de que esto no esté sucediendo, la monitorización de los efectos adversos de la medicación y la respuesta al tratamiento, y el contacto oportuno con el médico en caso de que se requiera algún cambio en la medicación, recordando así mismo cada semana se le recuerda al médico diligenciar el cuestionario de seguimiento de síntomas, su gravedad y los efectos adversos [96].

Por otro lado, en cuanto a ansiedad y su seguimiento, estudios revelan que la implementación del GAD-7 es útil para evaluar la gravedad de los síntomas y controlar el cambio a través del tiempo, con una sensibilidad de 89% y una especificidad del 82%, el cual permite orientar ajustes de medicación o la gestión de un paciente con ansiedad, así como la derivación para consejería, sin embargo esta herramienta de seguimiento clínico de la ansiedad no sustituye una entrevista clínica, dado que se debe incluir otras variables como la opinión del paciente sobre su estado, valoraciones cualitativas sobre las repercusiones de la ansiedad en su vida o los mecanismos de afrontamiento. Por lo tanto, la gravedad de la ansiedad se evalúa utilizando el GAD-7, puntuaciones de 5-9 indican ansiedad leve, una de 10-14 indica una ansiedad moderada y una de 15-21 una ansiedad

grave, sin embargo aún faltan estudio para determinar la puntuación de remisión y respuesta efectiva del tratamiento [30].

Por ultimo, se entiende que los trastornos mentales más comunes tanto en los centros ambulatorios como en la población general son la depresión y la ansiedad, que con frecuencia coexisten, y al estar ambos trastornos asociados se ha observado que presentan una discapacidad considerable, y afectar de forma negativa las tasas de remisión a pesar de que sus tratamientos pueden ser similares, por lo cual, estos paciente pueden requerir un seguimiento más cercano, o indicar la necesidad de una remisión oportuna para tratamientos más especializados, sobre todo si no mejoran [68, 85].

5.1.3. COORDINACIÓN

La coordinación es la función de enlace entre los servicios de atención de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de atención primaria, permitiendo el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos e incluyendo también la referencia y el acompañamiento de la atención realizada en otros servicios especializados [49], lo que facilita la trazabilidad en la historia clínica.

En un estudio realizado en Colombia, se evidencia la importancia de la formulación de nuevas políticas para la detección de trastornos mentales, la toma de decisiones ante su diagnóstico y la gestión de recursos, así mismo, políticas para enfrentar los problema de los trastornos mentales en la población, siendo indispensable la instauración de servicios de salud mental, con comunicación intersectorial y gubernamental [97].

Alrededor del 80% de los médicos familiares en españa, refieren que parte del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías mentales se ven afectados ya que no hay una coordinación, comunicación y cooperación entre los diferentes niveles de atención por lo que de alguna manera los indicadores de calidad disminuyen ya que no existe una integración entre médicos de familia y profesionales en salud mental, lo que de alguna

manera ejerce una sobrecarga de pacientes por el no direccionamiento oportuno que se debe realizar entre el primer y el segundo nivel de atención, por lo que impacta de manera directa en la valoración integral del paciente [90]. Por otro lado, en un estudio en España se evidencia la descripción de un modelo de enlace que realizaron en un centro de salud, entre médicos de atención primaria (médico familiar) y el servicio de salud mental de segundo nivel (psiquiatras), mediante el contacto regular entre profesionales de ambos niveles (de manera presencial, telefónica y telemática), este grupo de profesionales de las unidades de salud mental orientan al clínico promoviendo la formación de conocimiento y habilidades para el diagnóstico de depresión, evidenciando este modelo un aumento en la resolutiveidad, optimización en el direccionamiento, la formación continuada, el intercambio fluido de información, la formación de los profesionales, la gestión de agendas, y la efectividad y la eficiencia en la atención a los pacientes [98, 99].

Con respecto a la coordinación, en el diseño de las historias clínicas electrónicas se encontró descrito un estudio donde demostró que una historia clínica electrónica unificada entre los profesionales de salud permite la identificación de factores de riesgo para la intervención oportuna de los mismo, en España este software permite visualizar entre los diferentes profesionales de salud durante el proceso asistenciales los diagnósticos activos y diagnósticos resueltos de pacientes, evolución clínica, puntuaciones del PHQ-9, escala de calidad de vida (EEAG), y riesgo suicida así mismo el historial de medicamentos, y estados sociodemográficos resueltos, que ayudan al profesional de atención primaria a su vez a la toma de decisiones al estar al tanto de toda la información del paciente [56, 96].

5.1.4. INTEGRALIDAD

La integralidad es la organización que pueda ofrecer un catálogo extenso, integral y articulado con todos los servicios que la población necesita, la cual incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población [49], para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley

[100]. La resolución 1995 de 1999, define la integralidad de la historia clínica como la reunión de información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, que va desde la prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con un abordaje biopsicosocial [100].

En la actualidad, los trastornos mentales se reconocen como un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los trastornos mentales no tratados conducen a la discapacidad, crean una carga personal sustancial para los individuos afectados y sus familias, una mala calidad de vida, abusos de los derechos humanos, estigma y discriminación, pobreza, disminución y/o pérdida de la productividad en el trabajo, mala salud física y mortalidad prematura [60, 101]. Por lo cual, la integración de la salud mental en la atención primaria de salud es vital para abordar el problema, uno de los principales componentes de la integración de la salud mental es el apoyo, la supervisión y la tutoría, para que esto sea posible es indispensable, un liderazgo y compromiso político del gobierno, políticas y estrategias necesarias, incluyendo un enfoque multifacético de todo el sistema que incluya a los trabajadores de extensión sanitaria, la red de referencia, las infraestructuras, así como el apoyo y la supervisión de los trabajadores de la salud, número de instituciones sanitarias previstas para prestar el servicio (más del 90% logrado), número de profesionales previstos para la formación (más del 90% logrado), disponibilidad de fármacos utilizados para tratar trastornos mentales en buena parte de los centros / hospitalarios de salud y un sistema de prestación de servicios de salud sólido y bien desarrollado [101].

En la literatura se evidencia que han existido un progreso considerable en relación con problemas de salud mental en atención primaria, logro dado mediante la adherencia a enfoques integrados para la prestación de servicio en salud, los cuales incluyen las recomendaciones de cribado por el grupo de trabajo preventivos de Salud de los Estados Unidos (USPSTF), la adopción de directrices de guías de práctica clínica que permiten un abordaje eficaz de condiciones comunes en salud mental en atención primaria, así mismo

como la aceptación del modelo de atención crónica centrados en 6 aspectos tales como, apoyo de la autogestión, sistemas de información clínica, soporte de decisiones, rediseño del sistema de distribución, organización de atención en salud, y recursos de la comunidad [66], estos aspectos han demostrado un impacto para mejorar el tratamiento de la depresión y remisión de la enfermedad, mediante la educación y auto-monitoreo por parte del paciente, y mediante colaboración de los profesionales al enlazar los paciente atendidos por sus médicos de atención primaria con especialistas en salud mental, y por otro lado el seguimiento frecuente por enfermeras entrenadas, y psicólogos como gestores para aumentar la terapéutica médica [66, 99].

Por un lado al hablar de integralidad, se debe resaltar los resultados encontrados en un estudio realizado en España, donde se indican que los médicos de atención primaria en salud (APS) perciben que los problemas “menores” de salud mental, principalmente síntomas de ansiedad/depresión y problemas psicosociales, tienen una prevalencia (79.6%) superior a los trastornos con diagnósticos formales (22.7%), el 43% de las consultas se relacionarían directa o indirectamente con problemas de salud mental, evidencian que en atención primaria el 39% de los pacientes tratados con psicofármacos podrían resolver sus problemas sin hacer uso de ellos, por otro lado este estudio evidencia que en los médicos de atención primaria más de 50% consideran no tener conocimientos suficientes para diagnosticar y/o tratar estos problemas, y el 97.4% señala que incorporar psicólogos en los centros de APS beneficiaría la prestación de servicios, además este estudio pone de manifiesto la existencia de una importante brecha entre las características y calidad de los tratamientos ofrecidos y las recomendaciones de organismos oficiales, considerando que es necesario replantear las competencias de médicos y psicólogos y revisar los procesos y estrategias más idóneas para el abordaje de este tipo de problemas en atención primaria [90]. Además, estudios en España revelan que los profesionales de atención primaria deberían trabajar en conjunto con los especialistas en salud mental [59].

Por consiguiente, al considerar importante la integración de aspectos de la salud mental de la población atendida en atención primaria [102], para la aplicación de abordajes

biopsicosociales [103], dada la alta prevalencia de depresión y ansiedad, han implementado un equipo de salud familiar en el sistema de atención en salud en Brasil, dada su capacidad de intervención precoz, prevención y educación en salud con un enfoque multidisciplinario e integrando a la comunidad [102], ya que el diagnóstico de la depresión mayor no puede basarse en un simple recuento de síntomas y es necesaria una valoración clínica completa que considere aspectos adicionales como el contexto en que aparece el trastorno, las repercusiones en la vida del paciente, la interpretación y los mecanismos del paciente para afrontarlo, entre otros [56].

Siendo además importante según la literatura importante la supervisión del psiquiatra en grupo de salud mental en atención primaria para aquellos paciente que requiera tratamiento farmacológico especializado y/o hospitalización, [31] así mismo, los pacientes con riesgo de suicidio deberán ser remitidos directamente al psiquiatría, [56]

Por otro lado, en la literatura se evidencia que en atención primaria hay varios factores que determinan la búsqueda de sintomatología mental tanto por parte del profesional de salud como del paciente, dentro de ellos se puede evidenciar que hay una ansiedad por parte de los médicos de atención primaria por la expectativa que se tiene ante una consulta y la sobrecarga asistencial, por lo que de alguna manera impacta en la relación médico-paciente, al interferir en la empatía que se debe lograr para el direccionamiento de un diagnóstico mental o físico adecuado. Así mismo, si lo vemos desde el punto de vista del paciente hay que tener en cuenta que durante la consulta existen temores que de alguna manera generan ansiedad, por lo que los profesionales de atención primaria debe inferir lo psíquico de lo psicopatológico en el contexto biopsicosocial del paciente; por otro lado los profesionales de salud mental en atención primaria deben evaluar y controlar los riesgos que se pueden generar durante una consulta mediante intervenciones reflexivas entre el emisor y el receptor, con el fin de tener una referencia y contrarreferencia no verbal en un sistema comunicación dinámico. [104]

Ademas, hay que reconocer la importancia de la multidimensionalidad del síndrome depresivo, la integración de diferentes perspectivas incluyendo la autopercepción del paciente desde su naturaleza íntima (por ejemplo, síntomas sexuales) y lo valorado por el médico, mediante un enfoque desde la observación clínica (por ejemplo, agitación psicomotora) y un enfoque en la evaluación de síntomas por medio de la entrevista clínica (por ejemplo, culpa), evidenciándose en la literatura más sensibilidad y objetividad para el análisis multidimensional (sexual, cognitivo, trastornos del sueño,apetito, la no interactividad / el retraso motor, y la agitación) cuando se combinan los signos y síntomas clínicos y el auto-reporte en los pacientes con depresión, por la comprensión más integral de esta psicopatología, que permite intervenciones más eficaces. [105]

A pesar de la prevalencia de la depresión y la disponibilidad de tratamientos eficaces basados en la evidencia, la mayoría de los pacientes deprimidos no tienen resultados adecuados con el tratamiento, en los centro de atención primaria, el tratamiento más común para la depresión son los antidepresivos, siendo los antidepresivos de segunda generación los más prescritos, un estudio, por Solberg y colaboradores evidencio que sólo el 50% de los pacientes de atención primaria que recibieron antidepresivos como su principal tratamiento demostró una mejoría después de tres meses y el 15% experimentó una mayor gravedad de la depresión, otro estudio, realizado por Vuorilehto y colaboradores, encontró que sólo el 25% de los pacientes de atención primaria con depresión mayor alcanzó y mantuvo la remisión a los 18 meses [92]. Se debe tener en cuenta además, que la mayoría de los médicos de atención primaria inician y supervisan el tratamiento farmacológicos de la depresión, pero debido a la limitación de tiempo, falta de conocimiento o la inexperiencia, a menudo son incapaces de proporcionar modalidades terapéuticas no farmacológica eficaces para sus pacientes, como las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas por la directrices de práctica clínica, de hecho [60], en la literatura se evidencia que la depresión se puede controlar con eficacia en la atención primaria si los médicos siguen las pautas establecidas por la guías de prácticas clínicas, y una sistematización del progreso de seguimiento [60,62].

La implementación de un programa multicomponente de procedimientos de práctica clínica farmacológicos y no farmacológicos, que incluyan la educación al paciente en la atención primaria ha demostrado ser eficaz, dado que en atención primaria [60], se ha demostrado que los programas de detección sin abordajes farmacológicos y no farmacológicos continuos basados en la evidencia en los pacientes con depresión es poco probable la mejoría de los síntomas, y por tanto su buen pronóstico [60,75].

Así mismo, en el abordaje de la depresión leve y moderada, es importante tener en cuenta un enfoque psicosocial activo para el tratamiento eficaz de la depresión en estos paciente, esto mediante la movilización de recursos comunitarios (apoyo social y religioso), la realización de ejercicio aerobio por parte del paciente, la psicoterapia breve, otros métodos de autoayuda, y las directrices de guías clínicas [64].

De igual manera, el desarrollo de los servicios de atención primaria de salud mental en el reino unido desde el 2008, mejoró el acceso a las terapias psicológicas y aseguró que las intervenciones psicológicas se ofrecieran como primera línea para aquellos paciente con presentaciones leve a grave de la depresión y la ansiedad, para aquellos con dificultades más leves se ofrecen intervenciones de menor intensidad como la autoayuda guiada, mientras que aquellos que muestran un mayor nivel de dificultad son remitidos a la intervención psicológica individual, más frecuentemente la terapia cognitivo-conductual (TCC) [106].

Dentro de un contexto de atención primaria la psicoterapia tiene aspectos importantes para el manejo de trastornos mentales sin embargo el tiempo que se da para esta herramienta terapéutica no es el apropiado si consideramos que una terapia se debe realizar entre 30 minutos y 1 hora con el fin de realizar fortalecimiento introspectivo de la personalidad análisis de su patología y reconocimiento de habilidades y estrategias de afrontamiento ahora bien el seguimiento con estas terapias van ligadas a la evolución y gravedad de la patología por lo que el profesional de la salud debe ser capaz y seguro para el apoyo del paciente [104].

Así mismo, la implementación de psicoterapia grupal de orientación dinámica a corto plazo (sesiones semanales durante un periodo de 9 meses) dirigido por psicoterapeutas experimentados a los pacientes con síntomas depresivos en atención ha demostrado ser factible y eficaz, mostrando una disminución significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad, así como mejora la calidad de vida en estos paciente, sin embargo, estos resultados deberán ser corroborados a través de otras investigaciones [60].

Considerándose además, importante la evaluación del apoyo social, dado que se ha evidenciado que la falta del mismo tiene una vinculación estrecha en pronóstico de los paciente con síntomas de depresión, entendiéndose por un lado que, de acuerdo con la hipótesis de amortiguación, los individuos con un mayor apoyo social son menos propensos a estar deprimidos o desarrollar depresión en la vejez, por lo que es fundamental este enfoque psicosocial, por lo que se han desarrollados el Cuestionario Genérico de Estudio de Apoyo Social (MOS-SSS) la cual es una escala válida y confiable para evaluar la multidimensionalidad del constructo apoyo social percibido por el paciente [64].

Por otro parte en los pacientes con síndrome de depresión, se deben evaluar aspectos tales como causas orgánicas (demencia, parkinson, hipotiroidismo, psicosis, trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros), duración de síntomas (distimia), situaciones de estrés relacionables (trastorno adaptativo), así mismo se debe descartar la depresión inducida por fármacos (B-bloqueantes, AINES, anticonceptivos hormonales, entre otros) y la drogodependencia (por ejemplo el alcohol) [71]. En una investigación realizada en Australia revelan que las intervenciones actuales realizadas en atención primaria no están evitando el desarrollo del trastorno de depresión mayor, por lo que se necesitan más investigaciones para identificar intervenciones eficaces que sean viables en atención primaria [93].

Aparte de lo mencionado, con el fin de abordar los problemas y dar apoyo a la gran desatención de las personas con trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) puso en marcha el programa de acción de la brecha de salud mental (mhGAP) para ampliar la atención de salud mental mediante la integración en la atención primaria de salud y los servicios médicos generales, siendo el objetivo principal del programa el tratamiento de los problemas mentales más comunes a nivel de atención primaria en salud (APS), entre ellos la depresión, que permite aumentar el acceso, la reducción del estigma y un bajo costo. [51,101] Estas intervenciones de salud mental, están basadas por la respuesta, eficacia, efectividad, coste-eficacia, la equidad, las consideraciones éticas, viabilidad y aceptabilidad [51].

Dentro del modelo mhGAP, se indica se debe evaluar si el paciente presenta depresión moderada o grave por medio de 3 criterios presentes en las 2 últimas semanas, dentro de estos los síntomas fundamentales (estado de ánimo, anhedonia) y otros síntomas de depresión (falta de concentración, disminución de la autoestima y confianza en sí mismo, ideas de culpa, falta de valor, visión pesimista, ideas o actos de autoagresión o suicida, alteración del sueño y disminución del apetito), y por último la evaluación del impacto de esta sintomatología en su vida diaria, si la respuesta a estas preguntas es negativa entonces se pasa a un módulo denominado otros síntomas emocionales [89], evidenciándose en la literatura que en este grupo de paciente donde muchas veces el profesional de salud realiza intervención farmacológica erróneamente [58], si la respuesta a las 3 preguntas es afirmativa se recomienda el inicio intervención mediante psicoeducación, identificando factores estresante, tratamiento farmacológico [89], terapia cognitivo-conductual, mediante el establecimiento de redes de apoyo social, y un seguimiento adecuado y oportuno para el paciente, considerándose una estrategia para un manejo integral del paciente con depresión [89,107].

Dentro de las directrices del tratamiento no farmacológico para la depresión, encontramos que la psicoeducación se recomienda al menos por 2 semanas, donde el paciente puede empezar a realizar actividades que previamente le producían placer al realizarlas, teniendo en cuenta además la higiene de sueño, la activación de red de apoyo social y la actividad física regular la cual ha demostrado disminuye el uso de antidepresivo [89, 103, 107]. Por

otro lado se plantea estrategias que involucren un abordaje de factores de riesgo estresantes, en donde se dé la oportunidad de hablar al paciente de la causa de los síntomas, así como de la identificación de factores psicosociales estresantes para dar una intervención donde se pueda llegar a una solución; es importante la identificación del maltrato y el abuso que pueda existir así como la identificación de los familiares para que se puedan involucrar en la terapia [89].

Dentro del tratamiento farmacológico instaurado para la depresión, es importante que el profesional de salud tenga en cuenta las siguientes recomendaciones a la hora de la formulación, tales como los efectos adversos, contraindicaciones, indicaciones [89] y comorbilidades ya que se evidencia que la depresión sobreagregada genera aumento de la discapacidad, los gastos de los recursos en salud y la carga de la enfermedad, [108] así como la explicación a la familia y el paciente acerca del medicamento formulado y el tiempo del efecto antidepresivo después del inicio del tratamiento. Una vez instaurado el tratamiento evalúe síntomas de 4 a 6 semanas, si estos empeoran se debe considerar la evaluación de la no adherencia causas como los efectos adversos o creencias que puedan tener los pacientes, si definitivamente no hay causa clara de mejoría de los síntomas es importante aumentar la dosis o cambio del antidepresivo, estas medidas siempre acompañado de psicoterapia, si después de 4 a 6 semanas el paciente no mejora se debe evaluar la posibilidad de una valoración por un especialista [89].

Además, cuando hablamos de tratamiento farmacológico, un estudio mostró que la anhedonia en un paciente con diagnóstico de trastorno depresivo mayor puede considerarse como un parámetro para el inicio y/o ajuste de un tratamiento antidepresivos [22]. Se considera de primera línea en el tratamiento farmacológico los inhibidores de recaptación de serotonina para aquellos con antecedentes de enfermedades cardiovasculares, así mismo se recomienda la toma de tensión arterial para verificar hipotensión ortostática sobre todo en pacientes con antidepresivos tricíclicos [89].

Por otro lado, en los paciente con síndrome de ansiedad, se deben evaluar aspectos tales como la presencia de psicosis, causas orgánicas (hipertiroidismo, arritmias episódicas, disnea paroxística nocturna, entre otros), la presencia de crisis de angustia (si presencia de agorafobia indicaría trastorno de angustia con agorafobia), la agorafobia (trastorno agorafóbico), el temor a ser humillado en sociedad (fobia social), los miedos concretos (fobia simple), la obsesiones o compulsiones (trastorno obsesivo-compulsivo), el estrés relacionables por más de 6 meses (trastorno de ansiedad generalizada) o menor a 6 meses (trastorno adaptativo - ánimo ansioso), así mismo se debe descartar la ansiedad inducida por fármacos (teofilina, epinefrina, dopamina, entre otros) y el abuso de drogas (alcohol, cocaína, anfetaminas, entre otros), su tratamiento deberá ser enfocado a la patología en la que se encuentre el paciente según la guías de practicas clínicas [71].

Dentro del abordaje terapéutico para ansiedad generalizada se tiene en cuenta la realización de psicoeducación, en donde el paciente identifique los aspectos que generan esta sintomatología con el fin generar una distracción a esta preocupación, sin embargo, si se decide realizar un manejo farmacológico la mejor opción que se tiene en ellos son las benzodiacepinas, y se va desescalando de acuerdo a los requerimientos del paciente, en conjunto a ello es necesario dar recomendaciones a la hora de la toma de estos medicamentos, ya que estos son ansiolíticos por lo que restringen actividades como conducir. Ahora bien, a la hora de realizar la formulación de las benzodiacepinas es importante tener en cuenta que en algunas oportunidades enmascaran síntomas depresivos sobre todo en mujeres, por lo que es importante realizar el seguimiento de estos dos trastornos para estar seguros del diagnóstico y del tratamiento efectuado en el paciente.

De la misma manera dentro del tratamiento no farmacológico, encontramos estrategias terapéuticas como técnicas de relajación las cuales mejoran el control de estrés, así como reactivación de recursos sociales e individuales, con el fin de genera estrategias de afrontamiento ante una situación de estrés, permitiendo la elevación de autoestima y medidas de resiliencia. Dentro del contexto del consumo crónico de benzodiacepinas, es importante buscar el equilibrio entre el paciente y la acción farmacológica para no generar

una dependencia entre ellas, ya que se ha demostrado que su uso crónico está fuertemente ligado al desarrollo de demencia, por lo que se recomienda el uso de bupropión o imipramina en combinación con la benzodiacepina, si el paciente a pesar del uso de estos medicamentos sigue presentando dependencia no se debe juzgar, por lo que es importante tener una adecuada relación médico-paciente asociado a cambios en el estilo de vida y psicoeducación con el fin de lograr una meta y equilibrio terapéutico [71].

Por ultimo, la historia clínica electrónica pueden proporcionar un fácil acceso a las notas médicas de forma integral, así mismo esta sistematización generan recomendaciones de tratamiento, recordatorios clínicos, permitiendo a su vez opciones de retroalimentación, que permiten mejorar la gestión de la depresión en atención primaria [66]. Así mismo, los avances tecnológicos han mejorado la comunicación e interacción entre los profesionales y los pacientes, mediante el uso de teléfonos, celulares, correo electrónicos e internet, dado que permite el seguimiento y adherencia al tratamiento para los trastornos mentales, con una eficacia equiparable con las operaciones tradicionales en atención primaria. Por otro lado el internet es una herramienta que permite proporcionar tratamientos basados en la evidencia para la depresión, como lo es la terapia cognitiva- conductual, sin embargo no podemos olvidar que a pesar del impacto positivo al mejorará la calidad de la atención para condiciones de salud mental por medio de la integración de la tecnología en atención primaria, la tecnología por sí sola es insuficiente [66,109,110].

5.1.5. INCLUSIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y PERCEPCIÓN DE LA UTILIDAD DE ESTOS

Actualmente la OMS define los determinantes de la salud como “el conjunto de las condiciones sociales en las cuales el individuo nace, crece, y envejece afectando su salud” [111] dentro de los determinantes de salud existen una serie de factores de riesgo específicos, las cuales se pueden ser factores de internacionalización (genética) y factores externos (abuso de sustancias) y adversidad (trauma en la infancia o edad adulta) y factores

nos médicos relacionados con la políticas e intervenciones de los recursos adoptados por el estado [112].

En los últimos años se ha encontrado que la salud mental no es algo que se deba manejar por partes, sino como un todo donde se incluya los determinantes en salud mental que puede llevar a muchas dolencias físicas y estas a su vez pueden inducir más problemas de salud mental [113]. Se establecieron unos condicionantes o determinantes que llevan al riesgo de generar problemas de salud mental que son:

Tabla No 1: Clasificación de los factores asociación a determinantes de salud en trastornos mentales

Clasificación	Factores	Ref.
Factores Sociales	· Pobreza · Nivel educativo · Condiciones laborales · Estilo de vida · Condiciones de salud	61, 101, 111,114,115 120 92, 117, 120 62, 112 177
Factores Físicos	· Violencia	82, 94
Factores Biológicos	· Modificaciones Genéticas · Cambios neuroquímicos	121, 123 64, 106,112,124

La depresión mayor tiene unos factores de riesgo específicos para su desarrollo, las cuales se pueden dividir así: Factores de internalización: genética, baja autoestima, trastorno de ansiedad temprana y antecedente de depresión mayor. Factores externos: genética, abuso de

sustancias, trastorno de conducta. Adversidad: trauma durante la infancia o la edad adulta, eventos estresantes de la vida, pérdida de los padres, bajo afecto de los padres, antecedentes de divorcio, problemas matrimoniales, bajo apoyo social y baja educación [111].

5.1.5.1. Factores Sociales:

- ***Estrato Psicosocial y Pobreza:***

Se ha visto que los paciente de un estrato psicosocial bajo tienen menos oportunidad de acceso al servicio e intervención de sus patologías físicas y esto es más notorio en cuanto a las enfermedades mentales [111] ancial para las personas afectadas y sus familias, mala calidad de vida, abusos de los derechos humanos, estigma y discriminación, pobreza, disminución de la productividad, sufrimiento, mala salud física y mortalidad prematura [61,101,114].

Los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión se han incrementado a nivel mundial, siendo más frecuentes en países en desarrollo o poblaciones económicamente pobres; en Sudáfrica la prevalencia de pacientes con ansiedad, depresión y fobia social es alta, sin embargo la falta recursos en atención primaria conlleva a fallas en el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas patologías. Dentro de los factores asociados a estos trastornos se ha evidenciado que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas que se asocian a estas patologías, siendo utilizado en muchas ocasiones por parte de los pacientes para mejorar los signos y síntomas de la enfermedad mental, sin darse cuenta que el alcohol potencializa la sintomatología de la ansiedad, dando como resultado que el paciente experimente las necesidad de beber más, induciendo a una falla en el tratamiento [11].

Varios estudios han demostrado que en Latinoamérica la prevalencia de trastornos mentales es mayor que en otros países en vía de desarrollo; Gonçalves y cols demostraron que en el sur de Brasil el nivel socioeconómico y el alfabetismo son factores relevantes para el

desarrollo de enfermedades mentales que disminuyen la calidad de vida de las personas [115], resultados muy similares a los vistos en Colombia en donde además de la pobreza se presenta la violencia por el conflicto armado y el desplazamiento forzado se ha evidenciado graves sufrimientos psicológicos y sociales que a corto o largo plazo inducen trastornos mentales, psicosis, la asociación de ambos trastornos, el consumo del alcoholismo o enfermedades como la epilepsia en la población vulnerada; en esta población existe un deterioro de la disfunción familiar de moderada a severa, lo cual agrava la situación asociada al conflicto y desplazamiento en esta comunidad [45].

Un estudio realizado en jóvenes adolescentes de la ciudad de Cartagena demostró que las dificultades económicas son uno de los principales factores que crean un ambiente emocional negativo que puede volver más vulnerable al joven en situaciones que le exigen esfuerzo, llevándolo a estados de depresión o ansiedad afectado el desempeño en su vida social y académica. Los datos reportados pueden estar asociados al desarrollo socioeconómico y político colombiano caracterizado por los índices de pobreza, violencia y desempleo que ocasiona en los jóvenes una incertidumbre laboral y bajas expectativas en el desempeño laboral [116].

- ***Factores Familiares y entorno social:***

El entorno familiar juega un papel importante en el desarrollo de enfermedades mentales, como lo describe en un estudio de prevalencia del estado ansioso depresivo, la ansiedad generalizada, los trastornos por angustia y el abuso de sustancias psicoactivas están directamente asociadas a factores relativos al grupo primario como el fallecimiento de un familiar, perturbación familiar, problemas de salud, abuso sexual, maltrato físico, conflictos entre padres o entre hermanos, datos muy similares a los reportados [117].

La mayoría de estudios realizados siempre tratan de identificar cuáles son los factores familiares y sociales que pueden afectar a un individuo, sin embargo en los casos de pacientes que presente algún tipo de patología se ha visto que los familiares pueden llegar a

presentan un trastorno mental mayor que el mismo paciente; en un estudio descriptivo reportaron que en atención primaria un número significativo de personas buscan apoyo psicológico por esta causa, los familiares en muchas ocasiones se sienten impotentes, preocupados y hasta culpables por las dificultades que puede padecer su pariente cercano alcohólico [106]. Los escasos hallazgos en este campo indican que se trata de un área con un gran impacto clínico que debe seguir siendo estudiada. El Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) sugiere que es importante realizar en atención primaria pruebas breves para la detección del uso del alcohol con el fin de identificar a tiempo un trastorno mental asociado al alcohol.

Por otra parte se ha visto que los problemas relativos al entorno social como la pérdida de un amigo, dificultades de adaptación a otra ciudad o cultura, o los trastornos propios del ciclo vital contribuyen al desarrollo de la ansiedad, la depresión y la fobia social [117]; la presencia de cualquiera de estos factores pueden considerarse una “indicación prescriptiva” que debe alertar al clínico sobre la probabilidad de una depresión crónica en curso que requiere de un tratamiento que debería de acuerdo a cada paciente ser personalizado [118]. Se ha visto que factores sociales como: económicos, clase social y escolaridad están fuertemente ligados a la depresión, reforzando la hipótesis de que las condiciones de vida, el mayor número de estresores ambientales e incluso el compromiso del funcionamiento cognitivo son determinantes en la exacerbación de los síntomas depresivos contribuyendo al aumento del riesgo de suicidio en pacientes con trastorno de humor [102].

- ***Nivel educativo***

En relación a los problemas de enseñanza se ha identificado que el analfabetismo, problemas académicos, falta de identidad social, conflictos con los compañeros y docentes o el déficit de competencias académicas son factores para la fobia social y la ansiedad [117], pero también se ha visto que la población que presenta un nivel académico alto viven en un ambiente competitivo de estrés psicológico que se correlacionan con los problemas de depresión [64], en relación a lo anterior se ha demostrado que los residentes de medicina

pueden presentar problemas de sueño, falta de apetito, fatiga e ideas suicidas que van ligadas a la presión laboral, académica y excesivas horas de trabajo [120].

- ***Condiciones laborales***

Los problemas laborales son un factor de riesgo para la fobia social y la depresión; el desempleo, la pérdida del trabajo, los conflictos con el jefe y compañeros, la insatisfacción laboral y estrés en el desempeño del trabajo pueden generar un sentimiento de rechazo y exclusión de la sociedad [117]. La relación entre la depresión y el empleo o ingresos bajos es bidireccional, un paciente con depresión tienen un mayor riesgo de perder su empleo disminuyendo a su vez sus ingresos económicos y el desempleo conlleva a la pobreza aumentando el riesgo de depresión o un déficit en la respuesta al tratamiento de la enfermedad. Los bajos ingresos se asocian a problemas laborales, de vivienda y educación que tiene efectos perjudiciales sobre la salud mental principalmente en mujeres [92]. Sin embargo estudios realizados en una comunidad indígena consideran que en la población femenina el trabajar fuera de casa puede ser un factor protector que disminuye el riesgo y a su vez los signos y síntomas de la depresión, las encuestadas consideran que el estar fuera de casa les permite olvidar sus problemas, se consideran productivas y tienen un control de sus vidas, lo que debido a su cultura patriarcal no pueden ejercer en sus hogares, además consideran que la sociedad juega un papel muy importante en la toma de sus propias decisiones lo que se considera es un factor de riesgo de la depresión debido a que no tienen un apoyo u orientación para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana [102].

Los veteranos de guerra son una población vulnerable, actualmente se ha visto que son más jóvenes y en edad de ser más productivos laboralmente para la sociedad, pero la depresión y la ansiedad son trastornos prevalentes que afectan el funcionamiento del veterano disminuyendo su rendimiento laboral lo cual le cuesta económicamente al empleador y al país [120]. La mayoría de estudios se han encaminado a investigar como los trastornos mentales de esta población influyen en el desarrollo laboral, más no sobre como el trastorno mental es considerado una barrera para conseguir trabajo. En el 2016 mediante un estudio

de corte transversal además de confirmar que los trastornos mentales de los veteranos influyen dramáticamente en el desarrollo laboral, concluyeron que estos pacientes tienen una gran limitante para poder conseguir fácilmente trabajo conllevando a efectos negativos en el individuo que dan lugar a exacerbación de los síntomas [120]. Dado que para los veteranos no es fácil volver a integrarse a la sociedad se hace necesario que se realicen por parte del estado estrategias que permitan una fácil adaptación a la sociedad de esta población.

- ***Condiciones de salud***

En la edad adulta uno de los problemas asociados con el fracaso de los ideales son los problemas de vivienda, la falta de hogar, de una vivienda apropiada lo que puede contribuir al deterioro de la salud mental produciendo principalmente depresión en la población. Otro factor que influye en la depresión son las limitaciones que se pueden presentar con el acceso a los servicios médicos, sin embargo son pocos los casos en los que se presenta esta situación [117].

- ***Factores Sociodemográficos***

En relación con los factores sociodemográficos se ha visto que principalmente la mujeres, adultos mayores, casados, pobres y bajo nivel académico son susceptibles a padecer depresión [62]; el estudio descriptivo de corte trasversal realizado en Nigeria demostró que las mujeres se encuentran más afectadas por depresión que los hombres, no es claro por qué se presenta esta asociación pero se cree el efecto de los estrógenos en el estrés, el acoso sexual y laboral, la sobrecarga son los responsables de la enfermedad, adicionalmente se observó que los adultos mayores de 45 años por la soledad, disminución de la salud y la fuerza son más propensos a padecer de depresión; se considera que el pico máximo de felicidad es a la edad de 44 años. Con respecto al estado civil las mujeres casadas debido a la sobrecarga y responsabilidades familiares son más depresivas que las solteras, adicionalmente para los hombres el estar casado es un factor de seguridad y protector para

presentar depresión [57]. Al igual que otros estudios ya referenciados los índices de pobreza y bajo nivel académico son otros problemas que afectan a la población [112]. Todos los factores de riesgo socio-demográficos y económicos asociados con la depresión descritos anteriormente son similares a los encontrados en países como Brasil y otras partes del mundo; son altas las adversidades sociales y económicas a las que se debe enfrentar estas poblaciones diariamente lo cual repercute en la salud mental de los individuos [54,59].

5.1.5.2. Factores Físicos

- *Violencia*

Los inmigrantes y refugiados son una población vulnerable ya que tienen menor probabilidad de recibir los servicios médicos, un diagnóstico y tratamiento oportuno debido a la mala comunicación por la gran limitante de la falta de dominio del idioma del país donde se encuentran y diferencias con el médico; varios estudios realizados en EEUU han demostrado que los inmigrantes tienen mayor prevalencia de depresión y que los hispanoamericanos tienen una tasa dos veces mayor que los no hispanos blancos en comparación con la población en general [82,99], por lo cual considera que es de gran interés crear programas en la atención primaria que incluyan personal de apoyo en la traducción del idioma que permitan al paciente refugiado tener confianza en el personal médico, lo que contribuye a mejorar y responder adecuadamente al tratamiento [99]

5.1.5.3. Factores Biológicos

- *Modificaciones genéticas*

Se ha evidenciado que las modificaciones genéticas o cambios neuroquímicos se encuentran involucrados en la salud mental de los seres humanos; la influencia de las condiciones socio-ambientales como el abuso infantil, violencia intrafamiliar, estrés social

no son determinantes para causar depresión, por lo cual actualmente surge la hipótesis del ge-medioambiental asociado a las enfermedades mentales; soportado por la literatura científica que ha identificado numerosas modificaciones de genes que pueden mediar el tipo de respuesta que se pueden presentar en un evento negativo de la vida cotidiana y el desarrollo de la enfermedad [121].

El polimorfismo del gen factor neurotrópico derivado de cerebro (BNFC) se encuentra involucrado en el desarrollo de la depresión, se ha demostrado que individuos deprimidos presentan disminución de los niveles séricos de este gen, se ha evidenciado que dependiendo las situaciones e intensidad de abuso al que se encuentra sometido el individuo pueden presentarse niveles aumentados del gen correlacionado con mayores síntomas de depresión. Sin embargo a la luz de los resultados se demostró que a través del tiempo no es estable la interacción gen-ambiente- depresión debido a que depende del momento en que se hallan presentado el abuso, en pacientes adultos con abuso infantil probablemente los síntomas pueden ser menores en relación a un abuso o violencia intrafamiliar actual. Aunque es probable que existan otras explicaciones es importante continuar evaluando este tipo de interacciones genéticas con la depresión [121].

Otro gen que se considera un marcador característico de la depresión es el polimorfismo único de nucleótidos (SNP) del gen receptor de Dopamina (DRD4); en pacientes diabéticos se ha visto una estrecha relación y muy frecuente con la depresión, pero son muy limitados los reportes que demuestran la contribución de los genes y el riesgo de depresión en diabetes mellitus tipo 2 (DM2); en el estudio de corte transversal realizado por Kour y cols demuestra que en pacientes diabéticos se presenta una mayor incidencia de presentar depresión cuando son portadores del alelo C de polimorfismo SNP del gen receptor de dopamina, además que factores sociales como el consumo de alcohol, falta de ejercicio pueden conducir a aumentar los síntomas de la depresión, sin embargo se debe continuar realizando estudios en este campo que permitan a futuro poder identificar claramente cuál es el mecanismo de asociación entre el alelo C y la depresión en pacientes diabéticos [122].

El GAD1 (glutamato descarboxilasa) gen importante para la síntesis de GABA (ácido gamma-amino butírico), ha sido estudiado recientemente por sus efectos en los trastornos mentales, se ha visto que niveles bajos de GABA se asocian con depresión y niveles altos en diferentes regiones del cerebro se asocian con depresión. Varios estudios descriptivos, de meta análisis y cohorte epidemiológico evidenciaron la existencia de un haplotipo del gen GAD1 que se encuentra presente en pacientes con ansiedad [123]. Se requiere de estudios adicionales que permitan dar solidez a esta hipótesis e involucren otros factores como la edad y ambiente del paciente.

- ***Cambios Neuroquímicos***

La depresión y la ansiedad comparten características neurobiológicas pero en general no se aborda estos aspectos en los estudios sobre el funcionamiento cerebral en estos trastornos. Los hallazgos en el estudio probabilístico determinaron que los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad son secundarios a un desbalance de impulsos del sistema límbico del cerebro. Además este estudio muestra que los individuos con depresión y ansiedad aumentaron la conectividad funcional durante el estado de reposo de la red límbica en comparación con la depresión o la ansiedad sola [112].

En relación a los cambios bioquímicos se ha identificado que los individuos que realizan poca actividad física presentan menos efectos neuroquímicos que aumentan la masa de índice de corporal (IMC) bajando la autoestima y nivel de satisfacción personal lo que conlleva a una depresión [64,65], pero también se ha visto una asociación de depresión en mujeres de bajo peso relacionado con factores neurobiológicos y el consumo de alcohol y cigarrillo [124].

Dentro de los factores mediados por efectos biológicos y genéticos se encuentra el alcoholismo un problema social y de salud grave, prevalente en atención primaria siendo subestimado o su-diagnosticado [35,106]. El efecto psicotrópico del alcohol se debe principalmente a su mecanismo de acción sobre los receptores GABA (ácido gamma-amino

butírico) que conduce a la relajación, supresión de pensamientos negativos, sedación, desinhibición y actividad del sistema de neurotransmisores mediados por los opiáceos que conducen a la búsqueda del consumo de alcohol. Se ha visto involucrados otros factores biológicos: neurotransmisores como la serotonina, hormonales como la corticotropina y modificaciones genéticas que regulan el estrés y las emociones conllevando a un trastorno mental [125]. Estudios longitudinales han evidenciado que el consumo moderado puede producir ansiedad generalizada y el excesivo consumo de alcohol depresión en hombres a diferencia de las mujeres que presenta mayor riesgo de padecer depresión. [125]

La depresión se ha asociado con otras patologías comorbidas como la epilepsia, los hallazgos han demostrado que la alteración de neurotransmisores, específicamente las monoaminas (serotonina y norepinefrina) pueden estar involucrados en ambas patologías las cuales desencadenan cascadas intracelulares corriente arriba, que se han visto reflejadas clínicamente en la respuesta al manejo con antidepresivos [126].

5.5.4. Determinantes de salud como factores de riesgo de hospitalización

Se ha identificado tres factores claves que pueden aumentar el riesgo de ingreso a urgencias hospitalarias de pacientes deprimidos; estos factores son; no tener pareja, eventos amenazantes durante la vida y tener una patología crónica como la cardiopatía isquémica datos muy similares reportados en el estudio de corte prospectivo realizado durante 12 años en Francia [127,128]. Los pacientes que presenten los tres factores durante un año tienen una prevalencia del 43% de tener una admisión hospitalaria de emergencia o riesgo de suicidio [127,128]. Por lo cual es importante que los médicos en atención primaria evalúe en las historias clínicas tres niveles asociados a la depresión; 1). Historia médica previa como por ejemplo ideas suicidas, dependencias de sustancias, 2). Síntomas (dolor de cabeza, insomnio, estrés, psicosis, entre otro), 3). Factores sociales (estado civil, problemas familiares, laborales o sociales) [128] dando así un enfoque al aspecto psicosocial asociado a la enfermedad crónica tanto en diagnóstico y tratamiento de la depresión con el fin de reducir al máximo el riesgo de ingreso a urgencias hospitalarias o de suicidio.

Cabe resaltar que los pacientes juegan un papel importante en el diagnóstico, tratamiento y abordaje por parte del personal médico en relación a su enfermedad, se cree que las creencias como el desarrollo de actividad física, mantenerse ocupado, y el realizar terapias psicológicas pueden ser un factor positivo en la evolución de su trastorno mental, sin embargo no se puede afirmar que las creencias por si solas pueden conducir a un cambio del comportamiento del paciente [130].

5.2. CATEGORÍAS INDUCTIVAS

De acuerdo a lo referenciado por literatura se encontró que existen cinco subcategorías relacionadas con depresión y ansiedad, las cuales son:

- Motivos de consulta en atención primaria relacionados con trastornos de ansiedad y depresión.
- Condiciones comórbidas asociadas a la depresión y ansiedad
- Confidencialidad en la historia clínica de salud mental
- Tiempo estimado en la consulta de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión
- Actividades destinadas al mantenimiento de la salud de pacientes con ansiedad y depresión.

5.2.1. Motivos de consulta en atención primaria relacionados con trastornos de ansiedad y depresión

Los síntomas somáticos representan alrededor de un 45-95% de los motivos de consulta que en realidad se tratan de un trastorno depresivo, dentro de estos síntomas se incluye: alteraciones del sueño, cefalea, fatiga, pérdida de peso, tres o más motivos de consulta, síntomas de aparato locomotor como por ejemplo dolor de espalda, magnificación de los síntomas y síntomas vagamente localizados que eventualmente pueden llegar a ser atribuidos a una enfermedad biológica pura, en lugar de realizar un abordaje psicosocial que demuestra la probable presencia y relación de un posible trastorno mental de tipo

ansiedad o depresión. Así mismo, en relación al sexo y los síntomas somáticos se evidenció que las mujeres tienden a informar con mayor frecuencia empeoramiento de los síntomas relacionados con sueño y apetito, a diferencia de los hombres que manifiestan un aumento en la ideación suicida [53, 120, 129,131].

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que en la consulta con un paciente con trastorno depresivo debamos estar atentos a la asociación de los síntomas somáticos que pueden ir acompañados de comorbilidad de salud mental. La literatura nos menciona que las cefaleas primarias per se, que como es bien sabido, es una de las consultas más frecuentes en atención primaria que relaciona esta asociación, adicional a esto, se evidenció que estos pacientes refieren cefalea con síntomas no clásicos como lo son en banda de tipo opresivo asociado a sensación de peso; por estas razones, este síntoma es generalmente diagnosticado de manera imprecisa, llevando a procedimientos médicos no indicados en la mayoría de los casos, así mismo, es importante que siempre se realice un abordaje que incluya estudios que evalúen la presencia de organicidad [71,132,133]. Cabe resaltar que estos pacientes presentan mayor riesgo de comorbilidades de otras enfermedades psiquiátricas, lo que conlleva a una discapacidad y disminución en la calidad de vida [53,132,134].

Otro tipo de pacientes que se presentan frecuentemente en la consulta son los hiperfrecuentadores, los cuales son un grupo poblacional que tienen una predisposición para adquirir enfermedades mentales, entre las más comunes son la depresión y la ansiedad, adicionalmente por su condición de salud no definida, son pacientes que utilizan de forma indiscriminada los servicios de salud, enfatizando en síntomas físicos por lo que se gastan recursos sin tener buenos resultados y además de esto se cree que existe un subregistro de patologías mentales, encontrando en la guía colombiana de depresión que cuando el diagnóstico son realizado por un médico sin entrenamiento en salud mental, la sensibilidad alcanza el 60% y la especificidad el 46.8%. Por último, como consecuencia, esto representa hasta el 40% de ausentismo laboral a causa de estas patologías antes descritas [129,133].

5.2.2. Condiciones comórbidas asociadas a la depresión y ansiedad

Existen varios estudios, dentro de ellos una revisión sistemática de la literatura que ha reportado que hasta dos tercios de la población que consulta en la atención primaria con diagnóstico de depresión tienen síntomas somáticos, enfermedades catastróficas como el cáncer o comorbilidades de tipo cardiometabólico, reumatológicos, neurológicos, respiratorios e infectocontagiosas como el VIH/SIDA, haciendo que la detección temprana de la depresión se sobreponga, imposibilitando al profesional a realizar un diagnóstico oportuno y acertado, generando un reto clínico para el profesional en salud, así mismo, los estudios plantean que se debe continuar realizando el tamizaje relacionado con trastornos mentales según indicación médica. [53, 57, 62, 134, 135, 136,137] Así mismo, cuando estos síntomas se encuentran relacionados con cuadros de dolor, hace que el curso y el pronóstico de las condiciones orgánicas sea más severo, dando como resultado una mayor predisposición a recaídas, suicidio, cronicidad o incluso mortalidad, aumentando los costos relacionados, empeorando de esta forma la calidad de vida de los pacientes [131].

Dentro de las condiciones cardiometabólicas, la más estudiada a nivel mundial debido a su prevalencia y que se encuentra asociada como factor de riesgo para el desarrollo de depresión encontramos la Diabetes Mellitus tipo 2, la cual comprende un aumento de hasta el doble en relación con las personas que no tienen diagnóstico de diabetes, y en un 15% en un paciente que ya presentan diabetes [87,103]. Es por esto que comunidades científicas como la Asociación Americana de Diabetes (ADA) implementó el tamizaje a todos los pacientes con este diagnóstico al menos una vez al año y/o según indicación médica. Un metaanálisis nos muestra que pacientes con un inadecuado control de su diabetes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones microvasculares y macrovasculares que llevan a una mala adherencia al tratamiento farmacológico como no farmacológico y finalmente a un aumento en los desenlaces catastróficos de la enfermedad, adicionalmente el riesgo de depresión es directamente proporcional a la complejidad de la patología, al tratamiento instaurado y a las complicaciones relacionadas, es por esto que la literatura nos revela la importancia de tener un diagnóstico certero acerca de si el paciente presenta un trastorno

depresivo o de ansiedad [77,79,103,138]. Es importante tener en cuenta que en un paciente recién diagnosticado se le debe realizar una valoración integral; que incluya su estado mental, red de apoyo, estresores asociados y la verificación por medio de herramientas de tamizaje de la presencia de depresión en caso de que no haya explicación por otra causa de malos controles glucémicos[77,126-139]; por estas razones, se debe enfatizar en la realización de tamizaje por medio de escalas breves para lograr una detección temprana y un tratamiento oportuno de la depresión sin dejar de lado el manejo óptimo, y en lo posible multidisciplinario de la diabetes según lo requiera cada paciente [63,122,140].

Otros estudios han demostrado la asociación entre obesidad y depresión, la cual ha venido en un aumento significativo en su prevalencia, no solo en el mundo sino también en nuestro país, sumado al hecho de su asociación con otras comorbilidades como lo son la diabetes y la hipertensión [141]. Se ha evidenciado que pacientes con estas patologías existe una asociación de ansiedad, depresión y baja autoestima, lo que trae como consecuencia tendencia a cambios en el apetito, lo que supone una alteración en los hábitos alimenticios, conllevando a ideas de inferioridad, fracaso y culpa [142]. Ahora bien, con respecto a las enfermedades crónicas, tanto el trastorno de ansiedad como el de depresión tiene un papel negativo con las facultades individuales de los pacientes, llegando a interferir con el adecuado autocontrol y auto-cuidado de estas, ya que estos trastornos tienen un efecto negativo sobre las funciones corticales superiores y las relacionadas con la función ejecutiva, en la memoria y la energía con que se afronta el día a día [55].

Es por esto que los estudios se enfocan en la relación existente entre la obesidad y el trastorno depresivo, por lo tanto, se considera que desde su inicio se ve relacionado no solo con los inadecuados estilos de vida sino también con problemas relacionados con la autoestima y en ocasiones hasta la exclusión social de estas personas. Por estas razones, en un estudio de cohorte a siete años, se buscó la relación entre la obesidad y la depresión, encontrando que los pacientes con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 tuvieron unas mayores tasas de depresión que los pacientes con un IMC normal. Algunos reportes recomienda ampliamente la realización de tamizaje con herramientas de corta

duración para su identificación temprana y de esta forma realizar el enfoque terapéutico adecuado [124].

De igual forma, en la literatura se describe la relación entre el trastorno depresivo y de ansiedad en pacientes con hipertensión arterial y viceversa, planteando que este riesgo se encuentra relacionado con efectos secundarios relacionados con algunos de los medicamentos, tales como los betabloqueadores, algunos diuréticos y la metildopa, mientras que, con respecto a la depresión el riesgo de presentar hipertensión arterial está relacionado con la disregulación tanto a nivel hormonal como de los inadecuados estilos de vida de los pacientes. [57].

Otra patología que se ha visto asociado con aumento en el riesgo de trastorno depresivo y de ansiedad que puede aparecer en pacientes con diabetes tipo 2 es el hipotiroidismo, el cual de acuerdo a la literatura es mayor su relación que en la población general que no presenta diabetes como comorbilidad, además de esto, el hipotiroidismo con frecuencia es una etiología de la depresión, por lo que la literatura recomienda que los médicos de atención primaria estén atentos al estudio de organicidad [77,87,139].

Dentro de las pertenecientes al sistema respiratorio, debemos tener en cuenta la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el asma, las cuales de acuerdo a los estudios se ha evidenciado su relación y el aumento en la prevalencia del trastorno depresivo, la cual es directamente proporcional a los resultados del índice de BODE específicamente en EPOC. Es por esto que en el estudio se menciona la importancia de la implementación de las herramientas de tamizaje de depresión para la detección temprana y el tratamiento oportuno, lo que conlleva a mejorar el bienestar del paciente, debido a que el trastorno depresivo y toda la disfunción que esto trae consigo dentro del ámbito psicosocial se ha asociado a deterioro en la calidad de vida y en algunos casos ha aumentado en la frecuencia de exacerbaciones, lo que trae como consecuencia hospitalizaciones, discapacidades, problemas en la adherencia e incluso aumento de la mortalidad, por otro

lado, se recomienda también el tamizaje al menos una vez al año para controlar el riesgo latente de esta condición [57,87, 134,136].

En los estudios se han descrito patologías neurológicas, donde se han descrito entidades como la enfermedad de Parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad Alzheimer y por último lesiones y secuelas secundarias a traumatismo craneoencefálico y raquimedular, las cuales se encuentran relacionadas directamente con la presencia de un trastorno depresivo, el cual sin un tratamiento adecuado, se ve relacionado con resultados negativos que incluyen el aumento del riesgo de inicio de úlceras por presión, infecciones urinarias y en general en el proceso de rehabilitación, lo que conlleva a menor inclusión social y mayor mortalidad en general. Por lo tanto, es necesario que los médicos de atención primaria fortalezcan e integren tanto al paciente como a su familia para aumentar la cantidad y calidad de los tamizajes a estos pacientes, incluyendo no solo el tratamiento farmacológico sino el psicoterapéutico que favorezca nuevamente la inclusión social [126,143].

Cabe resaltar que hay un grupo poblacional que tiene predisposición a la depresión y son las mujeres menopáusicas, por lo que se revisa la literatura y se evidencia que esta población al inicio de los cambios hormonales correspondiente a la edad, presentan episodios depresivos los cuales los investigadores descubrieron y realizaron cambios en los estilos de vida, incluyendo modificaciones nutricionales, cese de consumo de alcohol y tabaquismo, lo cual redujo los síntomas depresivos en las primeras semanas de intervención, sin embargo, es incierto que estos resultados positivos se mantengan en el tiempo, por lo cual los autores mencionan la importancia de la realización del tamizaje con herramientas breves que integren la evaluación del trastorno depresivo y de ansiedad.

Teniendo en cuenta que este campo es nuevo en la investigación y que de obtenerse buenos resultados con estas pacientes, se estaría pensando a futuro en incluir a este grupo poblacional a un programa con personal especializado para manejo de la depresión asociado a la menopausia [144].

Con respecto a las enfermedades infectocontagiosas, la literatura nos menciona la importancia del VIH/SIDA dentro de las patologías relacionadas con la presencia de un trastorno depresivo, con una prevalencia de hasta dos veces mayor que en la población general. Esta infección impacta negativamente los aspectos de la vida de los pacientes, requiriendo de una adaptación que se convierte en un reto tanto físico como mental. Esta relación aparece fuertemente incluso desde el momento del diagnóstico, adicional a esto, se ha visto empeoramiento o exacerbación de las enfermedades mentales previas o recién diagnosticadas, con inicio de la terapia antirretroviral. Dentro de los trastornos psiquiátricos identificados, se encuentran los de depresión y de ansiedad con sus subtipos, que se caracterizan por sensación aumentada de inseguridad, incertidumbre y miedo, así mismo, no debemos olvidar la presencia de los trastornos mentales asociados a la infección por el VIH. Sumado a esto, podemos observar los señalamientos a los que estos pacientes se ven sometidos tanto a nivel personal, familiar y en su comunidad desencadenando sentimientos negativos como culpa, vergüenza y en últimas depresión. Es importante resaltar el impacto que debe tener el personal en salud en pacientes con diagnóstico de VIH, con patologías mentales asociados como lo es la depresión y la ansiedad, ofreciendo desde la atención primaria rutas de acceso para promoción, educación en salud, consecuentemente, es necesario fortalecer los equipos de salud mental, para el abordaje integral de estos pacientes [145].

La literatura menciona los síndromes somáticos funcionales y los trastornos musculoesqueléticos de etiología no inflamatoria, los cuales se encuentran actualmente en discusión con los grupos de psiquiatría debido a que para ellos, estos síndromes se tratan de variantes de trastornos somatomorfos. Dentro de los cuales se nombran el síndrome de colon irritable, fibromialgia, fatiga crónica. Es por esto, que los estudios validan el enmascaramiento significativo existente entre estas condiciones, la calidad de vida y su asociación con trastornos de ansiedad y de depresión como motivo de consulta. Como es bien sabido, el estado de ánimo y el dolor crónico asociado con estas condiciones están estrechamente relacionados con el riesgo de desarrollar una patología mental y en algunos casos un desenlace fatal [89,131].

En otro estudio se encontró la relación que existe entre depresión y ansiedad, en pacientes pertenecientes a un sitio de atención primaria, los cuales fueron llevados a procedimientos quirúrgicos, como faucectomía, histerectomía por patología benigna, cirugía de cadera, dolor cervical o radicular lumbar, cirugía de rodilla, cateterismo coronario por sospecha de enfermedad coronaria; evidenciando el deterioro de la calidad de vida, contribuyendo al empeoramiento del dolor y disminución en la recuperación [146].

5.2.3. Tiempo estimado en la consulta de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión

Otra variable importante que se encontró en la atención integral de los pacientes con trastorno de ansiedad y de depresión es el *tiempo* que se emplea en la consulta médica: La literatura internacional revela datos que no son muy lejanos a los que se ven en nuestro país; se ha reportado en varios estudios la importancia de un adecuado abordaje de los pacientes en atención primaria que incluya la psicoterapia, así como, que la consulta tenga una duración mínima de treinta minutos a una hora con la finalidad de fomentar en el paciente introspección, reconocimiento de fortalezas y de resiliencia, adicionalmente ayudar al profesional en salud a la elaboración de la clasificación de severidad y establecer pronóstico, entre tanto en la actualidad varios autores describen el poco tiempo de consulta que se le asigna a los prestadores en salud para el manejo de los pacientes sin contar la sobrecarga asistencial que limita el abordaje adecuado para patologías tales como la ansiedad y depresión [53,54,60,104].

Los estudios además revelan otras consecuencias que trae la limitación del tiempo en la consulta, incluyendo disminución en la capacidad de realizar una adecuada relación médico paciente que genera retrasos en el establecimiento de un diagnóstico adecuado y oportuno de trastorno depresivo y de ansiedad, de esta forma, afectando tanto el seguimiento como el pronóstico de los pacientes y la calidad en la atención con respecto a signos y síntomas de alarma [58,81].

Llegando a la conclusión en estudios de que los médicos de atención primaria detectan cerca del cuarenta por ciento de los pacientes con ansiedad y depresión en parte debido a la limitación en el tiempo, llegando a oscilar entre siete y diez minutos de consulta asociado con la sobrecarga laboral y el consiguiente subregistro de datos esenciales en la consulta [59].

5.2.4. Confidencialidad en la historia clínica de salud mental

Un aspecto que toma cada vez más relevancia dentro de la práctica médica es el secreto médico que se traduce en la confidencialidad que el médico guarda a los pacientes, los cuales consultan al médico en un momento de vulnerabilidad, por lo que es preciso tener claro estos principios para no vulnerar los derechos del paciente, sin embargo, también es importante tener clara las excepciones a dicha norma, los cuales están definidos no solo a nivel nacional sino internacional e incluyen el riesgo de suicidio, riesgo de daño a terceros, abuso sexual a menores y en general a cualquier tipo de población, por lo que el médico debe apartarse de esta norma de consulta para denunciar las intenciones o confesiones del paciente. Cabe resaltar que esta toma de decisiones es un reto clínico para los profesionales en salud por lo que es imperativo la individualización de cada caso y llenarse de criterios que justifiquen romper la confidencialidad [100,147]. Por otro lado, encontramos la realización y consecuente firma del consentimiento informado es de vital importancia dentro de la relación médico paciente, ya que esto trae consigo una responsabilidad a nivel legal y ético en el que se proporciona información acerca de las intervenciones que se van a realizar para que el paciente pueda estar en la capacidad de procesar dicha información y tome la decisión más apropiada. De esta forma, un paciente educado también beneficia el acto médico, con respecto al aumento en la adherencia y en la confianza que se tiene en el profesional. Finalmente, teniendo en cuenta esto, se puede definir qué información se considera conveniente registrar en la historia clínica y cual podría dejarse de lado [147].

5.2.5. Actividades destinadas al mantenimiento de la salud de pacientes con ansiedad y depresión.

Como es bien sabido, las actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud comprende todas aquellas acciones destinadas tanto a la promoción de la salud como a la prevención de la enfermedad de acuerdo a los factores de riesgo, género, edad y nivel de salud; donde se indican recomendaciones soportadas de acuerdo a la evidencia científica teniendo en cuenta su ciclo vital individual y familiar. Ahora bien, específicamente en pacientes con trastorno depresivo, la evidencia es limitada. Sin embargo, en los Estados Unidos, se llevó a cabo en estudio clínico controlado y aleatorizado, en el cual se evaluó la eficacia del ejercicio en los pacientes con trastorno depresivo, encontrando que el ejercicio aeróbico recomendado por las sociedades científicas internacionales, en una frecuencia de treinta minutos tres veces a la semana fue un tratamiento efectivo en el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo leve a moderado [148].

Finalmente, debemos tener en cuenta que el diagnóstico de depresión o ansiedad en pacientes con estas condiciones descritas, empleando herramientas de tamizaje breves, las cuales poseen una evidencia adecuada que soporta su utilización en atención primaria. Sin embargo, se considera importante que los médicos de atención primaria permanezcan atentos a los signos clínicos de la depresión, tales como el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. Como vimos a lo largo de los estudios mencionados, el reconocimiento de la depresión en atención primaria depende de las comorbilidades asociadas al paciente, siendo este reconocimiento mayor en los pacientes que padecen más de una enfermedad crónica como por ejemplo insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus e hipertensión arterial. [137]. Así mismo, con respecto al trastorno de ansiedad, debemos tener en cuenta el hecho de sentir ansiedad o miedo, o presentar comportamientos de evitación o preocupación crónica. Además, es importante resaltar la existencia y validación de instrumentos de tamizaje breves pueden ser utilizados como herramienta de seguimiento o monitorización a través del tiempo, siendo sumamente esencial que un cambio positivo en el puntaje no siempre es equivalente a una mejoría en su cuadro clínico [132].

CAPITULO VI

6. GRUPOS FOCALES

6.1 ORGANIZACIÓN GRUPOS FOCALES

Se realizó un total de tres grupos focales en el periodo comprendido entre febrero y marzo del 2017, conformados 2 de ellos por 6 integrantes, y otro de 8 integrantes.

Primer grupo focal

Fecha del grupo focal: 28/02/2017

Lugar: Universidad El Bosque

En el primer grupo focal dentro de la convocatoria se invitó un trabajador social, dos residentes de medicina familiar y tres psicólogos, para un total de 6 integrantes, a través de una carta virtual y llamada telefónica, teniendo en cuenta dar cobertura a instituciones públicas como privadas. Se programó una cena dentro de las instalaciones de la universidad previamente. Sin embargo solo se contó con la participación de 6 integrantes, además una de esta participante previo consentimiento informado para la realización del grupo focal, tuvo que retirarse a la mitad del grupo focal por compromisos posteriores, por lo que la entrevista de ella no quedó completa. La razón principal fue dificultades en el desplazamiento y disposición de tiempo por parte del psiquiatra y la enfermera.

Este grupo focal estuvo constituido por tres psicólogos, una trabajadora social y dos residentes de medicina familiar. Estos se desempeñan en tres instituciones privadas diferentes, y dos públicas.

Segundo grupo focal

Fecha del grupo focal: 28/02/2017

Lugar: Universidad El Bosque.

En el segundo grupo focal, se convocó; un psiquiatra, un trabajador social, un medico familiar y un residente de medicina familiar y dos psicólogos, para un total de 6 participantes, a través de una carta virtual, visita previa y llamada telefónica. Se programo una cena dentro de las instalaciones de la universidad previamente. Sin embargo solo asistieron 6 integrantes, principalmente por dificultades personales. Este grupo estuvo constituido por un psiquiatra, 2 psicólogos, una trabajadora social, un medico familiar y un residente de medicina familiar. Los cuales laboraban en dos instituciones públicas y tres privadas.

Tercer grupo focal

Fecha del grupo focal: 16/03/2017

Lugar: Salón comunal, localizado en conjunto Monserrate Ciudad Salitre - Teusaquillo.

En este tercer grupo dentro de la convocatoria se invitó un total de dos médicos generales, dos psiquiatras, un enfermera, un médico familiar y un psicólogo, para un total de 8 integrantes, a través de una carta virtual y llamada telefónica, teniendo en cuenta dar cobertura a instituciones públicas como privadas, se programó refrigerio previamente, sin embargo solo se contó con la participación de 7 integrantes.

El grupo focal estuvo constituido por dos médicos generales, dos psiquiatras, una enfermera, un médico familiar y un psicólogo. Los cuales se desempeñaban en diferentes instituciones, incluyendo dos públicas, tres privadas.

Entrevista Grupal:

Se realizó una entrevistas grupal en el mes día 13 de marzo del 2016, debido a que el personal de la Secretaría de Salud, la referente de salud mental de la dirección de provisión de servicios y la referente del consumo de sustancia psicoactiva de la dirección de provisión de salud, no pudieron asistir a ninguno de los grupos programados durante el mes de febrero y marzo, por lo que se decidió hacer la entrevista grupal a dos participantes del personal de la Secretaría de Salud, en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en la carrera 32 # 12 – 81, barrio pensilvania, localidad puente aranda.

6.2 ANÁLISIS GRUPOS FOCALES

6.2.1. PRIMER CONTACTO:

¿Durante su experiencia en los sistemas de información de historia clínica, considera que se ha tenido en cuenta los componentes relacionados con salud mental, específicamente en trastornos de ansiedad y de depresión que le permitan enfocarse hacia un correcto diagnóstico?

El 100% de los entrevistados refieren que la historia clínica no tiene un componente relacionado con depresión y ansiedad que facilite el diagnóstico, por ejemplo citan: *“yo pienso que las historias clínicas no están enfocadas en la identificación de este tipo de patologías”* (Grupo focal 3) *“... “no hay específico como tal una casilla o en la Historia Clínica salvo lo que pregunte el Profesional”* (Grupo focal 1); y también refiere que en ocasiones *“tal vez cuando te piden la revisión por sistemas que te dice estado mental y te deja un espacio como para que si logras identificar algún signo o síntoma lo puedas poner ahí”* (Grupo focal 3). Dentro de los grupos focales se indica que para dar un enfoque de salud mental se realiza por medio de la anamnesis, y la lectura del lenguaje no verbal del paciente y la evaluación orientada a confirmar la presencia de un trastorno por parte del profesional, ya que no existe ítems específicos en relación con el diagnóstico de trastorno

de depresión y ansiedad, por ejemplo se citan: *“En las historias que yo he manejado realmente solo hay una historia que tiene en el aspecto de antecedentes los antecedentes mentales pero realmente en las otras historias que yo he manejado ni siquiera se contempla dentro de los antecedentes digamos que como lo que dice o sea si uno lo pregunta lo indaga y demás pues evidentemente puede llegar a hacer el tamizaje y a buscar la posibilidad diagnóstica pero depende de cómo transcurra la consulta y depende del Médico o sea por mi parte no existe la posibilidad si yo no lo busqué activamente ... un trastorno de ansiedad y depresión no hay forma”* [Grupo focal 1] *” incluso el tono de voz no es tan fuerte y tan claro la mirada perdida son una serie de condiciones específicas que tiene una persona dependiendo la experticia del Profesional la ansiedad si es un poco más compleja en averiguarla en la primera entrevista”*[Grupo focal 2]. Resaltando así mismo, que el diagnóstico de trastorno de ansiedad es mas difícil de establecer en un primer contacto y esto depende de la experticia del profesional, *por ejemplo se citan: “dependiendo la experticia del Profesional la ansiedad si es un poco más compleja en averiguarla en la primera entrevista”* [Grupo focal 2].

Algunos médicos generales opinan se deberían incluir en la historia clínica componentes relacionados con ansiedad y depresión que permitan un correcto diagnóstico de estos trastornos, por ejemplo citan: *“debería hacerse más énfasis en las enfermedades mentales para un correcto diagnóstico”, “...debería hacerse más énfasis en las enfermedades mentales para un correcto diagnóstico”* [Grupo focal 1].

La detección y el diagnóstico de trastornos de depresión y ansiedad, presentan barreras tales como la sobrecarga laboral, y el tiempo limitado de consulta: Por ejemplo se cita: *“por supuesto el sistema de una Historia Clínica de medicina interna y una Historia Clínica de salud mental es abismal”* [Grupo focal 2 y 3].

¿La historia clínica que maneja actualmente le permite obtener acceso a la información de atenciones e intervenciones médicas previas de sus pacientes? ¿Cree usted que dicha información puede ser útil al momento del contacto y conocimiento

integral que le permita la detección de los trastornos de depresión y de ansiedad en su paciente, así mismo el seguimiento de los factores de riesgo que facilitaron el desarrollo de estos? ¿Por qué?

La mayoría de los entrevistados refieren que la historia clínica que manejan actualmente les permite tener acceso a la información de atenciones médicas previas de los pacientes; siempre y cuando estas atenciones previas sean realizadas dentro de las mismas instituciones o redes de instituciones donde trabajan, Por ejemplo citan: *“en mi experiencia las historias clínicas a las cuáles siempre he tenido acceso son a historias clínicas de la misma Institución o de la misma red de la Institución, a qué me refiero si estoy en X EPS laborando tengo acceso a las atenciones que se hagan dentro de los ítems de consulta externa de esa EPS más no tengo acceso a atenciones que se hagan en otras EPS”* (Grupo focal 1) *“no porque el modelo de aseguramiento que tenemos aquí en Colombia no permite eso entonces cada entidad maneja su modelo de Historia Clínica y su modelo de información si tuviéramos una Historia Clínica unificada tanto para el régimen contributivo y el subsidiado tu podrías hacer eso ... Pero dentro de la misma IPS si se puede realizar no siempre, no siempre, no siempre porque generalmente el prestador contrata a otro prestador entonces yo soy una IPS yo puedo contratar a esta IPS que es para salud mental y acá lo cogen y hacen eso pero yo no puedo a no ser que el Paciente me llegue con una contra referencia o un resumen”* [Grupo Focal 3] *“como solución definitiva proponen la existencia un sistema único de HC.”* (Entrevista Grupal)

También se documentó que dicha información es útil al momento del primer contacto y conocimiento integral del paciente en aspectos tales como el los factores de riesgos asociados al proceso de salud y enfermedad del paciente, antecedentes mentales, antecedentes de hospitalizaciones previas, manejo farmacológico previo, aspectos biopsicosociales, entre otros; Ya que estos van a influenciar directamente la toma de decisiones. Por ejemplo se citan: *“es muy útil ... uno entiende mucho de porque se están presentando los trastornos de depresión y ansiedad.”* [Grupo focal 3] *“Sabén yo como lo haría de pronto midiendo factores de riesgo para ansiedad o sea buscando por toda la*

casuística y mirando según la evidencia que parte son para controlar la ansiedad por ejemplo depresión historia familiar de depresión sí, que por ejemplo episodios depresivos previos o por ejemplo conducta depresiva en la familia [Grupo focal 2] “dentro de la Historia Clínica en la identificación en los antecedentes yo he visto la mayoría que si cuentan con ese registro pero ese registro está sub utilizado o sea no esa información no se usa ... empadronamiento ... si cocinaban con gas, si no cocinaban con gas, si tenían estufa, si tenían lavadora, si tenían televisor si no tenían, si había una casa cuántos baños tenían o sea tenían toda esa información pero esa información que está muerta sería ideal que... sirva para mejorar las condiciones de vida de hecho hay artículos en los cuáles mirando esas diferentes situaciones sociales y económicas y culturales en ciertas poblaciones en otros países en Estados Unidos se mira que necesita la población y dependiendo de lo que necesite la población pues se hace una intervención no solo a nivel digamos médico sino a nivel de salud pública para intervenir y que sea una intervención adecuada porque qué sacamos si el paciente tiene depresión le damos el tratamiento le damos una intervención no farmacológica pero resulta que sigue un matoneo ahí en el colegio no hacemos nada” [Grupo focal 1].

Adicionalmente, algunos profesionales opinan que contar con la historia clínica del paciente, paraclínicos y estudios adicionales del paciente de forma física a través de los paciente o familiares, puede generar limitaciones dentro de la historia clínica, ya que muchas veces los pacientes o familiares no llevan la información a la consulta o está incompleta; esto también asociado a que el paciente no tiene la información suficiente de la importancia de adquirir una copia de la historia clínica antigua. Por ejemplo se citan: “ que el Paciente me llegue con una contra referencia o un resumen que no siempre pasa entonces ahí hace falta un sistema eficiente... es muy útil porque es que eso permite darle continuidad a la atención y si tú pues lograr engranar esas atenciones anteriores que diagnósticos, que tratamientos a qué acuerdos se llegan pues si no tenemos esa información es bien difícil” [Grupo focal 3].

¿Cómo podría la historia clínica, facilitar la identificación de pacientes con riesgo de tener o que ya tengan una enfermedad mental para hacer el seguimiento? ¿Alguna herramienta de tamización? ¿Algún parámetro en especial dentro de la anamnesis?

Se requiere en la historia clínica herramientas de tamización que permitan la detección de trastornos de ansiedad y depresión en atención primaria, por ejemplo de cita: *“pienso que la Historia Clínica no te permite a ti detectar un trastorno si, para detectarlo en principio se tendría que aplicar un tamizaje algo que permita al menos sospechar que hay algo pero la Historia Clínica no permite detectar si es el caso de cómo está informada pero detectar o sea pienso que se requiere algo más allá que permita detectar”* [Grupo focal 1].

Además, se describe la importancia de realizar tamización, para la identificación temprana de paciente con síndrome de ansiedad y depresión, así como los factores de riesgo que se ven involucrados, para iniciar manejos no farmacológicos y farmacológicos según se requiera con el fin de evitar el desarrollo de trastornos mentales de ansiedad y depresión, por ejemplo se citan: *“poder que nos permita saber pues todos esos factores de riesgo esos tamizajes que se pueden realizar desde un aplicativo en un sistema de información”, “ el Médico o lo envía a trabajo social ... lo envía a diferentes programas de psiquiatría o lo envía uno al Psicólogo... pues cuando ya uno es evidente que tiene un trastorno depresivo un trastorno ansioso o lo remite a urgencias entonces pues no es lo más adecuado porque como miramos o sea si uno espera que ya el paciente pues tenga el trastorno como tal y no se le revisa un tamizaje para evitar que llegue allá”*[Grupo Focal 1]

Se resalta la importancia de tener en cuenta la educación que se le brinde al profesional de atención primaria para la realización del tamizaje, ya que el uso de la herramienta sin la educación respecto a su uso, y del manejo de estos trastornos mentales no tiene relevancia para la realización del diagnóstico y el inicio de tratamiento. Por ejemplo se citan: *“la capacitación que uno tenga me parece muy importante y para ir acorde con lo que se necesita se necesitaría también que se tuviera una capacitación la persona que la tiene que administrar tiene que tener muy clara la diferencia entre lo que decía más de la mitad*

de los días o casi todos los días y son parámetros que deben ser muy estrictos para que todos vayamos en lo mismo o es lo mismo el trabajo en equipo se hace muy importante.... yo puedo tener las herramientas de tamizaje pero si yo no tengo claro para que me sirve cuáles son los parámetros entonces por ejemplo me apoye con psicología y me dice no mire le envío este paciente para que usted le haga seguimiento porque tiene este resultado en la escala de tamizaje y si yo no sé es lo mismo que me hablan en chino es algo que es muy importante que se maneje” “...no debe tamizar para enfermedades en cuanto a salud mental si no tiene la posibilidad de hacer un seguimiento o sea dice no pregunte si usted no va hacer nada es preferible que no pregunte a arriesgarse a preguntar y no hacer nada” [Grupo focal 1 y 2].

Es indispensable que la herramienta de tamizaje estén disponible en la historia clínica y que está a su vez sean fáciles de utilizar y cortas en implementar, para la detección temprana de trastornos de ansiedad y depresión esté validada a nivel de Colombia. Por ejemplo se citan: *“yo creo que hay algo que es muy importante y es que herramientas de tamización hay muchísimas... en ese sentido la validación”* (Grupo focal y entrevista grupal), además es importante que exista herramientas que permitan la confirmación del diagnóstico y la gravedad del mismo, que sea fácil de aplicar como el PHQ-9 y el GAD-7, por ejemplo se citan: *“una prueba de tamiz para ansiedad puede servir de mucho y detectar si está en un nivel leve o moderado de ansiedad” “...en caso de que se sospechara por ejemplo de que por una ansiedad moderada o severa o depresión o trastorno mental... entonces pienso que si se puede si habría la herramienta para facilitar esta condición sobre todo herramientas que sean electrónicas y existe una evidencia entonces se podría implementar” “Nosotros hicimos una validación de esas pruebas para Colombia lo que pasa es que te hacen una validación pero digamos no fue la validación con los o sea que se aplicó una muestra representativa de la población desplazada aquí en Colombia nosotros alcanzamos a contar 279 mujeres con condición de desplazamiento pero pues eso comparado con la muestra que hay en mujeres de la población pues no es una muestra no alcanza a ser una muestra representativa aunque aun así se hizo el estudio de validación de 3 pruebas la prueba de ansiedad primero el GAD creo que se llama así el GAD la de PHQ para depresión el PHQ*

9” [Grupo focal 1], *“son útiles en la medida en que sean muy sencillas” “midiendo los factores de riesgo si usted viera alguna alarma en la Historia Clínica que le permitiera profundizar cierto, si ellos seguramente le ayudan por ejemplo se ha sentido triste en el último mes, sí esa respuesta fuese positiva estoy hablando supuestamente si esa alarma respondiera a un tamizaje un poquito más detallado yo creo que si”* [Grupo 2], *“Una herramienta de tamización se podrían hacer escalas lo que pasa es que las escalas tienen que estar validadas para el País o para la región que sean útiles y que sean fáciles de usar y que requieran un tiempo adecuado porque pues hay muchas escalas que requieren tiempo entonces o la haces o atiendes la consulta una de las dos entonces si puedes hacer escalas validadas y ajustadas en tiempo” “ entonces si digamos que ahí como para añadir al tema algo de las dos preguntas, primero se tiene que hacer el PHQ-2 si ese sale alterado usted hace el PHQ-9 pero en el PHQ-2 usted tiene que mirar la validez para hacerlo aquí en Colombia”* [Grupo focal 3].

Cuando hablamos de ansiedad, se revela un desconocimiento y des-uso de las herramientas existentes para la tamización y diagnóstico del trastorno de ansiedad. Por ejemplo se cita: *“Para ansiedad, si hay escalas pero no me acuerdo del nombre ahorita pero si para todos los trastornos mentales hay escalas ansiedad y eso, pero reitero deben estar validadas para Colombia” “Los que estamos en atención primaria estamos muy involucrados en las tamizaciones... en ansiedad no conozco una escala específico para esto”* [grupo focal 1 y 2], así mismo, pero en menor impacto un desconocimiento y des-uso de herramientas para depresión, entre profesionales de atención primaria [Grupo 1, 2 y 3].

Por otro lado, algunos consideran que la historia clínica debería facilitar la retroalimentación del manejo a instaurar, incluyendo la psico-educación para el paciente. Por ejemplo se cita: *“la misma herramienta también te decía que decirle a la persona según el caso como hacer esa retro alimentación o esa psico-educación de los resultados, no no sé el nombre nosotros utilizamos esa herramienta era aplicable a cualquier tipo de paciente”* [Grupo focal 1].

¿Qué patologías tiene usted en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial de síndromes de depresión y ansiedad? ¿Describa los paraclínicos que deben estar registrados en la historia clínica a su consulta inicial? ¿Cuáles paraclínicos requiere para realizar esta aproximación?

Dentro del diagnóstico diferencial debería tenerse disponible en la historia clínica paraclínicos como TSH, hemograma, electrolitos que permitan descartar si existe una patologías orgánicas como hipotiroidismo, anemia entre otros, Por ejemplo se citan: *“hay unos exámenes que uno puede hacer porque también hay patologías orgánicas que pueden simular estos trastornos entonces por ejemplo un hipertiroidismo puede simular una ansiedad y un hipotiroidismo una depresión entonces si hay algo básico que es yo esperaría tener por lo menos una TSH”* *“es fundamental tener una función tiroidea una glucosa y un cuadro hemático porque pues hay anemias que también pueden cursar con astenia y poder confundirse”* *“un trastorno depresivo puede llegar incluso en un trastorno psicótico y poder necesitar un tac, electrolitos, cuadro hemático una serie de exámenes que no siempre voy a necesitar si me llega esa consulta externa en un estado donde si puedo sospecharla podemos llegar al diagnóstico depresivo”* *“los paraclínicos básicos, básicos, básicos por lo menos TSH y cuadro hemático y electrolitos”* [Grupo focal 1], *“en un adulto joven uno piensa más en algo orgánico”* [Grupo focal 2].

¿Considera usted al ser un trabajador de la salud de atención primaria se siente en la capacidad de identificar pacientes con depresión o ansiedad? Si no y por qué? La identificación y seguimiento de riesgos que influyen en estos trastornos?

El 100% de los psicólogos consideran están en la capacidad de identificar trastornos de ansiedad y depresión, sin embargo indican la necesidad de un manejo conjunto con los médicos de atención primaria para descartar en primera instancia si estos están asociados a una patología orgánica. Por ejemplo se citan: *“nosotros como Psicólogos creo que si tenemos la capacidad de identificar ese tipo de trastornos”* [Grupo focal 1] *“con el*

conglomerado de situaciones biológicas y orgánicas que debe trabajar un Médico y no debe trabajar un Psicólogo si” [Grupo focal 3]

El 100% de los médicos familiares consideran están en la capacidad de realizar un diagnóstico, un seguimiento de factores de riesgo dada su formación así mismo como el inicio de intervenciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, y la identificación oportuna de remisiones según requiera el paciente. Por ejemplo se citan: *“sí porque es unas patologías prevalentes acá en el País en la consulta y pues como existen las herramientas por lo menos para identificarlos diagnosticarlos y hasta qué punto ver si tratamos y hacemos las iniciamos un trabajo en equipo con todo el grupo de salud mental que eso sería lo ideal” “somos el primer eslabón grande que sensibiliza el diagnóstico y uno que usa pues las escalas” [Grupo focal 3]*

La mayoría de los especialistas consideran que gran parte de los médicos generales en atención primaria no tiene una formación suficiente para la detección de trastornos de depresión y ansiedad. Por ejemplo citan: *“desafortunadamente la medicina se ha vuelto una cosa tan compleja que hemos olvidado que las estrategias son absolutamente simples y absolutamente aterrizada... a nivel de atención primaria y no se nos debe olvidar que los diagnósticos no requieren paraclínicos en ese tipo de trastornos ... ojalá todos pudiéramos responder que si tenemos la capacidad de detectar ese tipo de síndromes en la persona con este tipo de dificultades desafortunadamente la formación médica no siempre permite este tipo de cosas” [Grupo focal 2].*

Los médicos generales refieren están en capacidad de detectar trastornos de depresión y ansiedad, sin embargo por la limitación del tiempo hace que no se detecte con facilidad. [Grupo focal 3].

Las enfermeras consideran que no están en capacidad de realizar un diagnóstico, sin embargo consideran pueden ser un apoyo en la detección de riesgo, y contra- referencia al médico ante la sospecha, así mismo considera pueden contribuir con el seguimiento de

estos paciente. Por ejemplo cita: *“Pues como usted sabe que nosotras no podemos hacer los diagnósticos, nosotras lo que hacemos es remitir al médico que lo ve regularmente para que haga el diagnóstico definitivo y después pues hacer el seguimiento”* [Grupo focal 3]

6.2.2. CONTINUIDAD:

**¿La historia clínica con la que cuenta le permite entablar una relación a largo plazo con su paciente que tenga problemas de salud mental para su seguimiento? ¿Por qué?
¿Que aspectos mejoraría para lograr este objetivo para la intervención de pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión?**

La mayoría de los entrevistados, considera que la historia clínica con la que cuentan no les permite entablar una relación a largo plazo con el paciente debido a varios factores dentro de estos la historia clínica no siempre se realiza dentro de la misma institución, y muchas veces no se cuenta con esta información, la historia no siempre se realiza por el mismo profesional, dado que la asignación de citas y disponibilidad de agendas depende de factores externos como la vinculación del paciente y la oportunidad de asignación de citas con el mismo profesional, planteándose además que el seguimiento no siempre se hace en el centro de atención primario más cercano a su localidad, ya que se asigna la cita teniendo en cuenta la disponibilidad y no factores como el centro de referencia del paciente, además no existe una red de hospitales, clínicas, IPS, que favorezca la comunicación y continuidad con todos los especialistas, los médicos de atención primaria, psicólogos, trabajadoras sociales, y demás personal involucrado en salud mental para un manejo integral para la intervención de los diferentes factores de riesgo; así mismo no les permite entablar una relación a largo plazo con el paciente debido a factores como que en el primer contacto con el paciente no siempre se cuenta con el tiempo suficiente para entablar una relación médico-paciente empática que favorezca el seguimiento, ya que esta depende de la formación y capacitación del médico y concientización en el adecuado abordaje integral del paciente. Por ejemplo se citan: *“Algo fundamental es el manejo de la información no solo para los trastornos de salud sino pues para cualquier trastorno y es fundamental todo lo*

que estaban diciendo los compañeros de la mesa tener una continuidad tener una trazabilidad de esas historias y poder que nos permita saber pues todos esos factores de riesgo” [Grupo focal 2], “bueno si el seguimiento como tal es algo que considero yo estamos cortos ... por ejemplo un EPS normal si nosotros estamos diagnosticando algún trastorno este paciente va a volver a tener consulta con este profesional no sé 2, 3 meses después entonces no hay un seguimiento continuo y sabemos que generalmente no pasa que siempre vuelve al profesional entonces digamos que en caso tal corra con buena suerte y llegue con el mismo profesional que le toco la primera vez pues ha transcurrido mucho tiempo o en el que se han cambiado pues muchos otros síntomas o muchos otros criterios para el diagnóstico o seguramente la enfermedad mental ya ha avanzado muy significativamente” “..por otra parte bueno si yo estoy digamos en un tratamiento de un trastorno de ansiedad y depresión con el sistema que tenemos ahorita las consultas las están dando por lo menos una vez al mes o sea si me voy por la parte normal de EPS yo.....para tratar una persona son un año porque son 12 sesiones que tú vas a trabajar y posiblemente te va hacer falta y pues existe por otras parte que las otras entidades privadas pues tienen más dinamismo y uno puede estar pues uno puede tratar eso cada 8 días o cada 15 días o se puede movilizar más pero con el sistema de ahorita de EPS es difícil un seguimiento juicioso porque las citas no las hay, no si cuando ellos van a las entidades privadas ellos ya lo saben no y ellos lo dicen no es que yo no pido una cita allá pues porque me lo van a dar hasta dentro de un mes...”[Grupo focal 1].

Es importante el establecimiento de estrategias que permitan el seguimiento de los paciente tanto para la continuidad de sus controles médicos, y su adherencia a manejos farmacológicos y no farmacológicos, como las llamadas telefónicas, la visitas domiciliarias y que estas a su vez se encuentren registradas en la historia clínica electrónica. Por ejemplo se citan: *“La continuidad en ellos es muy importante porque la misma enfermedad mental no les permite la continuidad o sea o abandonan muchas el tratamiento apenas comienzan a sentir la remisión de los síntomas muchas veces dejan los medicamentos y producen recaídas o sea para mi si es muy importante el problema es cuando se trata de otras EPS o de otras Instituciones” [Grupo focal 2] “...es importante y además es algo ético el hecho*

que yo detecte que en efecto si hay un problema ya sea que sea ansiedad leve o depresión severa y que yo al respecto no haga nada si, o que si hice una anotación deje que la persona fuera a tal lado pero no fue y esa persona no ... como profesional mi responsabilidad es hacer algo si, no simplemente detectarlo.... si además hay que hacer un seguimiento o sino quedamos en solo la detección y nuestra ética como médicos o como profesionales de la salud es hacer algo y no abandonar al Paciente entonces pienso que estas herramientas tienen que ir o hacer un plan de seguimiento que sea factible teniendo en cuenta la deserción, teniendo en cuenta que la hospitalización en estos casos son las que más deserción ... es que muchas veces el paciente no vuelve, entonces uno sí tiene que tener en cuenta todas esas variables” “si telefónico si no y si funciona pues la experiencia” “digamos ya se hizo la intervención con el paciente con la familia se hacen visitas domiciliarias y es un proceso de 6 meses de visitas continuas y de proceso con el paciente que puede tener distintas estrategias pero están digamos encaminadas a aliviar esos síntomas estos trastornos” “digamos de hacer el seguimiento telefónico porque eso alguna vez yo maneje un programa de crónicos y cuando uno como médico le hace el seguimiento telefónico al Paciente ellos responden muy bien o sea uno piensa que no pero ellos responden muy bien sobre todo esos Pacientes que son inasistentes que no quieren ir uno los llama y les dice.... venga que es que nos estamos preocupando está llamando el Médicoy como que si soy importante., entonces bueno es fundamental y por lo menos que en la Historia Clínica quede ese seguimiento porque muchas veces queda ahí en el aire o queda en la hojita de Excel o queda en la notica para la cuenta de alto costo pero no debería ser o sea debería ser un todo en el cual uno pues sepa ahí en la Historia Clínica hay Instituciones que lo tienen pero hay otras que no o sea tienen solo el formato de la Historia Clínica y ya pero el seguimiento telefónico no lo ”[Grupo focal 1]

¿Cada cuánto considera usted que se debería realizar seguimiento de los pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión?

Dentro de los entrevistados los profesionales de salud refieren que se debe hacer un seguimiento de 2 -4 meses, sin embargo esto no es tan estricto, ya que es importante la

individualización del paciente, teniendo en cuenta sus comorbilidades así como la gravedad de la sintomatología mental para instaurar un objetivo terapéutico, por lo tanto el tiempo de seguimiento dependerá del tipo de intervención que requiere el paciente por cada uno de los miembros del grupo de salud mental, por otro lado, se resalta la presencia de obstáculos en el acceso por parte de las EPS que complican este seguimiento, lo que genera poca adherencia al tratamiento, así como la repercusión en las metas de recuperación para el paciente. Por ejemplo se citan: *“Pero considero de 2 a 4 meses creo que estaría bien si, no tanto tiempo para ser un trastorno de ansiedad y depresión no creo”* *“...Es que creo que el seguimiento es distinto a cada profesión y distinto a lo que ha manejado entonces creo que cada disciplina debe tener un tiempo”* [Grupo focal 1] *“..lo que pasa es que una terapia común el seguimiento general es cada 8 días pero ya depende de la complejidad puede ser incluso 2 veces a la semana con una variedad de hora y media o más dependiendo de la aceptación...”* *“Si eso es cierto digamos que desde la parte médica uno dependiendo en el estadio en que esté uno lo cita o semanal o quincenal o mensual o cada 3 meses pero más allá de 3 meses digamos cuando ya tiene un trastorno como tal no lo importante sigamos es cómo establecer el seguimiento llegando a acuerdos con el Paciente obviamente para que no se agoten y no se cansen”* [Grupo focal 2]

Además, se resalta la importancia de brindarle a este tipo de pacientes espacios donde pueda consultar rápidamente para proporcionarles un apoyo en un momento de crisis. Por ejemplo se citan: *“establecer el seguimiento llegando a acuerdos con el paciente...también teniendo una flexibilidad en la cual él pueda consultar ante cualquier momento de crisis o por lo menos tener un sitio donde llamar que se le pueda brindar asesoría”* [grupo focal 1-2].

6.2.3. INTEGRALIDAD

¿La historia clínica le permite articular la información correspondiente a los ámbitos orgánicos, funcionales y sociales para un adecuado uso de servicios y recursos

disponibles en el caso específico de los pacientes con síndrome de ansiedad y de depresión? ¿En qué beneficiaría poder realizar esta articulación?

La mayoría de los participantes de los grupos focales refieren que la historia clínica que manejan se direcciona solo hacia lo biológico y no hace un enfoque en los otros ámbitos, lo que no facilita un enfoque multidimensional del paciente con depresión o ansiedad, y por lo tanto no existe un espacio destinado a la valoración biopsicosocial y estos muchas veces, son datos que se preguntan dentro de la consulta, pero no se registran y esto hace que no se garantice que el usuario reciba las atenciones requeridas, resaltando además que la información descrita en la historia clínica no es posible integrar con la otras instituciones por los diferentes sistemas de historia clínica que se manejan, lo que no permite a su vez optimizar recursos en salud. Por ejemplo se citan: *“La historia clínica no permite hacer una integración entre los ámbitos bio-psico-sociales, lo que limita el enfoque global de los pacientes”* [Entrevista grupal] *“En este momento no permite articular porque usualmente y si lo miramos desde la parte de la medicina nos vamos es a la parte orgánica a la parte biológica todo muy biologicista para un diagnóstico clínico usualmente y terminamos siempre medicando que no debería ser así no debemos medicalizar las cosas siempre”* [Grupo focal 3].

Es indispensable en atención primaria, grupos multidisciplinarios de salud mental conformados por psiquiatras, médicos familiares, psicólogos, médicos generales capacitados, enfermeras capacitadas y trabajadoras sociales, para el abordaje integral, biopsicosocial, de los paciente con trastornos de ansiedad y depresión, así mismo como la disposición de espacios de reunión de todo el grupo multidisciplinario para permitir puntualizar objetivos terapéuticos. Por ejemplo se citan: *“yo pienso que la ansiedad y la depresión son sistemas tan complejos que requieren múltiples disciplinas que entren a intentar y posibilitar formas de intervenir y formas de hacer las cosas de una manera mucho más ordenada”* *“un trabajo en equipo con todo el grupo de salud mental que eso sería lo ideal”* [Grupo focal 3] *“.... Yo creo que en ese sentido el trabajo en equipo es fundamental porque es que si yo tengo la posibilidad de comunicarme con mi Psicólogo, mi*

Trabajadora Social y las 3 estamos trabajando en la misma dirección es más fácil que sea una vez al mes que lo vemos cada uno sea más efectivo y que el Paciente si tenga el seguimiento que debe ser y que podamos avanzar todos que buscamos su mejoría a si cada uno lo ve diferente con objetivos y metas diferentes porque evidentemente nuestros abordajes son diferentes y el seguimiento eso es totalmente individualizado” [Grupo focal 1] “Se debería contar con el equipo de salud mental para el manejo integral de los pacientes” “Hace falta ...Mayor trabajo en equipo entre médicos, psiquiatras y psicólogos” “... juntas médicas interdisciplinarias para todos los casos, no solo para los que se consideren de mayor dificultad...se puede realizar con mayor facilidad en el ámbito hospitalario que en el ambulatorio” [Entrevista Grupal] “El equipo de salud mental debería estar integrado por: psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería y en algunos casos fisioterapia y terapia del lenguaje” [entrevista grupal].

Además la historia clínica debería permitir la articulación con entidades gubernamentales como el ministerio de trabajo, protección social, entre otros, para la movilización de recursos en pro del control de factores de riesgos que promuevan la resolución o pronóstico favorable de los síndromes depresivos y de ansiedad y/o trastornos ya establecidos. *Por ejemplo se citan: “....la articulación que se pueda hacer con otros entes es lo que le da a uno integralidad o sea yo creo que más de lo que yo podría hacer lo podría hacer por ejemplo desde la parte de educación lo podrían hacer más desde la parte de bienestar social facilitando que las personas tengan acceso a trabajos dignos a que tengan las necesidades básicas satisfechas, yo creo que eso ayudaría más a la salud mental que lo que yo podría hacer desde mi parte médica pero” “tamizajes que se pueden realizar desde un aplicativo en un sistema de información y que de allí esa se puede interconectar con los diferentes entes que puedan actuar porque pues desde salud solo tenemos una propuesta muy chiquita” “teniendo en cuenta que salud es todo lo que nos da bienestar ... es fundamental que esa Historia Clínica nos permita poder interactuar con los diferentes entes, es decir si él tiene algún problema de trabajo pues mirar que posibilidades hay de trabajo, si digamos el nivel que tenga puede ser Profesional o no Profesional o mirar que capacidades tiene para poder ayudarlo a que consiga trabajo, que por lo menos se alivie*

su situación... por ejemplo la persona que se quedó sola ... que no tiene a nadie que lo pueda atender o que lo pueda ayudar poder activar redes en las cuáles pues se pueda acompañar ya sea por asociación de pacientes o ya sea por Instituciones del Distrito o Instituciones a nivel Departamental que digamos no estamos en Bogotá pero de allí la importancia de que eso se pueda activar desde la Historia Clínica o sea no sé si con el diagnóstico o no sé si con un ítem digamos que yo si estoy de acuerdo con que si uno hace una intervención a nivel de atención primaria si hay que intervenirlo y sobre todo en salud mental” [Grupo focal 1].

Se describe la importancia de la realización de protocolos y/o guías de práctica clínica, y la adherencia a estas por parte de los profesionales de atención primaria, con el fin de estandarizar los manejos farmacológicos y no farmacológicos basados en la evidencia, las conductas a seguir ante una recaída, así mismo como los criterios de remisión a otras especialidades. Por ejemplo se citan: *“yo siempre he discutido... la falta de protocolos de atención digamos sistematizados que colaboren en la labor del profesional porque muchas veces depende es del propósito ético del profesional de saber hasta dónde va a llegar si solo ejemplo va a remitir a un paciente a tal institución porque en donde se encuentra no puede hacer nada” “lo que hace falta es un protocolo de atención que considere un grupo interdisciplinario y que considere una atención integral para el paciente no solo una remisión porque ya cómo funcionar no tengo ni las herramientas para poder hacer algo responsable con él y creo que eso es fundamental” [Grupo focal 1].*

¿Cree usted que es importante contar con una historia clínica con aspectos que le permitan evaluar el contexto biopsicosocial de sus pacientes que presentan síndrome depresivo y de ansiedad? ¿Por qué? ¿Qué aspectos ha visto en su práctica clínica con mayor frecuencia?

EL 100% de los entrevistados considera importante contar con una historia clínica que evalúe el contexto biopsicosocial ya que esto permite entablar una relación a largo plazo y facilitar el conocimiento del paciente a través de una secuencia lógica y racional de

actividades. [Grupo focal 1, 2,3] Por ejemplo se citan: *“Si es importante tener lo biopsicosocial porque entonces uno podría ver a los pacientes de manera más integral”* [Entrevista Grupal].

Es importante que el médico de atención primaria esté familiarizado con las guías de práctica clínica para los trastornos de depresión y ansiedad, por ello se reitera la importancia de realizar una educación continua, por otro es indispensable una adecuada anamnesis por parte del médico para la realización de un diagnóstico diferencial de una patología orgánica u la existencia o coexistencia de otros trastornos mentales . Por ejemplo se citan: *“no hay algo estandarizado que yo diga bueno tengo que hacerle esto o aquello a un trastorno de depresión leve o a uno pues grave o de ansiedad”* [Grupo focal 1], *“lo primero que a uno le enseñen es descartar organicidad y eso se hace con una muy buena Historia Clínica”* *“Inclusive uno ve muchas veces tóxicos porque es que depende de cómo llegue yo tengo que sospechar abuso de sustancias”* [Grupo focal 1], *“muchos diagnósticos tanto de enfermedad digamos también neuro endocrina entonces no podría uno decir pídale esto, esto porque es que depende de lo que uno piense o se estudie porque hay muchas patologías tumorales y otras cosas que pueden enmascarar enfermedades mentales en un adulto joven entonces ahí si toca tener como más criterio clínico”* [Grupo focal 2]; así mismo se debe tener en cuenta la evaluación del ámbito social para determinar la movilización de recursos sociales en pro del control de síntomas y pronóstico de la enfermedad mental, por ejemplo se citan: *“si claro, es importante saber el entorno real donde el paciente con estos problemas se desenvuelve, no es lo mismo un paciente con una adecuada red de apoyo, que otro que tenga estas patologías y no tenga a nadie en la vida”* [Grupo focal 3].

Para un abordaje biopsicosocial es importante la empatía que permita establecer un buen médico- paciente, que posibilite no solo la detección de un trastorno de salud mental, sino favorezca el seguimiento y la adherencia al manejo farmacológico y no farmacológico por parte del paciente. Por ejemplo se citan: *“a la hora de comprender a integralidad la situación actual entonces decimos claro tenemos que tener empatía un nivel de confianza*

para que el Paciente tenga esa libertad de compartir la situación en que se encuentra pero también es la habilidad que tenga el profesional” [Grupo focal 1], “Bueno básicamente todos manejan diferentes digamos ítems como diferentes formas de interpretar el diagnóstico y también de acuerdo al enfoque de atención psicológico por ejemplo aquí en esta IPS trabajamos desde el enfoque sistémico entendiendo el enfoque sistémico como la herramienta de empatía diferencial a otros modelos de tratamiento entonces depende también mucho del contexto hospitalario y también del enfoque psicológico no necesariamente tiene que ser de una sola manera sino que hay muchas formas de intervenir la misma situación depende mucho” [Grupo focal 3]

Dentro de los aspectos sociales consideran que la evaluación integral de los paciente con síndrome y/o trastorno depresivo o de ansiedad debe incluir los entornos en los que se desenvuelve como lo es los entorno social, económico, condiciones de vida, de vivienda, de trabajo, familiar y comunitario, así mismo, los antecedente de maltrato, abuso sexual, abandono, los integrantes del núcleo familiar dado que estos factores influyen en la condición de salud mental, considerando además que la inclusión de estos debe ser de una forma estructurada, dado que con un espacio destinado a estos aspectos posibilitaría la garantía de que el paciente reciba las intervenciones requeridas en su momento, ya que el identificar estos aspectos permitiría la evaluación de los factores de riesgo del paciente, para así mismo mejorar el proceso de salud enfermedad si se realiza una intervención temprana. Por ejemplo se citan: *“uno debe tener en cuenta en atención primaria es que el Paciente no es no son síntomas es un todo a que voy que el paciente se quedó sin trabajo o va mal en el colegio o se separó o se casó ... tenemos que mirar es el global, la Historia Clínica nos debería permitir identificar esas situaciones porque son situaciones y muchas veces son trastornos adaptativos y si no los corregimos pues el paciente va a seguir deprimido porque si uno puede hacerle la mejor intervención darle todos los medicamentos se los da el pos mejor dicho pero y si sigue sin trabajo entonces que estamos haciendo entonces de allí la importancia que se puedan activar otras redes con el equipo de trabajo”* [Grupo focal 1] *“la verdad las historias clínicas electrónicas, cada día son más completas, sin embargo pienso yo que muchas veces por el tiempo, hay ítems que uno llena sin*

siquiera preguntarlos” [Grupo focal 3]. “ “...desde nuestra intervención...miramos el modelo de salud integral se basa en socio-cultural ...mirar las esferas frente al individuo social ...poder identificar los factores de riesgo o factores de vulnerabilidad y se trata a cada persona que nos permite tener estos factores ... qué nos permite prever una línea ya sea predictiva en la educación ... identificar las vulnerabilidades ...” ... dan información útil...si antecedente de abuso antecedente de maltrato infantil... podría ser útil ... abuso y maltrato son factores de riesgo absolutamente claros...” [Grupo focal 2] Se plantea que muchas veces esto lo realiza trabajo social o en ocasiones enfermería ya que pueden destinar un tiempo mayor para su abordaje y pueden actualizarlo progresivamente en el transcurso del seguimiento del paciente. [Grupo Focal 1 y 3].

Algunos de los participantes plantean que es necesario que se diligencie la historia clínica por ejes incluyendo dentro de la historia el familiograma y/o genograma, y ecomapa, ya que permite que se trate al paciente de una forma integral, que no se obvian situaciones y ayuda a que el tratamiento no solo sea farmacológico, sino que también se incluye el no farmacológico. Por ejemplo se citan: *“Sin embargo, en el caso de esta institución me he dado cuenta que un elemento importante es el genograma donde se identifican las redes de apoyo creo que esa sería la diferenciación más grande en otros contextos hospitalarios” “Me deja dibujar el genograma con un aplicativo...yo hago un diagnóstico de las redes de apoyo que tiene el Consultante y ahí empezamos a trabajar identificando las redes de apoyo, identificar las redes de apoyo es algo que es necesario es fundamental y en el ejercicio de mi profesión creo que es algo necesario.... identificar las redes familiares y no familiares porque son las personas que están rodeando el contexto de la persona y que le permiten tener niveles de apoyo” “si se aísla tenderá a aumentar los niveles de ansiedad y posiblemente los niveles de depresión y la vamos a perder entonces es importante identificar cuáles son las redes de apoyo” “Claro es importante entonces ...un familiograma o un ...genograma o una categorización o dispensación o por redes de apoyo poder así interacciones con la familia redes de apoyo ingresos económicos ampliar toda la parte que dice escolaridad de donde proviene toda esta parte.” [Grupo focal 3] “... cuando hacemos una Historia Clínica es enfocada uno por problemas y que al final te deje los ejes*

porque yo te puedo poner del eje 1 al eje 4 colocando y haciendo las interrelaciones y las articulaciones que ya tenga eje 1 luego tengo el individual luego el familiar luego problemas en salud y luego riesgos ya con eso yo puedo hacer mi intervención plan diagnóstico y el terapéutico y el seguimiento y luego la Historia Clínica enfocada por problemas” [grupo focal 3] “...la Historia Clínica si debería tener esa posibilidad digamos hay el mapa sistémico digamos uno pone unos círculos y en la mitad está el paciente y de allí se desencadena la escuela la familia y uno encaja muchas cosas por eso pero eso no se socializa eso queda de manera individual y eso si tiene que ser un camino adecuado si eso se pudiera no sé socializar creo que sería más efectivo” [grupo focal 2].

Se plantea además que la la tamización para depresión y ansiedad se debería hacer en atención primaria una vez al año en toda la población con factores de riesgo o cuando haya sospecha es decir cuando cambien las condiciones clínicas del paciente. Por ejemplo se citan: *“La tamización debería hacerse en atención primaria una vez al año y cuando haya sospecha o sea cuando cambien las condiciones clínicas del paciente”* [Grupo 3]

6.2.3. COORDINACIÓN

Dentro de las actividades de seguimiento que realiza en su práctica diaria con los pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión, ¿que tanto se le facilita la búsqueda de registros previos sobre el manejo no farmacológico y farmacológico? ¿Qué utilidad tiene esto para la toma de decisiones?. (Claro en el grupo de salud mental debería estar incluido el médico familiar, y el personal de enfermería para hacer demanda inducida).

Con respecto al manejo integral tanto a nivel farmacológico como no farmacológico, los residentes de medicina familiar consideran que cuando el paciente es manejado por un solo profesional, es lógico pensar que independientemente del sistema de historia clínica usada, es fácil encontrar los datos reportados en consultas anteriores, sin embargo, cuando se pierde ese seguimiento bien sea por cambio de EPS o de profesional, la búsqueda de estos

registros se vuelve dispendiosa, y muchas veces le toca al profesional de salud comenzar desde cero, lo que genera riesgos para el paciente, demoras en los tratamientos, lo que se traduce en efectos adversos. Por lo cual consideran que hay un fraccionamiento de la información cuando se trata de manejar un mismo paciente que está siendo atendido por varias instituciones. En relación a lo descrito uno de los profesionales comenta: *“yo creo que es necesario que se haga una comunicación por lo menos mínima a través de un documento establecido en la Historia Clínica electrónica aunque debería haber una comunicación entre los Profesionales que debería ser más cercana yo no tengo la posibilidad de saber cuáles son los requerimientos de trabajo social o de psicología”*.

Un reto para el equipo de salud es el de mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia, en el que se incluyan canales de comunicación adecuados en los que se tenga acceso a toda la información concerniente al paciente, mejorando la coordinación entre los diferentes servicios. Así mismo los médicos familiares consideran que no se facilita la verificación de las intervenciones por medio de los sistemas actuales, muchas veces la única información a la que tienen acceso es la que brinda el paciente, la cual no es acertada en la mayoría de los casos, además de esto, en varias ocasiones no saben en que concluyó la psicoterapia o incluso visitas a otros especialistas, lo cual dificulta la toma de decisiones.

La mayoría de los entrevistados recomiendan que en general, el personal de salud debe incrementar el registro de las intervenciones no farmacológicas en la historia clínica, debido a que consideran que esto evita que los profesionales sometan al paciente a tratamientos que probablemente ya se hallan realizado en el pasado; uno de los encuestados indica que *“El manejo no farmacológico es súper difícil porque casi nadie lo registra y es fundamental porque obviamente primero el tener un antecedente de base o respuesta a un tipo de terapia evita que uno tome otras conductas que sean necesarias o innecesarias”*; Es importante resaltar el hecho que ellos consideran que se puede ver el récord de todos los medicamentos que se encuentran indicados en un paciente, sin embargo, es dispendioso

saber cuál es la indicación de cada uno de estos, lo que trae complicaciones en el momento de manejar integralmente a los pacientes con otros pares o especialistas.

El personal de psicólogos y enfermería consideran que sí es importante tener acceso a la información registrada por otros profesionales de la salud sin embargo en la mayoría de los casos este acceso a la información solo es posible en la misma institución, además de esto el personal de enfermería manifiesta que es importante estandarizar el registro de las actividades no farmacológicas ya que han detectado falencias en el registro de estas actividades por parte del personal médico. Adicionalmente los psiquiatras consideran que es importante contar con un equipo interdisciplinario para el manejo integral del paciente, en el que no solo sea el psiquiatra el encargado de ver los casos, sino, contar con el apoyo del médico familiar para el manejo de sus comorbilidades.

En general los profesional en salud estuvieron de acuerdo en que se debe contar con un sistema de información de historias clínicas en donde sea posible verificar los conceptos a nivel farmacológico como no farmacológico del médico tratante como los médicos interconsultados que hacen parte del proceso integral del paciente. Así mismo, los psiquiatras consideran que si es posible verificar las intervenciones realizadas siempre y cuando sean de la misma institución, caso similar relatado por el servicio de psicología, sin embargo, consideran que existen fallas en el sistema de referencia y contrarreferencia debido a que no se aporta suficiente información en caso de que el paciente asista a una red externa y regrese posterior a la terminación de su tratamiento al sitio de atención primaria.

¿La historia clínica le brinda la posibilidad de compartir información con otros profesionales? ¿Eso es bueno para la historia clínica? ¿Qué otros datos son importantes para la historia clínica en la remisión y contra remisión de los pacientes con ansiedad y depresión?

Los psicólogos consideran que no es posible realizar una verificación de los registros realizados por otros profesionales, uno de profesionales considera que “*la Historia Clínica*

está muy acomodada digamos a la Institución y a la parte de Psicología no hay una opción que diga concepto de los Médicos”, llegando incluso a no poder visualizar el motivo por el cual el paciente está siendo remitido a psicología en primer lugar. Por otro lado, consideran que cuando un paciente requiere valoración por el servicio de psiquiatría deben pasarlo por medicina general y muchas veces es negada esta remisión a dicho especialista porque el médico general considera que el paciente no lo requiere, entorpeciendo este proceso.

Los residentes de medicina consideran que a la hora de remitir un paciente se debe plasmar la información sobre este, lo más completa posible, con la expectativa de que este paciente vuelva con la información del especialista, resolviendo las dudas que inicialmente se plantean, y retornando posteriormente a su médico familiar. En relación a este contexto uno de los residentes considera que: *“Es que a nosotros nos remiten y uno remite a otros pero no devuelve esa información y se parte como un plan de acción que sea alineado de manera completa o no escriban impide que la información se comparta, como el objetivo la forma en que me puede colaborar y que hagamos un plan de acción conjunto que vaya en un mismo sentido y no planes de acciones que están saturados”.*

Por otro lado, consideran que es importante definir el motivo de remisión y que este sea efectivamente resuelto por el profesional al que es remitido, para de esta forma, evitar que el paciente esté en múltiples especialidades sin resolver ninguno de sus problemas. La recomendación va hacia la educación del personal que pertenece al equipo de salud mental acerca de la importancia del proceso de referencia y contrarreferencia, así como, realizar juntas médicas interdisciplinarias para los pacientes con trastorno de ansiedad y de depresión. a esto los médicos familiares adicionan qué es importante el manejo interdisciplinario de los pacientes con trastorno de ansiedad y de depresión, sin embargo, en ocasiones es complejo revisar los registros realizados en las notas de referencia y contrareferencia. Así mismo, afirman que es importante que se realice un abordaje que involucre los aspectos biopsicosociales y descartar patologías de origen orgánico, de esta forma realizar una correcta referencia al psiquiatra, que en lo posible, pertenezca a un

programa de salud mental, para que este maneje los trastornos primarios de ansiedad y de depresión.

El personal de psiquiatría refieren que no es posible compartir todos los registros realizados en la historia clínica con otros profesionales de la salud, así mismo, considera que en el momento de las referencias y las contrarreferencias es de vital importancia incluir los aspectos relacionados con el análisis clínico, el estudio de patologías orgánicas asociadas y la evaluación mental que se haya llevado a cabo; un profesional considera que: *“No se permite compartir información de la HC con otros profesionales de la salud, en el momento de las remisiones es importante incluir la parte de evolución, toda la parte del análisis clínico, toda la parte de estudios orgánicos y evaluación mental que se haya hecho”*.

Por último el personal de enfermería está de acuerdo con que si es posible compartir información siempre y cuando se dentro de la misma institución, una de las enfermeras encuestadas refiere: *“Si se puede compartir información, pero siempre y cuando sea dentro de la misma institución, ya que si se remite al paciente, pues es responsabilidad del llevarla al sitio donde es la cita”*.

Sin embargo, cuando se remite al paciente a servicios externos, si el médico tratante no llena de forma adecuada dicha historia clínica o el paciente no lleva consigo la epicrisis, toda esta información valiosa se pierde y se debe empezar de nuevo.

¿Considera usted que usar una escala sería útil para el seguimiento de la evolución de los pacientes con ansiedad y depresión? ¿Qué ventajas y desventajas tendría el uso de estas?

Desde trabajo social se considera que es importante la utilización de escalas, pero aseguran que es importante la pericia del profesional que la está realizando para evitar sesgos de interpretación, *“Es que la escala es todo y no es nada es un número que parte de la*

experiencia del Profesional que lo atienda”, además de esto, más que utilización de escalas, lo que más se emplea por este servicio son las herramientas de valoración psicosocial. Contrario a esto el equipo de medicina familiar considera que para este tipo de patologías es complicada la realización de escalas ya que ningún valor de la escala representa una conducta absoluta a seguir, por lo que sugieren la individualización del paciente junto con una praxis juiciosa de este tipo de acciones. Adicionalmente Los médicos familiares consideran que la utilización de herramientas de evaluación para trastornos de depresión y de ansiedad requieren de un entrenamiento previo para conocer su sensibilidad, especificidad y cuando está indicada su realización. Así mismo, refieren que acompañado de las escalas se debe realizar en lo posible una evaluación clínica que valore los aspectos biopsicosociales de los pacientes, con el fin de realizar un diagnóstico más preciso.

Por su parte, los psiquiatras afirman que la utilización de escalas de evaluación para ansiedad y depresión están lo suficientemente probadas con todo el soporte científico, pero hacen énfasis en que estas escalas deben ser breves y de fácil utilización por el personal médico, los cuales en su concepto deben estar en la capacidad para la detección tanto de ansiedad como de depresión. Ya que estas intentan de alguna forma cubrir algunas falencias en la educación médica, especialmente con respecto a aspectos relacionados con el comportamiento o con el sufrimiento de los pacientes. Sin embargo, refuerzan la idea de otros profesionales de que es importante acompañarlas del juicio clínico para realizar un adecuado enfoque que lleve finalmente a la mejoría del paciente. De acuerdo a lo anterior uno de los encuestados menciona que: *“Pues útil lo es sin duda las escalas brindan información sobre todo para realizar seguimiento y son supremamente útiles, sensibles, específicas también el asunto es que una escala nunca podría reemplazar la evaluación clínica”*.

Por otro lado, manifiestan que es esencial que siempre que se vea a un paciente que consulte por depresión o por ansiedad se valore el riesgo de suicidio para tomar conductas adicionales de acuerdo a los protocolos institucionales.

Adicionalmente los profesionales en psicología refiere que las escalas también tiene un gran papel en el ámbito de investigación, lo cual ayuda a la comunidad científica a la elaboración de nuevas guías para el abordaje, seguimiento y toma de decisiones en patologías mentales como la depresión y la ansiedad; por último el personal de enfermería considera que las escalas en el contexto de salud mental permiten un seguimiento adecuado del paciente que permite una evaluación más objetiva. Una de las enfermeras menciona: *“Sería útil porque de alguna forma podría medirse la mejoría de los pacientes, pero en el momento no recuerdo el nombre de alguna escala en particular”*.

¿Considera usted que debería haber un recurso humano para la realización de demanda inducida en paciente con síndrome de depresión y ansiedad?

El profesional de psicología considera que se debe hacer en la capacitación en el personal de salud en el uso de sistemas de historias clínicas, estimular el trabajo en equipo entre médicos, psiquiatras y psicólogos, donde las juntas médicas interdisciplinarias jueguen un papel central en la atención médica intrahospitalaria como ambulatoriamente, además de esto consideran que el personal de enfermería juega un papel importante en la detección temprana, además de eso resaltan las funciones del personal de trabajo social quienes son los encargados de dar apoyo al proceso, ya que en un punto de la intervención estos buscan redes de apoyo, evitando co-dependencia con el psicólogo y ayudando a mejorar la calidad de vida.

Adicionalmente los profesionales del trabajo social consideran que existen diferentes estrategias para realizar la demanda inducida, un encuestado refiere: *“Yo creo que cualquier profesional de la salud puede hacer la demanda inducida o sea yo creo que Enfermería, Psicología o Trabajo Social, Medicina yo creo que cualquiera estaría en la capacidad de hacer la demanda inducida lo que no sé es si valdría la pena”*.

Una de las estrategias podría ser mediante llamadas telefónicas, sin embargo, es importante realizar contacto tanto verbal como físico, por lo que en ocasiones acuden a la

visita domiciliaria donde pueden tener una mejor visión de todo el entorno donde se desenvuelve el paciente y así poder tener mejores recursos que se pueden compartir con el equipo de salud que está tratando a un determinado paciente, complementando esto el personal de enfermería resalta la importancia de las actividades de demanda inducida en paciente con patologías crónicas evitando complicaciones y mortalidad.

Tanto los médicos de medicina familiar como los residentes de dicha especialidad consideran que la demanda inducida es importante, sin embargo, hay que tener en cuenta la capacidad para responder a esta búsqueda activa de pacientes, ya que si bien es cierto, es importante la identificación temprana de patologías como la depresión y la ansiedad, no sirve de nada si no tenemos un programa estructurado para su adecuado manejo y seguimiento, ya que actualmente el enfoque de programas de patologías crónicas aún no tienen el enfoque de salud mental. Por su parte, el personal de psiquiatría considera también que es importante realizar la demanda inducida a los pacientes, *“Hay una estrategia que en atención primaria es infalible y es la directa información de las personas”*; especialmente a aquellos con diagnóstico de depresión, debido a que ellos en la mayoría de los casos por su condición no regresa a la consulta o no sigue los tratamientos indicados, en otras oportunidades cambia frecuentemente de médico y mezcla de alguna u otra forma la fórmula de sus medicamentos. Así mismo, el personal de enfermería considera que es importante que dentro de la atención primaria exista un profesional que se encargue de realizar demanda inducida específicamente en la comunidad para detectar oportunamente pacientes que se encuentren en riesgo y sean referidos a atención médica.

6.2.4. DETERMINANTES DE LA SALUD

¿Cree que el acceso a la información de los determinantes de salud mental es útil o relevante en la historia clínica de los pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión? ¿Por qué?

Desde la psicología Es importante que el personal médico establezca una empatía desde la primera visita con el paciente para brindarle un grado de confianza que le permita expresar sus sentimientos y se pueda dar un abordaje integral con el fin de dar un buen diagnóstico, tratamiento y recuperación. El uso de escalas en atención primaria facilita la identificación de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. Teniendo en cuenta la experticia del profesional se puede detectar una serie de condiciones del comportamiento del individuo que permiten el diagnóstico de la depresión; para la ansiedad es más complejo identificar estas condiciones desde la primera visita. En relación a este contexto uno de los profesionales entrevistados refiere que: *“lo que influye en estos casos son generalmente la depresión no está sola siempre están acompañados de otro tipo de problemáticas que ya sean médicas o psicosociales entonces en la medida en que consideremos que hay depresión tenemos que incluir también las esferas de la vida, en el caso de una persona votada en el trabajo como se está generando esas dinámicas en esas esferas y lo fundamental para donde van que es lo que quiere de la vida yo creo que eso es necesario para diagnosticar factores de riesgo relacionadas sobre todo con la depresión”*.

Generalmente la depresión se encuentra asociada a problemáticas médicas, psicosociales, laborales y académicas que al ser detectadas a tiempo permiten diagnosticar la enfermedad, mientras que es más difícil identificar los factores asociados a la ansiedad.

Desde el trabajo social Existen tres factores que son importantes y se deben tener presente en atención primaria. Estos factores son: el entorno social, la parte biológica (herencia) y las condiciones de vida de los pacientes. Estos tres factores son fundamentales en el momento del diagnóstico de la enfermedad, en su desarrollo laboral esto es lo que considera uno de los encuestados: *“Creo que todos los factores son importantes realmente porque la persona puede decir listo yo vivo en tales condiciones, pero también es muy importante como es la persona como se desenvuelve el entorno social y más a una parte biológica que es todo el tema hereditario o sea creo que los 3 son importantes, si de pronto para mí los 3 son importantes sino de pronto no me enfocaría solamente en uno no tendría que mirar los 3”*.

En la primera cita es difícil identificar los factores que pueden afectar a cada individuo por lo que se hace necesario realizar trabajo grupal que permita detectar las situaciones involucradas en la enfermedad.

Los residentes de medicina familiar consideran que en atención primaria se hace necesario indagar solo lo básico y elemental que permita al médico realizar una intervención adecuada de acuerdo a sus conocimientos, no es práctico realizar una gran lista de determinantes que se quedan en la historia clínica y no se les haga ninguna intervención. Sería importante tener un equipo de trabajo que pueda realizar un manejo integral de acuerdo a cada una de las determinantes descritas por el paciente, si no se efectúa este proceso integral es muy poco lo que el médico familiar podría hacer, comenta uno de los profesionales: *“Yo puedo tener un check list y anotar todo eso pero si yo no hago una intervención si yo no trabajo con un equipo que lo pueda intervenir no estoy haciendo absolutamente nada con ellos si yo pregunto los determinantes en los que yo pueda intervenir o en los que pueda hacer un cambio me parecen muy útiles”*.

El médico familiar se enfoca en la parte biopsicosocial, pero para hacer una intervención adecuada requiere de tiempo y seguimiento del paciente y en una consulta de atención primaria de 20 minutos es muy difícil.

Las enfermedades mentales se desencadenan mediante una variedad de factores tales como: el estrés social, problemas familiares (violencia intrafamiliar, hijos únicos, madres solteras, padres separados y abandono de hogar) los cuales se asocian con los factores biológicos como los neurotransmisores que genera la expresión o manifestaciones de los síntomas de la enfermedad.

En medicina general no se usa ninguna escala de elección, el objetivo es indagar sobre los síntomas que pueda presentar el paciente y de acuerdo al criterio médico se encuentre asociados a la depresión o ansiedad, también es importante observar las actitudes y comportamiento del individuo. Uno de los médicos indica que: *“Generalmente lo que yo*

hago es preguntar por síntomas de depresión, mirar la actitud del paciente, si está arreglado, las facies de este, pero no tengo ninguna escala particular”.

Desde el área de la psiquiatría Los factores psicosociales son absolutamente relevantes para la patología y deberían estar estandarizados en algún tipo de sistema de clasificación en la historia clínica para su fácil lectura y que permitan un adecuado diagnóstico.

Cabe resaltar que los determinantes de inclusión permiten predecir cuál es la probabilidad de respuesta al tratamiento y si es necesario involucrar otras especialidades o áreas como la psicología o trabajo social que permitan dar un abordaje integral en el tratamiento de cada paciente, es lo que refiere un de los participantes: *“La inclusión de los determinantes es importante debido a que permite predecir cuál es la probabilidad de respuesta al tratamiento, si es necesario involucrar otros agentes en el tratamiento, por ejemplo, trabajo social o a psicología o a otros colegas de otras especialidades va a brindar información sobre cómo debemos estructurar el tratamiento para que ese paciente específico lo pueda seguir”.*

¿Cuáles usted ha visto que se pueden consultar en la historia clínica de los pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión? ¿Pensaría que es útil incluir eso en formato de historia clínica para estos grupos de pacientes? ¿por qué?

Los residentes de medicina familiar consideran que La historia clínica debería incluir el nivel educativo, nivel económico, cambios sociales rápidos, condiciones laborales estresantes, desempleo, discriminación de género que es un campo que hasta ahora se está empezando a manejar en el país, la exclusión social, malos hábitos de vida, violencia de género y de derechos humanos, desequilibrios mentales, rasgos de personalidad y como ya se incluye antecedes familiares y factores genéticos.

Es necesario que estos factores se encuentren codificados o clasificados de una manera fácil y sencilla que permita su fácil lectura en el momento de la cita, además que pueda ser útil para cada una de las especialidades con el fin de dar un tratamiento integral al paciente.

Los médicos familiar entrevistados en su totalidad consideran que sería útil incluir un ítem dentro de la historia clínica que describiera las observaciones, valoraciones, evaluaciones realizadas por otros especialistas o personal médico al igual se incluya los determinantes específicos de cada paciente, esto ayudaría a un mejor manejo de cada paciente es lo que indica uno de los especialistas: *“Pensaría que es útil incluir eso en algún formato de los de Historia Clínica de los Pacientes, de los ya mencionados de todos estos. Sí debería haber en ese tipo de Pacientes un ítem aparte que digamos por decir si la Psicóloga ha generado un tipo de evaluación de personalidad y la Trabajadora Social ha hecho un tipo de valoración debió enfatizarse y poderse cómo mezclar en una Historia Clínica siempre de un Profesional que haga un enfoque de enfermedad mental”*.

En controversia a lo descrito anteriormente, un especialista en medicina familiar refiere que los determinantes de salud da un contexto no significativo, lo realmente importante en una historia clínica es el relato que hace el paciente. *“pero el contexto real te lo da el relato de la persona el relato de lo que él piensa”*.

Los psiquiatras entrevistados consideran que Los determinantes son importantes y se deberían incluir en la historia clínica, actualmente solo se incluyen los factores biológicos. Estos componentes permiten el diagnóstico, determinación de síntomas, necesidades, tratamiento, evolución y recuperación del paciente.

De acuerdo a la pregunta anterior, ¿Cuáles razones le hacen pensar que dichos determinantes pueden ser relevantes para el abordaje de los pacientes con síndrome de ansiedad y de depresión?

Desde el área de la psicología piensan que el más relevante de los determinantes sería el que en el momento de la consulta de un impacto al personal médico. En contraste otro profesional del área de psicología refiere que todos los determinantes son importantes, hacen parte del desarrollo integral de todo ser humano por lo cual no se pueden desvincular ningún aspecto, estos se encuentran involucrados en el desarrollo social, personal e individual del paciente: *“Porque forman parte de la vida, del desarrollo integral de todo ser humano, o sea un ser humano no puede desvincularse de ninguno de esos aspectos, están inmersos en él y en su desarrollo social, personal e individual”*.

Los trabajadores sociales consideran que cada paciente es un mundo, los aspectos o determinantes pueden ser distintos dependiendo las condiciones o necesidades de cada individuo, por lo cual el profesional de la salud debe indagar y profundizar dependiendo la situación que tenga cada paciente.

Los psiquiatras entrevistados consideran todos los determinantes son un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales, además que marcan el pronóstico del tratamiento. Lamentablemente en la historia clínica por las dificultades de confidencialidad en los registros sanitarios es difícil la inclusión de todos los factores que son relevantes para el diagnóstico de la enfermedad. Uno de los especialistas considera que: *“En la historia clínica e encuentran algunos, pero dada las dificultades de la confidencialidad en los registros sistematizados es difícil la inclusión de todos en formatos”*.

Los médicos familiares en su totalidad consideran todos los factores son importantes y están asociados a la patología mental, por lo cual deben ser asequibles al igual que las valoraciones previas.

¿Qué ventajas y desventajas tendría incluir dichos determinantes en la historia clínica, para la intervención de los riesgos detectados?

Los profesionales en psicología consideran que los determinantes permiten hacer una valoración y sería conveniente que en la historia clínica se incluyeran los que tengan mayor impacto en nuestra sociedad. Sin embargo es más relevante el relato que realiza el paciente ya que dependiendo las condiciones y situaciones de cada paciente los factores pueden diferir en cada caso. La desventaja es que al hacer una historia clínica como check list de los factores asociados con los trastornos mentales hacen que se pierda la sensibilidad que se requiere cuando se trata un paciente, conllevando a un mal manejo de la enfermedad. Por lo cual un profesional considera: *“Volvemos a lo mismo o sea depende del contexto depende de la información cada mundo es diferente, cada historia, cada persona es distinta yo creo que en la Historia Clínica debería decir en el enunciado aprenda a escuchar a su Paciente si, o aprenda a escuchar lo que necesita o no vea usted el problema en donde no los está viendo algo así”*.

La mayoría de los trabajadores sociales consideran que es Desventaja: Se pierde la comunicación e intervención que necesita el paciente por completar una historia clínica que probablemente no sea útil en el momento de la consulta médica. Ventaja: si fuera un profesional integral podría intervenir de una mejor manera al paciente, Sin embargo el uso de los determinantes de salud por un equipo de profesionales permite dar un abordaje más amplio de la enfermedad al paciente.

Los residente considera que es una Ventaja: Mediante los determinantes se podrá realizar un manejo inicialmente a nivel individual seguido de un manejo familiar y a futuro a nivel local mejorado las condiciones de salud de la comunidad. Desventaja: Falta mucho para llegar a una integración como la descrita anteriormente, además se requiere del tiempo y disposición del personal médico.

El personal psiquiatría llegaron a las conclusiones que el poder identificar los determinantes de cada paciente es un apoyo para la valoración médica, el único inconveniente sería que se perdiera la confidencialidad del paciente cuando la historia clínica se encuentre en manos de cualquier persona. La desventaja que ve uno de los encuestados es: *“Lo único es que toca saber cómo aparezca registrado porque el Paciente puede tener acceso a la Historia Clínica y que aparezca la percepción del Médico de pronto en que el Paciente se sienta intimidado eso es lo único que le veo malo hay que saber cómo tener ese registro en la historia”*.

Los médicos familiares considera La historia clínica debe permitir evaluar todos los factores asociados a los trastornos mentales que se pudiera hacer un tamizaje inicial entre los síntomas de depresión y ansiedad, pero que estos elementos estuvieran codificados para permitir evaluar el contexto biopsicosocial. *“La Historia Clínica si debe permitirlo evaluar todos los componentes pero que se estandarice para que yo pueda evaluar el contexto biopsicosocial”*.

Los trabajadores sociales en el área de trabajo social se valora al paciente mediante el modelo socio-cultural para mirar la salud integral del individuo, así se identifican los factores de riesgo o vulnerabilidad para poder realizar el mejor tratamiento.

Desde el área de la psicología Las encuestas permiten hacer una valoración más fácil de los trastornos mentales, por lo cual es necesario incluir en las historias clínicas para un mejor manejo clínico dependiendo las condiciones de cada paciente.

Los médicos generales llegaron a la conclusión *“El contexto biopsicosocial del paciente siempre va a ser relevante sin embargo la utilidad de esta información dependerá de lo que se pueda hacer con esta en beneficio del paciente”*; el indagar sobre el estado emocional en los últimos seis meses y la red de apoyo que el paciente tenga, sería de gran apoyo para la evolución y recuperación de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta estos determinantes, sin embargo deben ir relacionados con la clínica, y habilidad del médico.

6.3. CATEGORÍAS INDUCTIVAS GRUPOS FOCALES

6.3.1 Condiciones comórbidas asociadas a la depresión y ansiedad

¿Considera que existe alguna patología o condición clínica que tenga asociación indirecta o directa con trastornos de depresión y de ansiedad?

En general, el profesional de psiquiatría recomienda que se debe realizar un tamizaje de forma global a todos los pacientes, especialmente a quienes presentan enfermedades crónicas como artritis reumatoide y diabetes, por medio de preguntas sencillas y breves que dentro de la literatura muestran mayor evidencia en su aplicación, que faciliten el abordaje integral y que se pueda realizar a un mayor número de población y de esta forma se aumentaría de forma significativa los casos tanto de ansiedad como de depresión en atención primaria. Por otro lado, hacen mención especial a algunos antecedentes tanto a nivel personal como familiar, tales como el antecedente familiar de depresión, antecedente personal de episodios depresivos, buscando patrones de comportamiento en una familia.

Refiere como reto que se pueda contar con un médico de cabecera que dé continuidad a la atención de la población, que conozca no sólo los factores de riesgo a los que están siendo sometidos, sino también los protectores y de esta forma reforzarlos a que sigan siendo positivos, como por el ejemplo la realización de actividad física regular y los estilos dietarios saludables. Es así, como también los médicos familiares consideran que si se debe realizar tamizaje a los pacientes con enfermedades crónicas, ya que consideran que existe una fuerte relación con la presencia asociada tanto de depresión como de ansiedad. Refieren específicamente que los grupos de mayor riesgo son los pacientes que presentan enfermedades crónicas como diabetes o enfermedad pulmonar crónica. Además resaltan la importancia del manejo integral de todos los pacientes en donde se incluya la valoración psicosocial de los pacientes.

Los residentes resaltan la importancia de la realización del tamizaje tanto de depresión como de ansiedad en los pacientes con enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes y enfermedad pulmonar crónica. Así mismo, consideran que se debe realizar detección a los pacientes con condiciones que tienen relación con patologías psicológicas que generan un efecto físico negativo para el paciente, dentro de las cuales ellos incluyen las cefaleas primarias, la fibromialgia, patología digestiva como el síndrome de intestino irritable y la dispepsia. Por otro lado, consideran que no hay que dejar de lado las patologías biológicas, por lo que se debe hacer un abordaje adecuado y dar manejo a la afección, monitorizando el curso de la enfermedad en el tiempo incluyendo no sólo la esfera biológica sino el psicosocial también.

Desde la perspectiva de los profesionales en trabajo social, ellos consideran que es vital la valoración de todo el contexto no solo biológico, sino el sociocultural, ya que teniendo esto, les permite identificar las vulnerabilidades y los factores protectores para poder realizar sus intervenciones con una línea de manejo estratégica bien definida.

Es así, como el personal de psicología considera que es importante tener en cuenta el lenguaje no verbal para la identificación de patologías mentales como la depresión y la ansiedad, además de esto, es indispensable siempre considerar que las enfermedades crónicas generalmente van acompañadas de un malestar psicológico que pueden ser reforzados negativamente por factores sociales, que se deben intervenir.

Los médicos generales consideran que es relevante la inclusión de este tipo de información, sin embargo hacen referencia a las dificultades que los pacientes pueden llegar a tener con los trámites administrativos, que a muchos de los pacientes aqueja lo que complica el abordaje y seguimiento, por otro lado, también consideran indagar a los pacientes sobre su red de apoyo, el estrato psicosocial, consumo de sustancias y su estado emocional en los últimos meses, ya que con esta información se puede abordar mejor al paciente. Sin olvidar que en lo posible se debe indagar de forma ágil, con adecuada disposición de tiempo y por

personal entrenado. La enfermera como los demás integrantes de los grupos focales refieren la importancia de realizar el abordaje en los pacientes con patología crónica como diabetes e hipertensión arterial, ya que considera que esto puede afectar varias esferas de los pacientes complicando incluso la adherencia a los tratamientos.

6.3.2. Actividades destinadas al mantenimiento de la salud de pacientes con ansiedad y depresión.

El formato de historia clínica con el que cuenta le permite realizar actividades de mantenimiento de la salud como tamizaje, consejería y valoración de factores de riesgo para los pacientes con síndrome de ansiedad y de depresión? ¿Cuénteme qué piensa de esto? ¿Qué lo dificulta o que lo facilita?

Los médicos familiares junto con los residentes de medicina familiar consideran que no está disponible este ítem en los sistemas de historia clínica que han manejado. Por lo que tienen que recurrir a sus conocimientos previos acerca del tema, Un profesional indica que: *“Los sistemas que yo he tenido no tienen un ítem para tamizaje y consejería y valores de riesgo para Pacientes con ansiedad y depresión o sea eso yo lo puedo hacer desde mi parte médica teniendo en cuenta los conocimientos que he adquirido en mi carrera más no como tal que esté específicamente explícito en la Historia Clínica sería muy bueno que uno tuviera la posibilidad de tener eso el algún ítem”*

para lograr realizar un equilibrio entre las recomendaciones específicas de tipo farmacológico en depresión y ansiedad con las de consejería y manejo no farmacológico, incluyendo el registro de las escalas de tamizaje que puedan ser visibles a todo el personal de salud tratante del paciente para evitar reprocesos. Por parte de psiquiatría consideran también que no es práctico ni metódico visualizar estas actividades cuando estas han sido realizadas por otro profesional de la salud. Así mismo, consideran que sería de gran utilidad poder ver el impacto que han tenido dichas intervenciones en los pacientes.

Los psicólogos refieren que la historias clínicas generalmente son únicas para cada paciente, sin embargo, ellos poseen estrategias basadas en preguntas simples para la detección de ansiedad y depresión, sumado a esto, relatan la importancia de una historia clínica integral, donde se pueda hacer seguimiento de las estrategias, compromisos y acuerdos, pactados con el paciente. En relación a este contexto un profesional indica que: *“Lo del tamizaje siempre y cuando esté validado y acordado, la consejería si uno ve cierto riesgo habla de consejería “.*

Los médicos generales y el personal de enfermería así como los médicos familiares afirman que el sistema que ellos manejan no les permite realizar las actividades de mantenimiento en un ítem determinado, en relación a esto un profesional refiere: *“Pues en las historias que yo he manejado no hay un espacio en el cuál se puedan hacer esas intervenciones pues dirigidas sobre todo a mantenimiento de hecho todas las intervenciones de mantenimiento de la salud de la mayoría de Pacientes”.*

Sin embargo, consideran que dentro de su práctica clínica ellos las realizan específicamente con respecto a tamizaje de depresión y ansiedad, así como a las demás condiciones clínicas que tienen sus pacientes de manera integral. Por último, refieren que este proceso de actividades requiere de un entrenamiento específico para su adecuado diligenciamiento. Por otro lado, enfermería afirma que el proceso de registro de las actividades se ve facilitado por el hecho de que la mayoría del personal de salud cuenta con la capacitación suficiente para su realización, sin embargo, refiere que este proceso se ve limitado en parte por el volumen de pacientes que se maneja en atención primaria y que en ocasiones los médicos tienen plantillas que limitan la individualización de los pacientes que ven en consulta.

¿Existe alguna forma en que usted le pueda hacer seguimiento en la historia clínica a las actividades derivadas de prevención y promoción de su paciente con síndrome de ansiedad y de depresión? ¿Considera que es importante? ¿Qué debería incluir? ¿Cuáles procesos deberían hacerse? ¿Por qué?

En cuanto al personal de medicina familiar, manifiestan que no hay forma de realizar actividades de prevención y promoción, ya que el modelo de historia clínica no lo permite, además de esto consideran que es importante que el sistema genere alertas que nos ayude a la identificación de casos, sin embargo, también son enfáticos en que este tipos de ayudas, no definen una conducta, por lo que es necesario tener personal capacitado, para que el ejercicio con este tipo de pacientes sea lo mejor posible. El panorama no es muy diferente con relación a los médicos generales, quienes refieren que el sistema no es capaz de filtrar información específica de depresión y/o ansiedad, por lo que resaltan la importancia de una herramienta que permite la detección de patologías mentales, las cuales en los últimos tiempos han venido en aumento. Los residentes de medicina familiar consideran que en su experiencia no han contado con un sistema en el que se pueda realizar un seguimiento a las actividades de mantenimiento de la salud, así mismo, refieren que por el hecho de que en muchas ocasiones estas no son del todo mandatorias en la historia clínica sobre todo si se trata de los especialistas, a diferencia de que los médicos de atención primaria son los que le dan mayor importancia a esto debido a que de esta forma se pueden valorar los riesgos individuales de los pacientes y realizar una intervención temprana de estos.

Los psicólogos por su parte refieren que no es posible realizar seguimiento a las actividades de mantenimiento de la salud, sin embargo, refieren que si se deberían incluir en la historia clínica debido a que tienen igual importancia que el manejo con medicamentos y que esto no es solo responsabilidad del equipo de salud, sino también, de manera mancomunada con entidades estatales como integración social, cultura o deporte que también realizan este tipo de actividades.

La jefa de enfermería refiere que si se puede hacer el seguimiento de estas acciones de mantenimiento de la salud siempre y cuando estas sean realizadas dentro del mismo establecimiento con el mismo sistema de información, sin embargo, si estas son realizadas por personal de salud que pertenezcan a red externa no es posible verificar su realización, porque sumado a eso, no se envían epicrisis lo suficientemente completas que incluyan estas actividades. Una enfermera en su entrevista menciona: *“Desde mi punto de vista si se*

puede hacer el seguimiento de lo que uno haga en prevención y promoción, pero si viene desde otra clínica esto no se puede hacer, porque por lo general, no se envían grandes resúmenes de historia sino notas pequeñas”.

3.¿A cuáles programas de prevención y promoción debería ser importantes acceder en los pacientes con ansiedad y depresión? ¿Qué otras cosas sería importante tener en cuenta para este grupo específico de pacientes?

El personal de psiquiatría considera que la principal actividad de prevención y promoción de la salud a la que deberían ser sometidos los pacientes con trastorno depresivo y de ansiedad es la de tamizaje en los pacientes con enfermedades crónicas, específicamente cuando se trata de pacientes con complicaciones relacionadas con estas patologías.

Los médicos familiares consideran que no existe un programa específico de promoción y prevención para pacientes con ansiedad y depresión, sin embargo, refieren que ellos envían a realizar actividades donde puedan destacar sus cualidades artísticas que tengan relevancia en la literatura médica, tales como la pintura, la costura, etc.

Los residentes de medicina familiar consideran que el fomento y la recomendación de cambios terapéuticos en los estilos de vida de forma individualizada y de forma generalizada a todos los pacientes es la principal actividad de prevención y promoción. Un los residentes encuestados menciona: *“Digamos que para ellos es muy importante acceder a los estilos de vida saludable porque se ven muy afectados debido a su sintomatología”.*

El personal de enfermería, considera que no tiene presente algún programa específico de prevención y promoción para pacientes con trastorno de ansiedad y de depresión, Una de las enfermeras comentó: *“Yo conozco los distritales de deporte del anciano, pero específicamente de depresión y ansiedad no”.*

Sin embargo, refiere que los que involucren actividad física regular podría ser de gran utilidad para estos pacientes, lo que está de acuerdo con lo mencionado con los residentes de medicina familiar.

En el modelo de historia clínica de su institución se indaga por aspectos psicosociales con respecto a la salud mental de los pacientes y le permite clasificarlos según su riesgo; ¿cree que esto es relevante? ¿La historia clínica le permite hacer seguimiento a estos factores de riesgo?

Los médicos familiares considera que pese a que es importante estas variables en la práctica no se le da la relevancia que se le debería dar, por lo que los pacientes llegan a hospitalización con un primer diagnóstico de salud mental, el cual se pudo prevenir por medio de estas estrategias sencillas.

Los residentes de medicina familiar en su mayoría consideran que es importante este tipo de estrategias ya en el actualidad, ponen como ejemplo el síndrome de la mujer maltratada, el cual es difícil de diagnosticar en consulta ya que si no está en el evento agudo no se indaga por lo que generalmente se dejan pasar estos casos, algo similar pasa con las patologías de ansiedad y depresión, además de esto un punto que recalcan es que muchas veces el notificarme o identificar este tipo de patologías se dejan pasar por los profesionales de salud por lo difícil y engorroso que se vuelve la notificación de estas, por lo que creen pertinente la realización de rutas fáciles para el paciente y el médico que permitan la adecuada intervención e inclusión en los diferentes programas.

Con relación a los psicólogos y enfermería, consideran que es relevante que este tipo de información se pudiera consignar en la historia clínica ya que esto nos ayudará a contextualizarlos y dar un manejo adecuado. Uno de los profesionales menciona que: *“La historia no evalúa un riesgo determinado con lo que se diligencia, si creo que es relevante, ya que esto permite evaluar a los pacientes en todos los contextos, no solo el clínico”*.

6.3.3. Tiempo estimado en la consulta de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión

¿Cuánto tiempo emplea para realizar la historia clínica completa de primera vez y de control en pacientes con síndromes de ansiedad y de depresión?

Realizando una estimación por promedio entre todos los integrantes de los grupos focales, los cuales incluyeron psiquiatras, psicólogos, médicos familiares, residentes de medicina familiar, médicos generales y trabajo social se llega a la conclusión de que en consulta de primera vez debería ser de cincuenta y dos minutos y la consulta de control de treinta minutos. Uno de los profesionales indica que: *“Las intervenciones médicas son más de más tiempo una sesión ideal es una hora entonces uno si tiene como esa hora incluso la hora se puede tornar corta entonces hay intervenciones que pueden durar 2, 3 horas si son con la familia entonces pueden durar de 8 a 12 y uno está bajo presión”*.

Sin embargo, la realidad del tiempo de consulta no supera los veinte minutos tanto si es de primera vez como de control, esto debido probablemente a que la sistematización de la historia clínica por medio de sistemas de información ha facilitado la realización de la consulta.

6.3.4. Confidencialidad en la historia clínica de salud mental

Uno de los médicos psiquiatras entrevistados refiere que con respecto a la confidencialidad en la historia clínica se ha disminuido el registro de datos relacionados con los determinantes de la salud mental, específicamente los relacionados con descripción detallada de antecedentes de eventos traumáticos, tales como abuso y violación, etc. debido a la creciente sistematización de la historia clínica que de acuerdo a lo referido por el psiquiatra disminuye la confidencialidad de la historia clínica.

Con respecto al personal de psicología, refieren que los pacientes deben llenar el consentimiento informado que garantiza la confidencialidad, sin embargo, esta puede ser vulnerada si la vida del paciente o la de otras personas están en riesgo, es por esto que el consentimiento informado constituye una herramienta útil que blindo al profesional en salud, ya que junto a la historia clínica se convierten en un factor protector contra riesgo médico legal. Un médico indica: *“La Historia Clínica es un documento legal por eso mismo y si yo pongo algo que el Paciente no está de acuerdo que no debe ir ahí que me él me puede juzgar a mí”*.

Otro punto importante, es el abuso de la confidencialidad, como puede verse la historia clínica del psiquiatra, la cual puede llegar a entorpecer el seguimiento por el servicio de psicología, adicionalmente, hacen referencia a la resolución 1995 del año 1999 donde en un literal se hace referencia en que puntos no se deben omitir detalles en la historia clínica, pero esto puede llegar a ser contraproducente en algunos pacientes ya que podemos caer en la revictimización de estos, por lo que los servicios de salud mental deben aprender a moldearse según las circunstancias para no alterar la relación médico paciente.

En este sentido, los residentes de medicina familiar, refiere que la confidencialidad no solo se ve afectada a nivel de la historia clínica, sino también en el hecho de realizar un certificado médico o expedir una incapacidad médica a un paciente, la cual probablemente va a tener que presentar en su sitio de trabajo. Por lo cual, este hecho impacta negativamente en cierto modo la relación médico paciente, pues se disminuye la confianza que existe con el profesional y en cierto modo se aumenta el estigma social relacionado con ciertas condiciones, especialmente las relacionadas con la salud mental.

CAPITULO VII

7. ANÁLISIS GLOBAL REVISIÓN EN LA LITERATURA Y GRUPOS FOCALES

7.1. CATEGORIAS DEDUCTIVAS

7.1.1. PRIMER CONTACTO

En general, tanto en la revisión en la literatura como en los grupos focales, se resalta la importancia de que la puerta de entrada al sistema de salud sea los servicios de atención primaria y que la historia clínica electrónica juega un papel importante en este proceso. Se plantea que esta historia clínica debe contar con la información sobre las atenciones médicas previas de los pacientes, y los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión [82] y ansiedad, para ayudar a identificar qué pacientes pueden estar en mayor riesgo, y aporta al seguimiento del proceso de salud y enfermedad del paciente, por lo tanto se mencionan aspectos tales como:

- Antecedentes personales de trastornos de salud mental
- Antecedente familiares de trastornos de salud mental
- Antecedentes de hospitalizaciones previas en relación con salud mental
- Antecedentes de intentos de suicidio [55]
- Antecedentes de ideas de autoagresión y/o ideación suicida, planes o intentos de suicidio [55]
- Antecedente de abuso sexual
- Antecedente de abandono
- Antecedente de maltrato
- Manejo farmacológico previo en relación con salud mental
- Valoraciones previas por psiquiatría
- Valoraciones previas por psicología
- Valoraciones previas por trabajo social

- Visitas frecuentes a proveedores de atención primaria [82]
- Paciente con quejas somáticas inexplicables [82]
- Pacientes con condiciones crónicas [55] y de discapacidad
- Pacientes refugiado o inmigrante
- Paciente con factores biopsicosociales que predispone para desarrollar depresión y/o ansiedad.

Además, se deberá tener en cuenta que dentro del diagnóstico diferencial debe tenerse disponible en la historia clínica electrónica paraclínicos como TSH y hemograma, que permitan descartar la existencia de una patologías orgánicas como hipotiroidismo, anemia entre otros. Específicamente se plantea la importancia de que las bases de datos no sean fraccionadas y que se pueda constituir una red de historias clínicas unificada. Resaltándose además que dentro de las características que puede tener una historia clínica para facilitar el acceso al sistema de salud está garantizado a través de la historia, las citas médicas, las cuales deberían asignarse teniendo en cuenta los centros de atención primaria de acuerdo al lugar donde residen los pacientes, así como las atenciones especializadas, para facilitar que el primer contacto sea el adecuado.

En los grupos focales se evidencia la necesidad de que la historia clínica tenga herramientas de tamizaje que permitan la detección de trastornos de ansiedad y depresión en atención primaria, y en la literatura se resalta la necesidad de la sistematización de herramientas de diagnóstico, dado que estas permiten la accesibilidad, disminución de tiempo en aplicación, comodidad, privacidad, mejora de la fiabilidad y validez, y disminución de los gastos en salud, facilitando el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad. [66].

La elaboración de un método sistemático como las plantillas electrónicas que faciliten la documentación de estos trastornos, y la inclusión de recordatorios en la historia clínica ayudan al médico de atención primaria, la sistematización de tamizaje y un protocolo a seguir es útil [55]. Es importante tener en cuenta que en pacientes con sospecha de un

trastorno, teniendo un resultado positivo sin importar la herramienta de tamizaje empleada, se debe realizar una entrevista donde se incluye el lenguaje no verbal y una evaluación orientada a confirmar la presencia de un trastorno [58, 62, 70,71], que dependerá a su vez de las destrezas de comunicación del médico de atención primaria. [58], Además se resalta que estas herramientas pueden ser utilizadas cualquier profesional de salud mental como psicólogos y enfermeras para la detección de trastornos mentales [67], recomendándose esta sea realizada por un proveedor de atención primaria, dado que las escalas de autoevaluación son menos eficaz en términos de resultados clínicos en comparación con la detección en un entorno de atención primaria [64].

Los trastornos mentales más comunes tanto en los centros de atención primaria como en la población general son la depresión y la ansiedad, que con frecuencia coexisten y producen un impacto en la calidad de vida del paciente, por consiguiente se ve necesario la implementación una herramienta que permita con facilidad la detección de estos dos trastornos por parte de los médicos de atención primaria, tales como lo es el PHQ-4 que incluye el PHQ-2 y el GAD-2, instrumento ultra breves de tamizaje para depresión y la ansiedad en la población general, validado y estandarizado en la población colombiana [73.]

Es extremadamente importante implementar una estrategia sistemática para la detección de la depresión para asegurar la implementación de la detección, para la depresión en atención primaria recomienda primero usar el instrumento PHQ-2, en el caso de una puntuación positiva entonces el instrumento PHQ-9 debe ser completado [55]. a pesar de que la entrevista psiquiátrica se considera el estándar de oro para el diagnóstico de la depresión, el cuestionario de salud del Paciente-9 (PHQ-9) ha demostrado ser útil [54,63,77,78], no sólo para diagnóstico sino para medir la gravedad de la depresión [77,79,78,80]; siendo una herramienta ya validada en Colombia [4].

Además, cuando hablamos de depresión es importante la implementación de una historia clínica electrónica centralizada en atención primaria, donde se unifique las guías prácticas

para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor, ya que permite al clínico la detección oportuna de este trastorno y su tratamiento, mediante la proporción de alerta al clínico de atención primaria, indicándole parámetros de la enfermedad según su gravedad cuantificada con PHQ-9, y la etiología de la depresión, incluyendo la depresión secundaria (duelo, consumo de alcohol, trastorno afectivo bipolar) y así mismo el tipo de intervención a realizar. Así mismo, activándose el algoritmo diagnóstico cuando el paciente esté con tratamiento antidepresivo, cuando la clínica del paciente esté potencialmente relacionada con un diagnóstico de depresión y ansiedad o cuando el clínico sospeche alguna de este, así mismo la inclusión del el impacto de la depresión en la calidad de vida del paciente, evaluando el contexto con los recursos y mecanismos de afrontamiento que tenga este paciente, por otro lado, parte de la sistematización del diagnóstico de depresión mayor es importante la evaluación del riesgo suicida y el direccionamiento del mismo, por lo cual es indispensable que el software incluya ítems que evalúen las ideas de autoagresión, la ideación suicida, planes o intentos de suicidio, y sus antecedentes de intentos de suicidio, estratificando el riesgo y advirtiéndolo al clínico sobre un traslado a urgencias de manera rápida y oportuna. [56].

Por otro lado, a pesar de que en los grupos focales se considera importante la existencia de una herramienta de tamización para ansiedad, no hay claridad de cual se debería implementar, en la literatura se revela que los trastornos de ansiedad es la entidad más desatendida en la atención de salud mental en atención primaria, a pesar de su importante asociación con el deterioro social y profesional y altos costos médicos, es por esto que tanto el GAD-2 como el GAD-7 son el primer paso de manera útil para el tamizaje de la ansiedad y diagnóstico de la ansiedad [85], sin dejar a un lado la entrevista psiquiátrica que es el estándar de oro para el diagnóstico de la ansiedad, el GAD-7 ha demostrado ser útil debido a su interpretación fácil, se utiliza ampliamente no sólo para detectar, sino para medir la gravedad de la ansiedad en los centros de atención primaria [85,86], sin embargo aun faltan estudios adicionales que realicen la validez de esta herramienta a nivel de Colombia.

Usualmente los médicos generales se centran principalmente en las quejas somáticas y las enfermedades, por lo que a menudo no logran identificar un trastorno mental subyacente. [60]. Así mismo, existe en primer contacto muchas barreras que limita el diagnóstico oportuno de estos trastornos en atención primaria, tales como la falta de formación de los médicos de atención primaria, para el uso de instrumentos de evaluación y tamizaje, la sobrecarga asistencial, el insuficiente conocimiento sobre la enfermedad mental, la no capacitación para la detección y el tratamiento de estos trastornos entre los trabajadores de la salud [51,52], la restricción de tiempo [52,55], entendiéndose por tanto que en el ámbito de la atención primaria, los proveedores necesitan fortalecer habilidades en comunicación, y en un conocimiento adecuado y específico con el fin de identificar síntomas y tratar estos trastornos correctamente, y así hacer frente a la depresión [58,61] y ansiedad, como se resalta también en los grupos focales. Así mismo en cuanto a la realización del tamizaje es importante tener en cuenta la educación que se le brinde al profesional, ya que se ha visto que el uso de la herramienta sin la educación no tienen significancia para el diagnóstico y tratamiento [4].

Se hace relevante que en la historia clínica electrónica en atención primaria, se implemente la unificación de las guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor [56] y ansiedad, para permitir al clínico la detección oportuna de estos trastorno y su tratamiento. En principio deberá la historia clínica electrónica contener herramientas de tamizaje como el PHQ-4 (PHQ-2 y GAD-2) para la aplicación según se indique en guías de práctica clínica de manera anual para depresión [55], así como para ansiedad en la población con factores de riesgo o cuando haya sospecha es decir cuando cambien las condiciones clínica del paciente; este software, deberá aportar una alerta al clínico parámetros de la enfermedad según su gravedad cuantificada por el PHQ-9 [56] y el GAD-7, así como alertas que permitan la diferenciación de depresión y ansiedad secundaria (trastorno mayor, trastorno adaptativo, reacción de ajuste, duelo, otra patología psiquiátrica), incluyendo de la misma manera el tipo de intervención a realizar; deberá de la misma manera contener un espacio en la historia clínica electrónica donde se evalúe el contexto con los recursos y mecanismos de afrontamiento que tenga el paciente, e ítems

con los factores de riesgo para realizar intervención según se requiera, tanto para evitar el desarrollo un trastorno mayor si estamos en frente de un síndrome ansioso y/o de ansiedad, como para mejorar el pronóstico y control de síntomas si estamos ya frente a un trastorno mayor ya instaurado. Además debe activarse el algoritmo diagnóstico si el paciente presenta clínica que esté potencialmente relacionada con un diagnóstico de depresión y ansiedad (Visitas frecuentes a proveedores de atención primaria, quejas somáticas inexplicables, condiciones crónicas y de discapacidad, o factores de riesgo para desarrollar depresión y/o ansiedad, si es refugiado o inmigrante), o cuando el clínico sospeche [56], o en aquellos que han sido de alta hospitalaria con diagnóstico de depresión y ansiedad, o aquellos con tratamiento para ansiedad o con algún antidepresivo. En depresión esta sistematización del diagnóstico de depresión mayor es indispensable que el software incluya ítems que evalúen las ideas de autoagresión, la ideación suicida, planes o intentos de suicidio, y sus antecedentes de intentos de suicidio, estratificando el riesgo y advirtiéndolo al clínico sobre un traslado a urgencias de manera rápida y oportuna [56].

Así mismo, para complementar la detección temprana de estos trastornos mentales, se deberían implementar estrategias de detección de depresión anual, mediante la implementación de registros de salud electrónicos ambulatorios, que sean visibles y de fácil acceso para el paciente en sesiones de prevención, empleando herramientas como el PHQ-2 y preguntas del PHQ-9 [55], así mismo para ansiedad y sus herramientas de tamizaje.

7.1.2. CONTINUIDAD

Dentro de la información suministrada por los grupos focales y la literatura se puede evidenciar que es de gran ayuda tener en cuenta una historia clínica electrónica ya que facilita el seguimiento, y por ende el pronóstico en salud mental dada por el aumento en la eficacia de los esfuerzos psicoterapéuticos y la adherencia a la farmacoterapia del paciente con depresión [91] y ansiedad, ya que brinda la oportunidad de que este seguimiento sea por el mismo médico de atención primaria incrementando el poder diagnóstico y terapéutico, la derivación de forma oportuna, el aumento en el nivel de calidad de vida del

paciente y la reducción significativa de los síntomas de depresión [84] y ansiedad; además permite una comunicación intersectorial entre los diferentes profesionales de salud para la búsqueda de factores de riesgo lo que permite atender de manera rápida las necesidades del paciente en cuanto al tratamiento, y así favorecer un impacto positivo para la remisión de la enfermedad [95].

En la literatura, se considera que una vez el paciente es diagnosticado con depresión, se puede implementar como seguimiento la herramienta PHQ-9 para determinar si el tratamiento prescrito es efectivo e indicar si deben o no hacerse cambios en el tratamiento tanto farmacológicos como no farmacológicos, ya que nos proporciona información sobre el nivel de depresión, sin embargo, el seguimiento clínico de la depresión no sustituye una entrevista clínica, en el cual no solo se valore cuantitativamente la severidad de la depresión, sino también otras valoraciones cualitativas sobre las repercusiones de la depresión en su vida o los mecanismos de afrontamiento, así como la opinión del paciente sobre su estado [55,56], lo que de alguna manera concuerda con la información suministrada por los grupos focales; ahora bien uno de los hallazgos importantes de esta herramienta, es que la pregunta 9 se vincula para la evaluación de riesgo de suicidio a largo plazo, por lo que valdría la pena durante el seguimiento tener una mayor atención en este ítem a la hora de utilizar esta herramienta, para que sea complementada con la clínica del paciente y darle al profesional de salud alertas para un seguimiento estricto, para la toma de decisiones y elaboración de estrategia para un abordaje terapéutico apropiado. Dentro de la literatura se puede evidenciar que si es posible la realización de seguimiento de ansiedad mediante el GAD-7, sin embargo es importante al igual que en depresión la implementación de la entrevista clínica como se resalta además en los grupos focales, entonces vale la pena decir que estas herramientas son de gran ayuda para el seguimiento de estas patologías y que complementan al médico de atención primaria para la vigilancia constante y el adecuado re-direccionamiento del paciente de acuerdo a las necesidades de este [95].

Por lo tanto, se plantea en la literatura que en la historia clínica electrónica este software deberá activarse ante un paciente ya con diagnóstico de depresión y ansiedad, o aquellos con tratamiento para ansiedad o con algún antidepresivo [56], en cuanto al tratamiento y seguimiento este software debe permitir la evaluación de dos situaciones, la mejor elección del tratamiento mediante la provisión de recordatorios de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible y la facilitación de la toma de decisiones de profesionales en la práctica clínica, y el seguimiento de la efectividad del tratamiento, en conjunto con una evaluación sistemática para realizar la estratificación de la gravedad con el PHQ-9 y GAD-7, para depresión y ansiedad respectivamente [56,84], y de acuerdo a eso dar el tratamiento más indicado [56].

Así mismo, es importante tener claro que los grupos focales y la literatura tienen un promedio de 2 a 6 meses de seguimiento para los pacientes con depresión y ansiedad sin embargo eso depende de cada paciente y la oportunidad que las EPS les brinda a estos, tanto para el seguimiento y tratamiento, si este promedio de tiempo se cumple se podría aumentar las tasas de remisión y disminuir los costos en salud. Se resalta que el seguimiento del paciente debería tener una asignación de citas en la periodicidad indicada, teniendo en cuenta los centros de atención primaria de acuerdo al lugar donde residen los pacientes, así como las atenciones especializadas y la referencia en los casos más graves para la atención en hospitales de mayor nivel de complejidad, para facilitar que se cumplan las citas de control.

Por último, una de las estrategias para el seguimiento que se evidencia en la literatura y en los grupos focales es por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias para la vigilancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya que esto trae un impacto positivo para la adherencia del tratamiento, mediante la verificación del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente, sin embargo uno de los puntos claves de este seguimiento es que se quede toda esta información registrada en la historia clínica electrónica con el fin de tener una retroalimentación rápida del estado actual del paciente y así mejorar la atención en consulta con el ajuste farmacológico, verificación de riesgos

y el estado de gravedad en que se encuentra la enfermedad, con el fin de brindar un manejo integral, que le permiten al clínico tomar decisiones rápidas y un direccionamiento adecuado a un nivel de atención apropiado para el paciente.

7.1.3. COORDINACIÓN

La función principal de la coordinación es el enlace cuya finalidad es el manejo integral de los pacientes en la atención primaria, reconociendo problemas actuales y nuevos. En el análisis de los grupos focales y la literatura se evidencia que existe una falencia en las políticas de salud que no tienen en cuenta las dificultades de comunicación entre las diferentes disciplinas encargadas del manejo del paciente, problemática que se acentúa por los sistemas de información de historias clínicas que no permiten tener continuidad cuando el paciente es enviado a prestadores externos, lo que conlleva a que se presenten efectos adversos y fracaso de tratamiento, ya que actualmente solo se tiene acceso a los registros realizados en una misma institución, adicionalmente a esta problemática se suma que pese a que hay un registro adecuado de formulación de medicamentos, posología, horario, hay un subregistro de las indicaciones de esta terapéutica, lo que genera, la falta de control en terapias prescritas, aumentando el riesgo a exponer al paciente a terapias ya realizadas en el pasado.

Otra situación que limita la coordinación en atención primaria es el hecho de la falta de registros concernientes a las actividades no farmacológicas lo que imposibilita la continuidad de dichas intervenciones. Otro punto importante identificado en la literatura y en los grupos focales es la falta de comunicación y cooperación interdisciplinaria, producto de los problemas relacionados con el sistema de referencia y contrarreferencia, ya que en la mayoría de los casos cuentan con la información que relata el paciente, la cual en muchos de los casos está errada o incompleta; con relación al personal de atención primaria se evidencio que no existe adecuado diligenciamiento del formato de remisión probablemente debido a falencias en el sistema de historia clínica, sumado al gran volumen de pacientes manejados, igual situación se ve reflejada con el prestador externo, asociando además la no

disponibilidad de equipos de salud mental, que cuenten con varios profesionales que puedan manejar de forma integral al paciente.

Un reto para mejorar la coordinación consiste en el desarrollo de programas que estén respaldados por políticas gubernamentales, que incluyan un manejo integral del paciente, donde existan actividades de demanda inducida, tanto por vía telefónica como domiciliaria, además de esto conformada por un equipo interdisciplinario y por último resaltar la importancia de la educación acerca de los procesos de referencia y contrarreferencia y el adecuado registro de información específica de los pacientes.

7.1.4. INTEGRALIDAD

Con respecto a la integralidad tanto en los grupos focales como en la revisión en la literatura la identificación de problemas orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que están en relación con la predisposición de desarrollar depresión y ansiedad, se puede realizar a través de una historia clínica electrónica bien estructurada. Puntualmente se describió que para que esto se pueda dar, la historia debe contar con aspectos como tamizaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con un abordaje biopsicosocial, con el fin de trascender en lo que cotidianamente se ve en la historia clínica, pasando de un abordaje netamente biológico a incluir un abordaje psicosocial.

Se resalta en los grupos focales es indispensable en atención primaria, la existencia de grupos multidisciplinarios de salud mental conformados por psiquiatras, médicos familiares, psicólogos, médicos generales capacitados, enfermeras capacitadas y trabajadoras sociales, para el abordaje integral, biopsicosocial, de los paciente con trastornos de ansiedad y depresión, así mismo como la disposición de espacios de reunión de todo el grupo multidisciplinario para permitir puntualizar objetivos terapéuticos; así mismo en la literatura se resalta la importancia de fomentar la integración de grupos de salud mental en atención primaria, con el fin de generar componentes de apoyo, supervisión

y tutoría, que permitan abordar los paciente con trastornos de depresión y ansiedad de forma oportuna, adecuada e integral, sin embargo para esto es indispensable la reorganización del sistema de salud, el compromiso político del gobierno, la generación de políticas y estrategias necesarias, para que se fomente un enfoque multifacético de todo el sistema que incluya a los trabajadores de extensión sanitaria, la red de referencia, las infraestructuras, así como el apoyo y la supervisión de los trabajadores de la salud, disponibilidad de fármacos utilizados para tratar trastornos mentales en buena parte de los centros ambulatorios y hospitalarios de salud y un sistema de prestación de servicios de salud sólido y bien desarrollado [101].

Se deberá así mismo fomentar en atención primaria adherencia a enfoques integrados para la prestación de servicio en salud, los cuales incluyen las recomendaciones de cribado, la adopción de directrices de guías de práctica clínica [66] las cuales permitan estandarizar los manejos farmacológicos y no farmacológicos basados en la evidencia, las conductas a seguir ante una recaída, así mismo como los criterios de remisión a otras especialidades, permitiendo de este modo un abordaje eficaz de condiciones comunes en salud mental en atención primaria; de la misma manera se deberá fomentar la aceptación del modelo de atención crónica que incluyan [66] la educación y auto-monitoreo por parte del paciente, el enlace de los paciente atendidos por sus médicos de atención primaria con especialistas en salud mental de forma oportuna, el seguimiento frecuente por enfermeras entrenadas y el seguimiento por los psicólogos para aumentar la terapéutica médica [66, 99]. Además en los grupos focales considera que la historia clínica debería permitir la articulación con entidades gubernamentales como el ministerio de trabajo, protección social, entre otros, para la movilización de recursos en pro del control de factores de riesgos que promuevan la resolución o pronóstico favorable de los síndromes depresivos y de ansiedad y/o trastornos ya establecidos.

Se resalta la necesidad de diligenciar la historia clínica a través del abordaje de la familia y contexto del paciente, y sus factores predisponentes, aspectos como:

- Familiograma y/o Genograma
- Ecomapa
- Examen mental completo
- Medicamentos administrados
- Tamizaje
- Exámenes de laboratorio.
- Factores de riesgo personales y familiares.
- Información completa del entorno social, económico, condiciones de vida, de vivienda y de trabajo.
- Información de otras instituciones.

Se resalta tanto en los grupos focales como en la literatura, que la historia clínica electrónica debe proporcionar un fácil acceso a las notas médicas de forma integral, así mismo esta sistematización debe generar recomendaciones de tratamiento, recordatorios clínicos, permitiendo a su vez opciones de retroalimentación, que permiten mejorar la gestión de la depresión [66] y ansiedad en atención primaria.

7.1.5. DETERMINANTES DE LA SALUD

De acuerdo a la revisión de la literatura científica y los grupos focales los determinantes de salud establecidos por la OMS son importantes para llegar a producir una patología mental como la depresión o la ansiedad.

Es claro para los grupos focales y soportados por varios estudios que además de los factores genéticos, las condiciones socio-económicas, nivel educativo, entorno familiar forman parte de un todo en el ser humano y no se debe manejar por partes en el momento de la consulta médica. Sin embargo para la mayoría de profesionales encuestados consideran que los determinantes de salud son un apoyo que deberían ser incluidos en las historias clínicas, lo más importante es el relato del paciente e indagar sobre los síntomas que pueda presentar y más en la primera consulta donde no es fácil poder evidenciar a simple vista cuales pueden

ser los factores que puedan afectar al individuo, además que pueden variar dependiendo de las condiciones de vida de cada uno.

En países en desarrollo como el nuestro las enfermedades mentales han ido en aumento debido a la pobreza y como lo refiere la literatura y los grupos focales asociado actualmente a factores como el conflicto armado, la violencia intrafamiliar en población vulnerada que hasta ahora se ha empezado a tener en cuenta en la consulta médica y que no es fácil de intervenir en la atención médica.

Dentro de los factores sociodemográficos se describe que las mujeres, adulto mayor, pobres y bajo nivel educativo como los desempleados son más susceptibles de presentar una enfermedad mental como la depresión por lo cual es importante que los profesionales de la salud de acuerdo a sus habilidades tengan en cuenta estos factores en el momento de la consulta para poder dar un diagnóstico, tratamiento y recuperación oportuna.

Para los grupos focales es evidente la fuerte asociación que existe entre la enfermedad mental y la herencia, estudios han reportado la hipótesis de los genes medio –ambientales, lo cuales se asocian a las modificaciones genéticas o cambios de los procesos bioquímicos de los neurotransmisores que dependiendo las condiciones de vida de cada individuo puede conllevar a potencializar los síntomas y signos de las enfermedades mentales. Sin embargo parece ser un campo muy nuevo en el que los profesionales no abordan en el momento del manejo clínico, por lo cual sería pertinente que en la historia clínica se incluyera de una manera que pueda dar un apoyo al clínico.

La mayoría de profesionales consideran que en la historia clínica además de los factores genéticos se debería incluir otros determinantes, sin embargo no hay un consenso entre los profesionales ni lo reportado por literatura de cuáles son los determinantes claves que se deban incluir para el manejo de enfermedades mentales; algunos consideran que no es pertinente realizar un check list de factores debido a que se pierde sensibilidad en el momento del manejo y abordaje de la enfermedad. Mientras que otros consideran que se

deberían incluir los determinantes sociales, económicos, educativos y laborales y el manejo clínico sea integral en donde se incluya un equipo de profesionales o especialistas que permitan dar una intervención biopsicosocial y determinar el pronóstico del tratamiento del paciente.

Los grupos focales consideran que en la historia clínica se debería codificar los determinantes de salud con el fin de tener una mayor confidencialidad de los reportes realizados, al igual que permitiría de una manera más práctica poder realizar el manejo clínico en atención primaria teniendo en cuenta la limitante del tiempo de consulta, al igual que debería incluir la descripción, valoración, evaluación y seguimiento realizado por otros especialistas o áreas clínicas con el fin de poder intervenir de una mejor manera al paciente.

En relación a las enfermedades como depresión y ansiedad los grupos focales y la literatura siempre se enfocan en identificar los factores y cómo manejar al paciente, sin embargo no se tiene en cuenta el entorno familiar, en algunos estudios se demostró que el alcoholismo y uso de sustancias pueden afectar aún más los familiares que el mismo paciente, por lo cual es necesario que siempre se tenga en cuenta por parte del personal médico al individuo, posteriormente a la familia y a futuro se pudiera realizar un manejo local, pero dentro de las limitantes es que se requiere de tiempo, disposición y programas por parte del personal médico con apoyo del estado.

7.2. CATEGORIAS INDUCTIVAS

7.2.1. Condiciones comórbidas asociadas a la depresión y ansiedad

Se evidencia que tanto en la literatura revisada como en el análisis de los grupos focales concuerdan en que existe una fuerte relación entre algunas enfermedades con trastornos de ansiedad y de depresión, sin embargo también se ha visto que existe un subregistro en el diagnóstico oportuno de estos trastornos mentales, en parte debido al solapamiento de la enfermedad con el trastorno, causando retraso en el abordaje oportuno de la ansiedad y de

la depresión, sumado al hecho que en muchos de los casos, los pacientes cuando asisten a su cita médica, su motivo de consulta no está relacionado con estas patologías.

Por otro lado, las enfermedades crónicas prevalentes, tales como, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, patología osteomuscular, enfermedades infectocontagiosas como el VIH/SIDA, enfermedades asociadas a compromiso neurológico como la enfermedad de Parkinson y el Alzheimer, entre otras; pese a que están incluidas en programas específicos, no tienen un abordaje desde el punto de vista de salud mental, asociándose tanto en la literatura como en los grupos focales desde disminución en la adherencia a las intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas a mayor severidad y riesgo de complicaciones, lo que se traduce en disminución de la calidad de vida, aislamiento, discapacidad y finalmente un incremento de la mortalidad. Otro punto importante donde hacen énfasis en los grupos focales y en la literatura, es la relevancia clínica de la realización del tamizaje para este tipo de enfermedades, por medio de preguntas sencillas, fáciles de interpretar para lograr captar esta población en riesgo y poder abordar de manera temprana estos pacientes, además de esto es importante tener en cuenta la esfera psicosocial del paciente donde nosotros como profesionales en salud debemos poner atención tanto a los factores de riesgo como a los factores protectores los cuales nos pueden ayudar a definir tratamientos adicionales y pronóstico de las comorbilidades.

Finalmente, se encontró que a pesar de que se tenga como motivo de consulta cefalea, trastornos de alimentación como la obesidad, alteraciones del sueño se debe descartar organicidad en estos pacientes cuando el médico lo considere pertinente. Así mismo, se menciona que en algunas ocasiones el hecho de que un paciente mejore en la puntuación de las escalas de depresión o ansiedad no siempre va de la mano con mejoría en su cuadro clínico, por lo tanto, la recomendación es siempre individualizar cada paciente.

7.2.2. Tiempo estimado en la consulta de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión

Otra variable importante es el tiempo, el cual, tanto en la literatura como en los grupos focales coinciden que es limitado para la realización de intervenciones y el abordaje de pacientes con patologías mentales como la depresión y la ansiedad, sumado a esto, la

sobrecarga laboral impide la realización de un praxis adecuado, respecto a los grupos focales los profesionales de salud consideran que para una realización de una intervención óptima se promedió un tiempo aproximado de 52 minutos y para una consulta de seguimiento un tiempo no menor de 30 minutos, sin embargo la realidad es que no supera la consulta de primera vez los 30 minutos y de la de seguimiento 20 minutos, evidenciándose en la literatura casos en los que la consulta el promedio es de 7 a 10 minutos por lo que en los grupos focales afirman que con estas limitaciones traen consigo alteración en la relación médico paciente, afectando la detección, nombrando datos hasta el 40% en médicos de atención primaria con respecto a depresión y ansiedad. Sin embargo, refieren como punto positivo, el hecho de que los sistemas de información de historias clínicas han ayudado a que el proceso de atención sea más ágil y más efectivo.

7.2.3. Confidencialidad en la historia clínica de salud mental

En la revisión de la literatura y los grupos focales, coinciden que es de gran importancia mantener en reserva la información del paciente, ya que si bien es cierto los pacientes acuden al profesional en salud en un estado de vulnerabilidad e indefensión, por lo tanto estamos obligados como trabajadores del área de la salud en brindar un abordaje adecuado manteniendo el secreto médico íntegro, que se encuentra protegido por la legislación colombiana, en contraparte, también existen unas causales por las que está confidencialidad puede romperse los cuales son riesgo de suicidio, heteroagresión, abuso y en general cualquier hecho delictivo.

Anteriormente hablábamos de las ventajas de la confidencialidad, pero tanto en literatura como en los grupo focales tocaron el tema del abuso de la confidencialidad, ya que, restringir información en la historia clínica, en pro de la protección de la paciente, muchas veces se tiene el efecto contrario, limitando y entorpeciendo la interdisciplinariedad.

Por lo tanto, una estrategia que ha venido usándose con mayor frecuencia es la realización y firma del consentimiento informado, en el cual, tanto los pacientes como el médico expresan sus puntos de vista y se toma una decisión en conjunto de lo que se describe en la historia clínica, fomentando la educación e información en el paciente, disminuyendo el riesgo médico legal y mejorando la adherencia a tratamientos y procedimientos, por tanto constituye todo un reto para los equipos de atención primaria en pro de garantizar la confidencialidad de la historia clínica , procurando siempre individualizar cada paciente.

7.2.4. Actividades destinadas al mantenimiento de la salud de pacientes con ansiedad y depresión.

La literatura es limitada, sin embargo un estudio controlado y aleatorizado llegó a la conclusión que en pacientes con depresión de leve a moderada, el impacto positivo que tiene la realización de actividad física, podría llegar a recomendarse de manera rutinaria por los profesionales de atención primaria, así mismo, esto se vio evidenciado en los grupos focales en donde ellos también reconocen la falta de información respecto a esta intervención, siendo la más recomendada y conocida la realización de actividad física diaria en la población en general, sin embargo, en contraposición a esta recomendación, existe, como anteriormente lo habíamos enunciado la limitación en el tiempo de atención, la sobrecarga laboral y el uso de plantillas que agilizan el diligenciamiento de la historia clínica dejando de lado la individualización y la consejería. Por otro lado, los grupos focales manifestaron que cuando se diligencian estas actividades de forma adecuada en la historia clínica, es posible verlas siempre cuando estas sean visualizadas en la misma institución, limitando su verificación en el proceso de referencia y contrarreferencia en el que no se tiene acceso a epicrisis completas donde se encuentren reflejadas estas

intervenciones, sumado a esto existe la problemática que este tipo de intervenciones no son de obligatoriedad, por lo que diferentes especialistas de la red externa, que no prestan gran interés a este tipo de actividades o a su diligenciamiento hace parte de la gran problemática en este tipo de intervenciones.

Los profesionales en salud también resaltan la importancia y el papel que juegan las instituciones sociales en el cuidado de la salud en la población, que fomenten la integración social y el mantenimiento de la salud.

8. PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA EN APIS CON ENFOQUE EN LOS DETERMINANTES DE SALUD, PARA SALUD MENTAL.

1. DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

2. DATOS DE IPS

3. CONSULTA MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA.

El tiempo estimado de consulta es: si es primera vez el tiempo estimado es de 30 minutos y consulta de control es de 20 minutos.

4. IDENTIFICACIÓN BÁSICA (100)

Nombres y apellidos completos:

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento: AAAA-MM-DD

Edad: Años/meses/días.

Sexo: M (Masculino)/F (femenino).

Estado civil:

Ocupación: Código de ocupación de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). En los casos en que no se tiene esta información registrar (9999). En el caso que no aplique registrar (9998).

Tipo de contratación:

Dirección:

Teléfono:

Lugar de residencia:

Estrato socioeconómico:

Nombre y teléfono del acompañante:

Aseguradora:

Escolaridad: Código de nivel educativo: Registre según lo reporte el usuario:

1- No Definido, 2- Preescolar, 3- Básica Primaria, 4- Básica Secundaria (Bachillerato Básico), 5- Media Académica o Clásica (Bachillerato Básico), 6- Media Técnica (Bachillerato Técnico), 7- Normalista, 8- Técnica Profesional, 9- Tecnológico, 10- Profesional, 11- Especialización, 12- Maestría, 13- Doctorado.

5. IDENTIFICACIÓN POBLACIONAL

Localidad, territorio, microterritorio, UPZ.

Código pertenencia étnica: Registre según lo reporte el usuario:

1 – Indígena, 2 - ROM (gitano), 3 - Raizal (archipiélago de San Andrés y Providencia), 4 - Palenquero de San Basilio, 5 - Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente, 6 - Ninguno de los anteriores.

6. MOTIVO DE CONSULTA: Lo referido por paciente entre comillas.

7. ENFERMEDAD ACTUAL: Según la anamnesis, en el sistema se podrá diligenciar ítems referentes a los motivos de consulta y condiciones comórbidas asociadas a depresión y ansiedad los cuales generarán una alarma que avisen al médico que debe realizar el tamizaje respectivo [53,120, 129, 131], [62,134, 135,136,137].

Motivos de consulta en atención primaria relacionados con trastornos de ansiedad y depresión	Condiciones comórbidas asociadas a la depresión y ansiedad
Alteraciones del sueño	Enfermedades cardiometabólicas
Cefaleas primarias	Enfermedades reumatológicas
Fatiga	Enfermedades neurológicas
Pérdida de peso	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias
Tres o más motivos de consulta	Infección por VIH/SIDA
Problemas osteomusculares	
Hiporexia	
Hiperfrecuentadores	

8. REVISIÓN POR SISTEMAS: Lo referido por paciente.

- Cardiovascular
- Respiratorio
- Neurológico
- Mental
- Osteomuscular
- Genitourinario
- Gastrointestinal

9. ANTECEDENTES

- A. Antecedentes Patológicos
- B. Antecedentes Farmacológicos
- C. Antecedentes Quirúrgicos

- D. Antecedentes Tóxicos
- E. Antecedentes Alérgicos
- F. Antecedentes de Hospitalizaciones
- G. Antecedentes Traumáticos
- H. Antecedentes familiares
- I. Familiograma o Genograma
- J. Antecedentes Sociales: Comunidad a que pertenece, recursos de la comunidad, redes de apoyo existente. Problemas relacionados con afiliación al sistema general de salud social. Relaciones laborales, carga laboral, horario de trabajo, nivel de ingresos. Problemas relacionados con conductas que afecten las normas legales de convivencia. Lo referido por el paciente.
- K. Ecomapa

10. SIGNOS VITALES

- Tensión arterial (mmHg)
- Frecuencia cardíaca
- Temperatura
- Frecuencia respiratoria

11. EXAMEN FÍSICO (149)

- Fecha del Peso: AAAA-MM-DD
- Peso en Kilogramos: Se registra el dato obtenido de la medición.
- Fecha de la Talla: AAAA-MM-DD
- Talla en Centímetros: Se registra el dato obtenido de la medición.

12. TAMIZAJE DE ANSIEDAD Y ANSIEDAD ANUAL O SI:

- Sospecha clínica (SI/NO)
- Visitas frecuentes a proveedores de atención primaria (SI/NO)
- Paciente con quejas somáticas inexplicables (SI/NO)
- Pacientes con condiciones crónicas y/o de discapacidad (SI/NO)

- Paciente con factores biopsicosociales que predispone para desarrollar depresión y/o ansiedad (SI/NO)
- Pacientes refugiado o inmigrante (SI/NO)
- *El software se activa si paciente tiene manejo farmacológico para ansiedad o uso de antidepresivos.*

13. ABORDAJE

Realizar PHQ-4: (Anexo 5)

- Cuestionario PHQ-2 (anexo 1), si positivo aplicar PHQ-9 (anexo 2) ----*El cual activará el software consecutivamente*
- Cuestionario GAD-2 (anexo 3), si positivo aplicar GAD-7 (anexo 4) ---- *El cual activará el software consecutivamente*

14. DIAGNÓSTICOS POR PROBLEMAS

- Diagnóstico sindromático médico.
- Para optimizar la utilización de los datos obtenidos durante la anamnesis de las condiciones psicosociales, se recomienda su registro de la siguiente forma:
 - Problemas relacionados con el núcleo familiar y/o red de apoyo.
 - Problemas relacionados con los factores sociales (estrato socioeconómico, escolaridad, condiciones laborales, estilos de vida).
 - Problemas relacionados con el ambiente laboral (desempleo, tipo de contratación, relaciones laborales, carga laboral, horario de trabajo, nivel de ingresos).
 - Problemas relacionados con afiliación al sistema general de salud social.
 - Problemas relacionados con conductas que afecten las normas legales de convivencia.
 - Otros problemas psicosociales.

---- *Ante un Síndrome Depresivo o Ansioso o Trastorno Depresivo Mayor o de Ansiedad Generalizada, el software activará ítems tales como ----*

15. DATOS DE OBLIGATORIO DILIGENCIAMIENTO:

Fecha Diagnóstico Depresión: AAAA-MM-DD

Fecha Diagnóstico Ansiedad: AAAA-MM-DD

Control Primera vez Psiquiatría: AAAA-MM-DD

Última Consulta Psiquiatría: AAAA-MM-DD

Control Primera vez Psicología: AAAA-MM-DD

Última Consulta de Psicología: AAAA-MM-DD

Control Primera vez Trabajo Social: AAAA-MM-DD

Última Consulta Trabajo Social: AAAA-MM-DD

Fecha de Última Hospitalización en Instituto de Salud Mental: AAAA-MM-DD

---- Si la respuesta es positiva el software deberá activar el ítem 18 de la propuesta de historia clínica de salud mental ---

Fecha TSH: Valor: AAAA-MM-DD

Fecha Hb: Valor: AAAA-MM-DD

Manejo farmacológico previo en relación con salud mental

0 No

1 Si Cual? _____ Fecha de Inicio: AAAA-MM-DD

2 No aplica

16. CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD SE TRASTORNO DEPRESIVO O ANSIEDAD:

- Utilizar PHQ-9 o GAD-7 como corresponda

---- El cual activará el software y dará el grado de gravedad según puntuación, además este deberá proporcionar alerta al clínico de atención primaria, indicando parámetros psicoterapéuticos de la enfermedad según su gravedad cuantificada.-----

17. SI TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

Ideas de autoagresión

- 0 No
- 1 Si
- 2 Riesgo no evaluado

Ideación suicida

- 0 No
- 1 Si
- 2 Riesgo no evaluado

Antecedentes de intentos de suicidio

- 0 No
- 1 Si
- 2 Riesgo no evaluado

--- El software deberá advertir al clínico sobre un traslado a urgencias de manera rápida y oportuna dependiendo de las respuestas y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia---

18. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

---- Ante un Síndrome Depresivo o Ansioso o Trastorno Depresivo Mayor o de Ansiedad Generalizada, el software activará la identificación de riesgos ----

Antecedente de Enfermedad Mental

- 0 No
- 1 Si el diagnóstico es Ansiedad
- 2 Si el diagnóstico es Depresión
- 3 Si el diagnóstico es Esquizofrenia
- 4 Si el diagnóstico es Trastorno del Ánimo Bipolar
- 5 Si el diagnóstico es Consumo Sustancias Psicoactivas
- 6 Si el diagnóstico es Alcoholismo
- 7 Riesgo no evaluado

Hipotiroidismo

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Hipertiroidismo

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Anemia

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Comorbilidades

- 0 No
- 1 Si
- 2 Riesgo no evaluado

Obesidad

- 0 No
- 1 Si
- 3 Riesgo no evaluado

Víctima de Maltrato

- 0 No
- 1 Si es Mujer víctima del maltrato
- 2 Si es Menor víctima del maltrato
- 3 No aplica
- 4 Riesgo no evaluado

Víctima de Violencia Sexual

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Abandono

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Antecedente familiares de trastornos de salud mental

- 0 No
- 1 Si

- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

Antecedentes de hospitalizaciones previas en relación con salud mental

- 0 No
- 1 Si
- 2 No aplica
- 3 Riesgo no evaluado

--- El software deberá proporcionar alertas al clínico de atención primaria sobre la etiología de la depresión y ansiedad, incluyendo la depresión secundaria (duelo, consumo de alcohol, trastorno afectivo bipolar, entre otros) y ansiedad secundaria, y así mismo el tipo de intervención a realizar según las guías de práctica clínica basada en la evidencia --

19. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Diagnóstico de riesgos genéticos, ambientales y psicosociales.
- Diagnóstico de condición de salud mental (trastorno adaptativo, reacción de ajuste, duelo, otra patología psiquiátrica).

20. PLAN DE TRATAMIENTO

- Farmacológico.
- No farmacológico. Se recomienda la realización de ejercicio aeróbico 30 minutos diarios al menos tres veces.

---- El software deberá generar recomendaciones de tratamiento, recordatorios clínicos, permitiendo a su vez opciones de retroalimentación, que permiten mejorar la gestión de la depresión y ansiedad en atención primaria, según su gravedad cuantificada ----

21. EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

- Evaluar gravedad utilizando PHQ-9 o GAD-7 como corresponda

--- el cual el software deberá activar el algoritmo ---

Evaluación de Factores de Riesgos a intervenir identificados en consultas previas

--- el cual el software deberá activar los riesgos identificados durante valoraciones previas para el respectivo seguimiento y determinar intervenciones adicionales ----

- Recursos y mecanismos de afrontamiento

--- el cual el software deberá activar ítem para registro según enunciación del paciente----

- Impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente

--- el cual el software deberá activar ítem para registro según enunciación del paciente----

22. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Para optimizar el proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes con trastorno depresivo y de ansiedad se recomienda:

- Aportar una historia clínica completa, donde exista concordancia entre todos sus componentes (anamnesis, examen físico, diagnóstico, análisis y tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico), haciendo énfasis en lo positivo, sin usar abreviaturas.

- Reporte e interpretación de paraclínicos de forma adecuada.
- No se debe remitir a un paciente sin antes haber realizado una consulta responsable, evitando ocultar datos importantes.
- Verificar que en la remisión se encuentren los datos psicosociales del paciente que eviten la revictimización de los pacientes.
- Cuando finalice el proceso de atención con el prestador externo, este debe enviar la historia clínica con las características anteriormente mencionadas, describiendo las intervenciones realizadas ahí.
- Aclarar en la referencia que una vez concluido el tratamiento para lo que fue enviado el paciente, este retorne nuevamente a su médico de atención primaria.
- Mantener los canales de comunicación con prestadores externos para coordinar egresos con manejos farmacológicos domiciliarios, egreso temprano y/o cualquier requerimiento que pueda necesitar el paciente.

23. EN CASO DE UNA HOSPITALIZACIÓN RECIENTE:

La historia clínica electrónica unificada deber suministrar información sobre las intervenciones que se realizaron durante la hospitalización, tratamiento farmacológico de egreso, paraclínicos realizados durante la hospitalización, periodicidad del seguimiento posterior al egreso, manejo farmacológico durante la hospitalización (dosis administradas) y los diagnósticos de ingreso y de egreso del paciente.

CAPITULO VIII

8.CONCLUSIONES

- En la literatura se evidencia diferentes escalas para el diagnóstico y seguimiento de la depresión y ansiedad, dentro de las cuales, encontramos PHQ-2,GAD-2 , PHQ-9 y GAD-7 siendo útiles para el diagnóstico y seguimiento de depresión y ansiedad. Es necesario aclarar que estas herramientas facilitan la detección y seguimiento en pacientes con salud mental no remplazan la entrevista clínica y examen mental que se logran mediante una capacitación adecuada.
- Las herramientas encontradas en la literatura son un recurso para el médico familiar que ayuda a realizar diagnóstico y seguimiento de patologías en la salud mental específicamente depresión y ansiedad, sin embargo es importante tener claro que dentro del rol del médico familiar, la integralidad en la consulta proporciona ventajas para atender casos con diagnósticos físicos que enmascaran un trastorno de salud mental.
- Dentro de las variables relevantes que proporcionan mayor información en atención primaria se dividen en; factores sociales, los cuales encontramos, pobreza, nivel educativo, condiciones laborales, estilo de vida, condiciones de salud, en factores físicos, siendo el más representativo la violencia, los factores biológicos como modificaciones genéticas y cambios neuroquímicos; así mismo se evidencio el gran aporte en la información recolectada cuando se indaga los antecedentes personales que incluyan ítems que indaguen sobre recursos comunitarios, problemas relacionados con la afiliación al sistema general de salud, relaciones laborales, cargas laborales y problemas relacionados con comportamientos, todo esto se debe interrelacionar con el fin de buscar integralidad para facilitar diagnóstico y seguimiento de estas patologías

- Dentro de los grupos focales se evidencio que no hay un formato único de diligenciamiento de historia clínica en salud mental, así mismo no hay una coordinación entre los diferentes profesionales de salud y los diferentes niveles de atención, lo que es relevante para cada uno de los participantes ya que no permite la interoperabilidad y trazabilidad en estas patologías por consiguiente es importante que entes gubernamentales y diferentes profesionales de salud, desarrollen herramientas legislativas con el fin de proporcionar una historia clínica unificada que permita la atención primaria integral como lo rige la ley 1438.
- Para la elaboración de la propuesta de historia clínica enfocada en el diagnóstico de enfermedades prevalentes en salud metal como lo es la depresión y ansiedad, se propone incluir lo concerniente a factores sociales, determinantes de salud, antecedentes de enfermedad metal personales y familiares, herramientas de tamización para diagnóstico, las cuales proponemos el PHQ2, GAD2 y de seguimiento PHQ9 Y GAD 7, las cuales son herramientas rápidas de realizar, confiables y complementan la consulta del médico en atención primaria, así mismo se recomienda el diligenciamiento del consentimiento informado y la manipulación de la historia clínica manteniendo la confidencialidad del paciente sin abusar de esta última evitando omitir información importante para el diagnóstico en patologías mentales

ANEXO 1. PHQ-2

(Adapted from the patient health questionnaire (PHQ) screeners (www.phqscreeners.com). Accessed October 6, 2016. See website for additional information and translations)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

For office coding: _____0_____+_____+_____+_____

= Total Score _____

ANEXO 2. PHQ-9

(Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir).

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse 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. Sin 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 ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil
☐

Un poco
difícil
☐

Muy
difícil
☐

Extremadamente
difícil
☐

ANEXO 3. GAD-2

(Elaborado por Consortium for Mental Healthcare (cohm). All rights reserved. Generalized Anxiety Disorder-2)

Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado...

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				

For office coding: _____0_____ + _____ + _____ + _____
= Total Score _____

ANEXO 4. GAD-7

(GAD-7 desarrollado por Dr. Robert L. Spitzer, Dr. K. Kroenke, et al)

Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado...

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				
3	Preocuparse mucho sobre diferentes cosas?				
4	Tener problemas para relajarse?				
5	Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)?				
6	Enojarse o molestarse muy fácilmente?				
7	Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder?				

Si dijo si a alguno de estos problemas ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo,
hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?

☐ Nada difícil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

ANEXO 5. PHQ-4

(Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: the PHQ-4. Psychosomatics).

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1.	Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2.	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				

10. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. OMS | Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
2. Gervas Juan, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. SEMERGEN - Medicina de Familia 2000;26(1):17-32.
3. Loerch B, Szegedi A, Kohnen R, Benkert O. The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI. Journal of Psychiatric Research 2000;34(3):211-220.
4. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Revista de la Facultad de Medicina 2014 May 29;62(1):101-110. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Rev la Fac Med. 2014;62(1):101-10
5. OMS Salud mental: un estado de bienestar available at: <http://www.who.int/features/factfiles/mental/health/es/>.
6. Herrman H, Saxena s, Moddie R. Promoción de la salud. Organización Mundial de la salud 2014.
7. Franciosi.L, Copeland.J Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Federación Mundial para la Salud .2009.
8. Alma Ata. Conferencia Internacional de atención primaria de salud. URSS.1978
9. Congreso Nacional de Colombia. Ley 1438 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud dictan otras disposiciones .2011
10. Kessler RC, Calabrese JR, Farley PA, Gruber MJ, Jewell MA, Katon W, et al. Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. Psychol Med. 2012;18:1-13.
11. Staab JP, Evans DL. A streamlined method for diagnosing common psychiatric disorders in primary care. Clin Cornerstone [Internet]. 2001;3(3):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11351782>

12. Farvolden P, McBride C, Bagby RM, Ravitz P. A Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care. *J Med Internet Res*. 2003;5:e23.
13. Oslin DW, Ross J, Sayers S, Murphy J, Kane V, Katz IR. Screening, Assessment, and Management of Depression in VA Primary Care Clinics The Behavioral Health Laboratory. *J Gen Intern Med*. 2006;21:46-50.
14. De Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:303-10.
15. Quintana MI, Andreoli SB, Jorge MR, Gastal FL, Miranda CT. The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI2.1). *Braz J Med Biol Res*. 2004;37:1739-45
16. Dahl AA, Krüger MB, Dahl NH, Karlsson H, Von Knorring L, Stordal E. SPIFA-A presentation of the Structured Psychiatric Interview for General Practice. *Nord J Psychiatry*. 2009;63:443-53.
17. Vilma K, Sharma, Lepping P, Cummins A, Copeland J, Mottram A, Parhee R. The Global Mental Health Assessment Tool – Primary Care Version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity . *World Psychiatry* 2004 33::22
18. Sharma VK, Jagawat S, Midha A, Jain A, Tambi A, Mangwani LK, et al. The Global Mental Health Assessment Tool-validation in Hindi: A validity and feasibility study. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:316-9.
19. Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van Mechelen W, Stalman WA. Test–retest reliability of the PRIME-MD: limitations in diagnosing mental disorders in primary care. *Eur J Public Health*. 2009;19:303-7.
20. Sharma VK, Copeland JR, Krishna M, Lepping P, Bowen M. Use of the Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT/ PC) in general health care setting. En prensa.
21. Kirkcaldy RD, Tynes LL. Depression Screening in a VA Primary Care Clinic. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1694-6.
22. Orive M, Padierna JA, Quintana JM, Las-Hayas C, Vrotsou K, Aguirre U. Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. *J Psychosom Res*

- [Internet]. 2010;69(4):399–406. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.007>
23. Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2012;9(1):10–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 24. Castro-Camacho L, Escobar J, Sáenz-Moncaleano C, Delgado-Barrera L, Aparicio-Turbay S, Molano J, et al. Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2012;41:61
 25. Amoran O, Ogunsemi O, Lasebikan V. Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. *J Neurosci Rural Pract*. 2012;3:6-11.
 26. Wittkamp K, van Ravesteijn H, Baas K, van de Hoogen H, Schene A, Bindels P et al. The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31:451-9.
 27. Chishinga N, Kinyanda E, Weiss HA, Patel V, Ayles H, Seedat S. Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC Psychiatry*. 2011;11:75.
 28. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord*. 2010;125:10-7.
 29. Sorsdahl K, Vythilingum B, Stein DJ. A screening tool for social anxiety disorder in primary care: data from South Africa. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200:163-6.
 30. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, Bystritsky A, Sherbourne C, Roy-Byrne P, Stein MB. Validation of a brief measure of

- anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord.* 2009;112:92-101.
31. Romera I, Delgado-Cohen H, Perez T, Caballero L, Gilaberte I. Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care. *BMC Psychiatry.* 2008;8:4.
 32. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, Penninx BW, van Balkom AJ. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Fam Pract.* 2011;12:66.
 33. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction.* 2012;107:957-66.
 34. Breuer E, Stoloff K, Myer L, Seedat S, Stein DJ, Joska J. Reliability of the lay adherence counsellor administered substance abuse and mental illness symptoms screener (SAMISS) and the International HIV Dementia Scale (IHDS) in a primary care HIV clinic in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav.* 2012;16:1464-71
 35. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med.* 2009;24(7):783–8.
 36. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2004;78:49-55.
 37. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:2001-7.
 38. Rickels MR, Khalid-Khan S, Gallop R, Rickels K. Assessment of Anxiety and Depression in Primary Care: Value of a Four-Item Questionnaire. *J Am Osteopath Assoc.* 2009;109:216-9.
 39. McGrady A, Lynch DJ, Nagel RW, Tamburrino M. Coherence Between Physician

- Diagnosis and Patient Self Reports of Anxiety and Depression in Primary Care. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:420-4.
40. Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Keller MB, Olfson M, Higgins ES. Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med.* 1995;4:211-9.
 41. Goodyear-Smith F, Coupe NM, Arroll B, Elley CR, Sullivan S, McGill AT. Case finding of lifestyle and mental health disorders in primary care: validation of the 'CHAT' tool. *Br J Gen Pract.* 2008;58:26-31.
 42. Gaynes BN, DeVeaugh-Geiss J, Weir S, Gu H, MacPherson C, Schulberg HC, et al. Feasibility and diagnostic validity of the M-3 checklist: a brief, self-rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and post-traumatic stress disorders in primary care. *Ann Fam Med [Internet].* 2010 Mar 1 [cited 2017 Jul 28];8(2):160–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20212303>
 43. Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M. Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;201:93-100.
 44. Sanchez R, Echeverry J. Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública.* 2004;6:302-18 permitiendo por tanto realizar tamización de problemas y síntomas.
 45. Torres Y, Bareño J, Sierra G, Mejia R, Berbesi D. Indicadores de situación de riesgo de salud mental población desplazada Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental.* 2011;1:28-38.
 46. World Health Organization (WHO). A User's Guide to the self- Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994.
 47. H Senties Castella M. Muñoz Suarez. El trastorno depresivo mayor. *Psiquiatria para medicos no psiquiatras.* editorial panamericana. pag. 37-46. 2011
 48. H Senties Castella C. Berlanga Cisneros. los trastornos de ansiedad. *Psiquiatria para medicos no psiquiatras.* editorial panamericana. pag. 53-65. 2011
 49. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atencion Primaria* 2003;31(6):382-385

50. Flávia A, Lima S, Pio M, Fleck DA. Quality of life , diagnosis , and treatment of patients with major depression : a prospective cohort study in primary care Qualidade de vida , diagnóstico e tratamento de pacientes com depressão maior : uma coorte prospectiva em cuidados primários. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(3):245–51.
51. Niemi M, Kiel S, Allebeck P, Hoan LT. Community-based intervention for depression management at the primary care level in Ha Nam Province, Vietnam: A cluster-randomised controlled trial. *Trop Med Int Heal.* 2016;21(5):654–61.
52. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, Caredda M, Matteucci G, Zerella MP, et al. A randomised controlled trial of the effectiveness of a program for early detection and treatment of depression in primary care. *J Affect Disord [Internet].* 2016;198:96–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.025>
53. Latorre Postigo JM, Bravo BN, Parra Delgado M, Salguero JM, Wood CM, Cano Vindel A. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Rev Clínica Med Fam.* 2012;5(1):37–45.
54. Dos Santos ER, Huang H, Menezes PR, Scazufca M. Prevalence of depression and depression care for populations registered in primary care in two remote cities in the Brazilian Amazon. *PLoS One.* 2016;11(3):1–13.
55. Gorton S. Assessment of Depression Screening in Women ' s Primary Care Clinic. 2016;
56. Aragonès E, Comín E, Cavero M, Pérez V. Atención Primaria Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Atención Primaria [Internet].* 2017;49(6):359–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>
57. Salihu AS, Udofia O. Prevalence and Associated Factors of Depression among General Outpatients in a Tertiary Institution in Kano ,. *Open J Psychiatry [Internet].* 2016;6(July):228–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2016.63028>
58. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev la Fac Med [Internet].* 2015;63(3):471–82. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=es

59. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2010;32(2):201–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.015>
60. Bros I, Notó P, Bulbena A. Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2016; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27456221>
61. Biegler K, Mollica R, Elliott S, Nicholas E, Chandler M, Ngo-metzger Q, et al. Rationale and study protocol for a multi-component Health Information Technology (HIT) screening tool for depression and post-traumatic stress disorder in the primary care setting. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2016;50:66–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.001>
62. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT, Bigler KD WE. Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2016;(128). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937538>
63. Barnacle M, Strand MA, Werremeyer A, Maack B, Petry N. Depression Screening in Diabetes Care to Improve Outcomes: Are We Meeting the Challenge? *Diabetes Educ*. 2016;42(5):646–51.
64. Kim KW, Kim SH, Shin JH, Choi BY, Nam JH, Park SC. Psychosocial, physical, and autonomic correlates of depression in Korean adults: Results from a county-based depression screening study. *Psychiatry Investig*. 2014;11(4):402–11.
65. R. S, M. A, A. W. Levels of depression and satisfaction with life as indicators of health services consumption. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2016;20(4):245–8. Available from: <http://0-ovidsp.ovid.com.lib.exeter.ac.uk/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18b&NEWS=N&AN=612077072>
66. Magruder KM, Yeager DE. Mental health problems in primary care: Progress in North America. *Eur J Psychiatry*. 2007;21(1):55–61

67. Sharma, V. K., Jagawat, S., Midha, A., Jain, A., Tambi, A., Mangwani, L. K., ... & Lepping P. No Title The global mental health assessment tool-validation in Hindi: A validity and feasibility study. *Indian J Psychiatry*. 2010;52.
68. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* [Internet]. 2009;50(6):613–21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
69. Kohlmann S, Gierk B, Hilbert A, Brähler E, Löwe B. The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2016;90:51–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004>
70. Nakku JEM, Rathod SD, Kizza D, Breuer E, Mutyaba K, Baron EC, et al. Validity and diagnostic accuracy of the Luganda version of the 9-item and 2-item Patient Health Questionnaire for detecting major depressive disorder in rural Uganda. *Glob Ment Heal* [Internet]. 2016;3:e20. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S2054425116000145
71. Borrell F, Casterian M. Trastornos de salud mental [Internet]. ATENCIÓN PRIMARIA. Conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier España; 2008. 1012-1050 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9022-110-5/00016-6>
72. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* [Internet]. 2010;122(1–2):86–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
73. Kocalevent R-D, Finck C, Jimenez-Leal W, Sautier L, Hinz A. Standardization of the Colombian version of the PHQ-4 in the general population. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014;14(1):205. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4223637&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
74. Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN. Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Ann Fam Med*. 2009;7(5):455–62.
75. Estela B, Terrez V, Salcedo VV, Estrada CR, Romero JP, Sotres JC. Validación de la

- escala Kessler 10 (K -10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención . Propiedades psicométricas. *Salud Ment.* 2011;34(4):323–31.
76. Hanlon C, Medhin G, Selamu M, Breuer E, Worku B, Hailemariam M, et al. Validity of brief screening questionnaires to detect depression in primary care in Ethiopia. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;186:32–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.015>
 77. Cols-Sagarra C, López-Simarro F, Alonso-Fernández M, Mancera-Romero J, Pérez-Unanua MP, Mediavilla-Bravo JJ, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes attended in primary care in Spain. *Prim Care Diabetes.* 2016;10(5):369–75
 78. Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2012;9(1):10–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 79. Werremeyer A, Maack B, Strand MA, Barnacle M, Petry N. Disease Control Among Patients With Diabetes and Severe Depressive Symptoms. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2016;7(2):130–4. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131915627423>
 80. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych open* [Internet]. 2016;2(2):127–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27703765%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4995584>
 81. Garcia-Pena C, Vazquez-Estupinan F, Avalos-Perez F, Robles Jimenez LV, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T. Clinical effectiveness of group cognitive-behavioural therapy for depressed older people in primary care. A randomised controlled trial. *Salud Ment.* 2015;38(1):33–9.
 82. Limon FJ, Lamson AL, Hodgson J, Bowler M, Saeed S. Screening for Depression in

- Latino Immigrants: A Systematic Review of Depression Screening Instruments Translated into Spanish. *J Immigr Minor Heal*. 2016;18(4):787–98.
83. Healey E, Jinks C, Tan V, Chew-Graham C, Lawton S, Nicholls E, et al. Improving the care of people with long-term conditions in primary care: protocol for the ENHANCE pilot trial. *J Comorbidity* [Internet]. 2015;5(1):135–49. Available from: <http://www.jcomorbidity.com/index.php/test/article/view/60>
 84. Triñanes Y, Atienza G, Louro-González A, Heras-Liñero E de las, Alvarez-Ariza M, Palao DJ. Desarrollo e impacto de los sistemas informatizados de apoyo a las decisiones en el manejo clínico de la depresión: revisión sistemática TT - Development and impact of computerised decision support systems for clinical management of depression: a systema. *Rev Psiquiatr salud ment (Barc, Ed impr)* [Internet]. 2015;8(3):157–66. Available from: <http://pesquisa.bvsa.org/portal/resource/pt/ibc-138609>
 85. Outcomes I. Editorial *Annals of Internal Medicine* Anxiety Disorders: Efficient Screening Is the First Step in Improving Outcomes. 2014;(16):390–2.
 86. Herrera-Mercadal P, Montero-Marin J, Plaza I, Medrano C, Andrés E, López-Del-Hoyo Y, et al. The efficacy and pattern of use of a computer-assisted programme for the treatment of anxiety: A naturalistic study using mixed methods in primary care in Spain. *J Affect Disord*. 2015;175:184–91.
 87. Henkelman E. Book Reviews – Non-Fiction Ferri 's Clinical Advisor: Instant Diagnosis and Treatment , 2004 Book Reviews – Non-Fiction. 2004;254–5.
 88. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 De 2006. Medicina (B Aires) [Internet]. 2006;17. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975#0>
 89. Salud OM de la. Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2012;62–3. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
 90. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. 2012;35(4):315–28.

91. Vuorilehto MS, Melartin TK, Riihimäki K, Isometsä ET. Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: Low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;202(2016):145–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.035>
92. Rossom RC, Solberg LI, Vazquez-Benitez G, Whitebird RR, Crain AL, Beck A, et al. Predictors of poor response to depression treatment in primary care. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2016;67(12):1362–7. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201400285>
93. Davidson SK, Harris MG, Dowrick CF, Wachtler CA, Pirkis J, Gunn JM. Mental health interventions and future major depression among primary care patients with subthreshold depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;177:65–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.014>
94. Toledo JB, Gopal P, Raible K, Irwin DJ, Sedor S, Watts K, et al. HHS Public Access. 2017;131(3):393–409.
95. Gill JM, Dansky BS. Use of an electronic medical record to facilitate screening for depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;5(3):125.
96. Corden ME, Koucky EM, Brenner C, Palac HL, Soren A, Begale M, et al. MedLink: A mobile intervention to improve medication adherence and processes of care for treatment of depression in general medicine. *Digit Heal* [Internet]. 2016;2(0):1–10. Available from: <http://dhj.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2055207616663069>
97. Berbesi Fernández DY, Bareño Silva J. Diagnosis of the Mental Health Services Offer in the Municipalities of Antioquia (2004, 2006 and 2007). *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2010;15(1):41–54. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100004&lng=en&nrm=
98. Morera-Llorca M, Romeu-Climent JE, Lera-Calatayud G, Folch-Marín B, Palop-Larrea V, Vidal-Rubio S. Experiencia de colaboraci??n entre atenci??n primaria y salud mental en el Departamento de Salud La Ribera, 7 a??os despu??s. *Gac Sanit* [Internet]. 2014;28(5):405–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.014>
99. Njeru JW, DeJesus RS, St. Sauver J, Rutten LJ, Jacobson DJ, Wilson P, et al.

- Utilization of a mental health collaborative care model among patients who require interpreter services. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2016;10(1):15. Available from: <http://www.ijmhs.com/content/10/1/15>
100. Ministerio de salud. Resolución 1995 de 1999. Minist salud y protección Soc [Internet]. 1999;1999(Julio 8):1–7. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1995_DE_1999.pdf
 101. Ayano G, Assefa D, Haile K, Bekana L. Experiences, Strengths and Challenges of Integration of Mental Health into Primary Care in Ethiopia. Experiences of East African Country. *Fam Med Med Sci Res* [Internet]. 2016;5(3):3–6. Available from: <http://www.omicsgroup.org/journals/experiences-strengths-and-challenges-of-integration-of-mental-health-into-primary-care-in-ethiopia-experiences-of-east-african-coun-2327-4972-1000204.php?aid=75789>
 102. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, de Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clin*. 2012;39(6):194–7.
 103. Ell K, Katon W, Lee PJ, Guterman J, Wu S. Demographic, clinical and psychosocial factors identify a high-risk group for depression screening among predominantly Hispanic patients with Type 2 diabetes in safety net care. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2015;37(5):414–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.010>
 104. Prado Ordóñez Fernández M del. Psicoterapia de Apoyo en Atención Primaria. *Rev clín med fam* [Internet]. 2008;2(5):226–35. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&Cnpid=S1699-695X2008000300006&CnIng=es&Cnnrm=iso&CntIng=es
 105. Vares EA, Salum GA, Spanemberg L, Caldieraro MA, Fleck MP. Depression dimensions: Integrating clinical signs and symptoms from the perspectives of clinicians and patients. *PLoS One*. 2015;10(8):1–15.
 106. Newton E, Shepherd N, Orford J, Copello A. Could the Substance Misuse of a Relative be an Important Factor for Those Seeking Help for Anxiety and Depression? A Preliminary Prevalence Study within Improving Access to Psychological Therapies

- (IAPT). *Behav Cogn Psychother*. 2016;44(6):723–9.
107. Adams DJ, Remick RA, Davis JC, Vazirian S, Khan KM. Exercise as medicine—the use of group medical visits to promote physical activity and treat chronic moderate depression: a preliminary 14-week pre–post study. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2015;1(1):e000036. Available from: <http://bmjopensem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsem-2015-000036>
108. Menear M, Doré I, Cloutier A-M, Perrier L, Roberge P, Duhoux A, et al. Chronic physical comorbidity burden and the quality of depression treatment in primary care: a systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015;78(4):314–23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399915000033>
109. Staples LG, Fogliati VJ, Dear BF, Nielssen O, Titov N. Internet-delivered treatment for older adults with anxiety and depression: implementation of the Wellbeing Plus Course in routine clinical care and comparison with research trial outcomes. *Br J Psychiatry Open* [Internet]. 2016;2(5):307–13. Available from: <http://bjpo.rcpsych.org/lookup/doi/10.1192/bjpo.bp.116.003400>
110. Klein JP, Berger T, Schröder J, Spith C, Meyer B, Caspar F, et al. Effects of a psychological internet intervention in the treatment of mild to moderate depressive symptoms: Results of the evident study, a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2016;85(4):218–28.
111. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *Inf sobre la salud en el mundo*. 2001;169.
112. Pannekoek JN, van der Werff SJA, van Tol MJ, Veltman DJ, Aleman A, Zitman FG, et al. Investigating distinct and common abnormalities of resting-state functional connectivity in depression, anxiety, and their comorbid states. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2015;25(11):1933–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.08.002>
113. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. E, EBSCO Publishing (Firm) M, Borroto M, Prado Martínez C. *Revista cubana de investigaciones biomédicas* [Internet]. Vol. 32, *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública; 2013 [cited 2017 Jul

- 28]. 57-64 p. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002013000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
114. de Graaf R, Bijl R V., Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2002;159(4):620–9. Available from:
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.159.4.620>
 115. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008;24(9):2043–53. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 116. Arrieta KM, Díaz S, Martínez G. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios : prevalencia y factores relacionados. 2014;7(1):14–22.
 117. Londoño NH, Marín CA, Juerez F, Palacio J, Mutiz O, Escobar B, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicol.* 2010;17(1):59–68.
 118. Davidson SK, Dowrick CF, Gunn JM. Impact of functional and structural social relationships on two year depression outcomes: A multivariate analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;193:274–81. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.025>
 119. Fried EI, Nesse RM, Zivin K, Guille C, Sen S. Depression is more than the sum-score of its parts: individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychol Med.* 2014;44(10):2067–76.
 120. Zivin K, Yosef M, Levine DS, Abraham KM, Miller EM, Henry J, et al. Employment status, employment functioning, and barriers to employment among VA primary care patients. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;193:194–202. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.054>
 121. Terluin B, Smits N, Brouwers EPM, de Vet HCW. The Four-Dimensional Symptom

- Questionnaire (4DSQ) in the general population: scale structure, reliability, measurement invariance and normative data: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2016;14(1):130. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0533-4>
122. Exploration L, Niddles S. Risk of Depression in Subjects with Type 2 Diabetes is Modulated by a Genetic Variant within DRD4 Gene: North Indian Diabetes-Depression. 2016;6(August):334–8.
 123. Donner J, Sipilä T, Ripatti S, Kananen L, Chen X, Kendler KS, et al. Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide y in anxiety susceptibility. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet*. 2012;159 B(3):316–27.
 124. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Aubá E, Martí A, Brugos-Larumbe A. Relationship between body mass index and depression in women: A 7-year prospective cohort study. The APNA study. *Eur Psychiatry*. 2016;32(2016):55–60.
 125. Bellos S, Skapinakis P, Rai D, Zitko P, Araya R, Lewis G, et al. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016;243(2016):30–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.049>
 126. Nutt DJ. No Title The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: psychiatric care of the medically ill. American Psychiatric Pub. 2011. 10-11 p
 127. Guthrie EA, Dickens C, Blakemore A, Watson J, Chew-Graham C, Lovell K, et al. Depression predicts future emergency hospital admissions in primary care patients with chronic physical illness. *J Psychosom Res* [Internet]. 2016;82:54–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.002>
 128. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin M-L. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Transl Psychiatry*. 2015;5(December 2014):1–7.
 129. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio. 2013.
 130. Lynch J, Moore M, Moss-Morris R, Kendrick T. Do patients' illness beliefs predict

- depression measures at six months in primary care; A longitudinal study. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;174:665–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.005>
131. Kapfhammer H-P. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2006;8(2):227–39. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3181769&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 132. Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB. A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache*. 2006;46(SUPPL. 3):98–109.
 133. Rincón-Hoyos HG, López MRR, Ruiz AMV, Hernández CA, Ramos ML. ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario? *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2012;41(4):853–66. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014600512>
 134. Kim KU, Park H-K, Jung HY, Ahn J-J, Moon E, Kim YS, et al. Association of Depression with Disease Severity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Lung* [Internet]. 2014;243–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24395127>
 135. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005;7(4):167–76. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1192435&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 136. Stoop CH, Nefs G, Pommer AM, Pop VJM, Pouwer F. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;184(2015):269–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.063>
 137. Menear M, Dor?? I, Cloutier AM, Perrier L, Roberge P, Duhoux A, et al. The influence of comorbid chronic physical conditions on depression recognition in primary care: A systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015;78(4):304–13. Available

from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.016>

138. Larsen JR, Siersma VD, Davidsen AS, Waldorff FB, Reventlow S, de Fine Olivarius N. The excess mortality of patients with diabetes and concurrent psychiatric illness is markedly reduced by structured personal diabetes care. A 19-year follow up of the randomized controlled study Diabetes Care in General Practice (DCGP). *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2016;38:42–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.10.001>
139. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2013;99(2):98–104. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2012.11.022>
140. Saadalla AM, Mirghani HO, Mohammed OS, Alyoussef A, Alfarraj MH, Elbadawi AS. Depression and type 2 diabetes mellitus : A case-control study in Tabuk , Saudi Arabia. 2015;4(November):248–52.
141. Wade TW, Oberhelman SS, Angstman KB, Sawchuk CN, Meunier MR, Angstman GL, et al. Diabetes and Obesity Not Associated With 6-Month Remission Rates for Primary Care Patients With Depression. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(4):354–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.012>
142. Godoy L FA. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo TT - Symptoms of depression, anxiety and low self-esteem in women with obesity and binge eating disorder. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2014;41(3):260–3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182014000300005&lang=pt
143. Cook KF, Kallen MA, Bombardier C, Bamer AM, Choi SW, Kim J, et al. Do measures of depressive symptoms function differently in people with spinal cord injury versus primary care patients: the CES-D, PHQ-9, and PROMIS®-D. *Qual Life Res*. 2017;26(1):139–48.
144. Almeida OP, Marsh K, Murray K, Hickey M, Sim M, Ford A, et al. Reducing depression during the menopausal transition with health coaching: Results from the healthy menopausal transition randomised controlled trial. *Maturitas* [Internet].

- 2016;92:41–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.07.012>
145. Siakwa M, Okanlawon FA, Druye AA, Ankobil A, Aniweh Y, Dzah S. Prevalence of psychiatric disorders in HIV patients in the Central Region of Ghana. *J Community Med Prim Heal Care*. 2015;27(1):79–85.
 146. Riihimäki K, Sintonen H, Vuorilehto M, Jylhä P, Saarni S, Isometsä E. Health-related quality of life of primary care patients with depressive disorders. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2016;37:28–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.747>
 147. Octavio RG. Confidencialidad en psiquiatría. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012;23(5):634–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70359-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70359-0)
 148. Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss HO. No Title Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. 2005;28:1–8.
 149. (Ministerio de salud y la protección social. Resolución número 0004505 de 2012. 1 2012 December 28:1-47.