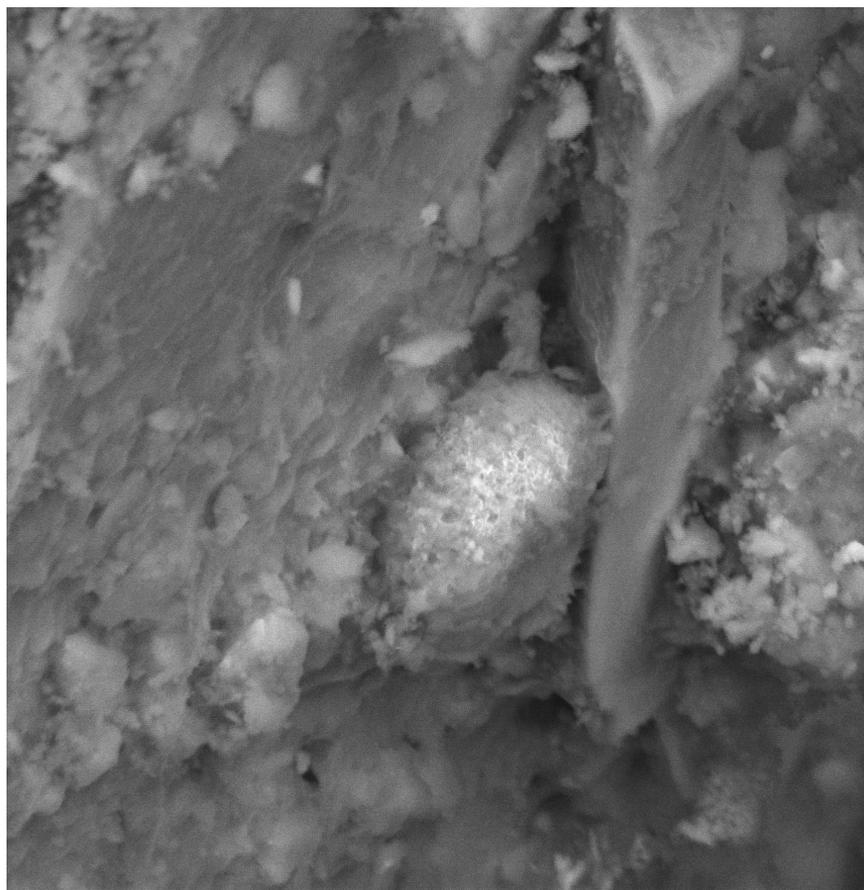


■ Tibia con periostitis de individuo prehispánico

Técnica: Microscopia electrónica de barrido

MEB 2400X Tibia con periostitis de individuo prehispánico, sexo femenino, del siglo VII dC

La imagen muestra una laguna ósea donde se localiza un osteocito momificado muy bien preservado, el área superficial de la membrana plasmática presenta una superficie ligeramente rugosa y en la zona superior es evidente la presencia de una prolongación citoplasmática



Fotografía 4 ■

10/26/2011 11:53:46 AM | HV 30.0 kV | Det MIX | Mag 2400x | VacMode High vacuum |
Fotografía realizada en los laboratorios de la Universidad Nacional de Colombia |

 50.0 mm

Zoila Castañeda Murcia, orcid.org/0000-0002-3139-6832 OD, MSc.
Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Colombia.

© Todos los derechos reservados. Esta fotografía no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, sin el permiso previo de la autora.



Artículo original

Propuesta de un modelo de registro médico integral para la evaluación de depresión y ansiedad en atención primaria en Colombia: estudio de grupos focales

Proposing a comprehensive medical record form to assess depression and anxiety within the framework of primary care in Colombia: focus groups

Proposta de modelo de registro médico integral em atenção primária para a avaliação da depressão/ansiedade na Colômbia: estudo de grupos focais.

Recibido: 16 | 08 | 2017

Aprobado: 28 | 05 | 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2374>

Resumen

La depresión y la ansiedad representan las principales enfermedades de salud mental a nivel mundial. Se estima que para el 2020 se aumenten en un 15 %, convirtiéndose en la segunda causa de morbilidad. En nuestro país, en la Ley 1616 del 2013 (Ley en salud mental), se promueve el derecho a la atención oportuna integral desde la atención primaria de las personas que tienen riesgo y de las que ya tienen una enfermedad mental. Sin embargo, no se ha instaurado un modelo de historia clínica que pueda atender la necesidad de estos pacientes; por lo tanto, es importante generar una propuesta que sea fácil de usar. Por esta razón, el objetivo de este estudio surge de la necesidad de crear un modelo de historia clínica en la que se incluyan diferentes variables y características que permitan el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de los pacientes con trastornos de depresión y ansiedad en la atención primaria.

Materiales y métodos. Se utilizó un enfoque metodológico múltiple: cuantitativo y cualitativo. Este método facilitó la recolección de distintas fuentes primarias (revisión sistemática) y secundarias (grupos focales). El análisis se hizo mediante los *Primary Care Assessment Tools*.

Resultados. Los instrumentos de tamización en la atención primaria son un gran apoyo de manejo fácil, los cuales pueden usarse de forma directa o en una aplicación médica. Estas escalas permiten evaluar la gravedad y hacer el seguimiento del trastorno depresivo y de la ansiedad.

Conclusión. Para la elaboración de la propuesta de historia clínica, consideramos que se debe incluir lo concerniente al contexto personal, familiar y social de los pacientes, con herramientas de tamización que faciliten al médico de atención primaria hacer el diagnóstico y el seguimiento de estas enfermedades.

Palabras clave: determinantes sociales en salud, registro médico electrónico, atención primaria en salud, depresión y ansiedad.

Carlos A. Buitrago

orcid.org/0000-0002-0924-6563

Carlos F. Morales

orcid.org/0000-0002-4290-517X

Sandra C. Fuentes

Mónica A. Fonseca

Especialización en Medicina Familiar, Facultad de medicina, Universidad El Bosque,

Bogotá, D.C, Colombia

Correspondencia: cmoralest@unbosque.edu.co

Abstract

Overview: Depression and anxiety account for the leading mental health illnesses worldwide and by 2020 they are expected to increase 15% becoming the second leading cause of morbidity and mortality. In Colombia, Law 1616, promulgated in 2013, fosters the right to timely and comprehensive assistance for people dealing with mental health issues. Still, the implementation of a medical record suitable to meet these patients needs is yet to be introduced. It is therefore important to generate a proposal that is easy to use.

Objective: Creating a comprehensive medical record, including various variables and features that allow for diagnosing, following up and treating patients bearing depression and anxiety disorders, within the framework of Primary Care.

Materials and methods: A multi methodological approach, blending both quantitative and qualitative tools was used to facilitate data gathering from primary sources, such as systematic reviews and secondary sources, such as focus groups. Data analysis was done utilizing PCAT (Primary care assessment tools).

Results: The use of primary care screening tools proved to be a valuable resource, being its friendly usage and reliability. These scales also allow for follow up on depression and anxiety disorders.

Conclusion: To implement a medical record proposal it is necessary to include background on personal, familiar and social information regarding the patient. It is also key to include screening tools that allow the physician to come up with a proper diagnosis and follow up.

Keywords: Social determinants of health; electronic medical record; primary care; depression and anxiety

Resumo

Introdução. A depressão e a ansiedade representam as principais doenças de saúde mental no mundo, calcula-se que para 2020 este problema aumente em 15%, sendo a segunda causa de morbimortalidade. Na Colômbia, segundo a lei 1616 de 2013 “lei de saúde mental”, que promove o direito à atenção integral de atenção primária para os doentes e quem está em risco. No entanto o país ainda não conta com um modelo de história clínica que atenda às necessidades destes pacientes.

Materiais e métodos. O viés metodológico do trabalho é multi-metodológico, quantitativo e qualitativo, coleta diversas fontes tanto primárias (grupos focais) como secundárias (revisão sistemática). A análise foi feita através da ferramenta PCAT (Primary care assessment tools).

Resultados. O uso de instrumentos para teste de rastreio em atenção primária é muito útil para serem administrados diretamente ou como aplicação médica e facilitam a avaliação de escalas para estabelecer níveis de gravidade e acompanhamento destes transtornos mentais.

Conclusão. Na elaboração da proposta da história clínica que facilite a compreensão da condição mental do paciente é preciso considerar contexto familiar, social e pessoal dos pacientes, usando testes de rastreio como ferramentas da atenção primária.

Palavras Chave: determinantes sociais da saúde, registro médico eletrônico, atenção primária em saúde, depressão, ansiedade.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales representan, aproximadamente, el 11 % de la carga de la enfermedad a nivel mundial y se estima que para el 2020 se aumente a 15 %. Entre ellas, la depresión se cree que será la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares, lo cual pone en alerta a las entidades gubernamentales por el costo socioeconómico que esto implica (1).

En los últimos años, se ha encontrado que la salud mental no es algo que se deba manejar por partes, sino como un todo, en el cual se incluyan los determinantes en salud mental que pueden llevar a muchas dolencias físicas, las cuales, a su vez, pueden inducir más problemas de salud mental. Entre las condiciones

o determinantes con riesgo de generar problemas de salud mental, se encuentran: condiciones de trabajo estresante, discriminación de sexo, exclusión social, modelos de vida poco saludables, mala salud física y violación de los derechos humanos (1).

Por lo anterior, la OMS se ha planteado cuatro objetivos para la prevención y la promoción en salud mental a partir de los factores determinantes de la salud, que son: reforzar un liderazgo y una gobernanza en el ámbito de la salud mental; proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, en el ámbito comunitario; promover estrategias prácticas de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y

fortalecer los sistemas de información, los actos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. En relación con estos determinantes, nació en Colombia la Ley 1616 del 2013 (Ley en salud mental), en la cual se promueve el derecho a la atención oportuna integral desde la atención primaria de las personas en riesgo y de aquellas que ya sufren una enfermedad mental (1).

En Colombia, hay una gran 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. Varios aspectos económicos, socioculturales e históricos aumentan la probabilidad de que exista un problema de salud mental en nuestra población.

A pesar de que existen escalas específicas para el diagnóstico de las enfermedades mentales, diseñadas para su aplicación en atención primaria, muchas de ellas requieren gran entrenamiento de quien las utiliza, requieren 30 minutos o más para su aplicación, y no permiten aproximarse a un diagnóstico psiquiátrico ya que tienen un rango limitado de sintomatología que no permite el abordaje integral, por lo que se requieren nuevas escalas para su fin diagnóstico.

Actualmente, entre los instrumentos y escalas utilizados para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria, los más utilizadas son el *Patient Health Questionnaire* (PHQ) y la *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD); otra utilizada en atención primaria es la *Global Mental Health Assessment Tool* (GMH/AT), que permite hacer amplia tamización y diagnosticar problemas mentales, con poco entrenamiento en psiquiatría y en corto tiempo (2) a short structured diagnostic instrument, with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Sin embargo, estos instrumentos de medición compuestos por ítems permiten medir fenómenos que no son directamente observables, teniendo en cuenta que no son para hacer un diagnóstico formal, sino que ayudan identificar personas con riesgo o probabilidad de reunir criterios para el trastorno o la categoría diagnóstica explorados (3).

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud Mental recomienda el instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) desarrollado por la OMS, aunque señala que la puntuación para este cuestionario no es universalmente aplicable (4). Este instrumento ha demostrado ser sensible para identificar alteraciones mentales, diferenciando entre trastornos psicóticos y no psicóticos, y está al servicio de médicos generales en múltiples países donde se

utiliza (5). Sin embargo, solo abarca categorías sintomáticas muy amplias; no permite un abordaje integral del paciente y solo revela la presencia o la ausencia de síntomas, sin proporcionar una aproximación diagnóstica específica (6) estas tienen limitaciones en la práctica clínica diaria. Muchas fueron creadas para realizar investigación, otras requieren gran entrenamiento de quien las aplica y en su gran mayoría cubren un rango limitado de síntomas, por ejemplo ansiedad y depresión. Escalas de gran uso clínico para síntomas ansiosos y depresivos permiten evaluar la presencia o ausencia de síntomas más que dar un diagnóstico específico y deja por fuera un espectro amplio de trastornos psiquiátricos como la demencia y la psicosis. Por estas razones, se han propuesto múltiples alternativas que permitan superar los problemas mencionados. Objetivo. Revisar de forma crítica los instrumentos utilizados para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Materiales y métodos. Revisión de la literatura. Resultados. Dentro de las herramientas desarrolladas y más utilizadas se encuentran la *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD).

En los registros médicos utilizados actualmente en nuestro país, no se incluye ninguno de los instrumentos anteriormente mencionados, por lo que se hace necesario 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 según los factores determinantes de salud en la atención primaria, sino que permita hacer el seguimiento después de su detección, superando las limitaciones de la práctica clínica actual, y que facilite al médico familiar y a los equipos de atención primaria la compleja tarea de hacer un abordaje integral.

Por lo anterior, el interés de este trabajo es proponer las características y variables que permitan el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, principalmente, depresión y ansiedad, con base en los factores determinantes de la salud, en una historia clínica con enfoque en la atención primaria integral en salud (APIS), superando las limitaciones de la práctica clínica actual y facilitando el trabajo del médico y de los equipos de atención primaria.

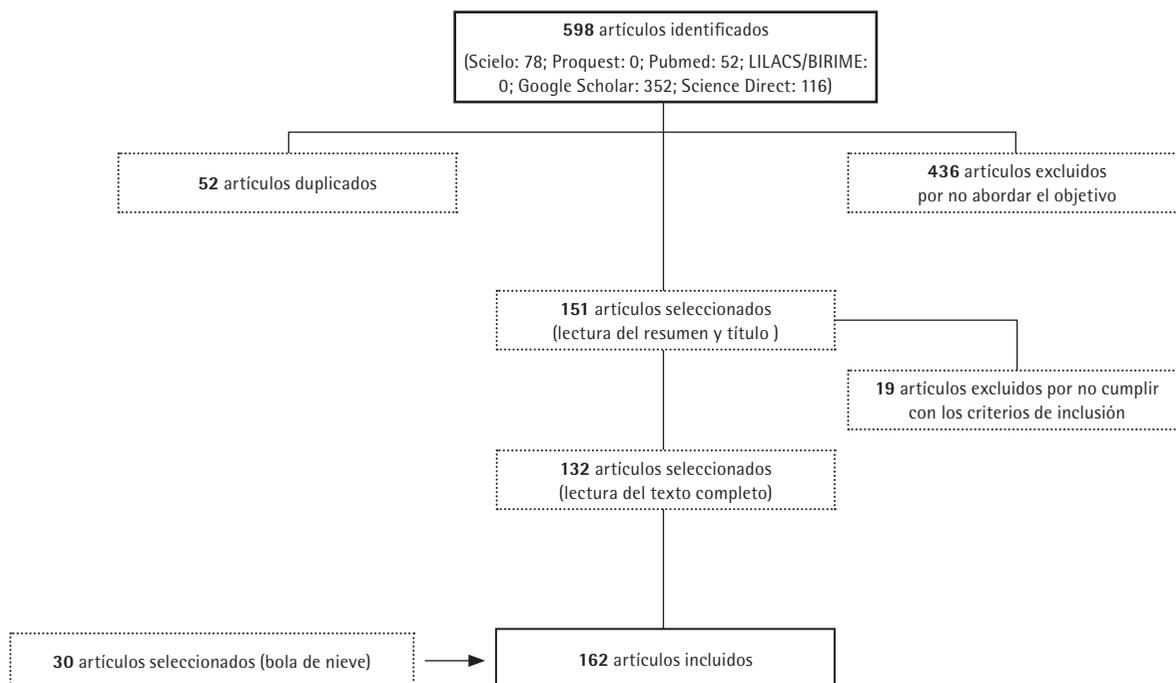
Metodología

Se utilizó un enfoque múltiple que promueve el uso combinado de los métodos cuantitativo y cualitativo, desde una perspectiva sistémica y crítica. Este enfoque facilitó la recolección de información mediante una fuente primaria y otra secundaria.

En la fuente primaria, se incluyó una revisión sistemática selectiva de la literatura científica nacional e internacional, de artículos en inglés, español y portugués, con no más de cinco años de publicados. La búsqueda se hizo en las bases de datos Pubmed, Scielo, Proquest, Lilacs/Bireme, Google Scholar y 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 utilizaron 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” y “screening”. También, se incluyeron las referencias bibliográficas citadas por los artículos escogidos que no fueron detectadas inicialmente (bola de nieve) (figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de estudios publicados que abordan los factores determinantes de salud mental en atención primaria



En la fuente secundaria se hicieron entrevistas (grupos focales, individuales o ambos) a profesionales voluntarios: médicos especialistas (médico familiar, psiquiatras, médicos generales, trabajadores sociales que trabajan en salud pública) y directores médicos de atención primaria que se encontraban laborando en instituciones públicas o privadas en las que se utiliza la historia clínica electrónica. Previamente, se obtuvo el consentimiento informado, aprobado por el comité institucional de ética en investigación de la Universidad El Bosque *ad hoc* (Acta N° 047-2015).

El análisis de las dos fuentes se hizo con categorías deductivas mediante los *Primary Care Assessment Tools* (PCAT), que son para evaluar la atención primaria y se componen de las siguientes funciones esenciales (7,8):

- **Primer contacto:** identificación temprana de diferentes enfermedades que tienen impacto en los pacientes y acompañamiento en el proceso de atención que requieran dentro del sistema de salud.
- **Continuidad:** observación a largo plazo de la relación personal entre el paciente y el profesional o centro de salud, la cual debe facilitar que se desarrolle con base en la confianza y conocimiento de la persona y su familia (7).
- **Coordinación:** función de enlace entre los servicios de atención para que la persona reciba una atención apropiada de todos sus problemas de salud, permitiendo el reconocimiento de problemas anteriores y nuevos, e incluyendo la referencia y el acompañamiento de la atención recibida en otros servicios especializados (7).

- **Integralidad:** organización integral y articulada de 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 sean más frecuentes (7).

En el desarrollo de la lectura completa de los artículos, se identificaron cinco subcategorías inductivas (motivo de consulta, condiciones comórbidas, tiempo de la consulta, confidencialidad de la historia clínica y acciones de promoción y prevención), que se usaron en las entrevistas focales con el fin de identificar la importancia de estas categorías para el diseño de la historia clínica que permita el diagnóstico y el seguimiento de la depresión y la ansiedad en la atención primaria.

Resultados

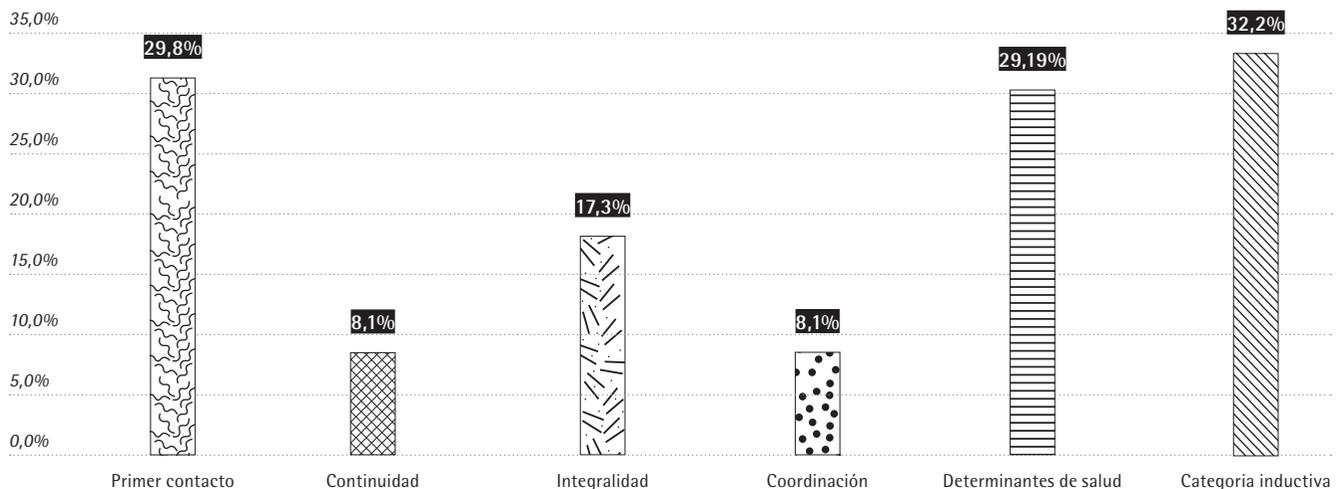
Fuente primaria

A partir de 598 artículos identificados por su resumen se hizo la lectura detallada del texto completo de solo 151 (25,2 %) artículos, de los que se excluyeron 19 por

no cumplir con los criterios de inclusión (edad, objetivos, salud mental, atención primaria). En total, quedaron 132 (22 %) estudios útiles para ser analizados de acuerdo con las variables que pudieran usarse para diseñar una historia clínica para detectar enfermedades mentales, principalmente, ansiedad y depresión en la atención primaria. Durante la lectura del texto completo, se incluyeron 30 artículos, para un total de 162 seleccionados.

El 92% de los artículos científicos (138) encontrados se publicaron entre el año 2014 y el 2016. Se encontró la siguiente distribución de las categorías inductivas y deductivas, teniendo en cuenta que algunos artículos se hallaron más de una categoría: 48 artículos de primer contacto, 13 de continuidad, 28 de integralidad, 13 de coordinación, 47 de determinantes de salud y 52 artículos que tuvieron que ver con la categoría inductiva. En la figura 2 se muestra la distribución porcentual de acuerdo con el número de artículos analizados por estrategia.

Figura 2. Distribución porcentual de los estudios publicados que se clasifican de acuerdo con las estrategias planteadas



Primer contacto. Los estudios relacionados con esta categoría describen que los centros de atención primaria siguen siendo el principal punto de acceso para el manejo de enfermedades como la depresión y ansiedad. Algunos estudios demostraron que, en los países desarrollados y en desarrollo, existen barreras en el diagnóstico oportuno de estos trastornos en la atención primaria, tales como la falta de formación de los médicos para usar instrumentos de evaluación y tamización en salud mental, la sobrecarga asistencial y el tiempo limitado

de la consulta (9,10). Otra limitación en el diagnóstico oportuno se relaciona con la distribución insuficiente de recursos económicos y humanos, lo que conduce a una mala calidad de los servicios sanitarios (11).

Los instrumentos de tamización en la atención primaria son un gran apoyo de fácil manejo y pueden usarse de forma directa o en una aplicación médica para los teléfonos inteligentes, lo cual facilita la detección precoz de estos síndromes y, así, prevenir su desarrollo y sus

complicaciones (12)anxious and depressive syndromes occurs in half of all primary care cases. As research on this overlap of syndromes in the general population is scarce, the present study investigated the prevalence of the overlapping syndromes and their association with health care use. Method A national general population survey was conducted between June and July 2012. Trained interviewers contacted participants face-to-face, during which, individuals reported their health care use in the previous 12 months. Somatic, anxious and depressive syndromes were assessed using the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). Sin importar la herramienta de tamización empleada, cuando exista sospecha de depresión o ansiedad, se debe hacer una entrevista que incluya el lenguaje no verbal y una evaluación orientada a confirmar dichos trastorno (13,14), lo cual, a su vez, dependerá de las destrezas de comunicación del médico de atención primaria (13).

Continuidad. Según las publicaciones, el paciente enfrenta limitaciones para cumplir con el seguimiento y el tratamiento, como costos de la medicación y dificultades para continuar las atenciones especializadas, y el personal de salud de atención primaria también, por largas distancias y problemas de transporte (15) adequacy of antidepressant treatment, and changes in quality of life of patients with major depression receiving follow-up care from primary care centers. Method: A cohort study was performed in which major depression patients were followed-up over a nine-month period. Several evaluation instruments were used, including the World Health Organization Quality of Life and the Quality of Life-Depression, Centers for Epidemiologic Studies-Depression questionnaires. Results: The sample comprised 179 individuals, mostly female (73%). Asimismo, los médicos tienen dificultad para evaluar los resultados del tratamiento y, por consiguiente, se obtienen bajas tasas de remisión. Además, por el subdiagnóstico debido a la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la poca destreza para hacer el diagnóstico de depresión, se limita la continuidad (13,16).

Aragón, *et al.*, demostraron que, mediante la historia clínica electrónica sistematizada se logra un seguimiento oportuno y periódico de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. La unificación de guías prácticas electrónicas permite a los diferentes médicos de atención primaria dicho seguimiento, para hacer el ajuste terapéutico y el manejo integral. Igualmente, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento adecuados contribuyen al cumplimiento del paciente y, por lo tanto, a lograr un control terapéutico apropiado (17).

Integralidad. De acuerdo con los informes, alrededor del 80 % de los médicos familiares refiere que parte del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades mentales se ven afectados, ya que no existe coordinación, comunicación y cooperación entre los diferentes niveles de atención en salud, por lo cual los indicadores de calidad disminuyen al no existir integración entre los médicos de familia y los especialistas en salud mental. Esto lleva a la sobrecarga de pacientes por falta de la remisión oportuna entre el primer y el segundo nivel de atención, y se afecta de manera directa la valoración integral del paciente (18).

Coordinación. Se encontró descrito que el diseño de la historia clínica electrónica unificada entre los profesionales de la salud permite la identificación de factores de riesgo para la intervención oportuna de los mismos, permite visualizar entre los diferentes profesionales de salud durante el proceso asistencial los diagnósticos activos, diagnósticos resueltos, evolución clínica, escala de evaluación de la actividad global (EEAG), y riesgo suicida, así como el historial de medicamentos y los 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 (17,19).

Según los diferentes informes, hay un progreso considerable en la atención primaria de los problemas de salud mental, debido al cumplimiento de los enfoques integrados para la prestación de servicio en salud, los cuales incluyen las recomendaciones de cribado de la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) y la adopción de directrices de guías de práctica clínica que permitan un abordaje eficaz de condiciones comunes en salud mental en atención primaria, así como la aceptación del modelo de atención a largo plazo centrado en seis aspectos: apoyo de la autogestión, sistemas de información clínica, soporte de decisiones, rediseño del sistema de distribución, organización de la atención en salud y recursos de la comunidad (20). Estos aspectos han demostrado tener un impacto para mejorar el tratamiento de la depresión y lograr la remisión de la enfermedad, mediante la educación y la autovigilancia por parte del paciente y, además, la colaboración de los profesionales para el enlace de la atención primaria con la especializada en salud mental, con el complemento del seguimiento frecuente por parte de enfermeras entrenadas y de psicólogos (20,21).

La historia clínica electrónica proporciona un acceso fácil e integral a las notas médicas, y genera recomendaciones de tratamiento y recordatorios clínicos, lo

cual permite opciones de retroalimentación para mejorar la evolución del paciente en la atención primaria (20). Asimismo, los avances tecnológicos han mejorado la comunicación e interacción entre los profesionales y los pacientes, mediante el uso del teléfono celular, el correo electrónico y la internet, y permiten el seguimiento y el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, con una eficacia equiparable a la de las operaciones tradicionales en atención primaria. Sin embargo, la tecnología por sí sola es insuficiente (22,23).

Factores determinantes de salud. Según las publicaciones, los aspectos determinantes de la salud asociados a enfermedades como la depresión y la ansiedad,

tienen unos factores de riesgo específicos para su desarrollo. Estos se pueden agrupar en: factores de ‘internalización’ (sic) (genética, baja autoestima, trastorno de ansiedad temprana y antecedente de depresión mayor); factores externos (genética, abuso de sustancias, trastorno de conducta); y el factor adversidad (trauma durante la infancia o la edad adulta, eventos estresantes de la vida, pérdida de los padres, poco afecto de los padres, antecedentes de divorcio, problemas matrimoniales, escaso apoyo social y poca educación) (24). En la tabla 1 se listan los factores condicionantes o determinantes que llevan al riesgo de generar problemas de salud mental como la depresión y ansiedad.

Tabla 1. Subcategorías inductivas asociadas con la depresión y la ansiedad

Clasificación	Factores	Referencia
Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza • Nivel educativo • Condiciones laborales • Estilo de vida • Condiciones de salud 	(25,26) (27,28,29) (27-29) (30) (30,31,32) (30-32) (14,24)
Factores físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia 	(33,34)
Factores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones genéticas • Cambios neuroquímicos 	(34,35) (24,36,37)

Tabla 2. Subcategorías inductivas asociadas con depresión y ansiedad

Subcategorías	Características	Referencias
Motivos de consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos (cefalea, pérdida de peso, fatiga, alteraciones del sueño) • Pacientes que consultan frecuentemente al sistema de Salud 	(30,38,39) (40,41)
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiometabólica (diabetes, obesidad, hipertensión). • Enfermedad respiratoria (EPOC) • Enfermedad neurológica (enfermedad de Alzheimer, trauma craneoencefálico) • Enfermedad infectocontagiosa (HIV/sida) 	(42,43,44) (42-44) (42,45) (42,46) (47)
Tiempo en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Limitación del tiempo (30 minutos) • Retraso en el diagnóstico y el seguimiento • Disminución de la calidad de la consulta 	(13,48)
Confidencialidad de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza médico-paciente (cumplimiento del tratamiento) • Consentimiento informado (responsabilidad legal y ética) 	(26,49)
Acciones de promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos familiares y sociales • Actividad física • Tratamiento de comorbilidades 	(50)

De acuerdo con lo referenciado en la literatura científica, en la categoría inductiva existen cinco subcategorías relacionadas con depresión y ansiedad, (tabla 2).

Fuente secundaria

Se organizaron tres grupos focales en el periodo comprendido entre febrero y marzo del 2017, dos de ellos conformados por seis integrantes y, el tercero, por ocho integrantes. En los grupos focales participaron los siguientes profesionales del área de la salud: 7 psicólogos, 3 médicos residentes de medicina familiar, 2 médicos generales, 3 psiquiatras, 2 médicos familiares, 2 trabajadores sociales y 1 enfermera jefe. Las sesiones de los grupos focales tenían la intención de facilitar una relación informal, por lo que durante la sesión se entregaron refrigerios a los participantes. Todas las sesiones de los grupos focales se grabaron y, posteriormente, se transcribieron.

Al analizar los comentarios de cada uno de los grupos focales sobre las categorías deductivas, se observó que, sobre la de primer contacto, los profesionales encuestados opinaron que se deberían incluir en la historia clínica herramientas de tamización validadas en Colombia cuya implementación sea fácil y rápida, como el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y la *Generalised Anxiety Disorder Assessment* (GAD-7), para la detección temprana de trastornos de ansiedad y depresión (tabla 3). Resaltaron la importancia del entrenamiento del profesional de atención primaria para llevar a cabo la tamización, pues la utilidad de la herramienta para hacer un diagnóstico y brindar un tratamiento oportuno depende también de su manejo y del conocimiento de los trastornos mentales.

Sobre la categoría de continuidad, los grupos focales consideraron que la historia clínica con la que cuentan no les permite entablar una relación a largo plazo con el paciente, debido a varios factores como que el paciente no asiste siempre a la misma institución, y que la historia clínica no la elabora el mismo profesional, ya que la cita se asigna teniendo en cuenta la disponibilidad y no factores como el centro de referencia del paciente; además, no existe una red de hospitales, clínicas o instituciones prestadoras de salud (IPS) que favorezca la comunicación y continuidad con todos los especialistas, médicos de atención primaria, psicólogos, trabajadoras sociales y demás personal involucrado en salud mental, para un manejo integral de los diferentes factores de riesgo que se presentan.

Los entrevistados consideraron que se debe hacer un seguimiento de dos a cuatro 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 depende del tipo de intervención que requiere el paciente por parte de cada uno de los profesionales del grupo de salud mental. Es importante que se establezcan estrategias que permitan el seguimiento de los pacientes, para lograr la continuidad de los controles médicos y la observancia del tratamiento farmacológico y de otro tipo, así como el cumplimiento de las llamadas telefónicas y las visitas domiciliarias, las cuales deben registrarse en la historia clínica electrónica.

En la integralidad, se consideraron dos aspectos principales. El primero es que, en la atención primaria, es indispensable la conformación de grupos multidisciplinarios de salud mental, conformados por psiquiatras, médicos familiares, psicólogos, médicos generales capacitados, enfermeras capacitadas y trabajadores sociales, para el abordaje integral y biopsicosocial de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión; asimismo, disponer de espacios para que se reúna todo el grupo multidisciplinario a puntualizar objetivos terapéuticos.

Para la coordinación, en la atención primaria se debe contar con un sistema de información de historias clínicas que haga posible verificar los diversos conceptos terapéuticos del médico tratante y de los especialistas consultados, los cuales hacen parte del proceso integral del paciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, este acceso a la información solo es posible en la misma institución, por lo cual es importante estandarizar el registro de las actividades no farmacológicas, pues existen falencias en el registro de estas actividades por parte del personal médico. Los sistemas actuales no permiten verificar las intervenciones realizadas; muchas veces, la única información accesible es la que brindan el paciente o sus familiares, la cual no es acertada en la mayoría de los casos, lo cual dificulta la toma de decisiones. Por esto, es un reto para el equipo médico mejorar el proceso de referencia y contrarreferencia para que se incluya toda la información pertinente y se mejore la coordinación entre los diferentes servicios.

Tabla 3. Comentarios de los grupos focales sobre las categorías deductivas

Categorías	Comentarios
Primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> • “La historia clínica no permite detectar un trastorno depresivo, en principio se tendría que aplicar un tamizaje, que permitiera diagnosticarlo”. • “La capacitación es importante para poder direccionar los pacientes con enfermedades mentales en atención primaria”. • “Las escalas son una herramienta de tamización. Lo que pasa es que tienen que estar validadas para el país o para la región; que sean útiles y que sean fáciles de usar”. • “La escala PHQ-2 es la primera herramienta utilizada en atención primaria, la cual se debe ratificar usando la escala PHQ-9, sin embargo se debe confirmar su validez en Colombia”.
Continuidad	<ul style="list-style-type: none"> • “En atención primaria no se realiza un seguimiento adecuado de los pacientes”. • “El seguimiento es distinto en cada profesión y distinto a lo que se ha manejado. Entonces, creo que cada disciplina debe tener un tiempo”. • “Se debería realizar un seguimiento de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión durante 2 a 4 meses como mínimo”.
Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> • “El trabajo multidisciplinario entre el médico, trabajador social y psicología pueden aportar a un mejor diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales”. • “Se debería contar con el equipo de salud mental para el manejo integral de los pacientes”. • “Hace falta una mejor coordinación y trabajo en equipo entre médicos, psiquiatras y psicólogos”. • “Uno debe tener en cuenta en la atención primaria que el paciente no es síntomas, es un todo”.
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • “En la historia clínica no se registra el manejo no farmacológico que puede ser fundamental para que a futuro se tomen decisiones en el tratamiento del paciente”. • “No se permite compartir información de la historia clínica con otros profesionales de la salud; en el momento de las remisiones, es importante incluir la evolución, análisis clínico, estudios orgánicos y la evaluación mental que se haya realizado”.

En la tabla 4 se muestran algunos comentarios en relación con los determinantes de salud que se deben tener en cuenta durante la atención primaria, para un buen diagnóstico y seguimiento de pacientes con depresión y ansiedad. Se puede observar que los determinantes de salud se encuentran clasificados en 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.

Además, se ha visto que la depresión se asocia con 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 con la ansiedad. Sin embargo, existe controversia y algunos profesionales consideran que cada paciente es un mundo y los aspectos o determinantes pueden ser distintos según

las condiciones o necesidades de cada individuo; por esto, el profesional de la salud debe indagar y profundizar dependiendo de la situación de cada paciente.

Cabe resaltar que los determinantes de salud permiten predecir cuál es la probabilidad de mejoría con el tratamiento y determinar si es necesario involucrar otras especialidades o áreas como la psicología o el trabajo social, que permitan un abordaje integral del tratamiento de cada paciente. Teniendo en cuenta la experiencia y el conocimiento del profesional, se pueden detectar ciertas condiciones del comportamiento del individuo que permiten el diagnóstico de la depresión; en el caso de la ansiedad, es más complejo identificar estas condiciones desde la primera visita. Las escalas facilitarían la identificación de los determinantes de salud más relevantes que se encuentran asociados con la depresión y la ansiedad en nuestra sociedad.

Tabla 4. Comentarios de los grupos focales sobre la categoría de factores determinantes de salud

Categoría	Comentarios
Determinantes de salud	<ul style="list-style-type: none"> • "La inclusión de los determinantes es importante debido a que permite predecir cuál es la probabilidad de respuesta al tratamiento". • "Dependiendo del contexto, de la información, cada paciente, cada historia, cada persona es distinta; yo creo que en la historia clínica debería decir en el enunciado: aprenda a escuchar a su paciente". • "La historia clínica sí debe permitir evaluar todos los componentes, pero que se estandarice para que yo pueda evaluar el contexto biopsicosocial". • "Los determinantes que se puedan intervenir o en los que pueda hacerse un cambio; son muy útiles". • "Todos los factores son importantes, realmente, porque la persona puede decir: listo, yo vivo en tales condiciones".

En las subcategorías inductivas (tabla 5), según el análisis de los comentarios sobre condiciones de comorbilidad, se debe hacer una tamización global a todos los pacientes, especialmente a quienes presentan enfermedades crónicas, como artritis reumatoide, diabetes e hipertensión arterial sistémica, por medio de

preguntas sencillas y breves; estas deben mostrar un grado alto de 'evidencia' de ser útiles, facilitar el abordaje integral y poder usarse en una población numerosa. De esta forma, se aumentaría de forma significativa el diagnóstico de la ansiedad y la depresión en la atención primaria.

Según la estimación de todos los integrantes de los grupos focales, el tiempo promedio de la primera consulta debería ser de 52 minutos y, el de la consulta de control, de 30 minutos. Sin embargo, el tiempo real de una consulta, inicial o de control, no supera los 20 minutos, lo cual es una limitación para poder hacer el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

La confidencialidad de la historia clínica se ha visto afectada debido a que se ha disminuido el registro de datos relacionados con los factores determinantes de la salud mental, específicamente, los relacionados con una descripción detallada de antecedentes traumáticos, como el abuso y la violación, debido a la creciente sistematización. Además, el hecho de que el paciente deba presentar la historia clínica para algún proceso jurídico o laboral, impacta negativamente la relación entre médico y 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.

Tabla 5. Comentarios de los grupos focales sobre las subcategorías inductivas

Subcategorías	Comentarios
Condiciones comórbidas	<ul style="list-style-type: none"> • "existen muchos síntomas sicosomáticos como la migraña, cefalea primaria, fibromialgia, dispepsia, colon irritable que se encuentran asociados a los trastornos mentales". • "La cefalea, las migrañas el síndrome de colon irritable, son síntomas asociados a enfermedades como la depresión y ansiedad" • "Los síntomas somáticos se deberían tener en cuenta como patología clínica al igual que la lista de trastornos endocrinos; como enfermedades diabetes, hipertensión, enfermedad renal que aquejan principalmente a los adultos mayores".
Condiciones comórbidas	<ul style="list-style-type: none"> • "existen muchos síntomas sicosomáticos como la migraña, cefalea primaria, fibromialgia, dispepsia, colon irritable que se encuentran asociados a los trastornos mentales". • "La cefalea, las migrañas el síndrome de colon irritable, son síntomas asociados a enfermedades como la depresión y ansiedad" • "Los síntomas somáticos se deberían tener en cuenta como patología clínica al igual que la lista de trastornos endocrinos; como enfermedades diabetes, hipertensión, enfermedad renal que aquejan principalmente a los adultos mayores".

Subategorías	Comentarios
Tiempo de la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • "Las intervenciones médicas idealmente deberían ser de sesiones de una hora". • "El tiempo de la consulta por primera vez debería ser de 30 minutos como mínimo para poder identificar los riesgos y hacer un buen abordaje y los controles al menos de 20 minutos".
Confidencialidad de la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • "La historia clínica es un documento legal, que el paciente sino está de acuerdo con lo descrito puede juzgar al médico" • "En la historia clínica se encuentran algunos determinantes de salud, pero dada las dificultades de la confidencialidad en los registros sistematizados es difícil la inclusión de todos los determinantes en los formatos".
Acciones de Promoción y Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • "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". • "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". • "Para los pacientes es muy importante acceder a los estilos de vida saludable porque se ven muy afectados debido a su sintomatología".

Discusión

La identificación, mediante la revisión sistémica relacionada con grupos focales, de las características y variables que permitan el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de los problemas de salud mental, principalmente depresión y ansiedad, evidencia la necesidad de que la historia clínica tenga herramientas de tamización para detectarlos en la atención primaria. En las publicaciones científicas se resalta la necesidad de sistematizar las herramientas de diagnóstico, dado que estas permiten la accesibilidad, la disminución del tiempo en aplicación, la comodidad, la privacidad, la mejora de la fiabilidad y de la validez, y la disminución de los gastos en salud, lo cual facilita el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos (31,32).

Como parte de sus objetivos primordiales, la OMS incluye el fortalecimiento de los sistemas de información, los actos científicos y las investigaciones sobre salud mental, con el fin de brindar una atención integral que no solo tengan en cuenta las actividades de prevención y promoción de la salud mental, sino que tengan impacto sobre los factores determinantes de la salud (51).

En Colombia, una iniciativa gubernamental dio origen a la Ley 1616 del 2013, "Ley de salud mental", en la cual se promueve el derecho a la atención oportuna integral desde la atención primaria de las personas en riesgo y de quienes ya sufren una enfermedad mental

(52,53,54). Sin embargo, los pacientes con ansiedad o depresión no se detectan correctamente en la atención primaria, en gran parte, debido a que consultan por síntomas somáticos o tienen otras enfermedades crónicas, incluyendo no solo las cardiometabólicas sino las autoinmunitarias e infecciosas, como el HIV/sida, y no se consideran pacientes con enfermedad mental (55,56), lo que dificulta su correcta detección y su tratamiento oportuno (55). Lo anterior se demostró en el estudio de Picardi, *et al.*, en el que se llegó a la conclusión de que solo 30 a 40 % de los casos de trastorno de depresión eran detectados por los médicos generales (9). Estos datos concuerdan con los obtenidos en las entrevistas y en los grupos focales con profesionales relacionados con la atención integral de los pacientes con trastornos mentales (médicos psiquiatras, psicólogos, médicos familiares, médicos generales, enfermeros profesionales, trabajadores sociales), en los cuales se mencionan las dificultades de los médicos generales para detectar y tratar oportunamente estos trastornos.

Por estas razones, tanto en los artículos científicos como en las entrevistas y en los grupos focales, se afirma que se deberían implementar estrategias en la historia clínica para llevar a cabo los objetivos de la OMS con respecto a los trastornos de depresión y de ansiedad. Debido a su gran soporte técnico-científico, tanto en sensibilidad como en especificidad, se plantea el uso de herramientas, como el cuestionario PHQ-4 que contiene ítems sobre depresión y ansiedad, que sean

útiles para la detección oportuna y el seguimiento, y que sean breves y de fácil utilización en los centros de atención primaria por parte de todos los profesionales de la atención primaria (42,56,57).

En cuanto a nuestra propuesta de historia clínica, en primer lugar, los tiempos destinados para la consulta de primera vez son de 30 minutos y, para las de control, de 20 minutos, y los datos iniciales de identificación de la historia clínica son los contemplados en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social (58).

En segundo lugar, con respecto al motivo de consulta, la enfermedad actual y la revisión por sistemas, se debe considerar la inclusión de los motivos de consulta en la atención primaria y de las condiciones comórbidas asociadas a depresión y ansiedad. En tercer lugar, en el registro de los antecedentes, además de los personales y familiares, se debe indagar sobre los antecedentes sociales: comunidad a la que pertenece, recursos de la comunidad, redes de apoyo existentes, 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. Posteriormente, se registran los signos vitales y el examen físico de manera convencional, y se lleva a cabo la tamización sobre ansiedad y depresión por medio del cuestionario PHQ-4.

A continuación, se registran los diagnósticos, teniendo en cuenta el posible resultado positivo de la tamización, el cual debe acompañarse de las escalas que evalúan la gravedad y que puedan utilizarse para el seguimiento de los trastornos depresivo y de ansiedad (el PHQ-9 o la GAD-7, según corresponda), además de una evaluación de los factores de riesgo y de los antecedentes sociales registrados previamente. Finalmente, se hacen las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, haciendo énfasis en incluir la actividad física como parte del tratamiento integral de los trastornos de ansiedad y depresión.

Ante el panorama actual, la bibliografía revisada y los datos obtenidos de los grupos focales, consideramos que nuestro principal aporte es la propuesta de que se implemente el uso de herramientas dentro de la historia clínica de atención primaria para detectar trastornos de ansiedad y depresión, valorar su gravedad y hacer el seguimiento de los pacientes; estas deben estar estandarizadas, ser reconocidas

mundialmente e implementarse en el menor tiempo posible por parte de los profesionales de la salud sin entrenamiento específico en salud mental. Estas herramientas, junto con guías de práctica clínica, facilitarían el manejo integral de estos trastornos (14,17,56).

Conclusiones

- El diagnóstico de los pacientes con trastornos de depresión y ansiedad constituye un reto para los médicos de atención primaria, ya que en, muchos de los casos, consultan no solo por síntomas en la esfera emocional, sino también cognitivos, neurovegetativos o somáticos. Por lo cual el uso de la escala PHQ-4 permitirá diagnosticar de manera más fácil y oportuna a los pacientes con estos trastornos en la consulta de atención primaria.
- En la valoración integral de los enfermos crónicos, se hace necesario el enfoque integral de estos pacientes y su familia, pues la carga de la enfermedad no se relaciona exclusivamente con la enfermedad que presentan, sino también, con su estado emocional y mental, lo cual aumenta el riesgo de un trastorno depresivo o de ansiedad.
- Para la elaboración de la propuesta de historia clínica enfocada en el diagnóstico de trastornos depresivos y de ansiedad, consideramos que se debe incluir lo concerniente al contexto personal, familiar y social de los pacientes, con herramientas de tamización que faciliten al médico de atención primaria hacer el diagnóstico y el seguimiento de estas enfermedades.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés respecto al presente artículo.

Financiación

El proyecto titulado “Propuesta de historia clínica integral en APIS con enfoque en determinantes de la salud. Primera fase”, fue aprobado en la Convocatoria Interna, Grupo de Investigación de Medicina Comunitaria, línea de Investigación de Salud Familiar y Atención Primaria, Universidad el Bosque 2015; Pci20158235.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2016. p. 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
2. Loerch B, Szegedi A, Kohlen R, Benkert O. The primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2000;34(3):211–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10867116>
3. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6(302):302–18.
4. Mental S. DESALUDMENTALENPOBLACION DESPLAZADA COLOMBIA, 2010. 2010;1–227.
5. Beusenbergh M, Orley J. A user's guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization. 1994. p. 84.
6. 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.
7. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield, Barbara; Cassady, Charlyn; Nanda, Joy; Forrest, Christopher B.; Berk R. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria* [Internet]. 2003;31(6):382–5. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A181.pdf
8. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 2011;27(3):187–9.
9. 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]. Elsevier; 2016;198:96–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.025>
10. Gorton S. Assessment of Depression Screening in Women's Primary Care Clinic. 2016;
11. 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.
12. 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]. Elsevier B.V.; 2016;90:51–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004>
13. Calvo Gómez JM, Jaramillo González LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Rev la Fac Med*. 2015;63(3):471–82.
14. 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).
15. 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.
16. 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://doi.wiley.com/10.1002/cpp.2029>
17. Aragonès E, Comín E, Cavero M, Pérez V, Molina C, Palao D. Un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2017;49(6):359–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011>
18. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Ment (Mexico City)*. 2012;35(4):315–28.
19. 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;2:205520761666306. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055207616663069>
20. Magruder KM, Yeager DE. Mental health problems in primary care: Progress in North America. *Eur J Psychiatry*. 2007;21(1):55–61.
21. 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*. BioMed Central; 2016;10(1):4–9.
22. 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>
23. 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.
24. 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]. Elsevier; 2015;25(11):1933–

42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.08.002>
25. Biegler K, Mollica R, Sim SE, 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]. Elsevier Inc.; 2016;50:66–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.001>
26. Ayano G, Assefa D. 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-in-toprimary-care-in-ethiopia-experiences-of-east-african-coun-2327-4972-1000204.php?aid=75789>
27. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. 2001. p. 1–169.
28. 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>
29. 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
30. 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]. Elsevier; 2016;193:194–202. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.054>
31. 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>
32. Londoño NH, Marín CA, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Escobar B, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicol.* 2010;17(1):59–68.
33. 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.* Springer US; 2016;18(4):787–98.
34. 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]. Health and Quality of Life Outcomes; 2016;14(1):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-016-0533-4>
35. Donner J, Sipilä T, Ripatti S, Kananen L, Chen X, Kendler KS, et al. Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide γ in anxiety susceptibility. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet.* 2012;159 B(3):316–27.
36. 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.
37. 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;32:55–60.
38. Postigo J, Bravo B. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Rev Clínica* 2012;5(1):37–45.
39. 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>
40. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio. 2013.
41. 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]. Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2012;41(4):853–66. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745014600512>
42. Ferri FF. Ferri's clinical advisor 2013: 5 books in 1. 2016th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Mosby; 2016.
43. 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]. Elsevier Inc.; 2015;37(5):414–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.05.010>
44. 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]. Elsevier; 2015;56(4):354–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.05.012>
45. Godoy L FA. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del co-

- medor 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
46. 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*. Springer International Publishing; 2017;26(1):139–48.
 47. 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.
 48. García-Peña 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.
 49. Octavio RG. Confidencialidad en psiquiatría. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Elsevier; 2012;23(5):634–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864012703590>
 50. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: Efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. 2005;28(1):1–8.
 51. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(June):593–602.
 52. Congreso. “POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.” 2013. p. 1–17.
 53. 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>
 54. 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]. Elsevier; 2015;184:269–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.063>
 55. 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.
 56. 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]. Elsevier B.V.; 2010;122(1–2):86–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
 57. 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]. Elsevier; 2015;186:32–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.015>
 58. Ministerio de salud. Resolución 1995 de 1999 [Internet]. Ministerio de salud y protección social. 1999. p. 1–7. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_1995_DE_1999.pdf