

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO



"DETECCIÓN DE ANSIEDAD Y TRASTORNO DEPRESIVO EN LA EMERGENCIA DEL
HOSPITAL GENERAL DEL ISSS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19"

PRESENTADO POR:
DR. RENATO ANTONIO BARRIOS ARIAS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

ASESOR
DR. EDUAR HERRERA

SAN SALVADOR, 16 DE AGOSTO DE 2020

CONTENIDO

	PÀGINA
I- INTRODUCCION.....	iii
III- OBJETIVOS.....	V
IV- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	6
V- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES.....	12
VI.- BIBLIOGRAFIA.....	18
ANEXOS	

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó que para este año, la depresión ocuparía la segunda causa de discapacidad en el mundo, lo que pone a este trastorno en un lugar digno de preocupación (Murray et al., 1996).

La Depresión es una enfermedad subdiagnosticada debido a múltiples factores, razón por la cual el mejorar el diagnóstico temprano se vuelve algo primordial dentro de las estrategias a seguir por los actores de cualquier sistema de salud.

El aumento creciente de los problemas sociales, económicos y familiares entre algunos otros, son factores que influyen en el aumento de personas afectadas por la Depresión y es debido a esto que se vuelve importante implementar estrategias de detección para esta enfermedad.

El panel independiente de expertos de los Servicios Preventivos de los EUA, recomendaron realizar actividades de tamizaje de la depresión en atención primaria a los usuarios de sus centros (Pignone et al., 2002), (*US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services*, 1996). cabe señalar que el tamizaje de enfermedades permite la detección temprana de los casos y evita la cronificación de los mismos al lograr dar tratamiento de forma oportuna y prevenir el surgimiento de complicaciones como el suicidio (Olfson et al., 2016).

El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) representa una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo con un impacto importante sobre la salud mental. Los efectos en situaciones de desastre ocurridos en el pasado han demostrado que las consecuencias y el impacto mental suelen ser a veces más severos y duraderos que las consecuencias sobre la salud física (Allsopp et al., 2019). Los estudios realizados sobre el impacto psicológico de brotes infecciosos previos, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), han encontrado una gran carga

psicológica entre la población general dentro de las que se identifican la ansiedad, depresión, ataques de pánico o síntomas psicóticos (Mauder et al., 2003), (Yt et al., 2020).

Los reportes sobre salud mental del Ministerio de Salud entre los años 2006 a 2012, muestran a la ansiedad y la depresión como primera y segunda causa de consulta de los trastornos mentales (Ministerio de Salud Pública (Minsal), 2012), así mismo el ISSS reporto 27,758 atenciones brindadas en áreas de Salud Mental a escala nacional entre enero y agosto de 2015, siendo las patologías más frecuentes el trastorno de ansiedad, depresión y violencia (*Depresión y Ansiedad son las principales causas de consulta de salud mental en ISSS*, s. f.), estas cifras contrastadas y sumadas al fenómeno de la pandemia actual obligan a la toma de una postura preventiva dentro del ISSS.

Lastimosamente el desconocimiento de la salud mental por la población en general hace que poco se busque la ayuda, por lo que estas herramientas de tamizaje en la actual situación de pandemia podrían ser muy útiles, para la disminución de la prevalencia de la depresión y de sus consecuencias.

La presente revisión busca establecer algunas pautas para la realización del tamisaje diagnóstico de la depresión bajo la actual situación de pandemia por COVID 19, en los pacientes adultos que consultan a los servicios ambulatorios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social mediante el empleo de la herramienta PHQ9 por sus siglas en inglés Patient Health Questionnaire 9 (Cuestionario de salud del paciente 9), cuestionario que a su vez permitirá tomar decisiones clínicas sobre la derivación, tratamiento y seguimiento de los pacientes de forma oportuna.

OBJETIVOS

Objetivo general

Definir una estrategia de detección, derivación al especialista y seguimiento de los pacientes con trastorno depresivo en la emergencia del Hospital General del instituto salvadoreño de Seguro Social.

Objetivos específicos

Establecer un mecanismo objetivo y uniformizado para definir las siguientes conductas:

- Detección de pacientes con trastorno depresivo
- Derivación a Psiquiatría
- Iniciar el tratamiento específico
- Monitorizar y dar seguimiento al paciente con tratamiento por trastorno depresivo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

TD: Trastornos Depresivos

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad están en aumento en todo el mundo. Entre los años 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentaron cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. El Estudio Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos encontró una prevalencia de 9,5% (Kessler, Chiu, et al., 2005)(5) mientras que el estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la Carga Global de la Enfermedad, mostró que, después de las enfermedades cardiovasculares, son los Trastornos Depresivos los de mayor carga de enfermedad a nivel mundial, siendo la depresión la que produce los costos económicos más altos para la sociedad (Murray et al., 1996), un hecho alarmante es que más del 50% de todos los enfermos depresivos realizarán al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida y que entre un 40 y 50 % de todos los suicidios involucra a pacientes depresivos no tratados o insuficientemente tratados (Handley et al., 2016).

Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (*OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%, s. f.*).

En El Salvador tanto los informes del Ministerio de Salud, como los resultados de investigaciones empíricas demuestran que la ansiedad y la depresión son las dos alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña. (Ricardo et al., 2013)

Los trastornos depresivos son cuadros que tienden a ser recurrentes y a veces tienden a cronificarse, lo cual confiere gran importancia al diagnóstico y tratamiento oportuno. En este sentido, hay investigaciones que sugieren un déficit en el diagnóstico y

tratamiento de los TD. A nivel de la atención primaria aparece un importante problema de ventana (o error) diagnóstico, ya que el 50% de los pacientes con TD y muchas veces con riesgo suicida agudo no serían detectados (Lépine et al., 1997). Se ha observado también que, a pesar de realizarse un diagnóstico adecuado, más de la mitad de estos pacientes no son tratados en forma suficiente (ventana o error terapéutico).

Los eventos traumáticos pueden reducir la sensación de seguridad de las personas, recordarles el hecho de la muerte y tener efectos adversos sobre la salud mental. La incertidumbre sobre aspectos relacionados a la pandemia incluyen preguntas constantes y repetitivas relacionadas a la enfermedad y la muerte. La no disponibilidad de un tratamiento efectivo, la exposición constante al exceso de información sobre diferentes aspectos de la pandemia, el efecto en la disminución de las relaciones sociales debido al aislamiento, son factores que pueden afectar negativamente la salud mental de las personas.

En el contexto de pandemias anteriores, se ha informado una incidencia de depresión, ansiedad y síntomas de trastorno de estrés postraumático entre un 10% a un 18% durante y después de la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) (Wu et al., 2005). La presentación de síntomas y afectación de las personas por la actual situación pandémica por COVID-19 comienza a reportar hallazgos dignos de atención. Un estudio reciente de Torales y colaboradores muestra que la ansiedad, la depresión, el miedo, el estrés y los problemas de sueño han sido observados con mayor frecuencia durante la actual pandemia (Torales et al., 2020), el reporte del estrés postraumático en un estudio realizado en 253 individuos en una de las áreas más afectadas por COVID 19 en china mostró una incidencia del 7% 1 mes después del brote de la pandemia (Liu et al., 2020) mientras que los sentimientos de estrés alto fueron observados por el estudio de Zang y Ma en un 53% de las personas enroladas (Zhang & Ma, 2020). En el estudio extenso realizado por Cao y colaboradores determinó que 0.9% de universitarios exhibía síntomas severos de ansiedad, 2.7% síntomas moderados y 21.3% síntomas leves, en este estudio se descubrió que la

estabilidad del ingreso familiar y la convivencia con los padres confería un efecto protector contra los síntomas de ansiedad (Cao et al., 2020). Otras variables como la ocupación, la educación y el género afectan los síntomas de ansiedad y depresión que se desarrollan durante la pandemia (Wang et al., 2020).

La ansiedad por la salud es un fenómeno multifacético, que consiste en emociones angustiantes, excitación fisiológica y sensaciones corporales asociadas, pensamientos e imágenes de peligro y evitación y otros comportamientos defensivos. El fenómeno es experimentado ocasionalmente por muchas personas en la vida diaria. La ansiedad por la salud es un tema crucial, y tanto los aumentos como las disminuciones pueden ocasionar problemas (Kim et al., 2014) . Considerando la ansiedad por la salud como un amplio espectro, la ansiedad por la salud de las personas se puede clasificar como alta o baja (Taylor, 2019) Algunas personas con alta ansiedad de salud durante la pandemia pueden causar saturación del sistema de salud al incrementar la demanda. Otros con alta ansiedad pueden ser reacios a buscar asistencia médica por temor a que los hospitales sean fuentes de transmisión. Por el contrario, las personas con poca ansiedad por la salud pueden ser reacias a cumplir con las advertencias sobre el control de la pandemia y pueden comportarse de una manera muy relajada (Asmundson & Taylor, 2020) Un estudio que investigó el número de visitas a 18 departamentos de emergencias en los Estados Unidos después de la pandemia de H1N1 mostró que las visitas al departamento de emergencias en la semana antes de que la pandemia llegará al país eran tan altas como el número en la semana en que la pandemia fue más intensa. El número de presentaciones también fue un 7% mayor que en tiempos normales (McDonnell et al., 2012). La capacidad de controlar las pandemias depende del cumplimiento de las advertencias. Un factor psicológico capaz de afectar el cumplimiento de las advertencias es la ansiedad por la salud.

Los efectos psicológicos de la pandemia por COVID en la población Salvadoreña pueden variar dependiendo de factores como el género, el lugar de residencia, la edad y el padecimiento de una enfermedad crónica acompañante o la presencia de enfermedad psiquiátrica previa o actual, así como la afectación por COVID de algún

familiar o persona cercana. Es conocido que la ansiedad y los trastornos depresivos son más frecuentes en las mujeres (Alexander et al., 2007), se estima también que el sexo femenino resulta más afectado durante tiempos de pandemia (Kim et al., 2014). con respecto al lugar de residencia, el hacinamiento trae consigo un mayor riesgo de transmisión de la enfermedad tal y como esperaría verse en áreas urbanas densamente pobladas, los resultados de estudios realizados durante epidemias anteriores revelan que las personas con antecedentes de enfermedad psiquiátrica anterior o actual son altamente susceptibles a la afectación psicológica (Page et al., 2011). La cohabitación con adultos mayores (más de 60 años) y la presencia de comorbilidades también genera ansiedad dadas las altas tasas de complicaciones en este grupo etario (Zhou et al., 2020).

El apareamiento de síntomas afectivos resulta frecuente durante la depresión, estos síntomas incluyen cambios en el estado de ánimo con tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza y tendencia al llanto, los síntomas cognitivos por su parte se derivan de la modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva de Beck). Respecto a sí mismo expresa ideas de minusvalía y de inutilidad. El futuro parece sombrío, sin posibilidad de recuperación, pudiendo llegar a la desesperanza, a la aparición de ideas de muerte e incluso ideas autolíticas. Aparece una disminución de la atención y concentración, pérdida subjetiva de memoria y puede aparecer bradipsiquia.

Síntomas volitivos. Aparece abulia, apatía, falta de iniciativa y de capacidad de decisión para las tareas normales de la vida diaria, lo que junto al ánimo bajo y la anergia llevan a un deterioro o abandono de la actividad laboral o doméstica.

Síntomas somáticos. Afectan a diversidad de "ritmos biológicos" los más notables son los trastornos del sueño y del apetito. El sueño se afecta en la mayoría de los casos siendo lo más frecuente el insomnio de despertar precoz; el apetito suele estar disminuido.

En conclusión, los estudios y experiencias anteriormente documentadas demuestran que los TD en el contexto de la pandemia parecen ser muy comunes y afectan significativamente la salud en todo el mundo, sin embargo parecieran estar cursando sin ser diagnosticadas, aproximadamente un 40% de los pacientes afectados por ansiedad no reciben tratamiento, similares cifras son conocidas para los pacientes con depresión en donde sólo un 50% de los detectados esta bajo tratamiento.

La detección resulta importante para la reducción de la carga ocasionada por los trastornos de depresión y ansiedad. Múltiples modalidades de detección facilitan el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos, algunos ejemplos a citar son: la escala de depresión de Beck, la escala de depresión de Montgomery-Asberg, el Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire [GHQ]), la Lista de Síntomas 90 (Symptom Checklist 90-Revised [SC-90-R]) y su versión abreviada de 45 preguntas, entre los cuales debe identificarse el instrumento mas eficiente y con un mínimo de costo con el que se logre un máximo de beneficio (Löwe et al., 2004)

Con el fin de disminuir el tiempo de administración, con base en el PRIME-MD, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron un Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire [PHQ]), que combina los dos componentes del PRIME-MD original en una única versión en forma de cuestionario que puede responder directamente el paciente o responder a las preguntas leídas, si es necesario, y en el que se evalúan ocho categorías de trastorno y permite calificar la gravedad de la depresión, en el caso de que sea detectada

El estudio inicial de validación del PHQ se realizó con una muestra de tres mil participantes y demostró adecuados índices de sensibilidad (75 %; 69-81) y de especificidad (90 %; 87-93). Posteriormente, se realizó un estudio con el objeto de evaluar la validez del PHQ en español, con 1003 pacientes hospitalizados en España seleccionados al azar durante un periodo de dieciocho meses. De forma similar a la investigación con el instrumento original, la versión española mostró adecuada sensibilidad (87 %; 84-91) y especificidad (88 %; 86-90).

A partir del PHQ original se han desarrollado varias versiones, entre ellas el PHQ-15 que, como su nombre lo indica, consta de quince preguntas dirigidas a detectar fundamentalmente síntomas somáticos en contextos hospitalarios. Sin embargo, no permite establecer diagnósticos de trastornos psiquiátricos. El PHQ-9 es otra versión modificada que se desarrolló para detectar depresión y ha demostrado altos índices de validez y confiabilidad en la medida de depresión y en diferentes grupos culturales.

El PHQ-9 es uno de los instrumentos que ha alcanzado mayor reconocimiento a nivel internacional debido a su capacidad para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastorno depresivo y su sensibilidad al cambio para monitorear la respuesta al tratamiento (Löwe et al., 2004).

El PHQ-9 utiliza como recomendación original un puntaje de 10 para detectar un trastorno depresivo en los pacientes. Sin embargo, evidencia reciente relativa al puntaje de corte óptimo del PHQ-9 para tamizar depresión encontró que puntajes entre 8 y 11 resultan satisfactorios

En el caso de la detección del trastorno de Ansiedad, se han propuesto históricamente las escalas HAM-A, HADS y WHO-DAS II y últimamente la GAD7 Generalized Anxiety Disorder 7-item que ha sido diseñada para tamizaje. El instrumento está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno, en torno al rendimiento de esta escala se han encontrado valores de sensibilidad de un 86,8% y de especificidad del 93,4%. además de correlacionar significativamente con las escalas inicialmente mencionadas.

Para su corrección se obtiene una puntuación total de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21, los autores proponen un punto de corte mayor o igual a 10 que corresponde a un coeficiente alpha de Cronbach de 0,93.

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

El screening o cribado constituye una medida de prevención secundaria que consiste en la realización de pruebas diagnósticas a sujetos que se consideran sanos, a fin de detectar posibles patologías de forma precoz. Esto posibilita la mejora del pronóstico y la supresión o reducción tanto de la mortalidad como de las limitaciones asociadas.

Según la definición de la Organización Mundial de la salud: “el screening o cribado consiste en identificar en la población general a personas afectadas por una enfermedad o anomalía que hasta entonces pasaba desapercibida mediante test diagnósticos, exámenes u otras técnicas de aplicación rápida (Wald & Law, s. f.)”.

En cuanto a la detección o cribado de una enfermedad, se requiere que dicha entidad presente algunas condiciones para ser considerada como efectiva (Dans et al., 2011):

1. La enfermedad debe ser prevalente en la población para garantizar el cribado,. En torno a este punto, La prevalencia informada de trastornos de depresión y ansiedad es alta, aunque las estimaciones poblacionales varían de acuerdo al país de origen de los datos, así como el contexto en que los datos fuesen obtenidos puesto que las estimaciones de prevalencia basadas en la consulta clínica son generalmente más altas que aquellas obtenidas por métodos basados en la población (p. ej., el trastorno de ansiedad generalizado presentó una prevalencia del 3,1% mediante un estudio por método poblacional, mientras que dicha prevalencia resulto de un 7,6% en una muestra basada en la clínica) (Kroenke et al., 2007) (Kroenke et al., 2007).
2. Debe existir una prueba de detección altamente sensible y específica que sea fácil de administrar.

3. La enfermedad debe identificarse mediante la detección en una etapa tratable o en una etapa en la que el tratamiento temprano es más efectivo que el tratamiento posterior.

El concepto del tratamiento temprano en las dolencias psiquiátricas es más complejo, pues por definición, los pacientes son sintomáticos, pero la historia natural de las condiciones psiquiátricas comunes es variada y pudieran llegar a presentarse durante toda la vida.

La detección de el trastorno depresivo mayor supone un beneficio clínicamente significativo que podría superar los daños potenciales al paciente a un costo aceptable para la sociedad.

DETECCIÓN DE CASO

La definición de caso mediante las herramientas validadas propuestas se relacionan con las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los criterios diagnósticos del DSM-V

DEPRESIÓN

La prevalencia anual del trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos ha sido estimada en un 6.7% (Levav & Rutz, 2002).

Son varias las herramientas utilizadas para la detección de los trastornos depresivos, herramientas como PHQ-9 y PHQ-2, evolucionaron a partir del PRIME-MD (iniciales de Primary Care Evaluation of Mental Disorder) procedimiento estandarizado breve y de fácil aplicación desarrollado a principios de la década de 1990 para diagnosticar la depresión, la ansiedad, el trastorno somatomorfo, el alcoholismo y los trastornos alimentarios (Spitzer et al., 1994). El PRIME MD requiere una inversión significativa de tiempo médico-paciente (> 11 minutos) lo que condujo a un instrumento PHQ-9, de 9 elementos que se puntúan de 0 a 27 puntos usando una escala Likert que va de 0 (nunca), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por

lo que el puntaje total se reporta en un rango entre 0 y 27 puntos. La gravedad de los síntomas puede estratificarse en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave) (Kroenke et al., 2001). El PHQ-9 se desarrolló como una herramienta de tamizaje, siendo los puntajes de corte recomendados entre 8 y 11 para un probable caso de depresión mayor (Manea et al., 2012)

La validez del PHQ-9 ha sido demostrada en la población general y Meta Análisis realizados posteriormente confirmaron una alta sensibilidad (Martin et al., 2006).

Otras escalas también han sido utilizadas para el tamizaje de depresión, se resumen a continuación algunos instrumentos utilizados y aspectos técnicos de cada uno de ellos.

El Inventario de Depresión de Beck para Atención Primaria es una escala de 7 ítems adaptada del de un Inventario previo del mismo nombre de 21 ítems, este instrumento posee una sensibilidad de 0,97 y 0,99 de especificidad para puntajes 4 o más, dicha escala requiere una licencia de pago para su utilización (Steer et al., 1999). otra escala es la denominada World Health Organization Five un instrumento de 5 ítems que ha resultado ser más sensible pero poco específica al ser comparada con el PHQ, esta escala posee un número creciente de estudios sobre su uso en diferentes poblaciones además de presentar la ventaja de estar disponible en línea y en todos los idiomas (Henkel et al., 2003). El Inventario de Salud Mental es un informe de salud que consta de 5 elementos que ha sido comparada para su validez contra el PHQ, Sin embargo no ha mostrado ser específica para depresión (Kroenke et al., 2001).

EFFECTIVIDAD DE LA DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un hallazgo frecuentemente subdiagnosticado y subtratado, las recomendaciones de la fuerza de tareas preventivas de EE.UU (USPSTF) con respecto al rastreo de depresión ha permitido asociar esta práctica a mejores resultados clínicos, por otro lado, Estudios de Meta-análisis sugieren que el rastreo y feedback reducen el

riesgo de depresión persistente (RR 0.87 [IC95% 0.79 a 0.95]), más aún si se combinan con cambios en el sistema de salud para ayudar al tratamiento y seguimiento. La recomendación para rastreo en adultos es tipo B* (la evidencia es insuficiente en niños y adolescentes [Tipo I *]) (U.S. Preventive Services Task Force, 2002)

ANSIEDAD

En esta Revisión se habla someramente de ansiedad debido a la frecuente correlación que existe en los TD. Es ampliamente reconocido que los trastornos ansiosos pueden ocasionar una depresión y viceversa.

El trastorno de ansiedad tiene una prevalencia anual del 18% mientras que su prevalencia a lo largo de la vida alcanza un 29% (Kessler, Chiu, et al., 2005) (Kessler, Berglund, et al., 2005). esta entidad tiene un alto grado de interferencia con las actividades de la vida diaria, se asocia a un mayor número de visitas al médico, especialmente cuando se presentan síntomas somáticos.

Las herramientas utilizadas para la detección de ansiedad son diversas. El Inventario de Ansiedad de Beck es un cuestionario de 21 ítems, autogestionado por el paciente, desarrollado para discriminar ansiedad y trastornos depresivos en el ámbito de la consulta psiquiátrica ambulatoria, esta escala describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad (Beck et al., 1988)

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) se desarrolló para evaluar a los pacientes en busca de enfermedades psiquiátricas, sus entornos de aplicación incluyen atención primaria y hospitalaria. La puntuación de corte óptima para la subescala de ansiedad (HADS-A) es aproximadamente 8, con una sensibilidad y especificidad en el rango de 0,70 a 0,90.

El GAD-7 es otro cuestionario autogestionado por el paciente sus criterios reflejan de cerca la definición del DSM-IV de trastorno de ansiedad generalizada, indaga los síntomas de 2 semanas anteriores, en cuanto a su punto de corte, el uso de valores de corte más altos del tiene como efecto una menor sensibilidad pero una mayor especificidad. Un estudio de seguimiento encontró que también se desempeñó bien en la identificación del trastorno de pánico y trastorno de ansiedad social, con una sensibilidad de 0,80 y una especificidad de 0,76 en un punto de corte de 7; para el trastorno de ansiedad generalizado la puntuación de corte de 10 mantiene la sensibilidad y mejora la especificidad (Spitzer et al., 2006).

El Sistema de diagnóstico basado en síntomas: atención primaria (SDDS-PC) se desarrolló como una herramienta de cribado de 16 ítems completada por el paciente para múltiples trastornos de salud mental en atención primaria (Broadhead et al., 1995). En el estudio inicial, tenía una sensibilidad de 0,85 y una especificidad de 0,60 para el trastorno de ansiedad generalizada, con menor sensibilidad y mayor especificidad para el trastorno de pánico (Broadhead et al., 1995). Aunque el rendimiento de SDDS-PC es comparable al de GAD-7, fue diseñado para el seguimiento.

Pocos son los estudios de costo-beneficio disponibles para guiar la implementación del cribado de ansiedad y depresión. Pequeños estudios ambulatorios mostraron que la detección de ansiedad es factible y dio lugar a un aumento de los diagnósticos (Zupancic et al., 2010).

Las pruebas de detección más cortas, como PHQ-9 y GAD-7, requieren de pocos minutos para que el paciente las complete y para que el proveedor de salud las revise, la utilidad percibida es aceptable para los pacientes (Spitzer et al., 1999).

Con el objetivo de reducir la alta tasa de sub diagnósticos y diagnósticos erróneos en pacientes con depresión y ansiedad no diagnosticada en los servicios de emergencia del isss se plantea el uso de pruebas de cribado cortas y validadas para este fin (PHQ9 y GAD7).

Los trastornos mentales no diagnosticados representan un desafío importante y un costo significativo para la sociedad se propone este modelo para detectar, diagnosticar y derivar correctamente a los pacientes con estos trastornos. se presenta a continuación un algoritmo

Flujograma de atención (anexo)

El flujograma de atención está realizado de una forma sencilla en donde cuando se encuentre la presencia de depresión, el paciente será referido si este así lo desea al área de Psiquiatría.

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Teniendo en cuenta la importancia de la detección temprana de los TD en el país y con índices adecuados de confiabilidad y validez y la necesidad de utilizar una estrategia de fácil aplicación en los servicios de atención en salud del ISSS se propone una estrategia de detección de depresión y ansiedad en los usuarios.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, J. L., Dennerstein, L., Kotz, K., & Richardson, G. (2007). Women, anxiety and mood: A review of nomenclature, comorbidity and epidemiology. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(sup1), S45-S58.
<https://doi.org/10.1586/14737175.7.11s.S45>
- Allsopp, K., Brewin, C. R., Barrett, A., Williams, R., Hind, D., Chitsabesan, P., & French, P. (2019). Responding to mental health needs after terror attacks. *BMJ*, 366.
<https://doi.org/10.1136/bmj.l4828>
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Broadhead, W. E., Leon, A. C., Weissman, M. M., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Gilbert, T. T., Keller, M. B., Olfson, M., & Higgins, E. S. (1995). Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine*, 4(3), 211-219.
<https://doi.org/10.1001/archfami.4.3.211>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Dans, L. F., Silvestre, M. A. A., & Dans, A. L. (2011). Trade-off between benefit and harm is crucial in health screening recommendations. Part I: General principles. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(3), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.009>
- Depresión y Ansiedad son las principales causas de consulta de salud mental en ISSS.* (s. f.). Recuperado 16 de junio de 2020, de

http://www.issv.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&catid=1:noticias-ciudadano&id=1419:depression-y-ansiedad-son-las-principales-causas-de-consulta-de-salud-mental-en-issv&Itemid=77

- Handley, T., Kay-Lambkin, F., Baker, A., Lewin, T., Kelly, B., Inder, K., Attia, J., & Kavanagh, D. (2016). Investigation of a suicide ideation risk profile in people with co-occurring depression and substance use disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 204*(11), 820-826.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller, H.-J., & Hegerl, U. (2003). Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.), 326*(7382), 200-201. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7382.200>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of general psychiatry, 62*(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kim, S. J., Han, J. A., Lee, T.-Y., Hwang, T.-Y., Kwon, K.-S., Park, K. S., Lee, K. J., Kim, M. S., & Lee, S. Y. (2014). Community-Based Risk Communication Survey: Risk Prevention Behaviors in Communities during the H1N1 crisis, 2010. *Osong Public Health and Research Perspectives, 5*(1), 9-19. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2013.12.001>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine, 146*(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 19-29.
- Levav, I., & Rutz, W. (2002). The WHO World Health Report 2001: New understanding—New hope. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 39(1), 50.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., & Wang, Y. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 112921.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S., & Herzog, W. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 131-140. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00237-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00237-9)
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 184(3), E191-196. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110829>
- Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.07.003>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251.
- McDonnell, W. M., Nelson, D. S., & Schunk, J. E. (2012). Should we fear “flu fear” itself? Effects of H1N1 influenza fear on ED use. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30(2), 275-282. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.11.027>
- Ministerio de Salud Pública (Minsal). (2012). *Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal, El Salvador*

2005 – 2012. San Salvador: El Salvador.

- Murray, C. J., Lopez, A. D., & Organization, W. H. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. World Health Organization.
- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1119-1126. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>
- OMS | *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. (s. f.). WHO; World Health Organization. Recuperado 16 de junio de 2020, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Page, L. A., Seetharaman, S., Suhail, I., Wessely, S., Pereira, J., & Rubin, G. J. (2011). Using electronic patient records to assess the impact of swine flu (influenza H1N1) on mental health patients. *Journal of Mental Health*, 20(1), 60-69. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.542787>
- Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., & Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 765-776. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00013>
- Ricardo, J., Gutiérrez Quintanilla, J., Beatriz, C., García, P., Salvador, E., & Gracia, J. (2013). LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN COMO INDICADORES DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SALVADOREÑOS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Group, and the P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(18), 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal*

- Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 272(22), 1749-1756. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029>
- Steer, R. A., Cavalieri, T. A., Leonard, D. M., & Beck, A. T. (1999). Use of the Beck depression inventory for primary care to screen for major depression disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21(2), 106-111. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00070-X](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00070-X)
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics* (Edición: 1). Cambridge Scholars Publishing.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Screening for depression: Recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 760-764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-10-200205210-00012>
- US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services*. (1996). Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Wald, N., & Law, M. (s. f.). Medical screening. En *Oxford Textbook of Medicine*. Oxford University Press. Recuperado 14 de julio de 2020, de <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199204854.001.1/med-9780199204854-chapter-030302>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*, 18(1), 39–42.
- Yt, X., Y, Y., W, L., L, Z., Q, Z., T, C., & Ch, N. (2020, marzo). *Timely Mental Health*

- Care for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak Is Urgently Needed.* The Lancet. Psychiatry; Lancet Psychiatry. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., & Gu, X. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The lancet*.
- Zupancic, M., Yu, S., Kandukuri, R., Singh, S., & Tumyan, A. (2010). Practice-Based Learning and Systems-Based Practice: Detection and Treatment Monitoring of Generalized Anxiety and Depression in Primary Care. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(3), 474-477. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00014.1>

ANEXOS

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

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

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

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

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

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

FLUJOGRAMA DE ATENCION

