

Agosto, 2023

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Cuáles son los instrumentos utilizados por profesionales que no sean del área de salud mental, para realizar screening de patologías de salud mental en atención primaria de salud (APS)?

A nivel mundial, 1 de cada 8 personas presenta algún tipo de desorden o problema de salud mental (1). La tendencia de patologías de salud mental observada en Chile es mayor a la reportada a nivel mundial, con cerca de un 30% de la población manifiesta algún síntoma depresivo (2). Dado lo anterior, es necesario contar con instrumentos diagnósticos que sean capaces de detectar a tiempo estas patologías (3).

Es en este contexto que el equipo de Salud Mental de la División de Atención Primaria (DIVAP), de la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicita esta síntesis de evidencia, con el objetivo de identificar herramientas que puedan ser usadas en la atención primaria de salud por profesionales que no sean del área de salud mental para identificar de enfermedades de salud mental.

Esta síntesis de evidencia tiene como objetivo identificar herramientas de evaluación de trastornos de salud mental en atención primaria de salud (APS) aplicadas por profesionales que no sean exclusivamente del área de salud mental.

Mensajes claves

- Las herramientas encontradas tienen a las personas que se atienden en la atención primaria de salud como población objetivo, ya sea en la consulta o en la sala de espera, por profesionales que no sean únicamente del área de salud mental.
- Se identificaron 3 herramientas para detectar depresión en embarazo o postparto.
- Se identificaron 10 herramientas que han sido aplicadas para detectar riesgos de salud mental en personas mayores de 16 años.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Descripción de los instrumentos de tamizaje identificados
- Consideraciones de implementación (costo efectividad, viabilidad, aceptabilidad, etc).

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

En esta síntesis, se identificaron 3 revisiones sistemáticas relevantes.

Introducción

Al año 2019, 1 de cada 8 personas en el mundo vivía con algún problema de salud mental, esto equivale a cerca de mil millones de personas, donde la depresión y ansiedad son las patologías de salud mental más frecuentes (1,4). La situación en Chile es similar a la mundial (2). Más aún, se ha descrito que la prevalencia de enfermedades de salud mental en Chile durante la pandemia por COVID-19 alcanzó a un 30% en la población adolescente del norte del país (5) y de cerca de un 20% en la población adolescente del sur de Chile (6). Los datos de la última Encuesta Nacional de Salud muestran que la sospecha de depresión está presente en cerca de un 16% de la población encuestada (7).

La detección temprana de estas patologías es crucial para su tratamiento oportuno y para lograr intervenciones que disminuyan la probabilidad de que estas enfermedades se agudicen (8). Para lograr una detección temprana, es necesario utilizar cuestionarios que se apliquen de manera oportuna, ya sea por profesionales de la salud o autoaplicados (9,10)

Dado este contexto es que el equipo de Salud Mental de la División de Atención Primaria de la Salud (DIVAP), de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, solicita una síntesis rápida para identificar cuales son los instrumentos de detección de enfermedades de salud mental en atención primaria que puedan ser aplicados por profesionales que no sean necesariamente del área de salud mental.

El objetivo de esta síntesis es describir las herramientas o instrumentos para realizar tamizaje de trastornos de salud mental que se usen en el contexto de atención primaria de la salud (APS) y que sean aplicados por profesionales que no sean exclusivamente del área de salud mental.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieron la pregunta en las bases de datos MEDLINE y EMBASE a través de OVID, en ProQuest y en Epistemonikos, con fecha 11 julio 2023. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión:

- Instrumentos de tamizaje en salud mental usados en atención primaria de salud
- Instrumentos utilizados por profesionales que no sean del área de salud mental

Exclusión:

- Estudios que tuvieran como objetivo validar un instrumento en una población para la cual no está hecho el instrumento originalmente
- Instrumentos destinados a detectar dificultades o necesidades especiales
- Instrumentos destinados a evaluar dificultades de aprendizaje, habilidades orales o para detectar TEA (trastorno del espectro autista)

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realiza una persona, priorizando la información extraída por las revisiones sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados, se recurrió a los estudios primarios para complementar la información faltante.

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 588 revisiones sistemáticas. De éstas se excluyeron 553 artículos por no responder a la pregunta de investigación o por ser duplicados, y se utilizaron **3 Revisiones Sistemáticas (RS)** (3,9,10), publicadas entre 2014 y 2018.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados en las RS (cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 14 estudios primarios (11–24). Los estudios identificados tuvieron un diseño transversal y descriptivo.

En esta síntesis se excluyeron los estudios que incorporaron instrumentos que no sean aplicados en APS, estudios que reportaban instrumentos no probados o validados anteriormente o experimentan con una población para la cual no está hecho el test originalmente. p.ej. otro grupo de edad, Instrumentos destinados a evaluar dificultades de aprendizaje (lectura, pronunciación). A posterior, se excluyeron estudios con población con patologías de salud mental previas, ya que los artículos identificados en esta población fueron realizados en hospitales, e instrumentos que sean de uso exclusivo para profesionales del área de salud mental.

Los 14 estudios primarios incluidos en esta síntesis reportaron 13 instrumentos, donde los hallazgos aquí presentados se han separado según la población objetivo a la que se le realiza el instrumento. Cada hallazgo contiene además una tabla resumen con el detalle de los instrumentos identificados.

El objetivo de esta síntesis fue describir de forma narrativa los instrumentos identificados para tamizaje de enfermedades de salud mental en APS y que sean usados por profesionales que no sean del área de la salud mental, por lo que en este caso no se evaluó certeza de la evidencia, ni usó la metodología GRADE.

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

Objetivos de la SRE: Describir herramientas usadas en APS para el tamizaje de enfermedades de salud mental, que sean ejecutadas por profesionales que no sean únicamente del área de salud mental.	
Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: hasta el año 2017	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	Se identificaron exclusivamente estudios con diseño transversal (11–24).
Población	Las poblaciones incluidas en esta síntesis fueron embarazadas, mujeres en puerperio (11–15), y población adulta mayor de 16 años. (16–24).
Intervención	Herramientas de tamizaje usadas en APS para detectar patologías de salud mental y que sean usadas por profesionales que no sean únicamente del área de salud mental.
Comparación	No aplica
Desenlaces	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de depresión en el embarazo y postparto - Diagnóstico de depresión, ansiedad, trastornos de pánico o funcionalidad psicológica en población mayor de 16 años.
Ámbitos (setting)	Los estudios incluidos incluyeron a población que se atiende en APS, en los siguientes países: Alemania, Brasil, Chile, China, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, India, Italia, Japón, Nigeria, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Turquía y Zimbabwe



Hallazgo 1. Instrumentos para realizar tamizaje de enfermedades de salud mental en población gestante o puérpera

Se encontraron 5 estudios primarios (11–15), identificados en 1 RS (9), los que reportaron 3 instrumentos para medir depresión en APS en población gestante y puérperas. De estos estudios, 3 evalúan depresión postparto y 2 depresión en embarazadas.

Los estudios incluidos fueron realizados en APS de Zimbabwe. Todos los instrumentos están en dialectos de Zimbabwe y ninguno de estos instrumentos se han validado en español, pero la herramienta *Shona Symptom Questionnaire* (SSQ) ha sido validada y es usada en población de pueblos originarios. Ninguno de los instrumentos identificados reportó su costo o si es posible usarlos para seguimiento de las patologías detectadas.

A continuación se presenta la descripción de los instrumentos utilizados, señalando el país, edad, examinador, tipo de diagnóstico, tiempo de aplicación/número de ítems, precisión diagnóstica en el grupo objetivo.

Tabla. 2. Descripción instrumentos para realizar tamizaje de enfermedades de salud mental en población gestante o puérpera

Herramienta (revisión sistemática, estudio primario)	País donde se realizó estudio	Población	Examinador	Tipo de diagnóstico	Número de ítems	Precisión diagnóstica en el grupo objetivo
<i>Shona Symptom Questionnaire (SSQ)</i> (9,11,12)	Zimbabwe	Mujeres embarazadas mayores de 18 años	Trabajadores de salud comunitarios	Depresión en el embarazo	14 ítems	Ss: 81.5%; Es: 66%; VPP: 46%; VPN: 91% (11).
	Zimbabwe	Mujeres embarazadas mayores de 15 años				Consistencia interna alta ($r = 0.85$); Ss y Es satisfactorios, con punto de corte de 7/8 (12).
<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> (9,13,15)	Zimbabwe	Mujeres post-parto mayores de 18 años	Consejeros comunitarios en sala de espera	Depresión post-parto	10 ítems	Ss: 88%, Es: 87%, VPP: 74% (13).
	Zimbabwe	Mujeres post-parto mayores de 15 años	Cuestionario autoaplicado			Se compara la prevalencia del estudio con publicaciones previas: la prevalencia en este estudio fue de 30.5%, similar a datos previos publicados (34,2% y 33%) (15).
<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> (9,14)	Zimbabwe	Mujeres post-parto mayores de 15 años	Consejeras de salud capacitadas en salud mental	Depresión post-parto	20 ítems	Se compara la prevalencia del estudio con publicaciones previas: la prevalencia en este estudio fue de 21%, siendo similar a datos previos publicados (18%), pero menor a datos publicados recientemente (33%).

Ss: sensibilidad, Es: especificidad, VPP: valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo; r: correlación

Hallazgo 2. Instrumentos para realizar tamizaje de patologías de salud mental en población adulta

Se encontraron 9 estudios primarios (16–24) que reportaron 10 instrumentos para diagnosticar patologías de salud mental en adultos en APS. De estos, 9 instrumentos evalúan 2 o más patologías de salud mental (17,18,20–24), 8 evalúan depresión (17,18,20,21,23,24), 6 ansiedad (18,19,23,24), 3 trastornos del ánimo (18,20), 1 desórdenes de pánico (16) y 1 evalúa funcionalidad psicológica (22).

Tres de los instrumentos identificados: *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), Escala de Goldberg, *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (17,24), cuentan con validación en español y 1 en portugués. De los instrumentos validados en español, uno ya ha sido validado en Chile: *General Health Questionnaire* (GHQ-12), (24), y los otros 2 ya validados al español fueron implementados en España.

Ninguno de los instrumentos identificados reportó su costo, si existen licencias, o si es posible usarlos para seguimiento de las patologías detectadas

A continuación se presenta la descripción de los instrumentos identificados, señalando el país, edad, examinador, tipo de diagnóstico, tiempo de aplicación/número de ítems y precisión diagnóstica en el grupo objetivo.

Tabla. 3. Descripción instrumentos para realizar tamizaje de enfermedades de salud mental en población adulta

Herramienta (revisión sistemática, estudio primario)	País donde se realizó estudio	Edad población	Examinador	tipo de diagnóstico	Tiempo aplicación/ número de ítems	Precisión diagnóstica en el grupo objetivo
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (10,16)</i>	Alemania	Personas Adultas, (mediana edad 41,8 años, +/-13,8 años)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastorno de ansiedad y depresión	7 ítems	Ansiedad y depresión: Ss: 91% (IC 95%: 78 – 97); Es: 72% (IC 95%: 67 – 76)) (16)
<i>Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HADS) (10,19)</i>	Noruega	Mayores de 16 años (mediana edad hombre 45 años +/-17 años, mediana edad mujeres 50 años +/-17 años)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastorno de ansiedad y depresión	7 ítems para ansiedad (HADS-A) y 7 ítems para depresión (HADS-D)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (HADS-A): Ss: 0.89; Es: 0.75. Curva ROC: 0.88 • Depresión (HADS-D): Ss: 0.80; Es: 0.88. Curva ROC: 0.93 (10,19)
<i>Escala de Goldberg (10,17)</i>	España	Personas Adultas (no hay detalle de edades)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastorno de ansiedad y depresión	9 preguntas. Últimas 5 preguntas se formulan si hay respuestas positivas en las 4 primeras	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad: 0,46 (IC 95%: 0,32-0,60) • Trastornos de ánimo: 0,46 (IC 95%: 0,31-0,61) Índices kappa (entre PRIME-MD y escala de Goldberg, para analizar la concordancia de los diagnósticos entre ambos tests) (17).



<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)</i> (10, 17)	España	Personas Adultas (no hay detalles de edades)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastornos de ánimo, ansiedad y depresión	25 preguntas	
<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)</i> (10,18)	Estados Unidos	Personas Adultas (18 a 90 años)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastornos de ánimo, ansiedad y depresión	15 ítems (25 preguntas)	Se corroboró diagnóstico de encuesta con ficha clínica de pacientes, con un índice Kappa: 0.077(discrepancia entre diagnósticos) para ambas patologías (18).
<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)</i> (10, 20)	Estados Unidos	Personas Adultas (18 a 91 años)	Primera parte fue autoaplicada y segunda parte fue realizada por médicos generales en APS	Trastornos de ánimo, ansiedad y depresión	8,4 minutos (promedio)	La concordancia instrumento (índice Kappa*) fue moderada (0.71). La concordancia por módulo fue menor, pero satisfactoria. La concordancia por diagnóstico específico fue satisfactoria para desorden depresivo mayor (0.61) y desórdenes de pánico (0.60). La sensibilidad del instrumento varió de 22% a 81%, dependiendo del diagnóstico. La especificidad fue alta para todos los diagnósticos (20).
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i> (10,16)	Alemania	Personas Adultas, mediana edad 41,8 años, +/- 13,8 años	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Módulo de alteraciones de pánico [§]	15 ítems	Ss 75% (IC 95%: 60-87), Es 96% (IC 95%: 94-98) (16).
<i>Eysenck Personality Inventory (EPI-N)</i> (10,18)	Estados Unidos	Personas Adultas (18 a 90 años)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastornos de ánimo y depresión	41 ítems	Utilizaron como Gold Standard** la revisión de fichas clínicas de los participantes. Se observó concordancia aceptable entre los resultados de la encuesta y los diagnósticos de las fichas clínicas, con un P-value: 0,004. El estudio recomienda realizar autodiagnóstico complementado con consulta clínica (18).
<i>Clinical Global Impressions-Sev</i>	Noruega	Mayores de 16 años	Médicos generales en APS	Trastorno de ansiedad y depresión	No reportado	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad: Ss 0.52, Es 0.85. Curva ROC: 0.77 • Depresión: Ss: 0.79, Es: 0.81. Curva ROC: 0.87 (19).



erity (CGI-S)(10,19)		(mediana edad hombre 45 años +/-17 años, mediana edad mujeres 50 años +/- 17 años)				
Self Report Questionnaire (SRQ-20) (10,21)	Brasil	Mayores de 16 años (no hay detalles de edades)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Trastornos de ánimo y depresión	20 ítems/ 5-10 minutos	Trastornos del ánimo y depresión: Ss: 83%, Es: 80%, VPP: 82% Validación contra otros instrumentos Gold Standard: consulta con médico especialista en salud mental (21).
Functional Status Questionnaire (FSQ)(3,22)	Estados Unidos	Personas Adultas (19 a 96 años)	Cuestionario autoaplicado en salas de espera APS	Funcionalidad psicológica	34 ítems/ 15 minutos	Escala de consistencia interna: 0.64 a 0.82 (22).
General Health Questionnaire (GHQ-12)(3,24)	Turquía, Grecia, India, Alemani, Países Bajos, Nigeria, Reino Unido, Japón, Francia, Brasil, Chile, Estados Unidos, China, Italia	Personas Adultas, mayores de 17 años (no hay detalles de edades)	Personal APS	Depresión, distimia, desórdenes de pánico y ansiedad	12 ítems/ 5 minutos	Validación total en 15 ciudades, al comparar con otros instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • GHQ-28: Ss mediana: 79,9%, Es mediana: 79,2%, VPP: 54,7, Curva de ROC: 0,88 • GHQ-12: Ss 76,3, Es: 83,4, VPP: 52,9, Curva de ROC: 0,88 Validación en Santiago de Chile, al comparar con Gold Standard <ul style="list-style-type: none"> • GHQ-12: Ss: 84,8; Es: 82,2; VPP: 60,0; Curva de ROC 0,89 • GHQ-28: Ss: 89,0; Es: 85,8; VPP: 64,0; Curva de ROC 0,94 (24).



CHAT <i>Case-finding and Help Assessment Tool</i> (CHAT)(10,23)	Nueva Zelandia	Personas Adultas, mayores de 16 años (16 a ≥ 50 años)	Personal APS	Trastornos de depresión y ansiedad	17 ítems/ 2 minutos	Validación con Gold Standard: Depresión mayor: Ss: 96 (IC 95%:87 a 99), Es: 69 (IC 95%:66 a 72), VPP: 15 (IC 95%:11 a 19) VNP: 100 (IC 95%:99 a 100) Ansiedad: SS: 88 (IC 95%:80 a 93), Es: 74 (IC 95%:70 a 76), PPV: 29 (IC 95%:24 a 34), VPN: 98 (IC 95%:97 a 99) (23).
---	----------------	---	--------------	------------------------------------	---------------------	---

Ss: sensibilidad, Es: especificidad, VPP: valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo, ROC: Receiver operating characteristic curve ; IC95%: intervalo de confianza del 95%

*Índice Kappa: se define como una medida para evaluar fiabilidad entre dos o más variables. En este informe se evalúa el Índice Kappa entre instrumentos para diagnosticar patologías de salud mental. El rango de puntuación del Índice Kappa va de -1 a 1, donde 1 es el mejor puntaje (27).

**Gold Standard: se considera como la referencia.

§ El instrumento *Patient Health Questionnaire* (PHQ) tiene como objetivo general la pesquisa de síntomas depresivos, para lo que es usado hábilmente. Sin embargo, este instrumento también cuenta con un módulo de alteraciones de pánico, el que fue desarrollado en el artículo reportado en esta síntesis.



Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de RS que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, equidad y de monitoreo y evaluación. Además, se solicitó evidencia al equipo solicitante relacionada a la temática en estudio.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en 18 países: Alemania, Brasil, Chile, China, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, India, Italia, Japón, Nigeria, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Turquía y Zimbabwe, donde se realizaron los estudios de evaluación de instrumentos para tamizaje de enfermedades de salud mental en APS. Es probable que en sistemas de salud donde existe mayor dificultad para el acceso a especialistas, las herramientas de tamizaje para patologías de salud mental sean un apoyo habitual en atención primaria y estas sean ejecutadas por profesionales que no sean del área de salud mental de forma cotidiana (3,19,23).

Por otro lado, este resumen incluyó únicamente población adulta mayor de 16 años y embarazadas, ya que estos fueron los grupos etarios en que se identificó información relevante. No se incluyó población infantil, ya que no se identificaron estudios relevantes en ese grupo etario. En esa línea, los hallazgos aquí presentados no pueden extrapolarse a esa población.

Además, la evidencia aquí presentada contempla como intervención la aplicación de instrumentos de tamizaje para enfermedades de salud mental en APS, que sean realizados por profesionales que no sean necesariamente del área de salud mental. En esta síntesis no se incluyó evaluación de trastornos de aprendizaje o deficiencias cognitivas en niños y niñas, ya que estas evaluaciones habitualmente ya se hacen en APS, bajo el programa de Salud Mental de APS y el Sistema Chile Crece Contigo (25,26).

Esta síntesis de evidencia consideró como desenlaces prioritarios determinadas patologías y funcionamiento de salud mental como: trastornos del ánimo en población general, sintomatología ansiosa y funcionalidad psicológica, depresión y depresión en el embarazo y postparto. En esa línea, en esta síntesis no se priorizaron instrumentos que evalúen consumo problemático de alcohol o drogas.

Consideraciones Económicas

No se identificaron estudios que analizaron la costo efectividad del uso de herramientas de tamizaje en enfermedades de salud mental por profesionales que no sean del área de salud mental, en el contexto de APS.

Sin embargo, una revisión sistemática reportó un aumento en el registro y reconocimiento de signos de enfermedades de salud mental cuando se capacita a profesionales de APS en el diagnóstico y tamizaje de este tipo de patologías (8). Este mismo estudio señala que en los contextos donde no se haya capacitado de forma adecuada a los profesionales de la

salud para el uso correcto de herramientas de tamizajes de pesquisa de riesgo de enfermedades de salud mental, es probable que el uso de estos instrumentos no se vea reflejado en mayor detección de patologías de salud mental (8).

Ningún estudio reporta los costos necesarios para la aplicación de las herramientas, ni tampoco los castores relacionados a las licencias para el uso de los instrumentos aquí descritos, pero es importante considerar otros potenciales recursos involucrados. Entre ellos, el costo de conformar los equipos de trabajo, las horas destinadas al entrenamiento de los equipos, la elaboración e impresión de los formularios a utilizar en el trabajo de campo, el análisis de los datos, el tiempo destinado a realizar el instrumento dentro de la consulta de salud y elaboración de reportes. Dentro de los costos directos de aplicar herramientas de tamizaje para enfermedades de salud mental en APS, realizadas por profesionales que no sean del área de salud mental se encuentra la necesidad de capacitación del equipo de salud, lo que implicaría un gasto directo, tanto en recursos humanos, como en el tiempo requerido para capacitación (3).

Consideraciones de equidad

El Atlas de Salud Mental, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en Chile al año 2020 se registraron 8,52 psiquiatras por 100,000 habitantes, y 5,39 psicólogas/os por 100,000 habitantes en APS (28). Estos datos equivalen a una disminución en el número de psicólogas/os en APS por 100,000 habitantes, comparando con los números del año 2005, donde se registraron 15,7 psicólogas/os por 100,000, mientras que por el contrario, el número de psiquiatras fue menor, con 4,0 por 100,000 habitantes (6,29). Según los datos de otro documento, en la caracterización de los profesionales de la salud en Chile, 2021, realizada por la Superintendencia de Salud (30), también se registra desigualdad en la dotación de profesionales psicólogas/os a nivel regional, donde se observa que en la Región Metropolitana hay 45,1 psicólogas/os por 10,000 habitantes, mientras que el resto de las regiones no supera la mitad de este número (si bien, la escala de este documento no es la misma que la escala del documento anterior, se entiende que el número de profesionales es similar). Lo anterior implica un acceso limitado a especialistas de salud mental en regiones, con posibles listas de espera para tratamiento y una falta de diagnóstico oportuno de enfermedades de salud mental, lo que podría recaer en un empeoramiento rápido (8).

Así mismo, es reconocido que grupos vulnerables (mujeres, personas mayores, adolescentes, inmigrantes) y minorías (étnicas y sexuales) podrían presentar mayor prevalencia de que las patologías de salud mental (31,32), por lo que también es importante focalizar las estrategias de detección precoz de condiciones de salud mental en estos grupos.

Expuesto lo anterior, se ve la necesidad de contar con iniciativas que tengan como objetivo universalizar el la pesquisa de condiciones o problemas de salud mental, con el fin de disminuir desigualdades en el diagnóstico y acceso a la salud mental

Dado lo anterior, es posible que profesionales de la salud de APS que estén correctamente capacitados, sean un buen recurso para mejorar la detección de condiciones o problemas de salud mental en APS.

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Se recomienda monitorear constantemente la aplicación correcta y la capacitación correspondiente del personal de APS en el uso de herramientas de tamizaje de enfermedades de salud mental (3,8).

Es necesario monitorear continuamente la publicación de nueva evidencia que evalúe el efecto del uso de herramientas de tamizaje en APS, implementadas por profesionales que no sean del área de salud mental.

Ninguno de los estudios incluidos entrega información sobre si las herramientas identificadas pueden ser usadas para hacer seguimiento luego del diagnóstico de enfermedades de salud mental.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. ¿Cuáles son los instrumentos usados por profesionales que no sean del área de salud mental, para realizar screening de enfermedades de salud mental en atención primaria de salud (APS)? Agosto, 2023. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autores

- Deborah Navarro Rosenblatt, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.
- Nelson Vargas, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.

Palabras Clave

Mental Health; Screening, Primary Health Care; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Lucy Kuhn Barrientos, Profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Nels
- Paula Nahuelhal, Jefa (S) del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. WHO. Fact Sheet: Mental disorders [Internet]. 2022 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Statista. Share of population with possible symptoms of a mental health condition in Chile in 2022, by category [Internet]. 2022 [citado 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.statista.com/statistics/1364268/chile-population-possible-symptoms-mental-health-conditions-by-category/>
3. Bolsoni L, Zaurdi W. Estudios psicométricos de instrumentos breves de rastreo para múltiples trastornos mentais. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):63-9.
4. WHO. World Mental Health Report: Transforming mental health for all [Internet]. 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Moya-Vergara R, Portilla-Saavedra D, Castillo-Morales K, Espinoza-Tapia R, Sandoval Pastén S. Prevalence and Risk Factors Associated with Mental Health in Adolescents from Northern Chile in the Context of the COVID-19 Pandemic. *J Clin Med.* 29 de diciembre de 2022;12(1):269.
6. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, De La Barra F, Valdivia M, Melipillan R, et al. [Prevalence of mental health disorders among children and adolescents living in southern Chile]. *Rev Med Chil.* agosto de 2010;138(8):965-73.
7. Nazar G, Gatica-Saavedra M, Provoste A, Leiva AM, Martorell M, Ulloa N, et al. Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Rev Médica Chile.* octubre de 2021;149(10):1430-9.
8. Gilbody SM, House AO, Sheldon T. Routine administration of Health Related Quality of Life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome – a systematic review. *Psychol Med.* noviembre de 2002;32(8):1345-56.
9. January J, Chimbari M. Opportunities and obstacles to screening for perinatal depression among women in Zimbabwe: A narrative review of literature. *South Afr J Psychiatry* [Internet]. agosto de 2018 [citado 11 de agosto de 2023];24(1127). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138181/pdf/SAJPsy-24-1127.pdf>
10. Olariu E, Rodrigo M, Álvarez López P, Castro-Rodríguez J, Martín-Lopez LM, Alonso J, et al. Diagnosing Anxiety Disorders in Primary Care: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Health.* noviembre de 2014;17(7):A325.
11. Nhwatiwa S, Patel V, Acuda W. Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire: a prospective cohort study from Zimbabwe. *J Epidemiol Community Health.* abril de 1998;52(8):262-6.
12. Stranix-Chibanda L, Chibanda D, Chingono A. Screening for psychological morbidity in HIV-infected and HIV-uninfected pregnant women using community counselors in Zimbabwe. *J Int Assoc Physicians AIDS Care.* diciembre de 2005;4(4):83-8.
13. Chibanda D, Mangezi W, Tshimanga M. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women in a high HIV prevalence area in urban Zimbabwe. *Arch Womens Ment Health.* junio de 2010;13(3):201-6.
14. Shamu S, Zarowsky C, Roelens K. High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry.* enero de 2016;38:109-14.
15. January J, Mutamba N, Maradzika J. Correlates of postnatal depression among women in Zimbabwean semi-urban and rural settings. *J Psychol Afr.* febrero de 2017;27(1):93-6.



16. Löwe B, Gräfe K, Zipfel S. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res.* diciembre de 2003;55(6):515-9.
17. Martínez Bernardos R, Baylín Larios A, Ortiz Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria.* marzo de 1999;23(5):285-8.
18. McGrady A, Lynch D, Nagel R. Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care. *J Nerv Ment Dis.* junio de 2010;198(6):420-9.
19. Olsson I, Mykletun A, Dahl A. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatr.* diciembre de 2005;15(5):46.
20. Spitzer R, Williams J, Kroenke K. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *J Am Med Assoc.* diciembre de 1994;272(22):1749-56.
21. Mari J, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148(1):23-6.
22. Jette AM, Davies AR, Cleary PD, Calkins RD, Rubenstein LV, Fink A, et al. The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care. *J Gen Intern Med.* enero de 1986;1(3):143-9.
23. Goodyear-Smith F, Coupe N, Arroll B, Sullivan S, McGill A. Case finding of lifestyle and mental health disorders in primary care: validation of the 'CHAT' tool. *Br J Gen Pract.* septiembre de 2008;58(546):26-31.
24. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* enero de 1997;27(1):191-7.
25. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años: Orientación Técnica [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/11/OT-PASMI-VERSION-FINAL-5enero.pdf>
26. Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2018 [citado 25 de agosto de 2023];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49470>
27. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica.* 2012;22(3):276-82.
28. WHO. Mental Health Atlas: CHILE [Internet]. 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/chl.pdf?sfvrsn=3a9b4406_6&download=true
29. World Health Organization, editor. Mental health atlas 2005 [Internet]. Rev ed. Geneva: World Health Organization; 2005. 540 p. Disponible en: https://uchile.alma.exlibrisgroup.com/discovery/search?query=creator,exact,World%20Health%20Organization.%20Dept.%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Abuse.,AND&tab=Everything&vid=56UDC_INST:56UDC_INST&facet=creator,exact,World%20Health%20Organization.%20Dept.%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20Abuse.&mode=advanced&offset=0
30. Superintendencia de Salud. Documento de Trabajo: Caracterización de los profesionales de la salud en Chile 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-20912_recurso_1.pdf
31. Liu CH, Stevens C, Wong SHM, Yasui M, Chen JA. The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among U.S. college students: Implications for



¿Cuáles son los instrumentos utilizados por profesionales que no sean del área de salud mental, para realizar screening de patologías de salud mental en atención primaria de salud (APS)?
Agosto, 2023

- addressing disparities in service use. *Depress Anxiety*. enero de 2019;36(1):8-17.
32. Pachankis JE, Cochran SD, Mays VM. The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study. *J Consult Clin Psychol*. octubre de 2015;83(5):890-901.



Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

MEDLINE

Fecha de ejecución de la búsqueda: 10 de julio 2023

Estrategia: #1 ("primary health care" or "community").ti,ab. #2 ("mental disorder" or "Psych* illness" or "Psych* disease" or "mental illness" or "Psych* disorder" or "Psych* diagnosis" or "Health, Mental" or "Mental Hygiene" or "Hygiene, Mental").tw. #3 (tool* or instrument* or screening or "mass screening" or "comprehensive screening" or diagnosis).ti,ab. #1 and 2 and 3 #5 limit 4 to ("review" or "systematic review")

Resultado: 593 revisiones sistemáticas

ProQuest

Fecha de ejecución de la búsqueda: 11 de julio 2023

Estrategia: title:(("primary health care" OR "community") AND ("mental disorder" OR "Psych* illness" OR "Psych* disease" OR "mental illness" OR "Psych* disorder" OR "Psych* diagnosis" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental")) AND (tool* OR instrument* OR screening OR "mass screening" OR "comprehensive screening" OR diagnosis)) OR abstract:(("primary health care" OR "community") AND ("mental disorder" OR "Psych* illness" OR "Psych* disease" OR "mental illness" OR "Psych* disorder" OR "Psych* diagnosis" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental")) AND (tool* OR instrument* OR screening OR "mass screening" OR "comprehensive screening" OR diagnosis)))

Resultado: 9 revisiones sistemáticas

Epistemonikos

Fecha de ejecución de la búsqueda: 11 de julio 2023

Estrategia: title:(("primary health care" OR "community") AND ("mental disorder" OR "Psych* illness" OR "Psych* disease" OR "mental illness" OR "Psych* disorder" OR "Psych* diagnosis" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental")) AND (tool* OR instrument* OR screening OR "mass screening" OR "comprehensive screening" OR diagnosis)) OR abstract:(("primary health care" OR "community") AND ("mental disorder" OR "Psych* illness" OR "Psych* disease" OR "mental illness" OR "Psych* disorder" OR "Psych* diagnosis" OR "Health, Mental" OR "Mental Hygiene" OR "Hygiene, Mental")) AND (tool* OR instrument* OR screening OR "mass screening" OR "comprehensive screening" OR diagnosis)))

Resultado: 258 revisiones sistemáticas

