

# Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión\*

**Carlos Gómez-Restrepo<sup>1</sup>**  
**Adriana Bohórquez Peñaranda<sup>2</sup>**  
**Jacky Fabián Gil Laverde<sup>3</sup>**  
**Verónica Pérez Muñoz<sup>4</sup>**

## Resumen

*Objetivos:* evaluar el conocimiento existente sobre los trastornos depresivos en médicos de atención primaria y el efecto en el conocimiento de una intervención educativa para mejorar el reconocimiento y manejo de la depresión en médicos de atención primaria en Bogotá.

*Materiales y métodos:* estudio multicéntrico. Se adecuó una intervención educativa sobre trastornos depresivos a las necesidades específicas y oportunidades del contexto de la prestación de servicios de atención primaria en Bogotá. Fue aplicada a los profesionales de la salud que laboran en centros de atención primaria ambulatoria pertenecientes a una EPS. Entre las evaluaciones y medidas de desenlace de la intervención se aplicó una prueba para

\* Proyecto de Colaboración Internacional WPA/Inclen sobre Depresión en Atención Primaria (IDP). Financiado por Internacional Network of Clinical Epidemiology (Inclen). Proyecto: Desarrollo y evaluación de una intervención educativa clínica específica para mejorar el reconocimiento de la depresión en centros de atención primaria en Bogotá, financiado por el Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud.

<sup>1</sup> Médico-psiquiatra, psicoanalista, MSc. en Epidemiología Clínica, director del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, profesor de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médica psiquiatra, candidata a la Maestría en Epidemiología Clínica, docente AD-H del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, asistente de investigación de la Facultad de Medicina, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Psiquiatra de la Clínica la Inmaculada.

<sup>3</sup> Bioestadístico, profesor instructor de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Médica residente de Psiquiatría (segundo año), Departamento de Psiquiatría y Salud mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

medir el conocimiento que tenían los médicos sobre los trastornos depresivos antes del entrenamiento y dos meses después de éste. El instrumento fue diseñado por el grupo de investigación. Se realizó el análisis descriptivo de las variables y comparación de los resultados en ambas fases, y se controlaron los resultados por las diferentes características de participantes.

**Resultados:** en la evaluación de línea de base participaron 48 médicos y asistieron al entrenamiento 23 profesionales de la salud, de los cuales 18 eran médicos. La evaluación dos meses después de la intervención se realizó a 16 de los médicos asistentes. La calificación promedio del conocimiento antes del entrenamiento fue de 26,3 sobre 50 con una desviación estándar (DE) de 6,69 para todos los participantes. En el examen realizado dos meses después de la intervención educativa, la calificación promedio de los médicos que recibieron el entrenamiento fue de 33,2 sobre 50 con una DE de 5,70. Al comparar la calificación total obtenida antes del entrenamiento (todos los participantes) y después de éste se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ).

**Conclusión:** existía un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos entre los médicos de atención primaria; no obstante, estas deficiencias se mejoraron mediante el entrenamiento en el reconocimiento y manejo de la depresión.

**Palabras clave:** educación médica continua, atención primaria de salud, depresión.

**Title:** Knowledge of Depressive Disorders and Evaluation of an Educational Intervention Applied to Primary Care Physicians in Bogotá, Colombia. Colombian Results of the IDP.

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the knowledge of depressive disorders in primary care physicians and the effect of an intervention intended to improve the recognition and

management of depression in primary care physicians in Bogotá.

**Materials and methods:** Multicentre study. An educational intervention adapted to depressive disorders and specific needs and opportunities in the context of the provision of primary care in Bogotá, was applied to health professionals working with primary care outpatients of an EPS. Between evaluations, measures of outcome were applied by a test to measure the knowledge physicians' had about depressive disorders before and two months after the training. The instrument was designed by the of group of investigators. The descriptive analysis of the variables and comparison of the results of both phases were controlled for different participant characteristics.

**Results:** 48 physicians participated in the baseline evaluation and 23 health professionals attended the training, 18 of which were doctors. 16 doctors attended the evaluation two months afterwards. The average grade obtained before the training was 26.3 over 50 with a standard deviation (SD) of 6.69 for all of the participants. In the exam two months after the educational intervention, the average grade of the physicians that received training was 33.2 over 50 with SD 5.70. In comparison to the total grades obtained before (all of the participants) and after the training, there was statistically significant difference ( $p=0.003$ ).

**Conclusion:** Knowledge of depression in primary care physicians is deficient, these deficiencies improve by means of training in the recognition and management of depression.

**Key words:** education medical continuing, primary health care, depression.

La depresión en Colombia es un problema de salud pública. Los reportes más recientes desarrollados por investigadores colombianos han

presentado prevalencias elevadas. En la encuesta multinacional sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en Colombia por Gómez-Restrepo y colaboradores en el año 2000, se encontró que la proporción de individuos de la población general para un episodio depresivo en el último año fue del 10,0% (1). Adicionalmente, en el reciente estudio nacional de salud mental que hicieron en Colombia en 2003, Posada y colaboradores (2) reportaron una prevalencia para la población general a lo largo de la vida del 15% para los trastornos del ánimo, 12,1% para el trastorno depresivo mayor, 1,8% para el trastorno depresivo menor, 0,7% para la distimia y 19% para los trastornos de ansiedad, donde Bogotá tiene los grupos más numerosos (21,2% de trastornos del estado del ánimo y 21,7% de trastornos de ansiedad). Ambos estudios determinaron estas prevalencias mediante una entrevista diagnóstica estructurada.

En cuanto a los estudios sobre depresión en atención primaria, en Colombia se encuentra un estudio reportado en la bibliografía médica por Rodríguez y Puerta Baptiste (3), el cual fue hecho en la consulta no psiquiátrica de un hospital de primer nivel en Bogotá, en 1995. Los autores mostraron una prevalencia de punto de síntomas depresivos del 72,6% y de síntomas ansiosos del 45,3% en los pacientes atendidos.

Estudios realizados en otros países (4) han reportado depresión en grupos de individuos en consultas de atención primaria entre el 29,5% y el 4,0%, mediante la aplicación de una entrevista diagnóstica estructurada. En el estudio clásico realizado por Üstun y Sartorius (5) sobre trastornos mentales en atención primaria llevado a cabo en catorce países (25.916 adultos) los autores encontraron que el 24% de las personas que fueron atendidas en atención primaria tenían un trastorno psiquiátrico, de las cuales entre un 15% a 40% no eran ni diagnosticadas ni tratadas, y de los pacientes diagnosticados por los médicos de atención primaria sólo una proporción muy pequeña recibió un tratamiento adecuado para su condición.

Simon y colaboradores, en el 2004 (6), evaluaron la prevalencia y los predictores del tratamiento de la depresión en una muestra de pacientes de atención primaria en seis países (España, Israel, Australia, Brasil, Rusia y Estados Unidos) mediante un estudio longitudinal, y encontraron que a pesar del tamizaje para depresión y la notificación a los médicos, no hubo un adecuado manejo de la depresión, la proporción de pacientes con síntomas depresivos persistentes que recibieron un tratamiento con antidepresivos osciló entre el 38% (Estados Unidos) y el 0% (Rusia) y que entre las principales barreras para el tratamiento se encontraron: costos de

los medicamentos, efectos adversos y barreras relacionadas con el estigma.

Además del comportamiento epidemiológico de la depresión local y en atención primaria descrito, el estudio de carga de la enfermedad en el mundo reportó que la depresión unipolar aportó en 1990 el 10,7% de los años de vida perdidos por discapacidad en el mundo y proyecta que para el año 2020 será el principal problema de salud en los países no desarrollados, lo que contribuye con el 5,7% de la carga. En Latinoamérica y el Caribe será 6,4% de de la carga total de enfermedad, es decir, se perderán 6.686 millones de años de vida ajustados por discapacidad (7). Tales estadísticas demuestran la importancia de esta enfermedad en el mundo, en particular para Colombia.

Considerando las implicaciones de este problema de salud, en cuanto a morbilidad y mortalidad, la elevada afluencia de estos pacientes a servicios de atención primaria y la gran proporción de pacientes no tratados, se hace fundamental incrementar la proporción de pacientes reconocidos y tratados en el nivel primario de atención en salud.

Para solucionar esta necesidad, se han realizado varias investigaciones sobre modelos de intervenciones educativas y organizacionales para mejorar el manejo de la depre-

sión en atención primaria, cuyos resultados se resumen en una revisión sistemática publicada por Gilbody y colaboradores en el 2003 (8). Dichos estudios se llevaron a cabo en países desarrollados, y evaluaron intervenciones educativas dirigidas a profesionales en salud que trabajan en el nivel de atención primaria, cuyo objetivo era mejorar el reconocimiento y manejo de los pacientes con problemas psicológicos. Entre los desenlaces obtenidos en estos estudios se encuentran los cambios tanto en el conocimiento acerca de los trastornos mentales como en el desempeño clínico. Para varios de los estudios incluidos los resultados en los desenlaces primarios fueron positivos; sin embargo, algunas de las estrategias utilizadas no fueron efectivas (9).

En Colombia se reportó una primera experiencia en educación continuada sobre salud mental en la que se utilizaron los módulos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (10). En este estudio los resultados no son comparados con una medida de base y las conclusiones que se puedan obtener no son claramente evaluables, dado que no se conoce el efecto real de la intervención. Otro estudio reportado, realizado por Martín y Sánchez (11), comparó dos métodos educativos aplicados a la educación médica continuada en atención primaria en Bogotá. Los investigadores encontraron que en el desempeño de los

métodos influían las características de los médicos participantes y la mejoría en el conocimiento después de la intervención, pero sin diferencias significativas.

Este reporte forma parte de los resultados del Proyecto Internacional de Depresión, cuya propuesta fue desarrollar y evaluar una intervención educativa para mejorar el reconocimiento y manejo de los trastornos depresivos en atención primaria. La intervención se desarrolló a partir de los módulos educativos de la Asociación Mundial de Psiquiatría, con modificaciones acordes con las necesidades y oportunidades de los profesionales de la salud que laboran en centros de atención primaria ambulatoria en Bogotá. En este artículo se presentan los resultados de la prueba de conocimientos en trastornos depresivos aplicada a los médicos de atención primaria de los centros participantes, antes de la intervención educativa y después de éste. El examen de conocimientos fue una de las medidas de evaluación y desenlace aplicadas durante la investigación.

### **Materiales y métodos**

Con el objetivo de desarrollar y evaluar una intervención educativa clínica específica para mejorar el reconocimiento y manejo de la depresión en centros de atención pri-

maria, se adecuó la intervención educativa sobre trastornos depresivos a las necesidades específicas y oportunidades del contexto de la prestación de servicios de atención primaria en Bogotá. Esta investigación hace parte de un proyecto multicéntrico realizado de forma simultánea en Chennai, India, y Pekín, China.

El entrenamiento en trastornos depresivos fue realizado con un grupo de profesionales de la salud que laboran en centros de atención primaria ambulatoria pertenecientes a una empresa promotora de salud (EPS), ubicados en la ciudad de Bogotá, los cuales se consideraron representativos de los centros que prestan servicios de atención primaria ambulatoria en las zonas urbanas del país.

Entre las evaluaciones y medidas de desenlace de la intervención se realizó una prueba para evaluar el conocimiento que tenían los médicos sobre los trastornos depresivos antes de la intervención educativa y dos meses después de ésta.

El instrumento fue desarrollado por el grupo de colaboración internacional conformado por los investigadores de China, India y Colombia. Se trata de un cuestionario autoaplicado que contiene 25 ítems de selección múltiple que evalúan los conocimientos en: diagnóstico, etiología y terapéutica (farmacoló-

gica y no farmacológica) de los trastornos depresivos. El instrumento original fue probado en un estudio piloto y modificado de acuerdo con los resultados obtenidos. Tales modificaciones se realizaron a las pre-

guntas de falso y verdadero: primero se excluyeron dos ítems y segundo se incluyó la opción «No sabe» entre las opciones de respuesta. En la Tabla 1 se listan los temas indagados por cada área.

Tabla 1. Listado de aspectos evaluados por áreas

Área	Preguntas
<b>Etiología</b>	Condiciones médicas asociadas a la depresión Prevalencia hombres frente a mujeres Condiciones sociodemográficas asociadas a la depresión Riesgo de depresión en gemelos Consumo de sustancias
<b>Diagnóstico</b>	Características clínicas de la distimia Manifestaciones psicomotoras de la depresión Manifestaciones cognitivas de la depresión Síntomas más frecuentes de la depresión Síntomas somáticos de la depresión Manifestaciones de la depresión melancólica Comorbilidad con ansiedad Comorbilidad con demencia Motivos de consulta (quejas físicas frecuentes)
<b>Terapéutica</b>	Inhibidores de la recaptación de serotonina Efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Efectos secundarios de la amitriptilina Factores considerados en la selección de los antidepresivos Factores considerados en la no respuesta al tratamiento Tiempo de respuesta de los antidepresivos Duración del mantenimiento del tratamiento antidepresivo Mecanismo de acción de los antidepresivos Indicaciones de hospitalización Habilidades para la evaluación de un paciente deprimido Adherencia al tratamiento antidepresivo

Fuente: elaboración propia.

La versión final del cuestionario fue aplicada en dos momentos de la investigación. La primera, en la toma de medidas de base (febrero de 2003), a los médicos generales

de planta de los centros participantes. La segunda, dos meses después de la intervención educativa, que evaluó a los médicos que participaron en el entrenamiento. El primer

grupo de médicos capacitados fue analizado en enero de 2004 y el segundo, en abril de 2004.

Cada respuesta correcta fue calificada con dos puntos y las respuestas incorrectas sin puntuación, para un total de 50 puntos. Se clasificó el grado de conocimiento por áreas en bajo, medio y alto, de acuerdo con el número de respuestas correctas en cada área. Para etiología, el nivel bajo corresponde a una escala entre 0 a 1 punto; medio, entre 2 y 3 puntos, y alto, entre 4 y 5 puntos. Para diagnóstico, bajo, entre 0 y 3 puntos; medio, entre 4 y 6 puntos, y alto, entre 7 y 9 puntos. Finalmente, para el área de terapéutica, bajo, entre 0 y 3 puntos; medio, entre 4 y 7 puntos, y alto, entre 8 y 11 puntos. Además, se categorizaron las calificaciones globales como: «reprueba con muy baja calificación» si el puntaje total es menor de 24; «reprueba», si está entre 24 y 29, y «aprueba», si las calificaciones son mayores de 30.

#### *Análisis estadístico*

Luego de recolectar la información se digitó la información en una base de datos (Microsoft Access (r)), se limpió y se seleccionaron los registros de los médicos participantes. No se incluyó la información de las cinco enfermeras participantes, debido a que no se les aplicó la evaluación, a pesar de haber asistido al entrenamiento y participado a lo

largo de la investigación, ya que se consideró que en Colombia estas profesionales no realizan intervenciones terapéuticas, las cuales hacen parte fundamental de la evaluación.

Para el análisis se utilizaron los programas SAS 8.0 y STATA 8.2. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables del cuestionario de características de los clínicos y del cuestionario de conocimientos aplicado antes del entrenamiento y dos meses después de éste. Se compararon los resultados en ambas fases primero incluyendo a todos los participantes y luego únicamente a los que estuvieron en ambas fases (pareados). Considerando el tamaño de la muestra, el uso de variables categóricas y ordinales para la medición y que los datos obtenidos no tienen una distribución normal, se aplicaron pruebas no paramétricas para la verificación de las hipótesis. Para evaluar el efecto de las variables de control se realizaron análisis de varianza (Anova) de las variables año de graduación, sexo, calidad del entrenamiento en pregrado, tiempo de educación en psiquiatría recibido en pregrado, relevancia del entrenamiento pregrado y entrenamiento en salud mental después del grado, en relación con el efecto en el puntaje global y para cada área (etiología, diagnóstico y terapéutica) antes del entrenamiento y después de éste. El grado de significación utilizado para determinar las diferencias fue del 5%.

### Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y por el Comité de Ética de la EPS que era propietaria de los centros de atención primaria.

### Resultados

En la evaluación de línea de base participaron 48 médicos, pero dos no contestaron el examen. Asistieron al entrenamiento 23 profesionales de la salud, de los cuales 18 eran médicos. La razón por la cual no asistieron todos los profesionales de la salud a la capacitación fue por la dificultad para asistir al entrenamiento y por la imposibilidad de la

empresa de asignar tiempo laboral a la actividad. Estos factores también influyeron en la modalidad de intervención y en su duración –ésta se desarrolló con un modelo de taller (teórico-práctico) y en una jornada de ocho horas un sábado–.

La evaluación dos meses después de la intervención se realizó a 16 de los médicos asistentes, uno de ellos no tenía evaluación previa, por lo que se excluyó del análisis pareado. De los médicos entrenados que no fueron evaluados luego de la intervención educativa, dos fueron reubicados en centros no participantes y uno se retiró de la empresa antes de realizar la evaluación. En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de los médicos participantes.

Tabla 2. Características de los médicos participantes

Variable	Valores
Promedio de edad en años (DE)	33,7 (4,67)
Número de hombres (%)	18 (37,5)
Número de mujeres (%)	30 (62,5)
Número de médicos de tiempo completo (%)	46 (95,8)
Promedio de horas de trabajo semanales en el centro (DE)	44 (6,0)
Número de médicos por años de graduación (%)	
1983-1992	19 (39,6)
1993-1997	16 (33,3)
1998-2002	13 (27,1)
Número de médicos con entrenamiento de posgrado (%)	29 (60,4)
Número de médicos que consideraron que el entrenamiento en psiquiatría en pregrado fue adecuado (%)	16 (35,6)
Número de médicos que recibieron entrenamiento en psiquiatría en pregrado menor a un mes (%)	12 (26,7)
Número de médicos que consideraron que el entrenamiento recibido en pregrado fue relevante para su práctica clínica actual	23 (51,1)
Número de médicos que recibieron algún entrenamiento en salud mental después de su grado (%)	13 (28,9)

Fuente: elaboración propia.

Entre los médicos que recibieron entrenamiento de posgrado, las áreas estudiadas fueron: administración en salud (31,03%), salud familiar (20,69%), auditoría médica (4%), medicina alternativa (4%), especialización incompleta en áreas quirúrgicas (6,9%), salud pública (3,45%) y urgencias (3,45%).

Para los 29 médicos que consideraron que su entrenamiento no fue adecuado, los defectos descritos fueron: entrenamiento muy breve (58,62%), falta de práctica clínica (13,8%), poca importancia dada dentro del currículo académico al entrenamiento en psiquiatría (10,34%), contenido muy básico o superficial (10,34%), carencia de clases teóricas (3,45%) y únicamente entrenamiento con pacientes hospitalizados o en crisis aguda (3,45%).

En cuanto a la importancia del contenido de psiquiatría en los exámenes de certificación de pregrado, el 44,4% (20 médicos) consideró que fue mínima; el 33,3%, que fue moderada; el 20%, muy importante, y solamente el 2,2% que no fue importante.

Entre las razones expuestas por los médicos con respecto a por qué no fue relevante para la práctica clínica actual su entrenamiento en psiquiatría durante el pregrado, se encuentran: la práctica fue insuficiente para 9 de ellos (40,9%), la

información teórica fue pobre para 7 médicos (31,82%), el 4,5% dieron otras razones y el 22,73% no contestaron la pregunta.

Los médicos que recibieron algún tipo de entrenamiento en psiquiatría después del grado reportaron su duración así: 4 (23,53%) menos de un día, 7 (41,17%) entre 1 y 3 días, 4 (23,53%) entre 5 y 8 días, uno 14 días y otro 180 días.

La calificación promedio del conocimiento antes del entrenamiento fue de 26,3 sobre 50 con una desviación estándar (DE) de 6,69 para todos los participantes. En cuanto a los médicos que participaron en el entrenamiento, fue de 27,6 (DE 7,45) y para los médicos que no participaron en el entrenamiento, de 25,67 (DE 6,32), diferencia que no es estadísticamente significativa ( $p = 0,233$ ). En el examen realizado dos meses después de la intervención educativa, la calificación promedio de los médicos que recibieron el entrenamiento fue de 33,2 sobre 50 con una DE de 5,70. Al comparar la calificación total obtenida antes (todos los participantes) del entrenamiento y después de éste se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ). Igualmente, al comparar únicamente las calificaciones de los que participaron en ambas fases, el sentido de la diferencia se mantiene ( $p = 0,024$ ). En la Tabla 3 se presenta el resumen de los datos

descriptivos y la distribución de los puntajes de acuerdo con la clasificación propuesta por el grupo investigador.

*Tabla 3. Resumen descriptivo del los puntajes obtenidos en la evaluación antes del entrenamiento y después de éste*

Conocimiento global todos los participantes antes del entrenamiento (46 médicos)	Promedio	26,3
	Desviación estándar	6,69
	Mediana	26
	Percentil 25	22
	Percentil 75	32
	Reprueba con muy baja calificación	36,96%
	Reprueba	23,91%
Conocimiento global antes del entrenamiento de los médicos que participaron en ambas fases (15 médicos)	Promedio	27,6
	Desviación estándar	7,45
	Mediana	28
	Percentil 25	22
	Percentil 75	32
	Reprueba con muy baja calificación	26,67%
	Reprueba	20,0%
Conocimiento global antes del entrenamiento de los médicos que sólo participaron en la primera fase (31 médicos)	Promedio	25,68
	Desviación estándar	6,32
	Mediana	26
	Percentil 25	20
	Percentil 75	30
	Reprueba con muy baja calificación	41,94%
	Reprueba	22,58%
Conocimiento global después del entrenamiento entre los médicos que participaron en ambas fases (15 médicos)	Promedio	33,2
	Desviación estándar	5,7
	Mediana	34
	Percentil 25	30
	Percentil 75	36
	Reprueba con muy baja calificación	6,67%
	Reprueba	6,67%
Aprueba	86,67%	

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al grado de conocimiento de la etiología de la depresión antes del entrenamiento, para todos los participantes se encontró que el 4,35% (2 médicos) tenía un nivel bajo; 41,30% (19 médicos), un

nivel medio, y 54,35% (25 médicos), un nivel alto. De los que participaron en el entrenamiento, el conocimiento previo sobre etiología fue bajo para el 6.67%; medio para el 26,67%, y alto para el 66,67% –esta

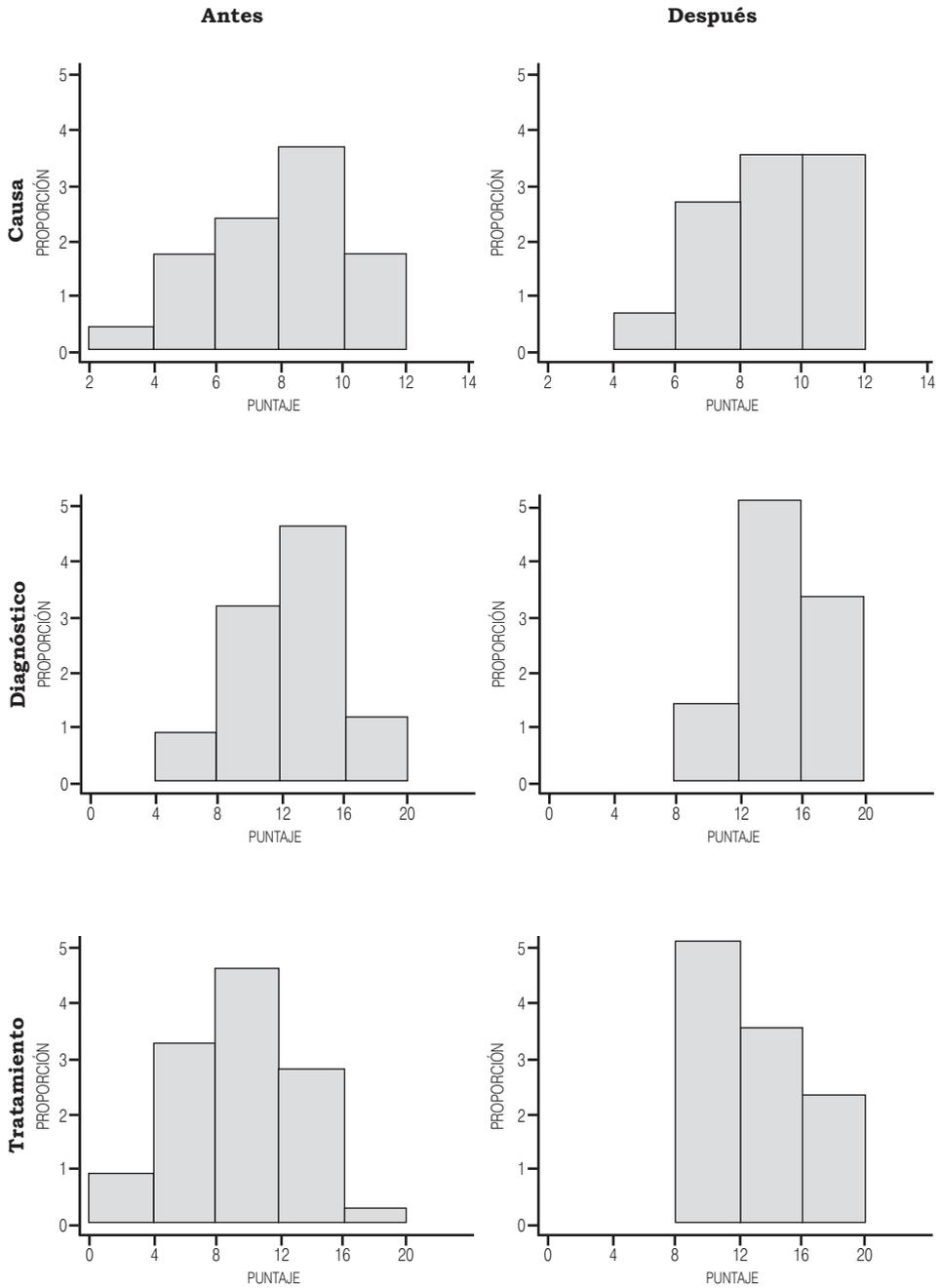
distribución no es diferente cuando se compara con los médicos que no fueron entrenados ( $p = 0,44$ ). Después del entrenamiento, el 33,33% (5 médicos) se ubicó en el nivel medio y 66,67% (10 médicos) restante continuó en el nivel alto. No se encontraron diferencias significativas en el conocimiento después de la intervención entre los sujetos que participaron en ambas fases (prueba exacta de Fischer,  $p = 0,99$ ).

Los conocimientos sobre diagnóstico antes del entrenamiento de todos los participantes se clasificaron así: bajo: 8,7% (4 médicos); medio: 63,04% (29 médicos), y alto: 28,26% (13 médicos). El conocimiento previo en esta área entre los que participaron en el entrenamiento fue: bajo para el 6,67%, medio para el 66,67% y alto para el 26,67%. Esta distribución no es diferente cuando se compara con los médicos que no fueron entrenados ( $p = 0,99$ ). Después del entrenamiento el 26,67% (4 médicos) se ubicó en el nivel medio y el 73,33% (11 médicos) restante se incluyó en un nivel alto. Se encontró una diferencia significativa en el conocimiento adquirido sobre el diagnóstico después de la intervención entre los sujetos que participaron en ambas fases (prueba exacta de Fischer,  $p = 0,03$ ).

El conocimiento antes del entrenamiento entre todos los participantes sobre la terapéutica de la depresión fue bajo para el 34,78% (16 médicos), medio para el 63,04% (29 médicos) y alto sólo para el 2,17% (1 médico). Entre los que participaron en el entrenamiento, los puntajes de conocimiento en esta área se clasificaron así: bajo para el 26,67% (4 médicos), medio para el 66,67% (10 médicos) y alto para el 6,67% (1 médico). Esta distribución no es diferente cuando se compara con los médicos que no fueron entrenados ( $p = 0,296$ ). Después del entrenamiento ninguno de los participantes tuvo un bajo nivel, pues el 86,67% se ubicó en el nivel medio y el 13,33% (2 médicos), en el nivel alto; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que participaron en ambas fases (prueba exacta de Fischer,  $p = 0,142$ ).

En el Gráfico 1 se presenta la distribución de frecuencias de los puntajes globales y por áreas antes del entrenamiento para todos los participantes y después de éste. En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos en cada tema evaluado antes del entrenamiento para los médicos que participaron en ambas fases y después de que éste se llevó a cabo.

Gráfico 1. Histogramas de frecuencia de los puntajes obtenidos en cada área y global antes y después del entrenamiento



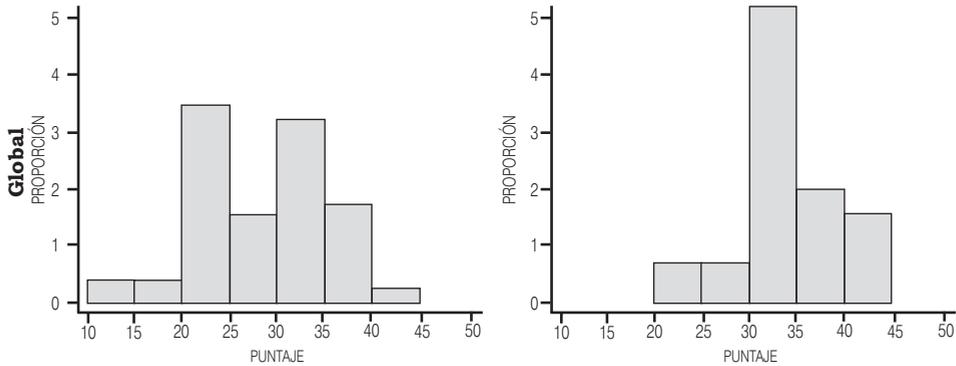


Tabla 4. Ítems correctos frente a incorrectos antes del entrenamiento y dos meses después de éste para los sujetos que participaron en ambas fases

Preguntas	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento		McNemar (p)
	Correcta (%)	Incorrecta (%)	Correcta (%)	Incorrecta (%)	
<b>Etiología</b>					
Condiciones médicas asociadas con la depresión	13 61,90	2 13,33	12 80,00	3 20,00	0,5637
Prevalencia hombres frente a mujeres	9 40,91	6 40,00	11 73,33	4 26,67	0,3163
Condiciones sociodemográficas asociadas con la depresión	8 47,06	7 46,67	9 60,00	6 40,00	0,7055
Riesgo de depresión en gemelos	13 81,25	2 13,33	12 80,00	3 20,00	0,6547
Consumo de sustancias	14 77,78	1 6,67	15 100,00	0 0,00	0,3173
<b>Diagnóstico</b>					
Características clínicas de la distimia	2 12,50	13 86,67	6 40,00	9 60,00	0,0454
Manifestaciones psicomotoras de la depresión	14 77,78	1 6,67	14 93,33	1 6,67	0,9999
Manifestaciones cognitivas de la depresión	12 48,00	3 20,00	9 60,00	6 40,00	0,7197
Síntomas más frecuentes de la depresión	5 31,25	10 66,67	12 80,00	3 20,00	0,0196
Síntomas somáticos de la depresión	14 51,85	1 6,67	13 86,67	2 13,33	0,3173
Manifestaciones de la depresión melancólica	3 18,75	12 80,00	6 40,00	9 60,00	0,2568
Motivos de consulta (quejas físicas frecuentes)	14 87,50	1 6,67	15 100,00	0 0,00	0,3173
Comorbilidad con ansiedad	14 63,64	1 6,67	15 100,00	0 0,00	0,3173
Comorbilidad con demencia	8 47,06	7 46,67	13 86,67	2 13,33	0,0253

Continúa...

Continuación

Preguntas	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento		McNemar (p)
	Correcta (%)	Incorrecta (%)	Correcta (%)	Incorrecta (%)	
<b>Terapéutica</b>					
Indicaciones de hospitalización	12 52,17	3 20,00	10 66,67	5 33,33	0,4142
ISRS	7 25,00	8 53,33	13 86,67	2 13,33	0,0339
Efectos secundarios de los ISRS	2 7,41	13 86,67	4 26,67	11 73,33	0,3173
Efectos secundarios de la amitriptilina	3 11,11	12 80,00	4 26,67	11 73,33	0,7055
Habilidades para la evaluación de un paciente deprimido	3 10,71	12 80,00	10 66,67	5 33,33	0,0082
Factores considerados en la selección de los antidepresivos	2 10,00	13 86,67	2 13,33	13 86,67	0,9999
Factores considerados en la no respuesta al tratamiento	10 35,71	5 33,33	12 80,00	3 20,00	0,3173
Tiempo de respuesta de los antidepresivos	2 8,33	13 86,67	2 13,33	13 86,67	0,9999
Duración del mantenimiento del tratamiento antidepresivo	6 25,00	9 60,00	13 86,67	2 13,33	0,0082
Mecanismo de acción de los antidepresivos	6 35,29	9 60,00	5 33,33	10 66,67	0,6547
Adherencia al tratamiento antidepresivo	13 86,67	2 13,33	14 93,33	1 6,67	0,3173

Al evaluar el efecto de las características de los clínicos en el promedio de los resultados obtenidos en la evaluación antes del entrenamiento y después de éste, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables de control.

En la Tabla 5 se presentan los resultados de los análisis de varianza realizados para determinar la probabilidad de que cada característica hubiera afectado la calificación promedio obtenida.

## Discusión

A partir de la relevancia de los trastornos depresivos en el mundo, en particular en los países en vías de desarrollo, como lo reporta la OMS (4), se constituyó un grupo de colaboración internacional conformado por China, India y Colombia, con apoyo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y la Red Internacional de Epidemiología Clínica (Inclen), para desarrollar el Proyecto Internacional de Depresión, en su primer estudio, cuyo objetivo era

*Tabla 5. Resultado del análisis de varianza (Anova) de las variables de control para los puntajes por área y globales antes del entrenamiento y después de éste*

<b>Puntaje promedio</b>	<b>Variable de control</b>	<b>Estadística de prueba (F)</b>	<b>Valor de p</b>
Causa antes del entrenamiento	Año de graduación	0,44	0,6472
	Sexo	0,07	0,7868
	Relevancia del entrenamiento en pregrado	0,68	0,4154
	Adecuación del entrenamiento en pregrado	2,35	0,1330
	Duración del entrenamiento en pregrado	1,10	0,3430
	Entrenamiento en salud mental después de la certificación	0,05	0,8229
	Causa después del entrenamiento	Año de graduación	0,71
Sexo		0,27	0,6102
Relevancia del entrenamiento en pregrado		0,00	0,9628
Adecuación del entrenamiento en pregrado		1,32	0,2742
Duración del entrenamiento en pregrado		0,47	0,5090
Entrenamiento en salud mental después de la certificación		0,34	0,5724
Diagnóstico antes del entrenamiento		Año de graduación	2,56
	Sexo	0,01	0,9437
	Relevancia del entrenamiento en pregrado	0,64i	0,4299
	Adecuación del entrenamiento en pregrado	1,25	0,2701
	Duración del entrenamiento en pregrado	0,31	0,7324
	Entrenamiento en salud mental después de la certificación	0,59	0,4463
	Diagnóstico después del entrenamiento	Año de graduación	0,35
Sexo		0,01	0,9198
Relevancia del entrenamiento en pregrado		0,85	0,3774
Adecuación del entrenamiento en pregrado		3,32	0,0955
Duración del entrenamiento en pregrado		0,44	0,5211
Entrenamiento en salud mental después de la certificación		0,07	0,7946
Terapéutica antes del entrenamiento		Año de graduación	0,75
	Sexo	0,14	0,7147
	Relevancia del entrenamiento en pregrado	0,12	0,7268
	Adecuación del entrenamiento en pregrado	3,93	0,0539
	Duración del entrenamiento en pregrado	1,18	0,3162
	Entrenamiento en salud mental después de la certificación	0,00	0,9766
	Terapéutica después del entrenamiento	Año de graduación	0,53
Sexo		0,01	0,9242
Relevancia del entrenamiento en pregrado		1,03	0,3322
Adecuación del entrenamiento en pregrado		1,74	0,2135
Duración del entrenamiento en pregrado		0,11	0,7514
Entrenamiento en salud mental después de la certificación		1,03	0,3322

Continúa...

Continuación

Puntaje promedio	Variable de control	Estadística de prueba (F)	Valor de p
Total antes del entrenamiento	Año de graduación	0,83	0,4427
	Sexo	0,00	0,9568
	Relevancia del entrenamiento en pregrado	0,55	0,4257
	Adecuación del entrenamiento en pregrado	3,82	0,0571
	Duración del entrenamiento en pregrado	0,34	0,7154
	Entrenamiento en salud mental después de la certificación	0,18	0,6726
Total después del entrenamiento	Año de graduación	0,09	0,9160
	Sexo	0,00	0,9708
	Relevancia del entrenamiento en pregrado	0,02	0,8867
	Adecuación del entrenamiento en pregrado	1,58	0,2351
	Duración del entrenamiento en pregrado	0,11	0,7426
	Entrenamiento en salud mental después de la certificación	0,28	0,6059

i: varianzas diferentes prueba de Bartlett para varianzas iguales  $p < 0,05$ .

desarrollar y evaluar una intervención educativa clínica específica para mejorar el reconocimiento y el manejo de los trastornos depresivos en centros de atención primaria urbanos de los países participantes. En el caso colombiano, las condiciones particulares de la salud pública y la significativa prevalencia de la enfermedad motivaron su participación en el proyecto, por considerar la enfermedad un problema de salud de alta prioridad, y con este fin se obtuvo el apoyo de Colciencias para llevar a cabo esta investigación.

En la bibliografía médica se ha reportado que la falta de conocimiento acerca de la enfermedad y el pobre entrenamiento en su manejo disminuye la habilidad del clínico para diagnosticarla y afecta la capacidad para tratarla de manera

correcta y exitosa (12). Varios estudios corroboran el papel esencial del entrenamiento dentro del contexto de reconocimiento de la depresión en la práctica médica general, incluido el trabajo acerca de las habilidades del médico para indagar de manera directa y sistemática sobre alteraciones del afecto y su habilidad para identificar signos no verbales de estrés (12-15). A diferencia de los resultados presentados en este artículo, los reportes de la bibliografía respecto a las deficiencias de los médicos con relación a su entrenamiento (conocimiento y habilidades) se concentran fundamentalmente en la evaluación de las actitudes del médico y en sus habilidades clínicas, sin realizar pruebas específicas sobre el conocimiento existente o adquirido; por lo tanto, se dificulta la comparación de los

resultados que se describen en este artículo con los de otros estudios.

Como se mencionó en la introducción, los resultados del estudio de Alarcón y colaboradores (10) incluyen únicamente los de diez preguntas sobre las opiniones y experiencia de los médicos generales, y aunque informan que evaluaron los conocimientos, esta información no se encuentra en el estudio, ni es claro si la prueba aplicada se utilizó antes de la intervención y después de ésta. Por lo cual sus hallazgos no son comparables con los resultados presentados en este reporte. Con respecto al estudio de Martín y Sánchez (11) se corroboran sus hallazgos, en el sentido de que una intervención educativa ajustada a las necesidades del grupo de médicos participantes es efectiva; en cuanto a los resultados específicos, éstos no son comparables, pues este estudio se aplica a una patología diferente.

En la fase de evaluación se encontraron características particulares del sistema de salud, del funcionamiento de los centros participantes y de los profesionales de la salud que laboraban en estos centros, que condujeron al desarrollo de una intervención educativa, cuyo modelo fue un taller (curso teórico-práctico) realizado en una jornada de ocho horas, en que se implementaron los materiales desarrollados por la WPA, se ampliaron o modificaron la

información en algunas áreas que lo requerían y se excluyeron algunos temas no aplicables en el momento a este medio, por las condiciones de prestación de los servicios, así como por necesidades o intereses de los participantes. A partir de la experiencia y de los resultados obtenidos se desarrolló un manual de entrenamiento para que profesionales de la salud en atención primaria en Colombia reconozcan y manejen la depresión (16).

Es pertinente recalcar que, por las condiciones específicas, la duración del entrenamiento propuesto en el protocolo fue modificada de varias jornadas breves con sesiones de seguimiento y de apoyo en los centros participantes a una sola jornada de teoría y práctica, y que la prueba de conocimientos se aplicó dos meses después de realizado el taller, sin previo aviso. Por esto los hallazgos de mejoría en el conocimiento global y su significancia estadística resaltan la efectividad de la intervención y hace pensar que una intervención como la que se planteó en el protocolo tendría una mejor respuesta, sin restarle ningún valor a la intervención empleada, porque una de las propuestas del proyecto era adaptarla a las circunstancias concretas del medio en que se desarrollara.

En el estudio se aplicaron múltiples medidas de evaluación y desenlace. Una de las principales fue

la evaluación del conocimiento antes del entrenamiento y dos meses después de éste, mediante un examen de selección múltiple que abarcaba las principales áreas del conocimiento en depresión: etiología, diagnóstico y terapéutica. A pesar de ser un grupo homogéneo, su base en conocimientos sobre los trastornos depresivos –tanto general como por áreas– estaba por debajo del valor de aprobación, lo que limitaba, en consecuencia, su desempeño clínico habitual, de acuerdo con lo reportado en la bibliografía (5),(8),(10),(12).

Al analizar con detalle los resultados de la prueba de conocimientos antes de la intervención se observan falencias en las diferentes áreas de conocimiento. Con la intervención realizada se obtiene una mejoría significativa en el puntaje global de la prueba de conocimientos, y al realizar el análisis por áreas se encuentra una mejoría significativa en el desempeño en el área de diagnóstico. Esto redundó en una probable mejoría en el desempeño clínico, particularmente en el reconocimiento de los trastornos depresivos que presentan los pacientes atendidos por los médicos que participaron en el entrenamiento. Aunque hay mejoría en el desempeño de las otras áreas, etiología y terapéutica, es probable que por el tamaño de la muestra las diferencias no hayan sido significativas. Es de esperarse que al optimizarse la ca-

pacidad de reconocimiento, en consecuencia, aumente la probabilidad de que los pacientes reciban algún tipo de terapéutica, ya sea por parte del médico general o que sea remitido a un especialista en psiquiatría.

Al revisar las preguntas individuales y los cambios obtenidos luego de la intervención, se evidencia que los participantes obtuvieron un conocimiento apropiado en los siguientes temas: las características clínicas de la distimia, las manifestaciones cognoscitivas de la depresión, la comorbilidad con la demencia, el uso de ISRS, las habilidades requeridas para la evaluación de un paciente deprimido y la duración del mantenimiento de un tratamiento antidepresivo.

Las falencias en otros temas son indiscutibles y sugieren la necesidad de profundizar en la educación en depresión de forma global (etiología, diagnóstico y tratamiento). Botega y Martins (14) concluyen, de manera similar, al evaluar el campo de las actitudes de los médicos generales frente a la depresión en Brasil, la obligación de implementar una intervención educativa guiada a cubrir las falencias evidenciadas en el campo de conocimientos sobre la naturaleza, diagnóstico y manejo de los episodios depresivos.

Docherty (12) pone en discusión las variables susceptibles de inter-

vención, puesto que no sólo existe el obstáculo del conocimiento limitado del médico sobre depresión, sino que hay otras variables importantes a la hora de diagnosticar pacientes con depresión, como las características de presentación clínica en cada paciente y las dificultades en la estructura del sistema de atención primaria.

A partir de los resultados del entrenamiento ya realizado se observa que hay unas áreas más susceptibles de intervención que otras; adicionalmente, en este caso es fundamental profundizar en el área de terapéutica, hallazgo que se corrobora con los hallazgos de Tylee (13), quien reporta que los pacientes diagnosticados correctamente por el clínico como deprimidos son tratados de forma inadecuada: tanto por errores en los criterios de escogencia del medicamento antidepressivo como en la prescripción del medicamento adecuado, pero en dosis subterapéutica. Y resalta la importancia de profundizar en el conocimiento de los médicos de atención primaria en esta área.

En general se ha considerado que el proceso diagnóstico de los médicos generales en atención primaria refleja interacciones complejas entre él, su paciente y el sistema de salud. Por ello se han identificado factores específicos de cada una de estas variables como barreras

para el diagnóstico de la patología psiquiátrica (es este caso la depresión) en la atención primaria y su consecuente intervención terapéutica (12). De ahí que las características del clínico sean una variable trascendente en el reconocimiento de la depresión dentro del contexto de atención primaria, como ya se había anotado. Los factores –características del clínico– que aumentan el reconocimiento indican una mayor avidez a pensar en un diagnóstico psiquiátrico y una mejor habilidad para identificar en el paciente signos no verbales de estrés (17). Estas habilidades y actitudes son habitualmente moldeadas y estructuradas por la educación médica en pregrado y por la experiencia clínica, esto si se considera la diversidad en la formación médica en Colombia. En particular, en el área de psiquiatría se evaluó el papel que estas variables desempeñaron en el desempeño de la prueba.

En este reporte se encuentra que las características particulares de los médicos participantes como sexo, año de graduación, calidad del entrenamiento en pregrado, tiempo de educación en psiquiatría recibido en pregrado, relevancia del entrenamiento pregrado y entrenamiento en salud mental después del grado no afectaron el desempeño ni antes del entrenamiento ni después de éste. Hallazgos similares se han descrito en la literatura: Wittchen y colabo-

radores (18) encontraron, mediante un análisis de regresión logística, que las características de los médicos no estuvieron asociadas con la identificación de casos de ansiedad generalizada ni de depresión.

Aunque no se encontró un efecto de las diferencias en la formación en pregrado, sí puede pensarse que en general la formación de pregrado es deficiente. De igual forma se puede concluir algo similar sobre las actividades de educación continuada, que algunos participantes recibieron, pues tampoco hubo diferencia en el desempeño de la prueba entre aquellos que sí y los que no.

También se puede considerar que estas características pueden influir en la aceptación de la capacitación, es decir, las profesionales de la salud con un mejor entrenamiento de pregrado y la capacidad de reconocer la aplicabilidad de sus conocimientos a la práctica clínica habitual influya en la búsqueda y aceptación de actividades de educación médica continuada.

Otro aspecto relevante es la actitud hacia el manejo de pacientes con depresión. Varios reportes han descrito el papel que este aspecto desempeñó con respecto a la probabilidad de diagnosticar adecuadamente los trastornos depresivos (14). Las actitudes de los profesio-

nales de la salud fueron evaluadas en el estudio, pero no son materia de análisis en este reporte.

Como consideración final, es importante plantear una nueva valoración de la influencia de la intervención educativa en el conocimiento del clínico en un período mayor de un año, puesto que la experiencia en otros países muestra que los efectos de la intervención disminuyen con el tiempo y que por dicha razón un programa educativo de este tipo debe ser pensado como parte de un programa continuo, más que como un evento educativo, en un tiempo específico (19),(20).

## **Conclusión**

En el grupo de médicos de atención primaria analizados se encontró, en la evaluación de base, un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos; pero mediante una intervención educativa clínica específica se mejoraron las deficiencias globales en el conocimiento de la depresión.

## **Agradecimientos**

A Colciencias, Inclen y ACP por la financiación del proyecto.

## Bibliografía

1. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Diazgranados N, Pinto D. Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2004;16(6):378-86.
2. Posada Villa JA, Aguilar. S, Magaña C, Gómez LC. prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental: Colombia 2003. *Rev. Col. Psiquiatría.* 2004;33(3):241-62
3. Rodríguez Angarita C, Puerta Baptiste G. Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. *Rev. Col. Psiquiatría.* 1997;26(4):273-88.
4. WHO. The World Health Report: Mental Health New Understanding. New Hope. Ginebra: WHO; 2001.
5. Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons on Behalf of the World Health Organization, 1995.
6. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry.* 2004;161(9):1626-34.
7. Murray CJL, López AD, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
8. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. *JAMA.* 2003;289(23):3145-51.
9. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet.* 2000;355(9199):185-91.
10. Alarcón R, Muñoz R, Mollinelo H, Umaña C, González C, Holguín J, et al. Depresión y educación: reconocimiento y abordaje por el médico general, experiencia colombiana. *Rev. Col. Psiquiatría.* 2001;30(3):249-60.
11. Martín E, Sánchez R. Estudio comparativo de dos métodos pedagógicos en educación médica continuada. Available from: <http://www.fepafem.org.ve>. 2003.
12. Docherty J. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 (Suppl 1):5-10.
13. Tylee A. Depression in the community: physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(7 Suppl):12-6.
14. Botega NJ, Silveira GM. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *Int J Soc Psychiatry.* 1996;42(3):230-7.
15. Robbins J, Kirmayer L, Cathébras P, Yaffe MJ, Dworkind M. Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Med Care.* 1994;32(8):795-812.
16. IDP Grupo de investigación para Colombia: Gómez-Restrepo C. Bohórquez Peñaranda A. Manual de entrenamiento en reconocimiento y manejo de la depresión para profesionales de atención primaria en Colombia y cuaderno para los participantes «Taller sobre el reconocimiento y manejo de la depresión en atención primaria» 2005. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Ciencias, Inclen; 2005.
17. Robbins J, Kirmayer L, Cathébras P, Yaffe MJ, Dworkind M. Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Med Care.* 1994;32(8):795-812.
18. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(8 suppl):24-34.
19. Kerwick S, Tylee, A. Continuing medical education in primary care psychiatry: comparing de needs and the wants of

- general practitioners. Inter Review Psych. 1998; 10:106-9.
20. Rutz W, Knorring L von, Walinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the swedish Committe for the Prevention and Treatment of Depression. Act Psych Scand. 1992;85.

*Recibido para publicación:* 2 de febrero de 2005

*Aceptado para publicación:* 13 de mayo de 2005

Correspondencia

*Carlos Gómez-Restrepo*

*Hospital Universitario de San Ignacio*

*Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*

*Carrera 7 No. 40-62, Bogotá, Colombia*

*cgomez\_restrepo@yahoo.com*