

Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa*

Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión

Carlos Gómez-Restrepo¹
Adriana Bohórquez Peñaranda²
Mayumi Okuda Benavides³
Jacky Fabian Gil Laverde⁴
Nathalie Tamayo⁵
Diana Rey Sánchez⁶

Resumen

Introducción: En respuesta al enorme impacto de la depresión en todo el mundo, se han desarrollado diversos métodos educativos que tienen como finalidad mejorar el reconocimiento y el manejo de este problema en el nivel primario de atención. *Objetivos:* Evaluar la exactitud de los profesionales de la salud al diagnosticar trastornos depresivos y el efecto de una intervención educativa. *Materiales y métodos:* Estudio multicéntrico. Adaptación de una intervención educativa sobre trastornos depresivos a las necesidades específicas y oportunidades del contexto de la prestación de servicios de atención primaria en Bogotá, Colombia. Dentro

* El presente estudio muestra los resultados del proyecto “Desarrollo y evaluación de una intervención educativa clínica específica para mejorar el reconocimiento de la depresión en centros de atención primaria en Bogotá”, el cual contó con la financiación del International Depression Project de la World Psychiatric Association (WPA)-International Clinical Epidemiology Network (Inclen) y del Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias).

¹ Médico psiquiatra, psicoanalista, MSc en epidemiología clínica, profesor de los departamentos de Psiquiatría y Salud Mental y Epidemiología Clínica y Bioestadística y coordinador de la Especialidad Psiquiatría de Enlace de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Médica psiquiatra, candidata a la maestría en epidemiología clínica. Profesora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

³ Médica, asistente de Investigación del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁴ Bioestadístico. Profesor instructor del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁵ Médica interna, asistente de investigación, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁶ Médica interna del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

de las medidas de evaluación de desenlace de la intervención, se efectuó una prueba para evaluar la exactitud con la que los médicos generales hicieron el diagnóstico de depresión. *Resultados:* Dos meses después de recibir la intervención educativa se encontró un incremento significativo en el diagnóstico de depresión posterior al entrenamiento en los grupos de pacientes con moderado y alto riesgo de presentar esta patología según una prueba de tamizaje. *Conclusión:* Después de la intervención educativa hay un incremento en el número de diagnósticos relacionados con enfermedad mental, en particular el de depresión, por parte de los profesionales de la salud.

Palabras clave: educación médica continua, atención primaria, trastorno depresivo.

Title: Health Professional's Accuracy in Depression Diagnosis after an Educational Intervention in primary level. Colombian Results of the International Depression Project

Abstract

Introduction: The huge impact of depression worldwide has led to the development of different educational interventions aimed at the improvement in the recognition and management of this problem at a primary care level. *Objectives:* To evaluate the accuracy in the depression diagnosis on behalf of primary care physicians and the effect of an educational intervention. *Materials and methods:* A multicentric study. An educational intervention was adapted to depressive disorders and specific needs and opportunities in the context of the provision of primary care in Bogotá, Colombia. Among the evaluation outcomes, a test was made to evaluate the accuracy of depression diagnosis on behalf of primary care physicians. *Results:* Two months after the intervention, a significant increase in the diagnosis of depression was found in moderate and high risk groups of patients according to a screening test. *Conclusion:*

After the educational intervention, there was an increase in mental disease diagnosis on behalf of general practitioners, particularly in regards to depression.

Key words: Education, medical, continuing, primary health care, depressive disorder.

Introducción

La depresión figura como uno de los principales problemas de salud pública a escala nacional y mundial y constituye una patología frecuente en el contexto de atención primaria, donde se posiciona como el tercer motivo de consulta, con una prevalencia entre 5% y 25%, según los diferentes criterios diagnósticos empleados (1). El problema es más grave aún si se tienen en cuenta los alarmantes datos que señalan que los médicos familiares detectan menos de la mitad de los pacientes con depresión mayor, con una tasa de detección del 73% en los casos agudos (2). Al revisar la literatura al respecto, los estudios sobre la exactitud diagnóstica de los médicos generales muestran que al comparar el criterio del clínico con un patrón de oro (entrevista estructurada), la falta de concordancia entre estos dos no se limita únicamente al discrepancia total en cuanto a la presencia de síntomas psiquiátricos, sino al desacuerdo en cuanto a la severidad cuando se reconoce el trastorno y al diagnóstico psiquiátrico cuando se reconoce la presencia de alguno (3).

En el estudio realizado por Klinkman (2) se sugiere que la identificación del trastorno por parte de los médicos generales se encuentra fuertemente asociada con la familiaridad del médico con el paciente, resaltando así la importancia del seguimiento de éstos (2,4). Mientras el diagnóstico se hizo en 16% de los pacientes que habían sido vistos por el médico en más de cuatro ocasiones y en 11% de los pacientes vistos entre dos y cuatro veces, sólo se realizó en 2% de los pacientes con primeras visitas.

El mismo estudio encontró que los pacientes que representan una mayor dificultad en la detección y que son los catalogados como falsos negativos en los análisis tenían más probabilidades de presentarse como sujetos en general más jóvenes, con menores tasas de desempleo, con una mejor percepción de su condición de salud y con una menor utilización de servicios.

Por el contrario, los pacientes catalogados como falsos positivos se presentaron con una queja psicológica como motivo de consulta en un 26% de los casos, confundiendo al clínico de la misma manera como lo hacía una queja somática en un paciente que posteriormente fue clasificado como un falso negativo.

Se ha estudiado también el efecto de la interacción entre la comorbilidad psiquiátrica y la somática en las tasas de detección de depresión en atención primaria. Los pacientes deprimidos sin comorbilidades somáticas crónicas, con niveles

educativos bajos, cuadros de menor severidad y menor contacto con sus médicos, tienen menor probabilidad de ser diagnosticados (5).

Debido a que tanto la falta de tratamiento como el tratamiento innecesario se consideran un problema con graves consecuencias, y en vista de que esta patología se asocia con una alta morbilidad y mortalidad, se han empleado un gran número de estrategias educativas con el propósito de asegurar el reconocimiento temprano, la remisión apropiada a la especialidad, la elección e implementación del tratamiento agudo, la terapia de mantenimiento y la adherencia del paciente en este nivel primario de atención (6).

Algunas de estas intervenciones educativas han encontrado un incremento en el conocimiento en el área de psiquiatría a escala global, en las habilidades clínicas y en las habilidades de la entrevista al finalizar los cursos (7). La efectividad y el impacto de estas intervenciones sobre la práctica médica parecen estar asociados con el grado de participación activa, la oportunidad de resolver problemas clínicos durante la intervención, los programas de simulación, los juegos de roles, el aprendizaje basado en casos y videos con retroalimentación y el grado de interacción con pacientes estándar (con actores que representan pacientes con problemas psiquiátricos). Algunas de estas intervenciones han utilizado también evaluaciones posteriores que,

además de evaluar el aprendizaje, parecen reforzarlo (8).

Sin embargo, los hallazgos encontrados en revisiones sobre el tema de educación médica continua en depresión muestran grados variables de efectividad según los métodos utilizados. Según algunas revisiones, los mejores predictores parecen ser la duración de la intervención educativa, el grado de participación activa y el grado de integración del aprendizaje nuevo dentro del contexto clínico (8).

Este artículo hace parte del análisis de los resultados del Proyecto Internacional de Depresión y presenta la evaluación de la exactitud diagnóstica de los profesionales de la salud en atención primaria, después de recibir una intervención educativa sobre depresión.

Materiales y métodos

Intervención

La intervención educativa en manejo de depresión de este estudio hace parte de un proyecto multicéntrico que ya ha sido referenciado en artículos anteriores (9,10). Para el tamaño de la muestra, el proyecto se basó en el cálculo de dos coeficientes kappa de la variabilidad interobservador para el diagnóstico de depresión y depresión mixta con ansiedad según los datos de cada país participante encontrados en el estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre Problemas Psicológicos en el Nivel General de Atención (WHO-PPGHC) (11).

El entrenamiento se realizó con tres profesionales de la salud entrenados para ello y constó de una parte teórica y una parte práctica. Tuvo ocho horas de duración, discusión de casos, juegos de rol y uso de viñetas para casos clínicos. Con este objetivo, se empleó una adaptación de los manuales elaborados por la World Psychiatric Association (WPA), realizada por el grupo de investigación, haciendo especial énfasis en las posibilidades terapéuticas de la práctica médica en Colombia de acuerdo con la legislación actual, consideradas como tratamientos de primera línea (12,13).

Medición

En primer lugar se realizó una prueba de tamizaje en los pacientes que participaron en el estudio. Según esta, los pacientes eran clasificados en riesgo *alto*, *moderado* y *leve* para depresión. El tamizaje constaba de estas dos preguntas:

1. ¿Durante el último mes, ha tenido un periodo de dos semanas o más en el que se ha sentido triste o deprimido casi todos los días?
2. ¿Durante el último mes, ha tenido un periodo de dos semanas o más en el que ha perdido el interés en la mayoría de las cosas, como el trabajo, aficiones o actividades que usualmente le gustaba hacer para divertirse?

Se definió como *riesgo bajo* la ausencia de respuestas afirmativas; *moderado*, la presencia de una

respuesta afirmativa, y *alto* cuando las dos preguntas tenían respuesta afirmativa.

Según los resultados de la prueba de tamizaje se definió una proporción de muestreo para el análisis de la exactitud diagnóstica que fue 50% para el estrato de riesgo alto, 20% para el estrato de riesgo moderado y 10% para el estrato de bajo riesgo. Con estos resultados, los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria para participar en la exploración diagnóstica mediante un sistema de sobres sellados.

Con el fin de medir la exactitud diagnóstica, se tomó en cuenta el diagnóstico realizado por el médico general y posteriormente se realizó una evaluación independiente de algunos de los pacientes, quienes fueron entrevistados por un psiquiatra mediante una entrevista estructurada que integraba conceptos del *second stage interview* (SSI, entrevista de segunda estancia) y del CIDI, antes y dos meses después de la intervención, con los cuales se comparaba la opinión del médico.

El diagnóstico del clínico fue manejado como una variable dicotómica (con depresión definitiva o trastorno mixto de ansiedad/depresión *vs.* sin depresión definitiva trastorno de mixto de ansiedad/depresión). El psiquiatra que condujo el examen no conocía los resultados del tamizaje ni del SSI-CIDI al momento del examen.

Luego de realizar la exploración y establecerse el diagnóstico, el psi-

quiatra examinó los resultados del SSI-CIDI y elaboró un breve reporte referente a cualquier desacuerdo que existiera entre los síntomas y el diagnóstico que hubiera encontrado y aquellos identificados por el SSI-CIDI. En vista de que el SSI-CIDI es un instrumento altamente estructurado que puede no ser sensible a las diferencias culturales en cuanto a la expresión y manifestación de síntomas depresivos o de ansiedad, 150 pacientes que fueron evaluados mediante el SSI también fueron evaluados de manera independiente por un psiquiatra utilizando la lista de síntomas del CIE-10 con el fin de acceder a un diagnóstico psiquiátrico culturalmente sensible. Estos pacientes fueron seleccionados de los diferentes estratos de riesgo.

Análisis estadístico

La exactitud diagnóstica del clínico del nivel de atención primaria con respecto al SSI-CIDI fue evaluada mediante un kappa antes y después del entrenamiento para el diagnóstico de los clínicos *vs.* el diagnóstico definitivo establecido con el SSI-CIDI; así mismo se realizó una evaluación de la sensibilidad y especificidad del diagnóstico del médico. Según los resultados del SSI-CIDI, los pacientes fueron clasificados así:

- Pacientes que no cumplen los criterios para depresión, ni para ansiedad mixta y depresión, ni para sus formas subclínicas.

- Pacientes que cumplen los criterios para depresión subclínica o para trastorno mixto de ansiedad y depresión subclínica.
- Pacientes con depresión definitiva o con ansiedad mixta y depresión definitiva que no presentan comorbilidad con abuso de sustancias y que no requieren tratamiento de manera urgente.
- Pacientes con depresión definida o con ansiedad mixta y depresión definitiva que presentan comorbilidad con abuso de sustancias o que requieren de manera inmediata tratamiento psiquiátrico (debido a la presencia de síntomas psicóticos o de ideación suicida activa).

De esta manera, algunos pacientes con diagnósticos comórbidos de enfermedad física podían cumplir también criterios diagnósticos para depresión o ansiedad mixta con depresión (clínicas o subclínicas) durante la realización del SSI-CIDI, pero aquellas enfermedades físicas que puedan producir trastornos psiquiátricos (como hipotiroidismo) y el uso de medicamentos que pueden desencadenar síntomas psiquiátricos (como esteroides y algunas drogas antihipertensivas) fueron considerados criterios de exclusión para el establecimiento de dichos diagnósticos.

Al finalizar la recolección de la información, ésta se digitó en una base de datos (Microsoft Access®), se limpió y se seleccionaron los regis-

tros. Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SAS 8.0 y STATA 8.2. La exactitud diagnóstica del clínico del nivel de atención primaria respecto al SSI-CIDI fue evaluada con el kappa antes y después del entrenamiento para el diagnóstico de los clínicos vs. el diagnóstico definitivo establecido con el SSI-CIDI y la sensibilidad y especificidad del diagnóstico del médico.

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 las pruebas de hipótesis.

Consideraciones éticas

En aquellos casos que fueron identificados como urgentemente necesitados de atención psiquiátrica, ya sea por medio del SSI-CIDI o del examen clínico psiquiátrico, el médico del nivel primario de atención fue informado de este hallazgo y se le aconsejó hacer la remisión del paciente a un psiquiatra. Sin embargo, la decisión final acerca del manejo de tales pacientes quedó en manos del médico de nivel primario de atención.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y por el Comité de Ética de la empresa prestadora de servicios de salud propietaria de los centros de atención primaria.

Resultados

Al entrenamiento en depresión asistieron 23 profesionales de la salud, de los cuales 18 eran médicos. Dos meses después se realizó una evaluación de la intervención a 16 de los médicos asistentes, pero uno de ellos no tenía evaluación previa y por esta razón 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.

Las características de los profesionales de la salud que participaron en el estudio se describen en artículos anteriores (9,10). Antes de la intervención educativa se registró un total de 1.650 consultas de pacientes, y dos meses después se recopilaron los datos de 1.832 consultas.

Antes del entrenamiento los pacientes diagnosticados con depresión o con trastorno mixto de ansiedad y depresión (MAD) por parte del profesional de salud en el nivel de atención primaria correspondieron al 5,9% (IC 95% 4,8-7,1) (n = 97). Después del entrenamiento se obtuvo un incremento estadísticamente significativo en el número de pacientes diagnosticados: 10,64% (n = 195) (IC 9,2-12,06%) (Tabla 1). Este incremento fue más significativo para depresión (del 39,9 % antes del entrenamiento a 58,8% después de éste), que para el síndrome mixto de ansiedad y depresión, donde no se aprecian diferencias significativas (Tabla 2)

Los pacientes fueron clasificados en alto, medio y bajo riesgo de depresión. La Tabla 3 muestra que tanto antes como después del entrenamiento los pacientes con alto y medio riesgo se detectan más fácilmente. A la vez, es en estos dos grupos de riesgo donde

Tabla 1. Pacientes diagnosticados con depresión o trastorno mixto de ansiedad y depresión por el profesional de salud de atención primaria

Diagnóstico	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento	
	N	%	N	%
Depresión o MAD*	97	5,89	195	10,64
Sin depresión o MAD	1.550	94,11	1.637	89,36
Total de pacientes	1.647	100	1.832	100
Elegibles	90		185	

* Ji-Cuadrado = 25,5. P < 0,05

Tabla 2. Diagnósticos realizados por el profesional de salud de atención primaria

Diagnósticos	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento	
	N	%	N	%
Depresión*	61	39,9%	130	58,8%
MAD	41	26,8%	67	30,4%
Otros Dx*	51	33,4%	24	10,8%
Total Dx*	153	(9,28%)	221	(12,06%)

* Ji-Cuadrado = 29,5. P < 0,05

se observa un mayor incremento en el diagnóstico. Dentro del grupo de pacientes con alto riesgo de depresión, antes del entrenamiento se realizó un diagnóstico definitivo a 32 pacientes (9,76%) de un total de 328 pacientes, y luego del entrenamiento este diagnóstico se incrementó a 72 pacientes (22,72%), de un total de 317 pacientes. Para el grupo de riesgo medio ocurrió algo similar.

El total de pacientes elegidos para la entrevista estructurada (SSI-CIDI) fue de 369 antes del entrenamiento y de 604 después del entrenamiento; de éstos, aceptaron ingresar a esta entrevista 154 y 197, respectivamente, en los cuales se obtuvieron los diagnósticos enunciados en la Tabla 4.

Teniendo en cuenta los diagnósticos antes y después del entrenamiento de los médicos generales

Tabla 3. Pacientes diagnosticados con depresión o trastorno mixto de ansiedad y depresión por el profesional de salud de atención primaria según el riesgo

Riesgo	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento	
	N	%	N	%
Alto* (Antes n = 328) (Después n = 317)	32	9,76%	72	22,72%
Medio* (Antes n = 365) (Después n = 387)	29	7,94%	71	18,35%
Bajo (Antes n = 942) (Después n = 1,121)	29	3,08%	41	3,66%

* Prueba de tendencias, ji-cuadrado = 1,7. P = 0,18

Tabla 4. Pacientes diagnosticados por SSI

Diagnóstico	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento	
	n	%	n	%
Episodio depresivo actual definitivo	77	50,9	64	33,3
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	6	3,9	13	6,8
Sin diagnóstico psiquiátrico	67	44,4	111	57,8
Trastorno de ansiedad generalizado y depresión subclínica	1	0,7	4	2,1
Total	151	100	192	100

y los diagnósticos realizados por la entrevista estructurada, se realizó una prueba de concordancia en la cual se observa un paso del kappa de 0,051 a 0,11 (Tabla 5).

Finalmente se evaluó la sensibilidad y especificidad antes y después del entrenamiento. La Tabla 6 muestra una disminución de la sensibilidad y un incremento de la especificidad después del entrenamiento.

Discusión

En Colombia se había reportado una primera experiencia en

educación continua sobre salud mental utilizando los módulos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (14); pero en dicho estudio los resultados no fueron comparados con una medida de base, por lo cual las conclusiones obtenidas no fueron claramente evaluables, ya que no se pudo conocer el efecto real de la intervención.

En otro estudio reportado en la literatura, realizado por Martín y Sánchez (15), se compararon dos métodos educativos aplicados en educación médica continua en atención primaria en Bogotá, donde los investigadores encontraron que

Tabla 5. Exactitud diagnóstica antes y después del entrenamiento

Concordancia	Antes del entrenamiento	Después del entrenamiento
Acuerdo	50,33%	58,85%
Acuerdo esperado	47,6%	53,71%
Kappa	0,051	0,11
P	0,22	0,06

Tabla 6. Sensibilidad y especificidad de los diagnósticos antes y después del entrenamiento

	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento	
	%	IC95%	%	IC95%
Sensibilidad	60,0	43,3-75,1	48,3	35,2-61,2
Especificidad	46,8	37,3-56,5	63,6	54,8-71,8

en el desempeño de los métodos influían las características de los médicos participantes y que había un aumento en el conocimiento después de las intervenciones, sin encontrar diferencias significativas entre los métodos.

No obstante, los resultados del Proyecto Internacional de Depresión, realizado con los materiales adaptados de la WPA, muestran un incremento del número de diagnósticos relacionados con enfermedad mental, en particular el de depresión, luego de la intervención por parte de los profesionales de la salud participantes.

Este aumento en los diagnósticos de depresión se presentó en los sujetos de medio o alto riesgo. Aunque hubo un cambio en la concordancia, la concordancia de base fue menor a lo esperado en el cálculo del tamaño de la muestra, y el cambio fue menor a 0,12 con respecto a la base.

Sin embargo, al analizar los resultados de la prueba de conocimiento antes de la intervención se observan falencias en las diferentes

áreas del conocimiento. Con la intervención realizada se obtiene una mejoría significativa en el puntaje total de la prueba global de conocimientos, y al realizar el análisis por áreas se encuentra una mejoría significativa en el desempeño en el área de diagnóstico. Lo anterior impacta directamente en el reconocimiento de los trastornos depresivos que presentan los pacientes atendidos por los médicos

Se encontró, además, una mejoría de la especificidad, pero a costa de una disminución en la sensibilidad, lo cual puede reducir de cierto modo el número de pacientes diagnosticados. No es posible concluir que la intervención realizada mejoró la exactitud diagnóstica; sin embargo, hay hallazgos que permiten intuir que una intervención más prolongada puede mejorar la capacidad de los médicos para diagnosticar pacientes deprimidos.

La evaluación de la exactitud se dificulta si se tiene en cuenta que algunos pacientes se presentaron con un cuadro depresivo inicial o en recuperación, y por ello es posible

que no alcancen a cumplir los criterios diagnósticos en el momento de la evaluación. Así mismo, se presentaron pacientes con trastornos psiquiátricos comórbidos, lo cual lleva a niveles variables de desacuerdo en el diagnóstico (4).

Conclusiones

Después de la intervención educativa por parte de los profesionales de la salud participantes, hubo un incremento en el número de diagnósticos relacionados con enfermedad mental, en particular el de depresión. Este aumento en los diagnósticos de depresión se dio en los sujetos de alto o medio riesgo.

Aunque hubo un cambio en la concordancia de base, ésta fue menor a la esperada en el cálculo del tamaño de la muestra, y el cambio fue menor a 0,12 respecto a la base. Mejoró la especificidad, pero a costa de una disminución en la sensibilidad.

No es posible concluir que la intervención realizada mejoró la exactitud diagnóstica; no obstante, los hallazgos permiten intuir que una intervención más prolongada puede mejorar la capacidad de los médicos para diagnosticar pacientes deprimidos.

Referencias

1. World Health Organization. The burden of mental illness. In: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Washington: World Health Organization; 2001. p. 19-45.
2. Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med.* 1998;7(5):451-61.
3. Tiemens BG, VonKorff M, Lin EH. Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview. Understanding discordance. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21(2):87-96.
4. Verhaak PF, Schellevis FG, Nuijen J, Volkers AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(2):125-32.
5. Nuyen J, Volkers AC, Verhaak PF, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos GA. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med.* 2005 Aug;35(8):1185-95.
6. Tylee A. How to improve depression detection rates. *Primary Care Psych.* 1995;1:9-13.
7. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review. *Am J Psychiatry* 2001;158:1579-86.
8. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA.* 2003;289(23):3145-51.
9. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Gil F, Pérez V. 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. *Rev Colomb Psiquiat.* 2005;34(2):220-41.
10. Riveros M, Bohórquez A, Gómez-Restrepo C, Okuda M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que

- asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados Colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Rev Colomb Psiquiat.* 2006;35(1):9-22.
11. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Oct;50(10):819-24.
 12. Proyecto Colaborativo International Depression Project WPA/Inclen-Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología, Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. Programa educativo sobre trastornos depresivos. Taller sobre el reconocimiento y manejo de la depresión en atención primaria. Cuaderno para participantes. Bogotá: Inclen-Colciencias, 2004.
 13. Proyecto Colaborativo International Depression Project WPA/Inclen- Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología, Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud. Manual de entrenamiento en reconocimiento y manejo de la depresión para profesionales de la salud en atención primaria en Colombia. Bogotá: Inclen-Colciencias, 2004.
 14. Alarcón R, Muñoz R, Mollinelo H, Umaña C, González C, Holguín J, Téllez J, Castrillon E. Depresión y educación: Reconocimiento y abordaje por el médico general, experiencia colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2001;30(3):249-60.
 15. Martín E, Sánchez R. Estudio comparativo de dos métodos pedagógicos en educación médica continuada [en línea]. [fecha de acceso: 17 de abril de 2007]; Bogotá, URL disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/investigaciones/articulos/resumen7.doc>.

Recibido para evaluación: 10 de mayo de 2007
Aceptado para publicación: 17 de julio de 2007

Correspondencia
Carlos Gómez-Restrepo
Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística
Hospital Universitario San Ignacio
Carrera 7 No. 40-62, piso 2
Bogotá, Colombia
cgomez@javeriana.edu.co