



Artículo original

Creencias y conocimientos de los médicos generales sobre el trastorno depresivo en instituciones públicas de Bogotá

Beliefs and knowledge of general physicians on depressive disorder in Bogotá public institutions

Crenças e conhecimentos de médicos cirurgiões a respeito do transtorno depressivo em instituições públicas de Bogotá

Recibido: 10 | 02 | 2017

Aprobado: 21 | 05 | 2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v7i1.2095>

Jannette Ivonne Godoy

Centro terapéutico Reencontrarse,
Barranquilla, Atlántico, Colombia.
Correspondencia: jgodoy@unbosque.edu.co

María Esperanza León

Secretaría de Salud de Boyacá,
Tunja, Boyacá, Colombia.

Yamile Edith Borda

Consultora Independiente.
Bogotá, D.C., Colombia

Luz Elena Ramírez

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA,
Bogotá, D.C, Colombia.

Resumen

Objetivos. Se buscó establecer si los conocimientos y las creencias que los médicos generales tienen sobre el trastorno depresivo, pueden constituir una barrera para que los pacientes accedan a un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Materiales y métodos. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, implementada en dos instituciones del sector público de Bogotá, D.C, cuya población objeto fueron los médicos generales de consulta externa del primer nivel de atención.

Resultados. El conocimiento de los médicos generales sobre los trastornos asociados a los cuadros depresivos es limitado en lo que tiene que ver con la etiología, el diagnóstico y el tratamiento. Entre sus creencias, la mayoría de los médicos entrevistados consideró que los mecanismos bioquímicos son importantes para la instauración de los síntomas depresivos y que, frente al ciclo vital, deprimirse es natural en la edad adulta.

Conclusiones. Los médicos generales tuvieron dificultades en los conocimientos del trastorno depresivo, en lo relacionado con la posible etiología, el diagnóstico y el tratamiento, lo cual limita las posibilidades de su detección y manejo, así como de la promoción de la salud y prevención del trastorno mental.

Palabras clave: médicos generales; conocimientos; creencias; trastorno depresivo; atención primaria en salud.

Abstract

Objectives: It was analyzed if the knowledge and beliefs that general practitioners possess about depressive disorder can be a barrier for patients to access to a diagnosis and treatment in a short time.

Materials and methods: A descriptive quantitative methodology was used, implemented in two institutions of the public sector of Bogotá, D.C. The study population was general practitioners of outpatient consultation of primary care.

Results: The knowledge of general practitioners about disorders associated with depressive disorders, in terms of etiology, diagnosis and treatment, is limited. In their beliefs, most of the doctors interviewed considered that biochemical mechanisms are important for the onset of depressive symptoms, and that getting depressed is natural in adulthood.

Conclusions: General practitioners had difficulties in the knowledge of the depressive disorder, in relation to the possible etiology, diagnosis and treatment, which limits the possibilities in their detection and management, as well as of the promotion of the health and prevention of mental health.

Key words: General practitioners, knowledge, beliefs, depressive disorder, primary health care.

Resumo

Objetivos. O artigo visa estabelecer até que ponto as crenças e conhecimentos dos médicos cirurgiões favorecem ou não o acesso dos pacientes a um diagnóstico e tratamento adequados.

Materiais e métodos. Para tal propósito foi implementada uma técnica qualitativa para coletar informação com os médicos de consulta externa, primeiro nível de atendimento, em dois instituições públicas da cidade.

Resultados. Foi achado que no tocante ao tratamento, diagnóstico e etiologia, o conhecimento dos médicos cirurgiões é limitado, boa parte considera que mecanismos bioquímicos são importantes para a aparição de sintomas depressivos e que é natural se deprimir quando idoso.

Conclusões. Estes imaginários limitam as possibilidades de detecção e tratamento adequados, mesmo como prevenção do transtorno e promoção da saúde mental.

Palavras chave. Médicos cirurgiões, conhecimentos, crenças, transtorno depressivo, atenção primária em saúde.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la salud mental como un “estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En este sentido, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad; sin embargo, esta puede verse afectada por la interacción de diferentes factores sociales, biológicos y psicológicos (1,2).

El Atlas de Salud Mental del año 2014 presentó datos de cómo, en los países de bajos ingresos, hay solo un trabajador en salud mental por cada 100.000 habitantes y, en los países de altos ingresos, 50 por cada 100.000; además, en la inversión de los países de bajos ingresos, el gasto anual en salud mental es inferior a dos dólares por persona (3).

Esta situación ubica la atención en salud mental en un puesto poco privilegiado, no solo a nivel asistencial, sino en la posibilidad de invertir en planes de salud pública, atención primaria, promoción y prevención,

entre otros. El trastorno depresivo es, entre los trastornos mentales, el que más llama la atención por su alta prevalencia. Se estima que hay alrededor de 350 millones de personas afectadas; por ejemplo, en Europa, la depresión mayor es el trastorno del estado de ánimo más frecuente y en España, específicamente, la prevalencia del trastorno a lo largo de la vida es de 16,9% en mujeres y de 8,9% en hombres (4-5).

Según el Informe Epidemiológico de 2009 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que tuvo en cuenta estudios de Argentina, Chile, Brasil, México, Colombia, Perú y Puerto Rico, la prevalencia del trastorno depresivo para toda la vida en personas mayores de 18 años en América Latina y el Caribe, era de 9,8%, lo que equivale a unos 38,4 millones de personas. Con respecto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para Latinoamérica, este trastorno representa la primera causa, correspondiente al 21%, con respecto a todas las enfermedades (6).

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, en Colombia, la prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida es de 9,1% en la población

general; según sexo, en las mujeres es de 10,1% y, en los hombres, de 8,2%. La prevalencia total a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor es de 4,3%, en los hombres, de 3,2%, y en las mujeres, de 5,4%. La prevalencia general del trastorno depresivo menor es de 1,0% y, la de la distimia, de 0,5% (7).

Con base en la información precedente, el trastorno depresivo tiene una alta prevalencia en la población mundial, sobre los demás trastornos mentales. Por lo tanto, es de suma importancia que se identifique el trastorno depresivo en sus etapas iniciales, ya que estas se pueden diagnosticar en la atención primaria, especialmente, en la consulta médica general del primer nivel de atención (2).

El conocimiento para el adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico del trastorno depresivo en los servicios de atención primaria por parte de los médicos generales, se ha convertido en un aspecto fundamental, no solo para el bienestar del paciente y su familia, sino que, también influye en la reducción de su impacto social y económico a mediano y a largo plazo (8).

Los factores de riesgo y de protección en el desarrollo de síntomas depresivos están relacionado con la influencia de diversos factores, como los familiares, por el gran rechazo por parte de los padres; los sociales, por las inadecuadas estrategias pasivas de afrontamiento, y los académicos, por los bajos niveles de autoeficacia (9).

Asimismo, por medio de una ruta de atención adecuada, se pueden dar a conocer las herramientas con que cuenta el médico para la identificación y posterior atención de las personas con trastorno depresivo. Ésta debe ser tenida en cuenta por los médicos generales que prestan sus servicios en el área clínica, así como en la atención primaria y en los diferentes niveles de atención. El diagnóstico precoz no solo está dirigido a las personas que acuden directamente para el tratamiento del trastorno, si no para los pacientes que están siendo tratados por otras condiciones (10).

Mitchell, Vaze y Rao (2009), indicaron que los médicos pueden llegar a tener dificultades para el diagnóstico del trastorno depresivo en los casos positivos, por lo cual las guías de práctica clínica para el trastorno depresivo se han convertido en una herramienta clave para la su identificación (11). Al respecto, a nivel internacional se encontró que el National Institute for Clinical Excellence (NICE) está facultado para informar y brindar a los profesionales un apoyo para las tareas específicas de mejorar la calidad de la atención y el

tratamiento que ofrecen en el campo de la salud mental, y son otro nivel de consulta en la atención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con sospecha de trastornos depresivos (10).

Dada la importancia que tiene la atención primaria en la detección, el tratamiento y el pronóstico del trastorno depresivo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ha logrado avances en la cobertura, la cual se encuentra en el 95,3% de la población colombiana, así como en el acceso y la equidad; de igual forma, existe una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud, tanto en el sector público como el privado. Sin embargo, hay una disminución de los prestadores públicos en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, que ha disminuido 2,8% entre 2013 y 2016 y esto incluye los servicios de salud mental (12).

La presente investigación parte de la necesidad de establecer los conocimientos sobre el trastorno depresivo de los médicos de primer nivel de atención, en cuanto a su etiología, diagnóstico, tratamiento y efectos secundarios de los medicamentos, además de las creencias que tienen sobre este, para proceder de manera satisfactoria en su quehacer profesional.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo. Se tomó una muestra seleccionada de manera intencional buscando entrevistar a todos los médicos generales del servicio de consulta externa del primer nivel de atención de dos hospitales públicos de Bogotá.

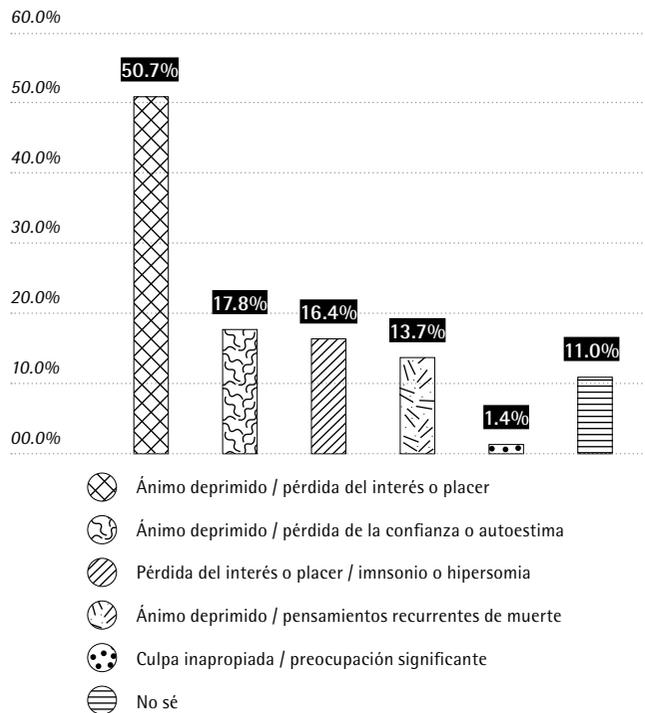
Participantes

De 100 médicos generales, se logró entrevistar a 70 mediante el cuestionario de creencias y 73 mediante el cuestionario de conocimientos; dichos profesionales eran hombres y mujeres trabajadores de planta de los hospitales.

Los criterios de selección fueron: médicos generales del servicio de consulta externa pertenecientes al primer nivel de atención, de dos hospitales públicos de Bogotá. Solamente se excluyeron los médicos generales con diplomados en salud mental o con cursos de actualización en los últimos cinco años.

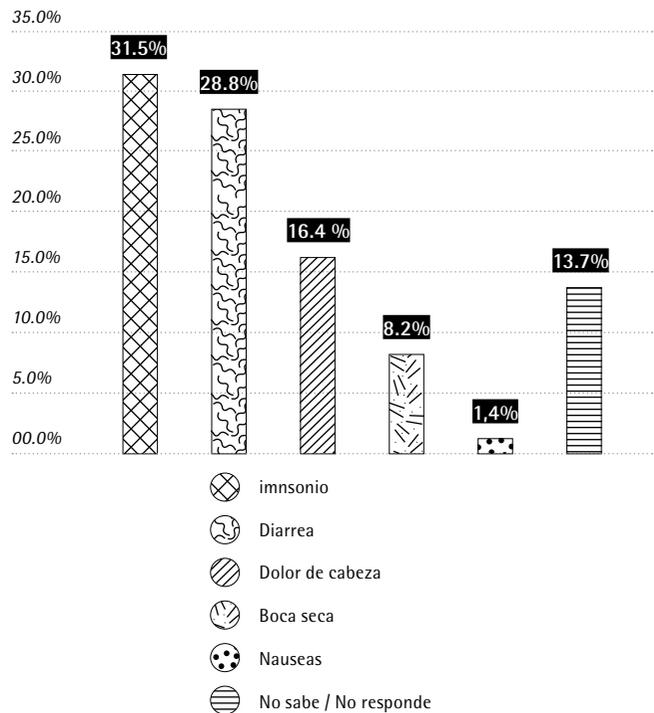
Se aplicaron dos instrumentos: el cuestionario "Conocimiento del clínico sobre la depresión" y el cuestionario "Creencias del profesional de salud sobre la

Figura 1. Síntomas de pacientes con depresión



Fuente. Elaboración propia de las autoras

Figura 2. Efectos secundarios comunes de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.



Fuente. Elaboración propia de las autoras

depresión”, diseñados por el programa de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana, dentro del International Depression Project, liderado por la World Psychiatric Association (13,14).

El primero se trata de un cuestionario autodilucidado que contiene 25 ítems de selección múltiple para evaluar los conocimientos en el diagnóstico, la etiología y la terapéutica (farmacológica y no farmacológica) de los trastornos depresivos. El instrumento original fue probado en un estudio piloto y modificado de acuerdo con los resultados obtenidos. Con el segundo instrumento autodilucidado, se exploró el rango de creencias del clínico sobre la depresión; consta de 20 afirmaciones que se valoran en una escala de Likert de uno a diez, en la cual uno corresponde a “desacuerdo con la afirmación” y diez corresponde a “totalmente de acuerdo con la afirmación”.

Resultados

Según los principales hallazgos obtenidos con el cuestionario “Conocimiento del clínico sobre la depresión” en la dimensión de etiología, el 71 % de los médicos consideró la hepatitis como la condición

menos relacionada con la presentación clínica de un cuadro depresivo.

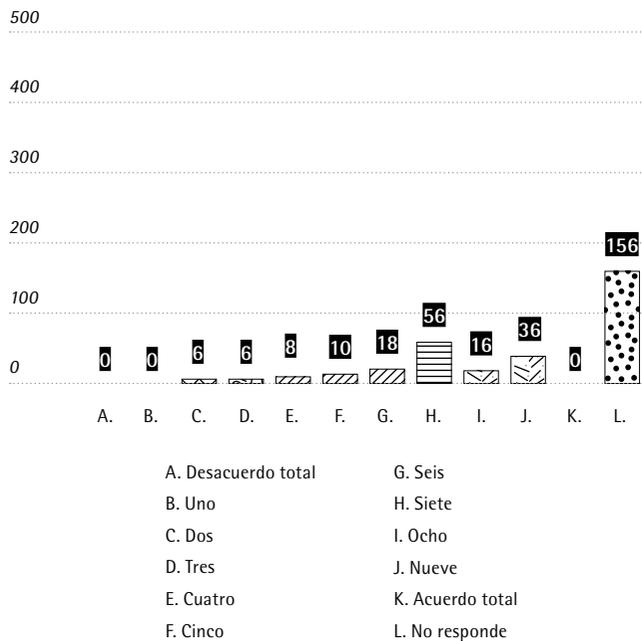
En el proceso de diagnóstico, el 50,7 % conocía los síntomas somáticos, cognitivos, afectivos, motores y manifestaciones biológicas más comunes de un cuadro depresivo (**figura 1**).

Entre las enfermedades concomitantes, el 90 % de los médicos consideró que el consumo de alcohol precipita la aparición de síntomas depresivos. En el tratamiento del trastorno depresivo, el 13,7 % consideró que la medicación antidepresiva puede generar dependencia física en los pacientes.

Con respecto a los efectos secundarios de la medicación, el 8,2 % de los médicos seleccionó como respuesta correcta la opción “boca seca” como efecto secundario de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, lo cual demuestra que existe un desconocimiento a nivel psicofarmacológico por parte de los médicos encuestados (**figura 2**).

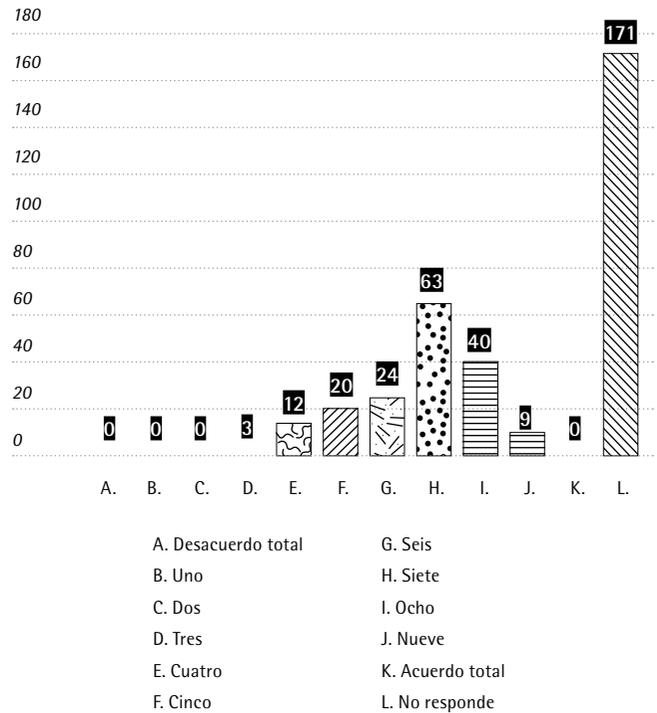
En el cuestionario “Creencias del profesional de salud sobre la depresión”, se encontró que, con respecto a las causas psicológicas y bioquímicas de la depresión,

Figura 3. Dificultad para diferenciar entre los sentimientos de tristeza y la depresión clínica.



Fuente. Elaboración propia de las autoras

Figura 4. Resultado satisfactorio del tratamiento con antidepresivos.



Fuente. Elaboración propia de las autoras

el 55,7 % de los médicos estuvo de acuerdo con que era posible diferenciar entre el origen psicológico y el origen bioquímico de los trastornos depresivos. Asimismo, el 67,1 % afirmó estar de acuerdo con que, en los casos más graves de un trastorno depresivo, existe una anomalía bioquímica como causa.

En relación con la depresión y el ciclo vital o eventos particulares de la vida, el 62,9 % se mostró de acuerdo con la creencia de que los pacientes que han experimentado privaciones en las etapas tempranas de la vida tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos depresivos cuando son adultos. En cuanto a la relación entre el personal de salud y los pacientes con trastorno depresivo, el 18 % creen que es usualmente difícil diferenciar cuando los pacientes están simplemente tristes de cuando presentan una depresión clínica que requiere tratamiento (**figura 3**).

Finalmente, sobre la necesidad de medicación y la psicoterapia como plan de manejo para los pacientes deprimidos, solo el 3 % de los médicos consideró estar de acuerdo con que los antidepresivos usualmente producen un resultado satisfactorio en el tratamiento de la depresión en la práctica de la medicina general (**figura 4**).

Discusión

Los resultados de los conocimientos que tienen los médicos generales del primer nivel de atención del estudio, demostraron que solo pudieron identificar la mitad de los pacientes con trastornos depresivos. Existen inexactitudes en la posible etiología, la presentación clínica somática, el tratamiento y los efectos secundarios de algunos medicamentos utilizados en la consulta externa del primer nivel de atención en salud y a los cuales se tiene acceso.

Cuando en la presentación clínica del trastorno depresivo existió predominio de síntomas somáticos y enmascarados, los médicos generales sospecharon un cuadro depresivo enmascarado. Con respecto al diagnóstico de las depresiones crónicas, como la distimia y la depresión melancólica, se observó que hay desconocimiento de los médicos generales sobre el tiempo de instauración y sus características clínicas.

Por otro lado, los médicos generales tenían claridad sobre cuáles son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que son los medicamentos más formulados para los cuadros de trastornos depresivos y

ansiosos, que están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS); sin embargo, había desconocimiento de sus efectos secundarios.

Los médicos generales estuvieron de acuerdo con que el cumplimiento de los tratamientos con antidepresivos es pobre; sin embargo, no tienen total claridad sobre su uso en lo relacionado con el tiempo de prescripción, el tiempo de espera para la reacción, cuándo se debe considerar una falla terapéutica para cambiar el antidepresivo, y sus efectos secundarios.

Lo anterior tiene un impacto directo en la evolución clínica de los pacientes, debido a que el médico general debe tener las habilidades específicas para sospechar y detectar un trastorno depresivo, así como para iniciar el tratamiento farmacológico más indicado según el caso, con la intención de evitar la cronicidad y la persistencia de los síntomas.

El inicio del adecuado tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en las fases tempranas del trastorno depresivo, mejora el pronóstico a mediano y a largo plazo de las personas que padecen estos síntomas y, por lo tanto, su calidad de vida.

La deficiencia de conocimientos sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento del trastorno depresivo limita las posibilidades de detectarlo y tratarlo, así como de la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental. Para que este tratamiento sea efectivo, se requiere tener un conocimiento global del trastorno, el cual se puede encontrar en las guías de prácticas clínicas de la depresión, del Ministerio de Salud y Protección Social. En ellas se incluyen diferentes tipos de psicoterapia, como la cognitivo-conductual, las de psicología profunda y la conversacional, que pueden seleccionarse solas o en conjunto, según las necesidades individuales de los pacientes.

Además del tratamiento farmacológico, se utilizan terapias individuales o de grupos, orientadas a promover la actividad física, es decir, a una acción terapéutico-creativa, a la relajación y al entrenamiento en la superación del estrés, aplicadas de forma diferente según la necesidad específica o individual.

En general, se evidencia la necesidad de que el personal médico del primer nivel de atención reciba formación, capacitación y educación continua, que permitan garantizar la calidad del servicio prestado, con el fin de evitar el crecimiento de la brecha entre la formación y el trabajo práctico acorde con la dinámica social de la población.

Conclusiones

La formación y la capacitación de los médicos generales deben estar acorde con las necesidades de la salud mental de la comunidad, e incluir aspectos como el consumo de alcohol y otras sustancias, el trastorno depresivo en casos de enfermedades crónicas, el tratamiento farmacológico del trastorno depresivo, la promoción de la salud y la prevención.

Finalmente, la formación académica continua de los médicos generales y otro personal del sistema de salud, requiere de investigaciones ajustadas a los contextos sociales que permitan analizar las problemáticas psicosociales y las acciones ejecutadas, permitiendo, de esta manera, aprendizajes multidisciplinares y transdisciplinares acordes con las necesidades de salud mental de las comunidades.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Artículo derivado de trabajo de grado para optar el título de magister en Salud Mental Comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque, 2016

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental; 2004. Fecha de consulta: 2 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; 2001. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
3. World Health Organization. Mental Health Atlas; 2014. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1
4. World Federation for Mental Health. Depresión. A global crisis; 2012. Fecha de consulta: 15 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
5. García-Herrera B, Noguera EV, Muñoz F, Morales A. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. Málaga, España: Grupo para el estudio de la depresión en Atención Primaria GAEDAP; 2011.
6. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación

- Científica y Técnica N° 632. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009:5-343.
7. Gómez C, Rodríguez N. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá; Ministerio de Salud, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana; 2015:2-22.
 8. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:201-9.
 9. Hoyos E, Lemos M, Torres Y. Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *Int J Psychol Res (Medellín)*. 2012;5:109-21.
 10. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults. National Clinical Practice Guideline N° 90. Leicester (UK): British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010:1-696.
 11. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*. 2009;374:609-19.
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud “un sistema de salud al servicio de la gente”; 2016. Fecha de consulta: 15 de febrero de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>.
 13. International Depression Project, Grupo de Investigación para Colombia. Cuestionario “Conocimiento del clínico sobre la depresión”. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Colciencias, Inclen; 2005.
 14. International Depression Project, Grupo de Investigación para Colombia. Cuestionario “Creencias del profesional de salud sobre la depresión”. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Colciencias, Inclen; 2005.