

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume 47

Número
Number 5

Septiembre-Octubre
September-October 2004

Artículo:

La capacitación del médico general del
primer nivel de atención en el manejo
de la depresión

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.medigraphic.com

Artículo original

La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión

Blanca Estela Vargas,¹ Gerardo Heinze,¹ José García,¹ Miguel Ángel Fernández,² María Eloisa Dickinson²

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.

Resumen

Se presenta un estudio exploratorio que pretende determinar la capacidad de los médicos generales y familiares que laboran en el primer nivel de atención, para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades depresivas.

Se encontró que las principales causas generadoras de cuadros depresivos son los problemas familiares, la presencia de enfermedades crónicas o terminales, la dificultad para adaptarse a las diferentes etapas de la vida individual y familiar, los duelos, y en menor frecuencia al uso de alcohol o drogas.

Por otra parte, 81% de los médicos generales y familiares diagnostican y tratan un alto porcentaje de los trastornos depresivos no graves, utilizando preferentemente esquemas farmacológicos basados en inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS) y antidepresivos tricíclicos (ATC).

Palabras clave: Depresión, médico general.

Summary

An exploratory study to determine the capacity of general and family physicians that work in the first attention level, to diagnose and treat depressive illnesses, is described. It was found that the main causes generating depressive states were family problems, chronic and terminal illnesses, difficulty in adapting to the various individual and familiar life stages, and in lesser degree alcohol and drug use.

On the other hand, 81% of the general and family physicians diagnose and treat a high percentage of non severe depressive disorders, preferably using pharmacological schemes based on serotonin recapture inhibitors and tricyclic antidepressants.

Key words: Depression, general practitioner

Antecedentes

De acuerdo con observaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimaba que para el año 2000,

habría “alrededor de 400 millones de personas en el mundo que presentarían algún trastorno mental o neurológico, o algún problema psico-social relacionado con el consumo de alcohol o con el consumo de drogas”.⁹ Dentro del programa de salud mental, la OMS establece que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria.

En los resultados del estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países para determinar los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la práctica médica general, se encontró que uno de cada cuatro adultos que acudían a la consulta general padecía un trastorno mental, y sólo 1% de esas personas recibía atención especializada.³

Las cifras de los trastornos depresivos estimados según Üstüm y Sartorius, son muy parecidas a las estimadas por la OMS, ya que declaran que en “el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo”, y pronostican que para el año 2020 los trastornos psiquiátricos y neurológicos se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15%¹⁵ de la carga total de discapacidad.

Según Regier y cols.¹¹ la depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento, que afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres, y cuyo riesgo de enfermar es de 2 a 3 veces mayor cuando existe una historia familiar de depresión. En los grupos más jóvenes, la depresión incrementa el riesgo de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio;⁷ mientras que en los grupos de personas más viejas aumenta el riesgo de mortalidad debido a una enfermedad clínica preexistente.

En México, los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas en 1994, señalaron la prevalencia de trastornos mentales entre 15 y 18% de la población en general. En la encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufre un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada.²

La morbilidad psiquiátrica detectada en la asistencia primaria se eleva de 6 a 24%.^{3,4,16} Debe capacitarse a todo el personal del equipo de salud para reconocer de manera

oportuna los padecimientos mentales en el primer nivel de atención y remitir a aquellos que lo requieran, a tratamientos especializados en salud mental. Por otro lado, se estima que es posible tratar a cerca de 60 a 80% de las personas con trastorno depresivo con terapia breve y empleando antidepresivos; sin embargo se ha visto que solamente 25% recibe tales tratamientos.^{9,10}

Al revisar las cifras correspondientes a los recursos especializados que existen en nuestro país para la atención tanto de éste como de otros padecimientos mentales, el panorama es poco halagador, ya que en México existen aproximadamente 2,300 médicos psiquiatras, y menos de la mitad cuentan con el certificado de la especialidad. La tasa que arrojan estas cifras es de dos psiquiatras por cada 100,000 habitantes. De acuerdo con los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud¹² existen cerca de 12,000 unidades de consulta externa en el primer nivel de atención, y en muy pocas se ha instalado un servicio de salud mental.

En el Distrito Federal se concentra cerca de 40% de los psiquiatras, así como igual porcentaje de psicólogos institucionales para la población abierta. Únicamente en siete estados se cuenta con un psiquiatra por cada 100,000 habitantes; sin embargo en los estados de Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la “carencia de psiquiatras es casi absoluta”.¹²

En 1999 el RENIS manifestó un total de casi 6,000 camas censables, lo que nos refleja un indicador de 0.6 por cada 10,000 habitantes, concentrado en los Estados de México, Puebla, Hidalgo, Jalisco y el Distrito Federal. La mitad de estas camas está saturada, sin movimiento y distribuida de manera inequitativa. Es una realidad que los servicios se ubican en las localidades de mayor desarrollo económico o urbano.

El número de profesionales disponibles para la atención de trastornos mentales no es suficiente para atender satisfactoriamente las necesidades de la población. Esto es más evidente en las poblaciones distantes de los centros urbanos ya que es en dichos centros donde se concentran los especialistas de la atención en salud mental: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Algunos estudios que han analizado cuáles son las barreras que impiden que la población busque atención médica, demuestran que las principales razones para esto se relacionan con la poca credibilidad que se le da al tratamiento médico. Estas barreras van aunadas al bajo nivel de escolaridad y de ingresos de las familias, a la estigmatización de los trastornos mentales y a la negación de la enfermedad por parte de los pacientes.

La falta de capacitación de los médicos generales para la atención de los pacientes psiquiátricos, es otro de los obstáculos para el reconocimiento de la enfermedad depresiva, y esto se debe entre otras cosas, a que en el Plan de Estudios de la carrera de Medicina, se le destina poco tiempo al estudio de los trastornos psiquiátricos. Esto contribuye a que con tan

escasa formación en dichos temas, los médicos egresados no puedan reconocer la sintomatología y menos aún, establecer un tratamiento adecuado.

Los médicos generales y familiares que se encuentran trabajando en el primer nivel de atención deben tener un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos. Se ha observado que de todas las iniciativas que contemplan la capacitación en estos rubros, es la más útil para disminuir las tasas de hospitalización y de suicidios.^{16,17}

La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada con una mejor evolución del padecimiento, por lo que una educación amplia, dirigida al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales propiciará un cambio, no sólo en los pacientes, sino también en la respuesta de los familiares respecto a la búsqueda de ayuda profesional.

Por otro lado, y de acuerdo con las investigaciones realizadas en este campo,^{9,10} se estima que la respuesta de los pacientes es positiva, señalando que ésta concuerda con el uso de antidepresivos, ya que entre 65 y 80% de los pacientes deprimidos presentan una mejoría significativa. Sin embargo los médicos generales y otros profesionistas prescriben dosis sub-terapéuticas o esquemas con una duración insuficiente para un tratamiento efectivo.

De acuerdo con un estudio realizado por la industria químico-farmacéutica, en el año 2000, se observó que los médicos generales, junto con los médicos familiares prescriben 43% del total de antidepresivos.⁶ Al comparar la prescripción de antidepresivos entre los años 1999 y 2000, se observó que los psiquiatras disminuyeron en 2% la cantidad de medicamentos antidepresivos prescritos mientras que los médicos generales y familiares los aumentaron en 14%.

Lo anterior demuestra la importancia de que el médico general y familiar conozca de manera adecuada los principales signos y síntomas de la enfermedad depresiva, en las diferentes etapas de la vida del individuo, y por lo tanto, también el esquema de tratamiento farmacológico para atender al paciente con trastorno depresivo.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio con el propósito de determinar la capacidad de los médicos generales y familiares que laboran en el primer nivel de atención, para diagnosticar y tratar la enfermedad depresiva.

El estudio se realizó en ocho Centros de Salud del Distrito Federal. La muestra se constituyó con un total de 201 médicos generales y familiares adscritos a las diferentes unidades de atención médica. El único criterio de selección fue que se encontraran en la unidad en el momento de la aplicación del cuestionario.

Se diseñó un instrumento que fue validado previamente con el diseño de dos mitades, obteniendo una consistencia

interna para el cuestionario igual a 0.78, medida con el Alfa de Crombach. La validez del instrumento se probó con un análisis factorial con rotación Varimax. Se eliminaron varias preguntas que arrojaron varianzas de cero en la aplicación del instrumento. El análisis factorial arrojó seis factores. Las dimensiones resultantes después del análisis factorial quedaron conformadas por cuatro de los siguientes sub-componentes: I. Causas de la depresión; II. Enfermedades médicas asociadas; III. Tratamiento; y IV. Criterios de referencia.

Resultados

Se hizo la encuesta de 201 médicos adscritos a diferentes centros de atención primaria de salud, de la Secretaría de Salud, en las Jurisdicciones de Tlalpan, Gustavo A. Madero y Venustiano Carranza, en el Distrito Federal, de los que 76.3% eran médicos generales, 15.9% médicos familiares y 7.8% especializados en otras disciplinas. La mayoría (88.1%) aceptó que en su consulta recibía y atendía a pacientes con algún tipo de enfermedad depresiva; 70% señaló que el porcentaje de pacientes atendidos con depresión era bajo, es decir menor a 30%, y el 30% restante respondió que era mayor a 30%.

Todos los médicos consideraron que una de las causas de la depresión provenía de problemas de tipo familiar, laboral y/o económico, 41% también señaló como causas, factores psicológicos tales como el inadecuado manejo del estrés o la incapacidad de afrontar situaciones que producían mucha tensión; 36% manifestó que este padecimiento se asocia con la presencia de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, cáncer, etc, mientras que 22% lo atribuyó al cambio que se presenta en ciertas etapas de la vida (como la adolescencia, la vejez, el embarazo o el posparto). Un porcentaje importante (17%), opinó que las causas tenían su origen en la muerte de algún familiar o amigo cercano, y sólo 2% las relacionó con el uso de alcohol y drogas.

Las principales enfermedades que los médicos asocian con la depresión son: en primer lugar el cáncer (100%) seguido por el VIH-SIDA (89%); 77% lo relaciona con la diabetes mellitus, y sólo 19% lo asocia con otras enfermedades cronicodegenerativas no mencionadas con anterioridad; no hubo ninguna respuesta afirmativa en el caso de la hipertensión arterial.

Entre las principales razones de que exista dificultad en el diagnóstico de la depresión, se detectaron: la presencia de los trastornos psiquiátricos concomitantes (98%), las múltiples quejas somáticas (57%), la presencia de otras enfermedades médicas (co-morbilidad) (42%), la falta de colaboración de los pacientes o el hecho de que no tienen conciencia de la enfermedad (36%); sólo 6% lo atribuyó a ciertas características en las diferentes etapas de la vida.

A la pregunta de si los pacientes reconocen la presencia de la enfermedad los médicos respondieron negativamente en 70.6% de los pacientes. En relación con el tratamiento, los

médicos encuestados respondieron que los antidepresivos mayormente utilizados fueron los inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS), (83%), en segundo lugar los antidepresivos tricíclicos (Amina terciarias, ATC) (73%), 16% mencionó otros medicamentos y 19% dijo no utilizarlos.

El 43.8% de los médicos encuestados, mencionó que sólo el 30% de los pacientes aceptan el tratamiento antidepresivo, mientras que otro 23.6% menciona que entre 61 y 100% de los pacientes lo aceptan. Aproximadamente 68.1% de los médicos contestó que cerca de 30% de sus pacientes proseguían el tratamiento, mientras que sólo un 7% lo concluían en 100% de los casos.

Los médicos encuestados refieren que los criterios empleados para referir pacientes deprimidos al especialista (psiquiatra) fueron: en primer lugar la ideación suicida (99%), en segundo lugar la depresión severa (57%); sólo 3% optó por la asociación con otras enfermedades psiquiátricas y solamente 1% consideró como motivo de referencia la no respuesta al tratamiento antidepresivo. La mayoría de los médicos consideró a la depresión como un problema de salud pública y únicamente 1.5% no la identifica como tal.

En cuanto al rubro de capacitación sólo 5% de los médicos no la consideró necesaria, el resto opinó que sí lo es, principalmente, para ayudarlos a darle una mejor atención al paciente deprimido.

Discusión

La depresión a pesar de ser un trastorno médico grave, es curable; sin embargo a menudo se presenta como una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene una gran influencia en los costos de salud.^{13,14}

El diagnóstico de la enfermedad se realiza a través de un examen clínico, de acuerdo con el DSM-IV. La mayoría de los pacientes deprimidos pide consulta al primer nivel de atención, por otros síntomas que no se asocian con este padecimiento. Esto revela que los médicos son capaces en un alto porcentaje de casos de reconocer la depresión cuando el motivo de consulta es otro. Es muy importante que los médicos busquen los factores de riesgo para esta enfermedad, ya que frecuentemente se presenta oculta o enmascarada con otros trastornos somáticos, y esta causa, en nuestro estudio fue identificada como motivo de dificultad para el diagnóstico. En este estudio los médicos encuestados consideraron que los padecimientos que más se asocian con la depresión son las enfermedades crónico degenerativas, con diagnósticos terminales.

Si el médico del primer nivel no tiene un entrenamiento adecuado para realizar el diagnóstico oportuno de la enfermedad, y la detección de riesgo o gravedad del cuadro, no podrá darle solución oportuna mediante un tratamiento en la

unidad de adscripción, o si fuera el caso, refiriéndolo a otros niveles de atención especializada, con el propósito de evitar que el paciente se agrave y pueda llegar a desenlaces fatales como el suicidio.

Pese a que la mayor parte de los médicos encuestados diagnostican y prescriben algún tipo de tratamiento antidepresivo, existe casi una quinta parte de ellos (19%) que no lo hace, lo que habla de la gran necesidad de ofrecer información en este tipo de padecimientos, ya que el dejar de diagnosticarlos o tratarlos no significa que no existan.

Los factores de riesgo señalados por los médicos entrevistados al realizar este trabajo, y que coinciden con los descritos en la bibliografía, incluyen aspectos biológicos, familiares y sociales que pueden abordar con mayor facilidad los miembros del personal del primer nivel que los de las áreas hospitalarias. Esto se debe a que los primeros tienen relación directa con el núcleo familiar en el que pueden intervenir con acciones de orientación e información así como mediante la identificación de redes de apoyo a otros aspectos.

Cada día existe una mayor demanda en los consultorios del primer nivel de atención a pacientes con síntomas depresivos, por lo que una alternativa sería incorporar en las unidades de atención primaria equipos de salud mental, con el propósito de atender a los pacientes que presentan éste y otros trastornos mentales. Sin embargo, esta estrategia resultaría paliativa debido a la insuficiencia de médicos psiquiatras en el sistema de salud.

Conclusiones

La depresión es un problema de salud pública que va en aumento. Debe señalarse la importancia que tienen las unidades de primer nivel de atención en donde el paciente acude en primera instancia para un diagnóstico y tratamiento, ya que un alto porcentaje de sujetos con depresión podría recibir atención adecuada por parte de los médicos de primer contacto, siempre y cuando cuenten con la capacitación necesaria para ofrecer una intervención oportuna.

En nuestro país es necesario que los integrantes de los equipos de salud estén capacitados para: identificar aquellos desórdenes mentales que tienen una incidencia mayor en la población, manejar los casos más simples, servir de orientadores a los individuos y la familia, canalizar de manera adecuada a los pacientes hacia los servicios correspondientes cuando requieran una atención especializada, y favorecer el diagnóstico oportuno y el seguimiento de los pacientes.

Por lo general la intervención adecuada en los pacientes deprimidos o los que padecen otro trastorno psiquiátrico se retrasa debido a que el paciente no informa sobre la sintomatología o a que el médico no la investiga a fondo. Dada la importancia de este tipo de padecimientos, se requiere que el médico detecte de manera oportuna los casos leves, los atien-

da y establezca el tratamiento adecuado, ya que existe un tiempo considerable desde que la enfermedad se inicia hasta el momento en que el paciente es atendido por un especialista, lo que repercute en la calidad de vida de la población que presenta algún problema psiquiátrico.

Con estos resultados, y con la experiencia acumulada por los autores en los últimos años se puede concluir que no sólo es importante incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los médicos del primer nivel de atención que atienden de 85 a 90% de la población,⁴ sino que además, sería conveniente incorporar equipos de salud mental en las unidades de atención primaria de las áreas urbanas en que sea factible. Esto permitiría realizar una adecuada atención integral de los pacientes y de sus familias, así como incrementar la capacidad resolutoria de las unidades médicas. Enfocando las acciones de protección de la salud en las mayorías y en especial en los grupos más vulnerables, que padecen las grandes adversidades demográficas, económicas y sociales que vive el país, se lograría una indiscutible mejoría en la equidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Este equipo de salud mental permitiría también incrementar los niveles de salud de la población al administrar atención inmediata a los pacientes con trastorno depresivo grave, así como a quienes padecen otras patologías relacionadas con la salud mental, que en nuestro medio alcanzan hasta 17% de la consulta general, y que son la causa directa o indirecta de la demanda de servicio.¹⁷

Finalmente, la mejor utilización de los servicios médicos y la mayor capacidad científico-técnica de los recursos humanos ayudaría a disminuir los costos de la atención médica, tanto para las instituciones de salud como para los pacientes y sus familias.

Referencias

1. Caraveo J, y col. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*. 1992; 22 (2): 7-19.
2. Caraveo J, Medina-Mora, ME, et al. Características Psicopatológicas de la Población Urbana Adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional de Hogares. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994; (5): 22-41.
3. Caraveo J. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*. 1996; 19 (3): 14 - 21.
4. González RB. Perspectivas para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Gac Méd Méx* 2001; 137(5): 429-435.
5. González S. La Salud Mental en México. En CONADIC Informa. *Boletín Especial*. 2001
6. Industria Química Farmacéutica. Mimeo. Documento de Trabajo, 2000.
7. Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England. Journal of Medicine*. 2000; 327: 467-472.
8. Lara A, Acevedo M. Patrones de utilización de los servicios de salud mental. *Salud Mental*. 1996; 19 (supl.): 14-21

9. Organización Mundial de la Salud. Cross-national Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross national comparisons of prevalence and correlates of mental disorder. Bol OMS 2000; 78(4): 413-426.
10. Organización Mundial de la Salud. Reporte Mental Health Resources in the world. Results of Project Atlas. Geneve, OMS. 2001; No. 260
11. Regier, DA, Boyd JH, Burke JD, et. al. One month prevalence of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 977-986.
12. Secretaría de Salud. Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). México. 1999.
13. Sartorius, Norman. Nearly forgotten: The mental health needs of an urbanised planet. Salud Mental. 1999; 22: 37-41.
14. Üstüm TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: on International study Chichester, John Wiley and Sons on Behalf of the World Health Organization. 1995.
15. Üstüm TB, Chatterji S, Saxena S, et al. Multiple informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. Lancet 1999; 354 (9173): 111-115.
16. Vargas T, Fernández M, Borrego M, y col. Un nuevo modelo de salud mental en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20(6): 333-7.
17. Vargas T, Fernández M. La Psiquiatría en el Primer Nivel de Atención. Rev Fac Med UNAM 1999; 42(3): 114-117.
18. Whooley M, Gregory M. Managing Depression in medical outpatients. Review article. The New England Journal of Medicine, Dec. 28, 2000.