

Evaluación de un programa para el tratamiento de la depresión en Antioquia, Colombia, 2007

Evaluation of a program for the treatment of depression in Antioquia, Colombia, 2007

Dedsy Berbesi¹; Angela Segura Cardona²; Yolanda Torres³.

¹ Docente Universidad CES, enfermera, especialista y magíster en epidemiología, investigadora Grupo de Epidemiología y Bioestadística, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dberbesi@ces.edu.co

² Estadística-Informática, magíster en epidemiología, doctora en epidemiología, investigadora del Grupo de Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo electrónico: asegura@ces.edu.co

³ Nutricionista, especialista en epidemiología, magíster en salud pública, investigadora Grupo de Salud Mental. Correo electrónico: ytorres@ces.edu.co

Recibido: 28 de agosto de 2009. Aprobado: 24 de marzo de 2010

Berbesi D, Segura A, Torres Y. Evaluación de un programa para el tratamiento de la depresión en Antioquia, Colombia, 2007. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010; 28(1): 48-55

Resumen

Objetivo: evaluar un programa para el tratamiento de pacientes con depresión en siete municipios de Antioquia, Colombia, en el 2007. **Metodología:** se realizó un estudio cuasiexperimental comparando pacientes atendidos en siete hospitales municipales cuyo personal de salud recibió capacitación, asesoría y asistencia técnica para tratar la depresión (grupo de intervención) y pacientes de siete hospitales municipales donde no se recibió entrenamiento (grupo control). Se obtuvo información de 204 casos de depresión a través de las historias clínicas de los pacientes de los hospitales seleccionados y de entrevista a los pacientes a tres meses de iniciado el tratamiento. El cuadro depresivo se evaluó con el test de Zung. **Resultados:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la proporción de pacientes con tratamiento adecuado a favor del grupo de intervención,

correspondiente además a dos veces la proporción de pacientes que abandonaron el tratamiento en el grupo control. La tasa de éxito (compuesta por haber recibido tratamiento adecuado, no haber abandonado el tratamiento y no presentar depresión tres meses después de este) arrojó un RR de 2,39 (1,49-3,8). **Discusión:** la depresión es una condición cuyos resultados pueden depender de la alianza terapéutica entre el paciente y el equipo de profesionales comprometidos en el tratamiento. Si bien uno de los criterios de una buena alianza es el efectivo diagnóstico y tratamiento, también deben considerarse factores exógenos que afectan la evolución de la depresión y que no se controlaron en este estudio.

-----**Palabras clave:** depresión, prevención secundaria, evaluación de programas y proyectos de salud, atención primaria de salud, salud mental, prestación de atención de salud

Abstract

Objective: evaluating a program to treat patients with depression in seven cities of Antioquia, Colombia in 2007. **Methodology:** a quasi-experimental study comparing patients treated in seven municipal hospitals whose staff received training, advice and technical assistance for depression (intervention group) and patients of seven municipal hospitals where they received training (control group) was performed. Information was gathered from 204 cases of depression through the medical records of patients from selected hospitals and from interviews to patients after three months of treatment. Depressive symptoms were evaluated with the Zung test. **Results:** statistically significant differences were found when comparing the proportion of patients with

adequate treatment in the exposed cohort, which doubled the proportion of patients who discontinued treatment in the unexposed cohort. The success rate, (comprising by: receiving appropriate treatment, no discontinuation and did not develop depression within three months of treatment) showed a RR of 2.39 (1.49-3.8) **Discussion:** depression is a condition whose results may depend on the therapeutic alliance between the patient and the team of professionals committed to the treatment. Exogenous factors affecting the evolution of depression which were not controlled in this research should also be taken into account.

-----**Key words:** depression, secondary prevention, program evaluation, primary health care, delivery of health care

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es el trastorno mental más frecuente y discapacitante (1). Se manifiesta con síntomas de tristeza profunda, desesperanza, llanto, ansiedad, autoinculpa-ción, insomnio, pérdida de interés, disminución de la vitalidad y pérdida de confianza y de la autoestima (2).

Los resultados del estudio sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Disease, GBD) (3), efectuado por la OMS, demostraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad, y que en 1990 a esta afección se le atribuyó 10,5% de los años perdidos por discapacidad en el mundo. En el año 2000, la depresión unipolar explicó el 4,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en todas las edades y ambos sexos; el 5,8% de los hombres y 9,5% de las mujeres podrían experimentar un episodio depresivo en un período de 12 meses. Se estimó también que para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5,7% de los años de vida ajustados por discapacidad, además de mantenerse como causa principal de años perdidos por discapacidad (3).

El Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003 (4) mostró que cuatro de cada diez individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida; uno de los hallazgos más importantes fue la prevalencia de vida para el trastorno depresivo mayor de 12,1%, una prevalencia en el último año de 5,6% y en el último mes, de 1,9%. Este mismo estudio encontró que entre 85,5 y 94,7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a ningún servicio de salud, lo que está influido, entre otras razones, por la escasez de profesionales especializados para atender esta problemática. En el caso de la atención por psiquiatría, el porcentaje de uso de servicios para cualquier trastorno está entre 1,6 a 4,2%, a pesar de que se han logrado importantes adelantos en el tratamiento de la depresión, como lo demuestra la variada disponibilidad y la amplia utilización de fármacos antidepressivos e intervenciones psicoterapéuticas y educativas útiles con que hoy se cuenta (5).

Sin embargo, la eficacia demostrada de intervenciones en el tratamiento de los cuadros depresivos no siempre se refleja en la práctica clínica cotidiana (6). Lo anterior ha motivado la formulación de programas de diversos tipos que buscan mejorar la eficacia de los tratamientos mediante el fortalecimiento de las capacidades del médico, el fomento de la adhesión del paciente a su tratamiento o cambios en la forma en que se brinda la atención. Una investigación demostró que los programas que integran estas estrategias mejoran el cuadro clínico (los síntomas depresivos), la calidad de las prescripciones médicas (adherencia a los protocolos de atención clínica),

el cumplimiento de las instrucciones prescritas y la satisfacción del paciente con el servicio prestado (7).

De acuerdo al diagnóstico de oferta realizado en Antioquia en el año 2006 (8) por el programa de salud mental de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, la disponibilidad de psiquiatras por fuera del área metropolitana y la región del Valle del Aburrá en el departamento es incipiente, información que apoya la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a volver más accesibles los servicios de salud mental y acercar la población a ellos.

Proyecto de prevención secundaria de trastornos mentales en Antioquia

En el departamento de Antioquia, entre los años 2004 a 2007, se desarrolló el proyecto denominado Diseño e Implementación del Programa de Salud Mental (9), cuya finalidad fue capacitar a los actores del sistema en la identificación e intervención eficaz de los problemas relacionados con salud mental, y por lo cual se requería brindar elementos conceptuales, técnicos, administrativos y éticos para mejorar la capacidad de respuesta del nivel local a los problemas de salud mental. Un componente abordado fue la prevención de los trastornos mentales, que buscaba intervenir una de las causas de la problemática referida, consistente en la limitada capacidad de atención y la deficiente capacitación del personal en este tema; para ello, se diseñó una estrategia de capacitación, asesoría y asistencia técnica a través de un proceso de acompañamiento en terreno al personal médico, de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, dictado básicamente por especialistas en psiquiatría, que incluía el manejo médico y psicosocial de las principales enfermedades mentales y la organización de un programa de salud mental en el primer nivel de atención.

En el período 2005-2006 fueron capacitados los profesionales de 80% de los municipios de Antioquia y en 25% de ellos se realizó asistencia técnica con especialistas en psiquiatría, quienes orientaron el diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. El principal criterio utilizado para priorizar los municipios receptores del proceso fue el interés y motivación que tuvieran los profesionales capacitados previamente en aplicar herramientas suministradas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, específicamente de los protocolos de la OMS y el manejo básico o primario de la principales enfermedades mentales.

Esta investigación responde a la necesidad que tenía el gobierno departamental de conocer los resultados de la inversión realizada en procesos de asesoría y asistencia técnica a los municipios con la estrategia utilizada, además de generar recomendaciones producto de la investigación para reorientar la actuación del

ente territorial en su calidad de rector de la salud en el departamento y atender los nuevos requerimientos de la normas nacionales en materia de salud pública y, específicamente, en salud mental. Los dos escenarios que existían en el departamento eran:

- 1) profesionales de hospitales que fueron intervenidos a través de la estrategia de capacitación en los años 2005 y 2006, que recibieron asistencia técnica, y quienes aplicaban los protocolos y guías de atención recomendados y contaban con grupos de pacientes y red de apoyo social;
- 2) profesionales que no recibieron asesoría ni asistencia técnica por parte del departamento en el tema de elementos básicos en psiquiatría y de salud mental.

El objetivo de esta investigación fue evaluar el programa de atención de pacientes con depresión en siete municipios de Antioquia en el 2007, a través del tratamiento instaurado, la tasa de abandono del tratamiento y los cambios en el cuadro clínico en tres meses de seguimiento.

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental en que se compararon dos grupos de pacientes atendidos en empresas sociales del estado (ESE), hospitales municipales clasificados según la intervención o no realizada al personal médico y al equipo de salud durante los años 2005 y 2006 por parte del Proyecto de Salud Mental de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Colombia.

Se tomaron los siguientes criterios para el cálculo del tamaño de muestra: nivel de confianza de 95%, poder de 80%, tasa de éxito de 10% en pacientes con depresión en municipios donde no se realizó intervención y tasa de éxito esperada en pacientes detectados con depresión en municipios capacitados de 30%, y una relación de un paciente del grupo de intervención por uno del grupo control.

La investigación estuvo dirigida a obtener información sobre los pacientes con diagnóstico de depresión (códigos F32, trastornos depresivos) identificados en el primer nivel de atención en el segundo semestre de 2007. La selección de los municipios donde se encuentran las instituciones (una por municipio) se realizó según conveniencia y se tomó el total de pacientes diagnosticados en cada uno de estos municipios. Se utilizaron como fuente secundaria los registros de prestación de servicios de salud para la captación de los casos, la historia clínica para corroborar el diagnóstico, el tratamiento y el abandono del tratamiento y, como fuente primaria, a los pacientes para aplicar una entrevista que permitiera validar el diagnóstico, el tratamiento y el abandono del tratamiento, y evaluar los cambios clínicos a los tres meses de iniciado el tratamiento.

La tasa de éxito se definió como los pacientes que cumplían criterios de:

- 1) haber recibido tratamiento adecuado (evaluación por parte de un psiquiatra que reportara el cumplimiento en la dosificación y medicamento ordenado registrado en la historia clínica y corroborado con la información del paciente);
- 2) no abandono del tratamiento a los tres meses de haber sido diagnosticado (reporte de los pacientes de haber suspendido la medicación antes de los tres meses de haber iniciado el tratamiento) y
- 3) no presentar depresión a los tres meses de tratamiento (puntaje en el test de Zung menor de 50, depresión leve de 50 a 59; depresión moderada con puntaje de 60 a 69 y depresión severa mayor de 70), comparado con la aplicación del test de Zung al momento del diagnóstico (10).

La base de datos fue realizada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, versión 8.0, previa crítica de la información recolectada; luego se exportó al programa SPSS 15.0 para el cálculo de los indicadores y de comparaciones entre grupos, asumiendo una p de 0,05 como estadísticamente significativo.

Se efectuó la caracterización de los pacientes de acuerdo con variables sociodemográficas como sexo, estado civil, ocupación, zona, afiliación y tipo de familia, realizando cálculo de frecuencias y porcentajes, y según municipio intervenido o no intervenido.

Para evaluar la pertinencia del tratamiento, se midió la concordancia entre este y la clasificación asignada por un psiquiatra, y se comparó en una tabla de contingencia analizada según municipio que recibió o no la intervención. La tasa de abandono se comparó de manera similar. Se calcularon los intervalos de confianza para la diferencia de proporciones de 95% y el valor de p . Para comprobar la significancia estadística se utilizó la prueba chi cuadrado y el cálculo de riesgo relativo; para el cálculo de la tasa de éxito se seleccionaron los pacientes que cumplieran los criterios de tratamiento adecuado, no abandono del tratamiento y cambios clínicos (test de Zung puntaje $<$ de 50), en cada una de los grupos.

Este proyecto cumplió con los requisitos y normas establecidas por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (11) y de la Declaración de Helsinki de 2008, Normas éticas internacionales para investigaciones biomédicas, de la Organización Mundial de la Salud (1996). Antes de la entrevista, a los pacientes se les explicó la participación voluntaria dentro del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Todas las entrevistas fueron concertadas previamente con la ESE hospital de cada municipio.

Resultados

Se recolectó información de 204 pacientes diagnosticados con depresión en el segundo semestre de 2007 en 14 muni-

cipios seleccionados de Antioquia. El grupo de intervención estuvo conformado por 89 pacientes diagnosticados con depresión, de los cuales 90,0% eran mujeres. La edad promedio de este grupo fue de $45,3 \pm 12,2$, con mediana de 46 y rango de edad de 20 a 71 años.

El grupo control estuvo conformado por 115 pacientes, de los cuales 87,8% pertenecía al sexo femenino. El rango de edad para este grupo estuvo entre los 18 y 69 años, con promedio de $45,6 \pm 11,3$ y mediana de 45. La razón de mujeres con respecto a los hombres fue cercana a 8 (7,86). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en los grupos de estudio según variables de edad y sexo. Al comparar las variables de ocupación, estado civil, residencia y tipo de afiliación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control ($p > 0,05$) (tabla 1).

Para analizar la situación de consumo de sustancias adictivas, se utilizaron indicadores de prevalencia de consumo. Las bebidas alcohólicas utilizadas en el último mes fueron reportadas con mayor proporción en el grupo de intervención con 10,0 %, proporción que fue cuatro veces menor en el grupo control (2,6%).

Con respecto a los eventos estresantes, los problemas económicos fueron los más reportados en los dos grupos; el mayor fue el grupo de intervención. El conflicto de pareja reportó la segunda proporción más alta, sin diferencias entre los grupos. Comportamiento similar presentó conflicto con el/la esposo(a). La tercera parte de los grupos refirieron violencia doméstica de tipo psicológica, sin diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

La comorbilidad se define como la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto, y su comorbilidades puede estar relacionada con los estados depresivos (12). El 55,1% de los pacientes tenían alguna comorbilidad, que con mayor frecuencia se identificó como hipertensión arterial; no se encontraron diferencias entre los grupos de estudio ($p = 0,738$) (tabla 1).

De acuerdo con el test de Zung, aplicado al momento del diagnóstico, se encontró en el grupo de intervención que 91,0% de los pacientes estaban clasificados con depresión severa, 7,8% con depresión moderada y un solo paciente se encontró con depresión leve (tabla 2).

En el grupo control, el porcentaje de pacientes con depresión severa fue de 84,3%, el 13,9% se clasificó con depresión moderada y dos pacientes presentaron depresión leve (tabla 2). En el grupo de intervención se encontró una proporción de 97,7% pacientes con tratamiento farmacológico adecuado; en el grupo control, esta proporción fue de 87,8% (tabla 3).

Al calcular el riesgo relativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes con tratamiento adecuado en el grupo de intervención, comparado con la proporción de pacientes

con tratamiento adecuado en el grupo control (RR: 1,1; IC: 1,03-1,19) (chi cuadrado: 5,53; $p: 0,01$) (tabla 3).

Con referencia a la proporción de pacientes con abandono del tratamiento según la atención en un hospital con personal capacitado o no, se encontró una proporción de 30% de los pacientes atendidos en una ESE con personal capacitado que abandonaron el tratamiento, comparada con 57% de los pacientes atendidos en una ESE cuyo personal no recibió ninguna capacitación en elementos básicos en psiquiatría que también dejaron el tratamiento medicamentoso (RR: 0,54; IC: 0,46-0,89) (chi cuadrado: 6,61; $p: 0,01$) (tabla 3). Esta proporción es estadísticamente significativa: dos veces la proporción de pacientes que abandonaron el tratamiento en el grupo de intervención comparado con el grupo control.

Casi la mitad de los pacientes (47,5%) de la muestra estudiada no presentaban depresión a los tres meses de haber sido diagnosticados con esta enfermedad de acuerdo con el test utilizado en la investigación; de estos, 45,4% eran del grupo de intervención y 54,6%, del grupo control (tabla 2). El 15,7% del total de los pacientes continuaban con depresión severa según el test de Zung; de esta proporción, 40,6% eran pacientes residentes en municipios con hospitales que contaban con personal capacitado y 59,4%, pacientes clasificados en el grupo control (tabla 2).

Una tercera parte de los pacientes (36,7%) quedaron clasificados con depresión leve y moderada; de esta parte del grupo, 32 pacientes (42,6%) eran del grupo de intervención y 43 pacientes (57,3%), del grupo control (tabla 2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de pacientes con cambios clínicos en los grupos de estudio, y la diferencia en la proporción de pacientes atendidos en ESE con personal no capacitado sin depresión a los tres meses de tratamiento medicamentoso fue de 9%, comparada con la proporción de pacientes sin depresión atendidos en ESE con personal capacitado (tabla 2).

Al comparar la variación de la puntuación del test de Zung al momento del diagnóstico y a los tres meses del tratamiento, clasificados de acuerdo con la severidad del cuadro depresivo, es importante mencionar que los pacientes clasificados con depresión severa en el grupo de intervención redujo el puntaje promedio en $29,95 \pm 17,15$ de la escala de test de Zung; en el grupo control el puntaje disminuyó en promedio $32,2 \pm 19,16$ en esta misma categoría. En los pacientes con clasificación de depresión moderada, la calificación del test disminuyó en $9,46 \pm 9,32$, comparado con el grupo control, cuyo promedio disminuyó $14,76 \pm 13,97$, con una dispersión mayor, como se observa. De los tres pacientes clasificados con depresión leve, el paciente del grupo de intervención no mejoró sus síntomas, comparado con

Tabla 1. Comparación de grupos de pacientes con depresión según características sociodemográficas, antecedentes y eventos estresantes, 2007

		Grupo de intervención <i>n</i> = 89	Grupo Control <i>n</i> = 115	Chi cuadrado	Valor de <i>p</i>
Edad	Promedio	45,3	45,59		0,862
Años de estudio	Promedio	5,87	5,17		0,210
Estado civil	Sin pareja	38,9 %	61,0 %	0,1575	0,691
	Con pareja	44,8 %	55,1 %		
Ocupación	Ama de casa	67,4 %	62,6 %	0,5077	0,476
	Otras ocupaciones	32,5 %	37,9 %		
Residencia	Urbana	68,5 %	70,4 %	0,085	0,770
	Rural	31,5 %	29,6 %		
Tipo de afiliación	Afiliado sgss	64,7 %	59,1 %	1,714	0,190
	Sin afiliación	37,6 %	41,7 %		
Tipo de familia	Monoparental materna	1,1 %	14,8 %	9,999	0,001*
	Otro tipo	98,9 %	85,2 %		
Consumo de cigarrillo	Nunca ha fumado	61,8 %	75,7 %	4,552	0,032*
	Otros	38,2 %	24,3 %		
Problemas económicos	Sí	67,4 %	54,8 %	3,345	0,046*
	No	32,6 %	45,2 %		
Conflictos de pareja	Sí	42,7 %	40,0 %	0,151	0,403
	No	57,3 %	60,0 %		
Conflicto con esposo(a)	Sí	39,3 %	37,4 %	0,80	0,445
	No	60,7 %	62,6 %		
Violencia doméstica psicológica	Sí	39,3 %	32,2 %	1,124	0,181
	No	60,7 %	67,8 %		
Comorbilidad	Sí	55,1 %	57,4 %	0,112	0,738
	No	44,9 %	42,6 %		
Medicamentos previos	Sí	58,8 %	57,3 %	0,0454	0,831
	No	41,2 %	42,7 %		

* Valor *p* < 0,05

Tabla 2. Variación en la puntuación del test de Zung entre el diagnóstico inicial y a los tres meses de tratamiento medicamentoso por grupos, según la gravedad del cuadro depresivo al inicio

Cuadro depresivo (según puntuación test de Zung) al momento del dx)	Grupo de intervención n = 89		Grupo control n = 115		Promedio de variación en el test de Zung (3 meses)		Chi cuadrado	Valor p
	n	%	n	%	Grupo de intervención	Grupo control		
Leve	1	1,1	2	1,7	-5,0 ± 12,3	5,0 ± 8,7		
Moderada	7	7,8	16	13,9	9,46 ± 9,3	14,76 ± 13,9	2,01	0,366
Severa	81	91	97	84,3	29,95 ± 17,1	32,20 ± 19,1		

Tabla 3. Comparación de los grupos de pacientes de depresión según tratamiento adecuado, abandono del tratamiento y tasa de éxito

		Grupo de intervención n=89	Grupo control n=115	Chi cuadrado	Valor de p	RR (IC)
Tratamiento adecuado	Sí	97,7 %	87,8 %	5,535	0,01 *	1,11 (1,03-1,19)
	No	2,3 %	12,1 %			
Abandono al tratamiento	Sí	34,8 %	54,0 %	6,615	0,01 *	0,64 (0,46-0,89)
	No	65,2 %	46,0 %			
Tasa de éxito	Sí	41,6 %	17,4 %	14,57	0,00 *	2,39 (1,49-3,8)
	No	58,4 %	82,6 %			

* Valor $p < 0,05$

los dos pacientes del grupo control que en promedio mejoraron el puntaje en $5 \pm 8,75$ (tabla 2). Los grupos presentaron una reducción de la intensidad del cuadro depresivo después de tres meses de tratamiento, efecto que es más notorio en quienes ingresaron con cuadros depresivos más graves.

De los pacientes que tenían tratamiento adecuado en el grupo de intervención contra al grupo control (87 contra 101), que no abandonaron el tratamiento a los tres meses del diagnóstico (58 contra 53) y que no tenían depresión a los tres meses (45 contra 62), fueron seleccionados los que cumplían los tres criterios (37 contra 20) y fueron comparados con los que no cumplían los tres criterios de cada grupo de estudio. Al calcular el RR, se encontró una fuerte evidencia a favor de la intervención que se está evaluando, al utilizar como indicador del efecto el hecho de haber recibido tratamiento adecuado, adherencia al tratamiento y no presentar depresión a los tres meses de tratamiento. El resultado del RR fue 2,39 (1,49-3,8), es decir, un resultado con alta precisión y significancia estadística (tabla 3).

Discusión

Se han identificado problemas en la detección de los casos de depresión por parte del personal de primer nivel de atención en salud (6, 12, 14); asimismo, no siempre es adecuada la prescripción de medicamentos, y las tasas de abandono al tratamiento continúan siendo altas. Estas razones han motivado la implementación de programas que incluyen capacitación de profesionales y recomendaciones para la atención de pacientes. La presente investigación permitió realizar una evaluación de este programa a través de los resultados en los pacientes atendidos.

Cabe resaltar que entre los médicos que deciden dar tratamiento antidepresivo, un porcentaje significativo indica un fármaco adecuado (antidepresivo) (15). Al relacionar la severidad del episodio depresivo con el tratamiento farmacológico en la presente investigación, se encontró que a mayor intensidad de los síntomas depresivos, se presentan mayores fallas en la prescripción de medicamentos (grupo control 11,8% contra grupo de intervención 2,5%, valor de $p = 0,01$). Este estudio pre-

senta como limitación el hecho de evaluar el tratamiento instaurado en la consulta inicial de diagnóstico; en estudios futuros debe verificarse la correlación entre la intensidad de los síntomas y las dosis ordenadas, especialmente en las dosis de mantenimiento.

La tasa de abandono del tratamiento fue mayor en el grupo de pacientes que recibió atención de personal no capacitado (53,9% contra 34,8%, valor de $p = 0,00$), proporción similar a la reportada por otros estudios. González *et al.* (16) encontraron que 33,6% de los pacientes incumplieron el tratamiento; Akincigil *et al.* (17) hallaron un porcentaje de 49% de abandono similar al de los pacientes que no fueron atendidos por personal médico entrenado en elementos básicos en psiquiatría. En el caso de la presente investigación, debe tenerse en cuenta que el abandono se determinó por medio de la autonotificación del paciente, y esta medición es también altamente específica para determinar la adherencia medicamentosa (18). Estos resultados indican que es posible aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico si se mejora el entrenamiento de los equipos de salud y estos brindan educación a los pacientes y adecuan la prestación de los servicios de salud en la atención del trastorno mental.

A los tres meses de haber sido diagnosticados con depresión e iniciado el tratamiento, los pacientes presentaron reducción significativa de los síntomas depresivos. Dietrich *et al.* hallaron a las ocho semanas de seguimiento que los síntomas habían descendido en más de 50% (19), cifra similar a la encontrada en la presente investigación.

En una revisión de 37 ensayos clínicos controlados realizada por Katon *et al.* (20), se evaluaron programas de carácter comunitario para la atención de pacientes con depresión, al comparar con el cuidado primario habitual se observó un aumento de dos veces la adhesión al tratamiento, lo que produjo mejoras en los resultados depresivos y aumento de la satisfacción del paciente por el cuidado específico en depresión. Sin embargo, la eficacia que muestran los tratamientos en ensayos clínicos controlados no siempre se demuestra en la efectividad de los programas aplicados (6). En la presente investigación se logró comprobar que al realizar la evaluación de resultados a través de tres indicadores (pacientes con tratamiento adecuado que no reportaran abandono del tratamiento a los tres meses de haberlo iniciado y cambios clínicos a los tres meses de iniciar el tratamiento –con test de Zung con puntaje $<$ de 50–), se puede construir la variable respuesta que se utilizó para el cálculo de la tasa de éxito del programa, con dos veces la respuesta adecuada al tratamiento integral de los pacientes en el grupo de intervención (41,5% contra 17,3%, valor de $p: 0,0001$).

El enfoque de intervención comunitaria es un modelo para impactar la salud pública (21). A pesar de los

retos, representa un programa prometedor para asegurar el éxito en la prestación de servicios de salud mental e intervenciones en diversas comunidades. Una atención adecuada en un programa de intervención de depresión aumenta el número de días libres de depresión. La atención en el nivel primario de la depresión debe ser considerada como una política y se recomienda su aplicación en los planes de salud (22, 23).

Al igual que como ocurre con otras enfermedades crónicas, la depresión es una condición cuyos resultados pueden depender de la alianza terapéutica entre el paciente y el equipo de profesionales y el personal de salud comprometidos en participar en el tratamiento. Se ha sugerido que los pacientes deprimidos se benefician más cuando las interacciones con el equipo de salud son recurrentes y variadas; la finalidad y la duración de estas visitas son menos importantes que su frecuencia (5).

Conclusiones

La efectividad clínica de los tratamientos farmacológicos para la depresión puede verse afectada principalmente por dos grupos de factores: la adherencia de los pacientes al protocolo recomendado y el error de diagnóstico. No fue posible revisar este último en esta investigación, limitación que debe ser resuelta en etapas siguientes ahondando en temas específicos, tales como la precisión del diagnóstico clínico.

- La presente investigación proporciona evidencias sobre la efectividad de un programa en que un equipo de salud liderado por el médico general que realiza el diagnóstico del paciente puede llegar a mejorar el pronóstico en los síntomas clínicos de la enfermedad (mejoría clínica de los pacientes a los tres meses de tratamiento medicamentoso).
- Al comparar los grupos atendidos, se encuentra que las opciones terapéuticas no son óptimas en aquellos médicos que no recibieron la capacitación en elementos básicos en psiquiatría; por esto, se recomienda la necesidad de ampliar la cobertura de programas de actualización para la atención de las enfermedades mentales en el primer nivel de atención.
- La evaluación indica que el programa implementado y acogido por algunos de los municipios sobre la atención de los pacientes con trastorno mental cumplió con los objetivos propuestos; sin embargo, se hace necesario desarrollar estrategias específicas para mejorar el cumplimiento por parte de un mayor número de pacientes en el tratamiento ofrecido. Existe evidencia científica que respalda la recomendación de continuar con estas iniciativas educativas y de seguimiento a los municipios para mejorar la prestación de los servicios en salud mental.

Referencias

- 1 World Health Organization. Depression. [Internet] [acceso 18 agosto de 2007]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- 2 Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Ginebra: OMS; 2001. [Internet] [acceso 18 agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- 3 Murray CJL, Lopez AD. 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, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
- 4 Ministerio de Protección Social. Informe preliminar encuesta nacional de salud mental. Colombia 2003. [Internet] [acceso: 18 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=266>.
- 5 Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano A, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003;160:2080-2090.
- 6 Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz MG. Evaluation of the Program for Depression Detection, Diagnosis, and Comprehensive Treatment in primary care in Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:278-286.
- 7 Katon W. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 273: 1026-31.
- 8 Berbesi DY, Rivas G. Diagnóstico de Oferta de Servicios de Salud Mental 2006. Dirección Seccional de salud de Antioquia 2006. Medellín: 2006.
- 9 Gobernación de Antioquia. Plan de Salud Mental departamental en Plan de Desarrollo Departamental 2004-2007.
- 10 Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
- 11 Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia: El Ministerio; 1993.
- 12 Wikipedia. Comorbilidad. [Internet] [acceso 18 agosto de 2007]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad>.
- 13 Gómez C, Bohórquez A, Gil JF, 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):220-241
- 14 Gómez C, Bohórquez A, Okuda M, Gil J, Tamayo N, Rey D. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Rev Colomb Psiquiat* 2007;36(3):439-50.
- 15 Grecca R, Zapata M, Vega J, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Rev Neuro-Psiquiat* 2005;68(3-4):182-190.
- 16 Gonzalez E. Incumplimiento en pacientes en tratamiento con depresión. *Anales de psiquiatría* 2005;21(3):117 .
- 17 Akincigil A. Adherence to Antidepressant Treatment Among Privately Insured Patients Diagnosed With Depression. *Medical Care* 2007;45:4.
- 18 Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo Pruebas para la acción. Washington: OPS; 2004.
- 19 Dietrich AJ, Oxman T, Burns MR, Winchell C, Chin T. Application of a Depression Management Office System in Community Practice: A demonstration. *JABFP* 2003;16(2): 107-14
- 20 Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med* 2008;50(4):459-467.
- 21 Wells K, Miranda J, Bruce M, Alegria M, Wallerstein N. Bridging Community Intervention and Mental Health Services Research. *Am J Psychiatry* 2004;161:166.
- 22 Pyne JM, Rost KM, Zhang M, Williams K, Smith J, Fortney J. Cost-effectiveness of primary care depression intervention. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 432-441.
- 23 Rost R, Pyne JM, Dickinson LM, Losasso A. Cost-Effectiveness of Enhancing Primary Care Depression Management on an Ongoing Basis. *Ann Fam Med* 2005; 3:7-14.