

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Agreda-Carrillo, Eva Raquel; Galindo-Morales, Maribel Lorena; Larios-Falcón, Karla Elina;
Arévalo-Flores, Jorge Martín; Cruzado, Lizardo

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos
residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 80, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 94-104

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372051876003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú.

Knowledge, attitudes and practices about major depression in medical residents of a reference hospital in Lima, Peru.

Eva Raquel Agreda-Carrillo ^{1,a}, Maribel Lorena Galindo-Morales ^{1,a}, Karla Elina Larios-Falcón ^{1,a}, Jorge Martín Arévalo-Flores ^{1,b;2,c}, Lizardo Cruzado ^{1,b;3,c}.

RESUMEN

La depresión es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y nacional. Sin embargo, en servicios de atención primaria, solo 50 a 70% de pacientes con este cuadro son apropiadamente diagnosticados. **Objetivos:** Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital general en Lima, Perú, evaluados durante un periodo de 30 días. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Se encuestó a médicos residentes de todos los años y de diferentes especialidades. **Resultados:** De un total de 113 residentes (56,64% varones), solo el 5,31% había recibido durante el residentado un curso de psiquiatría y salud mental. El 15,93% demostró conocimiento insuficiente, 73,45% conocimiento moderado, y 10,62% conocimiento suficiente sobre depresión. No hubo asociación estadísticamente significativa entre el puntaje total de conocimiento y confianza en su capacidad para diagnosticar depresión. Aunque el 88,5% consideró que la depresión es una enfermedad, solo el 55,75% del grupo encuestado opinó que todos los médicos deben ser capaces de detectar e iniciar tratamiento de un caso de depresión. **Conclusiones:** El conocimiento sobre depresión, entre los médicos residentes evaluados en este estudio dista de ser óptimo. Un porcentaje pequeño pero significativo de los participantes mostró persistentes actitudes negativas hacia la valoración de la depresión como enfermedad mental y menos de la mitad están correctamente informados acerca de aspectos relevantes del tratamiento. La necesidad de corregir estas deficiencias es prementoria.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud, depresión, médicos residentes.

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

^a Médica-cirujana; ^b Profesor Auxiliar; ^c Psiquiatra.

SUMMARY

Depression is the most common mental disorder worldwide and in our country. However, only 50 to 70% of patients with depression are diagnosed in primary care settings. **Objectives:** To identify levels of knowledge, attitudes and practices about major depression in medical residents of the Cayetano Heredia National Hospital in Lima, Peru during a 30-day period. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive, correlational study. Medical residents of all training years and of different specialties were surveyed. **Results:** From a total of 113 medical residents (56.64% males), 5.31% had received teaching about psychiatry and mental health during the residency training, 15.93% demonstrated insufficient knowledge, 73.45% moderate knowledge, and only 10.62% showed sufficient knowledge about depression. There was no statistically significant association between total knowledge score and confidence in their ability to diagnose depression. Although 88.5% consider that depression is a disease, only 55.75% opined that all physicians should be able to detect and start the treatment of a case of depression. **Conclusions:** The medical residents' knowledge of major depression is far from optimal. A small but significant percentage of the participants showed persistently negative attitudes toward the assessment of depression as a mental illness, and less than half appeared to be well informed about relevant treatment aspects. The need to correct these deficiencies is indeed perentory.

KEYWORDS: Knowledge, attitudes, practice, depression, residency physicians.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y representa un enorme problema de salud pública (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente cerca de 350 millones de personas alrededor del mundo sufren de esta enfermedad, que asimismo representa la principal causa de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad (2). Según el último estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y El Callao realizado el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", el desorden mental más frecuente es el episodio depresivo (17,2%) (3).

A pesar que la mayor parte de pacientes con depresión son atendidos en atención primaria, sólo un 50-70% de ellos son reconocidos por sus médicos tratantes (4,5). Esto podría deberse a que muchas veces los pacientes no manifiestan su estado anímico en consulta a menos que se les pregunte directamente, o suelen omitir información sobre los síntomas depresivos que presentan por el miedo a la estigmatización o la creencia de que la depresión no es una enfermedad, o que no se trata en el primer nivel de atención (6), asimismo cerca de un 60% de estos pacientes presentan síntomas somáticos inespecíficos (cefalea, lumbalgia o dolor crónico), lo que hace más difícil el diagnóstico de depresión (7-10). De la Grecca y colaboradores en un estudio realizado sobre el tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general concluyen que los trastornos mentales en la atención primaria,

dentro de ellos la depresión, se identifican pobremente y generalmente son tratados de forma incorrecta (10).

Considerando las implicancias que puede acarrear esta enfermedad, resulta relevante la realización de este trabajo pues permitirá determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión en médicos residentes. Asimismo la información obtenida de la aplicación de este instrumento, servirá en el futuro para el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a profesionales de la salud. Estudios previos evidenciaron una mejora tanto en el diagnóstico como en el manejo de depresión posterior a la aplicación de intervenciones educativas (11,12).

Por otra parte, según la bibliografía consultada, en Perú hay 0,76 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, por lo cual resulta necesario que todos los médicos, generales y cualquier especialidad, tengan capacidad de realizar el diagnóstico y tratamiento correcto a los pacientes con depresión (13). Este trabajo orientará sobre cuáles son las deficiencias que tienen los médicos en sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud mental, lo que ayudará a tener una base para implementar un curso sobre salud mental como el contemplado en el nuevo reglamento de la ley N° 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley general de Salud en el decreto supremo N° 033-2015 (14).

El objetivo de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes del Hospital Cayetano Heredia, en el periodo de marzo del 2017, en Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, donde se encuestó a médicos residentes del Hospital Cayetano Heredia en el mes de marzo del año 2017, en Lima - Perú, para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser médico residente (de cualquier año y especialidad) del Hospital Cayetano Heredia, 2) encontrarse rotando en el mes de marzo en el Hospital Cayetano Heredia. Los criterios de exclusión fueron: 1) ser médico residente de la especialidad de psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia o ser residente de la especialidad de psiquiatría que se encuentre rotando en este hospital, 2) ser médico residente de otra sede docente (a pesar de poder estar rotando en el Hospital Cayetano Heredia) y 3) cuestionarios llenados de forma incompleta.

Se aplicó un instrumento de naturaleza anónima, que constó de una sección para registrar características generales de los participantes tales como edad, sexo, año de titulación, año de residencia, especialidad en la cual hace la residencia y si recibió algún curso previo sobre salud mental como parte del currículo del residentado. El cuestionario constó de 22 preguntas e incluyó un test de 14 preguntas sobre conocimientos acerca de depresión validado por Leonardo et al. en médicos de atención primaria en Chiclayo en el año 2011 (15). Se contó con la autorización del autor para el uso de este instrumento. Las 8 preguntas restantes que evaluaron actitudes y prácticas, fueron elaboradas por los investigadores luego de una revisión bibliográfica y evaluadas por los asesores para su revisión y sugerencias respectivas, posterior a esto se sometió este cuestionario a juicio por 5 expertos. Ellos evaluaron las preguntas tomando en cuenta su validez de contenido, de constructo y de criterio y sugirieron algunos cambios a fin de mejorar el instrumento.

Luego de un estudio piloto, se procedió a la aplicación del instrumento a los residentes de los diferentes años de las especialidades clínicas y

quirúrgicas, los cuales fueron un total de 191. Se les solicitó su colaboración brindándoles información y previa firma del consentimiento informado se les hizo entrega del cuestionario. Los investigadores depositaron éste en un sobre sellado, para garantizar así su confidencialidad. El protocolo del presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos de las encuestas fueron organizados en Microsoft Office Excel 2013 de forma manual. Se recolectaron 123 encuestas, se utilizaron 113 y se excluyeron 10 encuestas porque se encontraban incompletas. Finalmente, los cálculos estadísticos se realizaron con el programa STATA v. 10.

Se agrupó la variable conocimientos en niveles según percentiles tal como se hizo en la validación del instrumento por Leonardo et al. los cuales fueron: conocimiento suficiente, insuficiente y moderado (tabla 1). Para analizar la variable conocimiento según su nivel en relación con la edad y los años de egresado se utilizó el test de Kruskal-Wallis debido a que tanto edad como años de egresado no tenían una distribución normal. Para evaluar puntaje total de conocimientos y el año de residencia se usó el análisis de la varianza (ANOVA), pues el puntaje de conocimientos tenía una distribución normal. Por otro lado, para analizar el puntaje total obtenido en las preguntas de conocimiento en relación ala especialidad del residente, acerca de si se siente seguro de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión y si reconocen la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial, se usó la prueba t de Student.

RESULTADOS

El total de residentes que rotaron en el Hospital Cayetano Heredia durante el mes de marzo del 2017 fue 191, de los cuales se encuestó a 113 (59,16%).

Tabla 1. Clasificación de nivel de conocimiento según percentiles.

Percentiles	Clasificación de nivel de conocimiento
Más del 75 percentil (de 11 a 14 preguntas correctas)	Conocimiento suficiente
Del percentil 50 al 75 (de 7 a 10 preguntas correctas)	Conocimiento moderado
Menos del 50 percentil (6 preguntas correctas a menos)	Conocimiento insuficiente

De los 78 restantes, 23 se negaron a formar parte del estudio, 10 llenaron de forma incorrecta el cuestionario y 45 no se lograron ubicar durante el tiempo que duró el estudio. Se obtuvo una tasa de respuesta de 84,2 %. El 56,64% (n=64) de los encuestados fueron varones, la edad promedio fue 30,2 años (DE: 4,77) y el promedio de años de egresado luego del pregrado fue 5,62 años (DE: 3,5). Respecto al año de residencia, la mayoría de encuestados fueron residentes de primer y segundo año, sumando juntos 75,22% (n=85) del total. El 61,95% (n=70) de encuestados pertenecía al área clínica y el 38,05% (n=43) al área quirúrgica. Solamente el 5,31% (n=6) de los participantes habían recibido un curso previo de psiquiatría y salud mental dentro del currículo del residentado.

Respecto al cuestionario sobre actitudes (tabla 2), 88,5 % (n=100) de los participantes estaban totalmente de acuerdo en que la depresión es una enfermedad, 7,08% (n=8) estaban parcialmente de acuerdo, 2,65% (n=3) parcialmente en desacuerdo, solo un participante no se encontraba ni en acuerdo ni en desacuerdo y un participante estaba totalmente en desacuerdo con esta afirmación. La mayoría de residentes encuestados, 68,14% (n=67) se manifestaron totalmente en desacuerdo en considerar la depresión como un problema de debilidad del carácter, y aquellos que estaban totalmente de acuerdo constituyeron solo el 1,77% del total. Asimismo 52,21% (n=59) de los médicos residentes se mostraron totalmente en desacuerdo respecto a que deprimirse sea un evento

Tabla 2. Actitudes de los médicos residentes frente a pacientes con depresión mayor.

Variable	n	%
¿La depresión es una enfermedad?		
Totalmente en desacuerdo	1	0,88
Parcialmente en desacuerdo	3	2,65
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	1	0,88
Parcialmente de acuerdo	8	7,08
Totalmente de acuerdo	100	88,50
¿La depresión es un problema de debilidad del carácter?		
Totalmente en desacuerdo	77	68,14
Parcialmente en desacuerdo	11	9,73
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	11	9,73
Parcialmente de acuerdo	12	10,62
Totalmente de acuerdo	2	1,77
¿Deprimirse es un evento normal en el envejecimiento?		
Totalmente en desacuerdo	59	52,21
Parcialmente en desacuerdo	20	17,7
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	7	6,19
Parcialmente de acuerdo	23	20,35
Totalmente de acuerdo	4	3,54
Todos los médicos de cualquier especialidad deben ser capaces de detectar, brindar educación sobre un caso de depresión e iniciar el tratamiento respectivo		
Totalmente en desacuerdo	3	2,65
Parcialmente en desacuerdo	5	4,42
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	3,54
Parcialmente de acuerdo	38	33,63
Totalmente de acuerdo	63	55,75
¿Se siente seguro acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión?		
Sí	69	61,06
No	44	38,94

normal en el envejecimiento. Por otra parte, 55,75% (n=63) estaban totalmente de acuerdo con que todos los médicos, sin importar su especialidad, deberían ser capaces de detectar, educar e iniciar el tratamiento respectivo a una persona con depresión. Así mismo, el 61,06% (n=69) refirieron sentirse seguros acerca de su habilidad para realizar el diagnóstico.

En cuanto a las preguntas para evaluar las prácticas de los médicos residentes frente a pacientes con depresión (tabla 3), 95,58% (n= 108) de los participantes refirieron que ellos encontraban la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial hospitalaria. Por otro lado, de los residentes que inician la prescripción de un tratamiento antidepressivo, solo un 44,25% (n=50) indicó que la mayoría de veces informan acerca de los efectos secundarios de este. Asimismo, 38,94% (n=44) de los encuestados manifestaron que la mayoría de veces informan acerca del tiempo de duración del tratamiento.

En cuanto a la evaluación de conocimientos, el cuestionario contenía 14 preguntas, siendo 13 la máxima cantidad de preguntas que fueron respondidas correctamente, por un participante. La mínima cantidad de preguntas respondidas acertadamente fueron 3 correspondientes a 2 participantes (1,77%). El mayor porcentaje de residentes, representado por el

22,12% (n=25) respondió correctamente 8 preguntas (gráfico 1). Se clasificó el conocimiento en niveles, tal como hicieron Leonardo et al, en el estudio en el cual el cuestionario de conocimientos fue validado (15). Los niveles fueron: conocimiento suficiente, conocimiento moderado y conocimiento insuficiente. Con ello se obtuvo la siguiente información: 15,93% (n=18) de los participantes presentaron un conocimiento insuficiente respecto al tema de investigación, mientras que 73,45% (n=83) un conocimiento moderado y 10,62% (n=12) un conocimiento suficiente (tabla 4).

Las preguntas 12 (“triada de manifestaciones somáticas más características de un paciente con depresión”) y 17 (“según el DSM 5, ¿cuál es el criterio necesario para el diagnóstico de depresión mayor?”), fueron respondidas de forma correcta por el 91,15% de los participantes, mientras que las preguntas con menor porcentaje de acierto fueron las preguntas 10 (“en cuanto al diagnóstico de depresión mayor...”) y la pregunta 11, (“endocrinopatía más frecuentemente asociada en pacientes con depresión”), respondidas por 18,58% (n=21) y 19,47% (n=22) respectivamente (gráfico 2).

Asimismo, en cuanto a las preguntas que evalúan conocimientos, se realizó una comparación del puntaje total obtenido en estas preguntas de acuerdo al año de residencia. Siendo 14 el máximo puntaje a obtener, se

Tabla 3. Prácticas de médicos residentes frente a pacientes con depresión.

Variables	n	%
¿Reconoce usted la presencia de casos de depresión en los pacientes de su práctica asistencial?		
Sí	108	95,58
No	5	4,42
Luego de indicar el tratamiento, ¿informa acerca de los efectos secundarios de los mismos?		
Nunca	8	7,08
Pocas veces	22	19,47
La mitad de las veces más o menos	16	14,16
La mayoría de veces	50	44,25
Siempre	17	15,04
¿Informa acerca del tiempo del tratamiento?		
Nunca	7	6,19
Pocas veces	14	12,39
La mitad de las veces más o menos	11	9,73
La mayoría de veces	44	38,94
Siempre	37	32,74

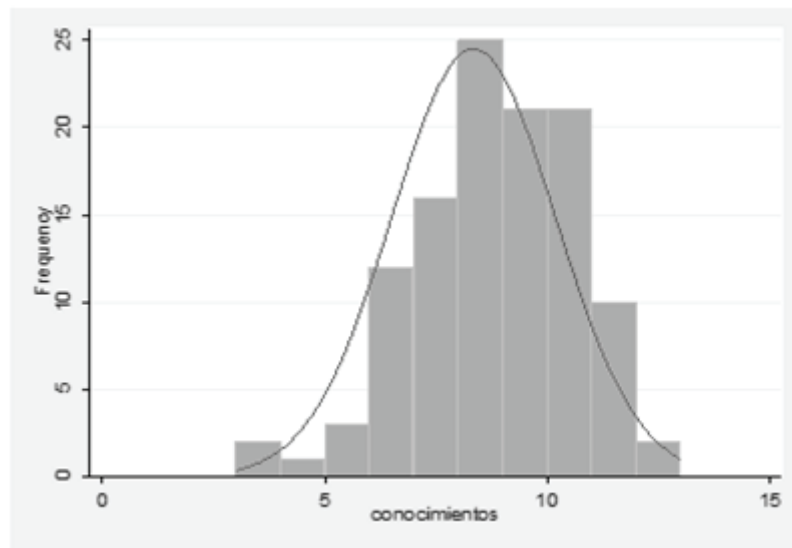


Gráfico 1. Número de participantes vs. número de preguntas de conocimientos respondidas correctamente

Tabla 4. Nivel de conocimientos vs. número de participantes.

Nivel de conocimiento	n	%
Conocimiento insuficiente	18	15,93
Conocimiento moderado	83	73,45
Conocimiento suficiente	12	10,62

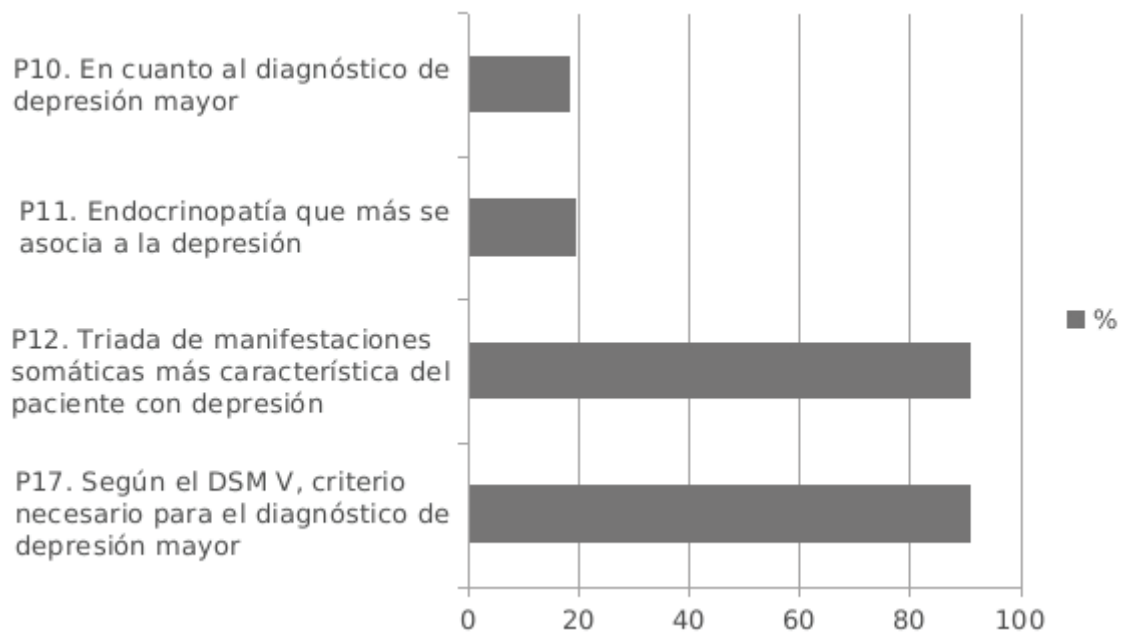


Gráfico 2. Principales preguntas acertadas y erradas en el área de conocimientos del cuestionario aplicado a médicos residentes.

encontró que los residentes de primer año obtuvieron un puntaje de $8,2 \pm 1,76$, los de segundo año obtuvieron un puntaje de $8,18 \pm 1,59$ y los de tercer año a más obtuvieron un puntaje total de $8,82 \pm 2,28$, sin embargo no se halló diferencia significativa entre los tres grupos al analizarse con la prueba de ANOVA ($p=0,29$) (tabla 5). Por otro lado, se comparó el puntaje total obtenido en las preguntas de conocimiento de acuerdo a la especialidad. Se encontró que los médicos residentes de especialidad clínica obtuvieron un puntaje total de $8,44 \pm 1,81$, mientras que los de especialidad quirúrgica obtuvieron un puntaje de $8,19 \pm 1,92$. Al comparar ambas medias con la prueba t de student, no se obtuvo diferencia significativa entre los puntajes obtenidos en conocimientos en ambos grupos ($p=0,48$) (tabla 6).

De acuerdo a la clasificación según el nivel de conocimiento, se encontró que el promedio de edad de aquellos con conocimiento insuficiente fue de $34,3 \pm 8,50$ años, mientras que la media de edad de aquellos que lograron un conocimiento moderado y suficiente fue de $29,54 \pm 3,35$ y $28,58 \pm 1,31$ años respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa (ANOVA, $p=0,0002$) (tabla 7). Al analizar la variable años de egreso se observa que aquellos que obtuvieron un puntaje correspondiente a conocimiento insuficiente tenían mayor tiempo de egreso ($7,61 \pm 5,48$ años) en comparación con aquellos con conocimiento moderado ($5,23 \pm 2,78$ años) y suficiente ($5,3 \pm 3,58$ años) respectivamente, sin embargo la diferencia no era estadísticamente significativa (Kruskal-Wallis, $p=0,37$) (tabla 7).

Cuando se compara el puntaje total de conocimientos obtenido por los médicos residentes con la pregunta que evalúa si se sienten seguros acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión, se obtuvo que los que se sienten seguros tuvieron un puntaje de $8,28 \pm 1,91$ y los que refirieron no sentirse seguros un puntaje de $8,45 \pm 1,74$ (t de Student, $p=0,6161$). Respecto a la pregunta sobre si reconoce la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial, los que refirieron reconocer casos obtuvieron un puntaje de $8,3 \pm 1,85$, mientras que los que respondieron que no obtuvieron un puntaje de $8,8 \pm 1,64$ (t de Student, $p=0,5743$).

DISCUSIÓN

La depresión es una enfermedad neuro-psiquiátrica prevalente a nivel mundial, motivo por el cual resulta trascendente realizar estudios sobre la situación actual respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas

acerca de este trastorno tanto en los médicos generales como en los futuros especialistas.

En el presente estudio se encontró que solo una minoría de los participantes (5,31%) ha recibido un curso previo de psiquiatría y salud mental. Este resultado es incluso menor que los hallados en 3 estudios similares realizados anteriormente a nivel nacional. En un estudio realizado por Cordero sobre conocimientos y actitudes sobre depresión en médicos residentes de primer año en Lima, en el 2016, el 27,8% de los participantes recibieron un curso de actualización desde su egreso (no necesariamente durante el residentado) (16). Así mismo en otro estudio realizado por Leonardo et al. que evaluó el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria realizado en Lambayeque, en el año 2014, sólo el 22,8% recibió una actualización en salud mental previamente (17), dato similar al encontrado por De la Greca en un estudio sobre patrones de tratamiento en pacientes con depresión, en médicos en la consulta ambulatoria realizado en Lima en el año 2005, donde sólo un 23,3 % de ellos manifestó haber recibido actualización en salud mental desde el año de su egreso (10). Esta diferencia podría ser resultado del número de muestra y sus características, sin embargo resulta evidente que la falta de capacitación en temas de salud mental es un problema a nivel nacional.

Dentro del cuestionario sobre actitudes, al indagarse sobre si se considera la depresión como una enfermedad, la mayor cantidad de participantes (95,58%) presentó una actitud positiva (totalmente y parcialmente de acuerdo) sobre considerar la depresión como una enfermedad, lo cual es congruente con el enfoque científico de este grave problema de salud mental (18).

Respecto a la pregunta acerca de si la depresión es un problema de debilidad del carácter, la mayoría representada por 77,87% ($n=88$) mostró una actitud positiva (estar totalmente en desacuerdo y parcialmente en desacuerdo). Por otra parte, un 12,39% ($n=14$) mostró una actitud negativa (estar totalmente de acuerdo y parcialmente de acuerdo). Sin embargo se esperaría que un porcentaje similar al párrafo anterior esté en desacuerdo con la afirmación de que la depresión es una debilidad de carácter. Esto podría explicarse debido a que aún persiste la creencia popular de que la depresión es causada por una debilidad personal o de carácter y cualquier capacitación a médicos y personal de salud debiera insistir en la superación de este tipo de prejuicios estigmatizantes (18).

Un 23,89% (n=27) de los médicos residentes mostraron una actitud negativa (totalmente y parcialmente de acuerdo) respecto a considerar la depresión como un evento normal del envejecimiento. Si bien ser adulto mayor es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, esto no significa que todas las personas con edad avanzada desarrollarán depresión, al punto de considerarla normal, más aún si la mayoría había señalado que estaban de acuerdo en que la depresión es una enfermedad (19,20). Este hecho podría explicar por qué algunos médicos confunden este concepto y consideran el envejecimiento como un factor ineludiblemente causal.

La mayoría de los participantes (n=101) refirieron encontrarse total y parcialmente de acuerdo con que los médicos de cualquier especialidad deberían ser capaces de detectar, brindar educación sobre un caso de depresión e iniciar el tratamiento respectivo. Pero este hecho contrasta con lo hallado en un estudio realizado a nivel nacional sobre conocimientos y actitudes en médicos residentes en el año 2016, donde más de la mitad (55,6%) de los participantes refirieron poco y nulo interés en la salud mental, lo cual se veía reflejado en la mala evaluación de síntomas psiquiátricos en sus pacientes y en caso de sospechar o diagnosticar depresión menos de la mitad (42,5%) iniciaba tratamiento (16).

Un 61,06% de los médicos residentes refirieron sentirse seguros acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión, esta cifra es mayor a la de un estudio sobre conocimientos y actitudes de los médicos residentes frente a la depresión en pacientes hospitalizados, donde se encontró que 46,3% de los encuestados manifestaron sentirse confiados respecto a sus habilidades para diagnosticar trastornos mentales (16). En el presente estudio no se encontró relación entre el nivel de conocimientos y la confianza del médico sobre su capacidad. Por otro lado, en un estudio de De la Grecca se encontró que los médicos que han recibido un curso de actualización refirieron tener mayor confianza en sus habilidades diagnósticas (10).

Por otra parte, la gran mayoría de los participantes (95,58%) manifestaron reconocer la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial. A pesar de ello, algunos encuestados de las especialidades de Neonatología, Ginecología, Reumatología, Medicina Intensiva y Pediatría manifestaron no ver casos de depresión aunque esta enfermedad es prevalente y en

los casos de Pediatría y Ginecología es importante la detección de la depresión postparto y otras formas de depresión materna. Respecto a la pregunta sobre si reconoce la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial, aquellos que manifestaron no reconocer casos obtuvieron un puntaje mayor que los que refirieron reconocer casos, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa. Este hallazgo es importante para tomar con cautela el auto reporte de reconocer casos de depresión e incluso estar confiados con respecto a sus habilidades diagnósticas. Respecto a las preguntas que evalúan las prácticas, solo el 15,04% y el 32,74% refirieron que luego de indicar tratamiento antidepresivo siempre informan acerca de los efectos secundarios y sobre el tiempo de tratamiento respectivamente. Esto difiere de lo hallado por Cordero et al quien en su estudio reportó que el 83,3% de los residentes informan acerca de los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y el 91,3% indica el tiempo que debe usar el medicamento. Sin embargo, la escala de medición usada en este estudio fue dicotómica, mientras la que se usó en el presente estudio fue una escala tipo Likert. Cabe señalar la importancia de informar al paciente sobre posibles efectos adversos y tiempo de tratamiento porque ello incrementa la adherencia (11).

Dentro del cuestionario que evalúa conocimientos, se encontró que las preguntas referentes a la triada de manifestaciones somáticas más características de un paciente con depresión y al criterio necesario para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM 5, fueron respondidas correctamente por la gran mayoría de participantes (Gráfico 2). Este resultado es similar al obtenido en un estudio acerca del nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, en el cual se utilizó el mismo instrumento, donde al igual que este estudio, la pregunta sobre la triada de manifestaciones somáticas más característica del paciente deprimido fue una de las que tuvo el mayor porcentaje de acierto (17).

En cuanto a las preguntas que evalúan conocimientos, se realizó una comparación entre el año de residencia y el puntaje total obtenido estas preguntas (Tabla 5). Se encontró que los residentes de tercer año obtuvieron el mayor puntaje total, esto podría deberse a que han trabajado más tiempo en el ambiente hospitalario por lo cual han tenido la oportunidad de ver más casos de pacientes con depresión mayor. Por el contrario, el menor puntaje fue obtenido por los residentes de segundo año. Sin embargo, al usar la

prueba ANOVA se encontró que no existe diferencia significativa respecto al año de residencia y el puntaje total obtenido en las preguntas de conocimientos. Asimismo, se encontró que los médicos residentes de especialidad clínica obtuvieron un puntaje mayor a los de especialidad quirúrgica (Tabla 6). Pese a esto, al utilizar la prueba t-test, no se encontraron diferencias significativas entre el puntaje total de las preguntas de conocimientos y el tipo de especialidad ($p=0,48$). Por lo que se podría decir que no existe asociación entre pertenecer a una especialidad y tener un mayor nivel de conocimientos.

El presente estudio encontró que el nivel de conocimientos presentado por la mayoría de los médicos residentes encuestados fue moderado. Otros dos estudios que evaluaron los conocimientos sobre depresión en médicos residentes mostraron resultados similares, por una parte el estudio de Leonardo et al. realizado el 2014 sobre el nivel de conocimientos en médicos de atención primaria. (17). De igual forma Gómez et al en un estudio realizado en Colombia en el año 2005, halló un nivel de conocimientos deficiente sobre depresión en médicos del primer nivel de atención (12). Lo anteriormente mencionado, pudo ser debido a la falta de capacitación en salud mental, la derivación de los pacientes con depresión para una evaluación especializada o incluso la falta de conciencia de la magnitud del problema. Adicionalmente, la escasez

de estudios que evalúan conocimientos, actitudes y prácticas es un factor que puede contribuir a la falta de información sobre este tema (16).

Al comparar el nivel de conocimientos y la edad de los participantes, se encontró que existe asociación significativa ($p=0,0002$) entre ambas variables, siendo esta inversamente proporcional. Al analizar el nivel de conocimientos con la variable años de egreso, se obtuvo que los participantes con más años de egreso presentaron conocimiento insuficiente, a diferencia de los que tienen menos años de egreso (Tabla 7). Sin embargo, esto no puede concluirse del presente estudio porque no se demostró una asociación significativa ($p=0,37$).

Una de las limitaciones del estudio fue que no se logró entrevistar al total de la población, debido a que algunos residentes rechazaron formar parte del estudio alegando no tener el tiempo suficiente para realizar el llenado del instrumento, asimismo resultó complicado recolectar información de aquellos que se encontraban rotando en los servicios de emergencias y consultorio por contar con alta carga laboral.

El presente estudio resulta relevante ya que a nivel nacional no se cuenta con estudios que evalúen de forma conjunta conocimientos, actitudes y prácticas en médicos residentes sobre la depresión, además

Tabla 5. Conocimientos vs. año de residencia.

	Año de residencia			p
	Primero	Segundo	Tercero a más	
Puntaje total	8,2 ± 1,76	8,18 ± 1,59	8,82 ± 2,28	0,29*

* ANOVA

Tabla 6. Conocimientos vs. Especialidad.

	Especialidad		p
	Clínica	Quirúrgica	
Puntaje total	8,44 ± 1,81	8,19 ± 1,92	0,48*

* T-test

Tabla 7. Nivel de conocimiento y edad/años de egreso.

	Conocimiento			p
	Insuficiente	Moderado	Suficiente	
Edad	34,3 ± 8,50	29,54 ± 3,35	28,58 ± 1,31	0,0002*
Años de Egreso	7,61 ± 5,48	5,23 ± 2,78	5,3 ± 3,58	0,37**

* ANOVA

** Kruskal-Wallis

brinda información para la implementación de cursos de salud mental que podrían ser aplicados durante el programa de especialización del residentado, según lo indica el nuevo reglamento de la ley N° 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley General de Salud en el decreto supremo N°033-2015, con el fin de mejorar su formación médica y la atención hacia pacientes con depresión.

Del presente trabajo se concluye que el conocimiento de los residentes sobre la depresión, su diagnóstico y tratamiento, dista de ser óptimo. Un porcentaje pequeño pero significativo de los residentes encuestados aún tiene actitudes negativas hacia la valoración de la depresión como enfermedad mental. Por otro lado, la mayoría de médicos refieren reconocer casos de depresión en su práctica asistencial pero menos de la mitad de los participantes informan la mayoría de veces acerca de los efectos secundarios y tiempo del tratamiento respectivamente. Urge implementar políticas educativas que modifiquen este panorama ante uno de los principales problemas de salud pública en la población.

Agradecimiento:

Al Dr. Franco León Jiménez, por el amable permiso concedido para emplear el cuestionario sobre conocimientos de depresión, diseñado por él y su equipo de investigación.

Declaración de conflictos de interés:

Los autores declaran no tenerlos.

Financiamiento:

Este artículo fue autofinanciado.

Correspondencia:

Eva Raquel Agreda-Carrillo
Av. Honorio Delgado 430. Urb. Ingeniería.
San Martín de Porres. Lima, Perú.
Correo electrónico: eva.agreda@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Washington: OMS; 2017.
3. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud

- Mental en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*. 2013; 29(S1): 0-0..
4. De la Grecca P, Zapata V, Vega J, et al. Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de Medicina General en tres hospitales de Lima. *Rev Med Hered*. 2005; 16(4): 246-252.
5. Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ*. 2008; 336:435-9.
6. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med*. 2011; 9(5): 439-46
7. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2005; 7: 167-76.
8. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:734-741.
9. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. 1999; 341:1329.
10. De La Grecca R, Zapata VM, Vega DJ, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*. 2005; 68: 182-190.
11. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355(9199):185-91.
12. Gómez C, Bohórquez A, Gil J, Pérez V. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia: Resultados del Proyecto Internacional de Depresión. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005; 34(2): 220-41.
13. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental. Génova: OMS; 2014.
14. Congreso de la Republica. Ley General de Salud. Decreto Supremo N°033-2015-SA. Lima, Perú: Diario Oficial el Peruano; 2015.
15. Ríos-Flores A, Ballena-López JC, Fanzo-González P, León-Jiménez FE, Leonardo-Olivera W, Peralta-Villegas J, et al. Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo, Perú. *Rev Med Hered*. 2013; 24:26-32.
16. Cordero J. Conocimientos y actitudes de los médicos residentes de primer año frente a la depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. (Citado el 15 de marzo del 2017) Disponible en:

- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4706> (Acceso: 10.06.2017)
17. Leonardo WA, Villalobos MA, León FE. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79: 23-30.
 18. Zarragoitía I. Depresión. Características principales. La Habana, Cuba: ECIMED; 2011.
 19. Kronfly E, Rivilla D, Ortega I, Villanueva M, Beltrán E, Comellas M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015; 47(10):616- 625.
 20. Márquez E, Soriano S, García A, Falcón MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria*. 2005; 36:345.

Recibido: 27/03/2017

Aceptado: 15/06/2017