

Prescripción de ejercicio físico en la depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados

Rocío Gómez-Juanes*, **Margalida Gili***, **Miguel Roca***, **Adoración Castro***,
Emilio Lopez-Navarro*, **Carmen Crespi***, **Amador Calafat****, **Bárbara Oliván*****,
Concepción Sarasa****, **Caterina Vicens******* y **Mauro Garcia-Toro***

EXERCISE PRESCRIPTION FOR DEPRESSION BY GENERAL PRACTITIONERS, FACTORS INVOLVED

KEY WORDS: Depression, Lifestyle, Exercise, Sports, General Practitioner.

ABSTRACT: A sedentary lifestyle is an urgent problem in developed societies and its consequences are one of the main current problems in public health. Depression is a common reason to attend primary care in Western countries. In many cases of low and mild depression, exercise is recommended as a complement to the main therapy: Psychotherapy and/or pharmacotherapy. Nevertheless, general practitioners do not always recommend exercise to depressive patients and it is unknown why they do not. The main aim of our study was to clarify how the degree of prescribing exercise relies on a general practitioner's opinion and experience in depression treatment.

A cross-sectional design was undertaken in 13 public health centers. The *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ) was used to evaluate general practitioners' attitude towards depression; other variables related to the importance accorded to physical exercise; and other lifestyle aspects of physical and mental health.

Our results show that general practitioners' attitude towards depression influence their willingness to recommend exercise. Moreover, less experienced general practitioners (in years) tend to appreciate the importance of exercise in health, not only in depression. A positive relationship was found between importance of exercise and importance accorded to other factors linked to lifestyle, especially diet. Although recommendation of exercise in depression is similar to other medical conditions, its prescription may be improved. Hence, it is important to point out the need for education programs for general practitioners, in order to improve their capacity to deal with their task.

El ejercicio físico puede mejorar el bienestar psicológico, combatir el estrés y prevenir y tratar muchos problemas médicos (Capdevila, Niñerola y Pintanel, 2004). Sin embargo, sólo un bajo porcentaje de la población cumple con las recomendaciones de ejercicio que dictan las guías de práctica clínica para la población sana: 60 minutos diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes y 30 minutos para adultos y ancianos (Córdoba, Cabezas, Camarilles, Gómez).

El sedentarismo es un problema en sociedades desarrolladas y sus consecuencias para la salud de la población constituyen uno de los principales problemas de salud pública (Hidaka, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sedentarismo es el responsable del 6% de las muertes, y el cuarto entre los principales riesgos de mortalidad global (Córdoba et al, 2012). También es uno de los principales factores de riesgo para muchas enfermedades crónicas, la diabetes, la obesidad, la

osteoporosis, algunos tipos de cáncer y también la depresión (Oliver-Quetglas, Torres, March y Esteva, 2013). Los efectos terapéuticos de la actividad física en estas enfermedades están siendo ampliamente documentados (Blumenthal et al, 2004; Kavouras et al, 2007; Hordern, Dunstan, Prins, Baker, Singh y Coombes, 2012). Por ejemplo, se ha demostrado que los enfermos con patología coronaria grave pueden detener e incluso revertir la progresión de su enfermedad a través programas estructurados que modifican el estilo de vida, y donde el ejercicio físico moderado es una de las intervenciones clave (Ornish, Lee, Fair, Pettengill y Carroll, 2001; Ornish et al, 2007). Este tipo de programas también ha demostrado un impacto positivo en pacientes con cáncer de próstata y diabetes (Ornish et al, 2008; Toobert, Strycker, Glasgow, Barrera y Angell, 2005; Toobert, Strycker, King, Barrera, Osuna y Glasgow, 2011). Los beneficios de prescribir ejercicio físico para la obesidad, la osteoporosis y

Correspondencia: Mauro García-Toro. Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). UIB. Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP). Cra. de Valldemossa, km 7.5. Palma (Illes Balears). E-mail: mauro.garcia@uib.es

1 Este artículo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (FIS nº PI11/01392).

* Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). UIB. Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP).

** Instituto IREFREA. Palma de Mallorca.

*** Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza. RedIAPP.

**** Centro de Salud Actur Sur. Servicio Aragonés de Salud. RedIAPP.

***** Centro de Salud Son Serra-La Vileta. IbSalut. Palma de Mallorca. RedIAPP.

Fecha de recepción: 10 de Diciembre de 2013. Fecha de aceptación: 3 de Junio de 2013.

otras enfermedades relacionadas con el estilo de vida occidental como las adicciones son también cada vez más claros (Siñol, Martínez-Sánchez, Guillamo, Campins, Larger, y Trujols, 2013). En resumen, la prescripción de ejercicio físico moderado es útil para prevenir mortalidad prematura por cualquier causa y este beneficio supera al riesgo y aumenta conforme mayor es el volumen o intensidad del ejercicio (Subirats, Subirats y Soterias, 2012).

La depresión es un trastorno mental común con una prevalencia del 5-10% en el mundo desarrollado, y que parece ir en aumento (García-Toro et al, 2013). Este preocupante dato ha influido en que cada vez más se planteen nuevas estrategias de tratamiento que refuercen a las intervenciones de primera elección (psicoterapia y farmacoterapia). El objetivo sería aumentar la efectividad y rapidez en la resolución del episodio depresivo y disminuir sus posibilidades de recurrencia en el futuro (Roca, Gili, García-Campayo, Armengol, Bauza y García-Toro, 2013). El ejercicio físico se ha propuesto como una opción complementaria muy coste-efectiva que incluso puede ser útil como prevención (Sánchez-Villegas, Ara, Guillén-Grima, Bes-Rastrollo, Varo-Cenarruzabeitia y Martínez-González, 2008). Por ejemplo, la guía NICE (2009) recomienda programas de actividad física supervisada en grupos para el tratamiento del trastorno depresivo, tanto subclínico como leve y moderado. Estas recomendaciones se basan en la evidencia científica acumulada acerca de la mejoría clínica y adherencia al tratamiento de pacientes con depresión que practican ejercicio físico. (Stanton, y Reaburn, 2013; Archer, Josefsson y Lindwall, 2013; Cooney et al., 2013). En general, los programas de ejercicio utilizados fueron de frecuencia relativamente elevada (al menos 3 veces por semana), duración de 45 minutos a 1 hora y en períodos de 10 a 12 semanas (Eden, Orleans, Mulrow, Pender y Teutsch, 2002). La conclusión fue que en sujetos con diagnóstico de depresión, en particular leve o moderada, el ejercicio estructurado y supervisado tuvo un impacto clínico significativo en la mejoría de los síntomas depresivos. Concretamente, se estima que el ejercicio aeróbico a las dosis tradicionalmente recomendadas (17 kcal/kg/semana, realizado de 3 a 5 veces a la semana) mejora los síntomas de la depresión mientras que el ejercicio a bajas dosis (7 kcal/kg/semana) no tiene efecto alguno (Sorensen, Sorensen, Skovgaard, Bredahl y Puggaard, 2010). También se sugiere en estos estudios hacer un despistaje de problemas médicos comórbidos que puedan dificultar la realización de ejercicio, personalizar la dosis (tipo, intensidad, duración, frecuencia) para cada paciente y aumentarla si es necesario de forma escalonada, así como hacer un seguimiento de la práctica para mejorar la adherencia a largo plazo (Stanton et al., 2013). Así, la supervisión y adaptación gradual a las posibilidades del sujeto ha sido destacada en el uso de ejercicio físico en personas mayores, y la falta de supervisión como factor de resultado negativo en un reciente estudio (Pfaff, Alfonso, Newton, Sim, Flicker y Almeida, 2013). Sin embargo, el mecanismo por el que actúa el ejercicio en la depresión sigue siendo controvertido y probablemente es multifactorial (Josefsson y Lindwall y Archer, 2013).

El Médico de Atención Primaria (MAP) suele ser el primer profesional en detectar y tratar la depresión, y es por tanto quien debe tener las principales herramientas y saber cómo usarlas (McPherson y Armstrong, 2012). Sin embargo, muy pocos estudios han investigado en qué medida los MAP recomiendan ejercicio físico a los pacientes con depresión (Anderson, King, Stewart, Camacho y Rejeski, 2005; Donaghy

y Taylor, 2010; McKenna, Naylor y McDowell, 1998). La escasa bibliografía disponible en torno a este tema sugiere que el grado de prescripción de ejercicio como antidepresivo es muy variable por parte de los MAP, existiendo diferencias en función del estilo de vida propio del médico (Demyttenaere, Ansseau, Constant, Albert, Van Gassen y Van Heeringen, 2011). Por ejemplo, se ha observado que aquellos MAP que realizan ejercicio de manera regular recomiendan hasta tres veces más a sus pacientes deprimidos que practiquen ejercicio que aquellos que no lo hacen regularmente (McKenna; et al, 1998; Demyttenaere et al, 2011). Sin embargo, se desconoce cómo influyen las actitudes y opiniones del médico frente a la depresión, y también sus opiniones en torno a la importancia de recomendar ejercicio físico y cambios de estilo de vida en otros problemas de salud.

Aclarar esta cuestión tiene una gran importancia de cara a poder desarrollar programas de formación continuada que optimicen el tratamiento de la depresión utilizando una estrategia tan barata, sencilla y segura como practicar ejercicio físico. Para contribuir a ello diseñamos un protocolo de investigación utilizando la *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ), el cuestionario más ampliamente usado en los estudios de profesionales de la salud (Haddad, Menchetti, Walters, Norton, Tylee y Mann, 2012), y otro cuestionario ad-hoc en el que recogíamos variables sociodemográficas y de interés profesional por el estilo de vida. Nuestra hipótesis era que los médicos que más importancia daban a la prescripción de ejercicio físico en la depresión eran aquellos que tenían una visión más multifactorial e integradora sobre ésta. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es relacionar las opiniones y actitudes de los MAP acerca de la depresión con su tendencia a prescribir ejercicio físico en éste y otros problemas de salud.

Método

Procedimiento

Estudio descriptivo transversal realizado en Mallorca entre los años 2011 y 2013. Participaron siete centros o unidades básicas de salud ubicados en zona urbana y otros seis centros correspondientes a la zona rural próxima a la ciudad de Palma de Mallorca.

Participantes

Médicos de atención primaria pertenecientes a los centros de salud seleccionados y que acceden a participar en el estudio. No hubo criterios de exclusión. De un total de 130 MAP contactados, 80 participaron en el estudio (tasa de respuesta del 61.54%). El 46.25% de los MAP fueron hombres ($n = 37$) frente a un 53.75% mujeres ($n = 43$). El 53.8% ($n = 43$) pertenecía a los centros de salud de zona urbana y el 46.2% restante ($n = 37$) a zona rural próxima a la ciudad. El 55% de los respondedores tenían una experiencia laboral inferior a 20 años.

Instrumentos

Variables sociodemográficas

Se diseñó un cuestionario de elaboración propia para recoger variables sociodemográficas.

Depression Attitude Questionnaire (DAQ)

El instrumento DAQ es un cuestionario autoaplicado diseñado en inglés (Botega et al, 1992) y que ha sido traducido y adaptado al castellano (Aragónés et al, 2011). Este cuestionario

pretende valorar las actitudes de los MAP hacia la depresión, y consta de tres dimensiones: La primera explora el concepto de depresión, agrupando aspectos relacionados con la distinción entre depresión e infelicidad, su significado clínico, causa y curso. La segunda dimensión versa sobre la valoración de la experiencia propia en la atención a pacientes deprimidos, abordando lo cómodo y satisfeco que se encuentra el médico en su trato con ellos. Finalmente, se exploran las opiniones sobre el manejo y tratamiento de la depresión. El cuestionario consta de 20 ítems en los que el MAP debe especificar su nivel de acuerdo en una escala de 1 a 5.

Cuestionario *ad-hoc* sobre estilo de vida y depresión:

Este cuestionario evalúa la opinión de los médicos sobre la importancia del estilo de vida en la depresión. Consiste en cinco enunciados que se responden de la misma forma que la DAQ.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados con el programa SPSS versión 19; se obtuvo la media y desviación típica de cada ítem. Posteriormente se calculó la fuerza de la correlación lineal entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson, fijando el nivel de significación en $p < .05$.

Resultados

Los resultados de la DAQ pueden observarse en la Tabla 1. Los resultados de la encuesta sobre la importancia de hacer recomendaciones higiénico-dietéticas en la depresión se muestran en la Tabla 2. Los médicos recomendaban que mejoraran su dieta al 69.9% de los pacientes no depresivos y que aumentaran su nivel de actividad física al 75.5%.

Correlacionando los ítems de la DAQ con las 5 preguntas sobre la opinión de los facultativos respecto a la importancia del estilo de vida en la depresión, observamos que aquellos médicos que más recomiendan realizar ejercicio físico están más de acuerdo con que la mayoría de las depresiones vistas en Atención Primaria se deben a adversidades de la vida (ítem 2, $r = .281$, $p = .012$) y mejoran sin medicación (ítem 3, $r = .265$, $p = .012$). Además observamos que estos médicos también se muestran más en desacuerdo con que poco más se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en Atención Primaria (ítem 14, $r = -.374$, $p = .001$) y con que la psicoterapia para pacientes deprimidos deba ser dejada en manos del especialista (ítem 19, $r = -.239$, $p = .037$).

Si nos detenemos en el perfil de los MAP en función de la experiencia laboral demostramos varios aspectos de interés:

A medida que aumentan los años trabajados disminuye la probabilidad de que se recomiende aumentar el nivel de actividad física a pacientes no depresivos ($r = -.328$, $p = .005$).

A medida que aumentan los años trabajados se tiende a recomendar menos hábitos de vida saludables en la Depresión, como mejorar la higiene de sueño ($r = -.208$, $p = .068$), aumentar el tiempo de exposición solar ($r = -.266$, $p = .019$), mejorar la alimentación ($r = -.231$, $p = .042$) y aumentar la actividad física ($r = -.169$, $p = .140$).

Por otro lado, se observó que aquellos médicos que recomiendan más ejercicio físico a pacientes con depresión, también tienden a recomendar más ejercicio físico en otras patologías ($r = -.328$, $p = .05$).

Finalmente, aquellos médicos que más importancia daban a recomendar ejercicio físico en otras patologías eran también los que más importancia daban a recomendar mejorar la dieta en ellas ($r = .615$, $p = .000$). Estos médicos también coincidían en recomendar otras medidas higiénico dietéticas en el campo concreto de la Depresión: higiene del sueño ($r = .251$, $p = .032$), mejorar alimentación ($r = .193$, $p = .101$) y aumentar el tiempo de exposición solar ($r = .311$, $p = .007$).

Discusión

Este estudio sugiere que los MAP con menos años de práctica profesional valoran más el papel del ejercicio físico en la salud, tanto en la depresión como en otras patologías. También parece ser que las opiniones y actitudes de los médicos frente a la depresión influye en su disposición a recomendar estrategias de tratamiento antidepressivo complementarias, como práctica de ejercicio físico (Kisely, Linden, Bellantuono, Simon y Jones, 2000). Finalmente, se observa una correlación entre la importancia que se da al ejercicio físico en la salud y la otorgada a otros factores ligados al estilo de vida.

Los casos de depresión leve son los más frecuentes en las consultas de atención primaria y se ha sugerido que muchos de estos casos no podrían ser considerados casos de Depresión Mayor u otro Trastorno Afectivo con tratamiento psicofarmacológico claramente indicado, sino Trastornos Adaptativos (Chalder et al., 2012). Los médicos de nuestro estudio que más importancia dan a la práctica de ejercicio físico en la depresión opinan que en Atención Primaria muchos pacientes se sienten deprimidos de forma reactiva a adversidades de la vida y pueden recuperarse sin medicación. Parece que estas opiniones son coherentes con el predominio de los trastornos adaptativos con ánimo depresivo en sus consultas. Por otro lado, su mayor acuerdo con la utilidad de las intervenciones psicoterapéuticas en Atención Primaria y su mayor desacuerdo con que poco se puede hacer con los pacientes deprimidos que no mejoran en Atención Primaria también sugieren una mayor información sobre las posibilidades terapéuticas en la depresión, tanto en casos leves no complicados como en casos graves o resistentes que conviene derivar a las consultas de atención especializada (Demyttenaere et al; 2011, McPherson et al., 2011).

Existe escasa bibliografía que aborde posibles diferencias en la recomendación de ejercicio físico entre profesionales según los años de experiencia. Creemos que hay un factor que puede explicar el hallazgo de que los médicos más jóvenes sean los más predispuestos a hacerlas. Nos referimos al hecho de que la bibliografía que lo apoya y explica cómo hacerlo es relativamente reciente (Donaghy y Taylor, 2010). Se ha insistido en que la prescripción de ejercicio físico requiere tiempo y conocimientos por parte del médico, tanto para indicarlo como para hacer un seguimiento del caso que aumente las posibilidades de éxito (Florindo et al. 2013; Kardakis et al., 2013). Como cualquier otro acto médico, prescribir ejercicio físico requiere habilidad clínicas y entrenamiento, dado que supone afrontar posibles problemas de adherencia, tolerancia e incluso raras veces de seguridad si el paciente tiene alto riesgo cardiovascular (Connaughton, Weiler y Connaughton, 2001 y Subirats et al., 2012). De hecho, en algunos países los MAP tienen la posibilidad de derivar el paciente a un médico o psicólogo especialista en Medicina del Deporte, quien lógicamente sería un profesional idóneo en muchos casos para

hacer esta intervención; pero que en nuestro ámbito lamentablemente no suele estar disponible (Khan, Weiler y Blair, 2011). Quizá la mayor reticencia de los médicos con más años de ejercicio profesional a recomendar ejercicio físico en sus consultas tenga algo que ver con su mayor experiencia en torno a estas dificultades, o a su menor influencia sobre ellos de la bibliografía aludida, en la que además también hay datos discordantes (Eden et al., 2013; Mora, 2012). También es posible

que los médicos más jóvenes dispongan de más tiempo de consulta asignado para hacer la intervención, por ejemplo en el caso de médicos residentes. Sin embargo, cabe señalar que facilitar una hoja con recomendaciones sobre ejercicio físico a pacientes con depresión en atención primaria consume muy poco tiempo de consulta y hay datos que sugieren su potencial utilidad (García-Toro et al., 2012).

Actitud MAP hacia la depresión	Totalmente en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Naturaleza de la depresión					
1. En los últimos cinco años he visto un incremento en el número pacientes que presentan síntomas depresivos	1.3%	1.3%	13.8%	41.3%	42.5%
2. La mayoría de las depresiones vistas en Atención Primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes	0.0%	5.0%	11.3%	53.8%	30.0%
4. La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico	1.3%	5.3%	26.3%	44.7%	22.4%
5. Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con un trastorno depresivo que necesita tratamiento	11.3%	46.3%	16.3%	26.3%	0.0%
6. Es posible distinguir dos grupos principales de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos	5.1%	17.7%	36.7%	31.6%	8.9%
7. Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentarse a las dificultades de la vida	25.0%	36.3%	21.3%	15.0%	2.5%
8. Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida (niñez/adolescencia) que el resto de la gente	3.8%	11.3%	36.3%	40.0%	8.8%
10. La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar	6.3%	31.6%	24.1%	31.6%	6.3%
11. Deprimirse es algo natural en el envejecimiento	36.3%	36.3%	13.8%	11.3%	2.5%
Preferencias de tratamiento					
3. La mayoría de trastornos depresivos vistos en Atención Primaria mejoran sin medicación	7.5%	32.5%	27.5%	28.7%	3.8%
12. Las enfermeras/enfermeros pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos	1.3%	1.3%	6.3%	52.5%	38.8%
14. Poco más se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en AP	46.8%	36.7%	12.7%	2.5%	1.3%
16. La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos	38.8%	37.5%	15.0%	7.5%	1.3%
17. Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra que un médico de Atención Primaria	56.3%	30.0%	6.3%	2.5%	5.0%
18. Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en AP	0.0%	6.3%	18.8%	50.0%	25.0%
19. La psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista	10.3%	25.6%	23.1%	32.1%	9.0%
20. Si la psicoterapia fuera más accesible, sería más beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de pacientes deprimidos	2.5%	8.9%	26.6%	36.7%	25.3%
Actitud profesional					
9. Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos	0.0%	11.3%	25.0%	47.5%	16.3%
13. Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura	1.3%	15.4%	16.7%	39.7%	26.9%
15. Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos	3.8%	13.9%	25.3%	43.0%	13.9%

Tabla 1. Resultados de la Depression Attitude Questionary.

Afirmación	Totalmente en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La aparición y mantenimiento de la depresión tiene que ver con factores ligados al estilo de vida	1.3%	7.5%	27.5%	47.5%	16.3%
2. Es importante recomendar a los pacientes con Depresión mejorar su higiene del sueño	0.0%	0.0%	1.3%	30%	67.5%
3. Es importante recomendar a los pacientes con Depresión aumentar su nivel de actividad física	0.0%	0.0%	2.5%	26.3%	70%
4. Es importante recomendar a los pacientes con Depresión mejorar su alimentación	0.0%	1.3%	7.5%	32.5%	57.5%
5. Es importante recomendar a los pacientes con Depresión aumentar su tiempo de exposición a la luz solar	1.3%	1.3%	11.3%	35%	50%

Tabla 2. Resultados de la encuesta sobre la importancia de hacer recomendaciones higiénico-dietéticas a pacientes con Depresión.

El estudio apunta a que hay una alta concordancia entre la importancia que se concede a la recomendación de ejercicio físico y a la que se concede a la dieta, tanto en la depresión como en otras patologías. Esto puede significar que cada vez se otorga más importancia a la influencia del estilo de vida y su intento de modificación va instalándose entre las intervenciones habituales, quizá más en los médicos más jóvenes. Pensamos que es una muy buena noticia, y que responde a la necesidad de tomar medidas racionales y coste-efectivas ante la ola de enfermedades crónicas relacionables con el estilo de vida que se está imponiendo en los países desarrollados (Hidaka, 2012; Mora, 2012). Recientemente, un estudio refiere que el 59% de los facultativos participantes indicaba que las intervenciones sobre el estilo de vida constituía una parte primordial en sus tareas diarias, demostrando tener conocimientos sobre ello (Kardakis, Weinehall, Jerdén, Nyström y Johansson, 2013). Sin embargo, reclamaban disponer de guías clínicas más claras para realizar este tipo de intervenciones.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que es aconsejable tener en cuenta a la hora de interpretar sus resultados. Por una parte, la tasa de respuesta ha sido del 61.54%. Comparando con otros estudios que también aplicaban la DAQ, consideramos que hemos alcanzado un elevado porcentaje de participación (Haddad et al, 2012 obtuvieron tasa de respuesta del 34%). Sin embargo, creemos que el perfil de los MAP que han accedido a colaborar con nosotros puede presentar cierto sesgo en la medida en estos

profesionales posiblemente sean los que estén más interesados en la depresión y su tratamiento. Por otra parte, el tamaño de la muestra es relativamente pequeño. Ambas circunstancias restan posibilidades de extrapolación. Finalmente, la recogida de opiniones de los médicos sobre la importancia que conceden a ciertas intervenciones no necesariamente implica que se correspondan con su práctica profesional real, aunque es razonable pensar que estará muy relacionada (Holtz, Kokotilo, Fitzgerald y Frank, 2013). A pesar de estas limitaciones, creemos que estos datos preliminares apoyan la necesidad de establecer formas de apoyo y asesoramiento a los MAP por parte de profesionales más expertos en ejercicio físico (Sinnot et al., 2013; Gyani et al, 2012).

En conclusión, creemos que los datos de este estudio confirman la hipótesis de partida sobre que los médicos con una visión más integral y actualizada de la depresión son los que más importancia dan a recomendar ejercicio físico en su tratamiento. Adicionalmente, parece que éstos suelen ser médicos con menos años de práctica profesional y que la tendencia de los MAP a fomentar la práctica de ejercicio físico en la depresión va en aumento. En cualquier caso, parece importante insistir en la formación continuada de los MAP en torno al uso del ejercicio físico como estrategia terapéutica en la depresión al mismo nivel que en otros problemas de salud (Khan et al., 2011; Connaughton et al., 2001).

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro sincero agradecimiento a todos los médicos de los Centros de Salud de Mallorca que han participado en este trabajo. A Nuria Gelabert, Olga Ibarra, Chus Serrano, Saray Monzón y Joan Salva por su ayuda en la realización del mismo.

ITEM DAQ	Aparición y mantenimiento ligada a factores del estilo de vida	Recomiendan mejorar higiene del sueño	Recomiendan aumentar la actividad física	Recomiendan mejorar su alimentación	aumentar el tiempo de exposición solar
1. En los últimos cinco años he visto un incremento en el número de pacientes que presentan síntomas depresivos	$R_{xy} = .147$ $p = .194$	$R_{xy} = -.106$ $p = .354$	$R_{xy} = -.078$ $p = .494$	$R_{xy} = -.004$ $p = .972$	$R_{xy} = .026$ $p = .614$
2. La mayoría de las depresiones vistas en Atención Primaria se deben a adversidades en la vida de los pacientes	$R_{xy} = .371$ $p = .001$	$R_{xy} = .197$ $p = .083$	$R_{xy} = .281$ $p = .012$	$R_{xy} = .333$ $p = 0.003$	$R_{xy} = .239$ $p = 0.034$
3. La mayoría de trastornos depresivos vistos en Atención Primaria mejoran sin medicación	$R_{xy} = .144$ $p = .001$	$R_{xy} = .199$ $p = .079$	$R_{xy} = .265$ $p = .018$	$R_{xy} = .201$ $p = .075$	$R_{xy} = .193$ $p = .088$
4. La base de los casos de depresión severa es un desajuste bioquímico	$R_{xy} = -.324$ $p = .004$	$R_{xy} = .031$ $p = .790$	$R_{xy} = .124$ $p = 0.291$	$R_{xy} = -.050$ $p = .668$	$R_{xy} = .210$ $p = .071$
5. Es difícil diferenciar entre pacientes que presentan infelicidad y pacientes con un trastorno depresivo que necesita tratamiento	$R_{xy} = .198$ $p = .078$	$R_{xy} = .029$ $p = .800$	$R_{xy} = .111$ $p = .328$	$R_{xy} = .071$ $p = .535$	$R_{xy} = .075$ $p = .513$
6. Es posible distinguir dos grupos principales de depresión: una de origen psicológico y otra causada por mecanismos bioquímicos	$R_{xy} = .233$ $p = 0.039$	$R_{xy} = .145$ $p = 0.206$	$R_{xy} = .134$ $p = 0.244$	$R_{xy} = .201$ $p = 0.078$	$R_{xy} = -.007$ $p = 0.952$
7. Deprimirse es una manera que tienen las personas con poco aguante/resistencia para enfrentarse a las dificultades de la vida	$R_{xy} = .187$ $p = .097$	$R_{xy} = -.137$ $p = .313$	$R_{xy} = .042$ $p = .852$	$R_{xy} = -.127$ $p = .014$	$R_{xy} = -.174$ $p = .062$
8. Es más probable que los pacientes deprimidos hayan experimentado carencias afectivas en las épocas tempranas de la vida (niñez/adolescencia) que el resto de la gente	$R_{xy} = .298$ $p = .007$	$R_{xy} = .115$ $p = .313$	$R_{xy} = .021$ $p = .852$	$R_{xy} = .276$ $p = .014$	$R_{xy} = .211$ $p = .062$
9. Me siento cómodo tratando las necesidades de los pacientes deprimidos	$R_{xy} = .107$ $p = .347$	$R_{xy} = .255$ $p = .024$	$R_{xy} = .170$ $p = .135$	$R_{xy} = .167$ $p = .141$	$R_{xy} = .197$ $p = .083$
10. La depresión refleja una respuesta característica de los pacientes que no es fácil de cambiar	$R_{xy} = .203$ $p = .073$	$R_{xy} = -.120$ $p = .296$	$R_{xy} = -.092$ $p = .423$	$R_{xy} = .034$ $p = .765$	$R_{xy} = -.275$ $p = .015$
11. Deprimirse es algo natural en el envejecimiento	$R_{xy} = .064$ $p = .575$	$R_{xy} = -.188$ $p = .097$	$R_{xy} = -.182$ $p = .108$	$R_{xy} = -.183$ $p = .106$	$R_{xy} = -.339$ $p = 0.002$
12. Las enfermeras/enfermeros pueden ser profesionales útiles para proporcionar soporte a los pacientes deprimidos	$R_{xy} = .123$ $p = .279$	$R_{xy} = .020$ $p = .860$	$R_{xy} = -.022$ $p = .845$	$R_{xy} = .059$ $p = .605$	$R_{xy} = .343$ $p = .002$
13. Trabajar con pacientes deprimidos es una tarea dura	$R_{xy} = .186$ $p = .103$	$R_{xy} = -.073$ $p = .528$	$R_{xy} = -.113$ $p = .327$	$R_{xy} = .148$ $p = .200$	$R_{xy} = .050$ $p = .663$
14. Poco más se puede ofrecer a aquellos pacientes deprimidos que no responden al tratamiento en AP	$R_{xy} = .049$ $p = .669$	$R_{xy} = -.303$ $p = .007$	$R_{xy} = -.374$ $p = .001$	$R_{xy} = -.192$ $p = .092$	$R_{xy} = -.102$ $p = .376$
15. Es gratificante el tiempo dedicado a atender a los pacientes deprimidos	$R_{xy} = .303$ $p = .007$	$R_{xy} = .118$ $p = .305$	$R_{xy} = -.044$ $p = .702$	$R_{xy} = .162$ $p = .155$	$R_{xy} = .195$ $p = .087$
16. La psicoterapia suele ser ineficaz en los pacientes deprimidos	$R_{xy} = -.342$ $p = .002$	$R_{xy} = -.086$ $p = .449$	$R_{xy} = -.132$ $p = .247$	$R_{xy} = -.058$ $p = .615$	$R_{xy} = -.136$ $p = .231$

ITEM DAQ	Aparición y mantenimiento ligada a factores del estilo de vida	Recomiendan mejorar higiene del sueño	Recomiendan aumentar la actividad física	Recomiendan mejorar su alimentación	aumentar el tiempo de exposición solar
17. Si los pacientes deprimidos necesitan antidepresivos, es mejor que los prescriba un psiquiatra que un médico de AP	$R_{xy} = -.154$ $p = .172$	$R_{xy} = .019$ $p = .868$	$R_{xy} = -.069$ $p = .547$	$R_{xy} = -.070$ $p = .539$	$R_{xy} = -.145$ $p = .203$
18. Los antidepresivos normalmente dan un resultado satisfactorio en los pacientes deprimidos tratados en AP	$R_{xy} = -.113$ $p = .451$	$R_{xy} = .103$ $p = .319$	$R_{xy} = -.105$ $p = .367$	$R_{xy} = -.035$ $p = .355$	$R_{xy} = .86$ $p = .759$
19. La psicoterapia para pacientes deprimidos debe ser dejada en manos del especialista	$R_{xy} = -.102$ $p = .373$	$R_{xy} = -.138$ $p = .233$	$R_{xy} = -.239$ $p = .037$	$R_{xy} = -.135$ $p = .241$	$R_{xy} = -.308$ $p = .006$
20. Si la psicoterapia fuera más accesible, sería más beneficiosa que los antidepresivos para la mayoría de pacientes deprimidos	$R_{xy} = .350$ $p = .002$	$R_{xy} = .117$ $p = 0.307$	$R_{xy} = .039$ $p = .737$	$R_{xy} = .191$ $p = .095$	$R_{xy} = .162$ $p = .155$

Tabla 3. Resultados de la correlación entre DAQ y recomendaciones higiénico-dietéticas.

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN LA DEPRESIÓN POR PARTE DE MÉDICOS DE FAMILIA. FACTORES INVOLUCRADOS

PALABRAS CLAVE: Depresión, Estilo de vida, Ejercicio, Deportes, Médicos de atención primaria.

RESUMEN: El problema del sedentarismo es acuciante en sociedades desarrolladas y sus consecuencias para la salud de la población constituyen uno de los principales problemas de salud pública actuales. La depresión es un motivo de consulta muy habitual en las consultas de atención primaria de países occidentales. Se ha planteado la prescripción de ejercicio físico como una estrategia antidepresiva útil en depresiones leves-moderadas, con frecuencia de forma complementaria a los tratamientos de primera elección. Sin embargo, los médicos de atención primaria no siempre lo prescriben y se desconoce de qué depende que lo hagan. Contribuir a aclarar esta cuestión es el objetivo del presente trabajo. Nuestra hipótesis era que el grado de prescripción depende de sus opiniones y experiencia sobre el tratamiento de la depresión. Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que participaron 13 centros de salud. Utilizamos el cuestionario *Depression Questionnaire Attitude* para valorar la actitud de los médicos hacia la depresión, y recogimos otras variables relacionadas con la importancia que otorgaban al ejercicio físico y a otros aspectos del estilo de vida en la salud física y mental.

Los resultados confirman que la actitud de los médicos frente a la depresión influye en su disposición a recomendar ejercicio físico. Además, los médicos de atención primaria con menos años de práctica profesional valoran más el papel del ejercicio físico en la salud, tanto en la depresión como en otras patologías médicas. También se observa una correlación entre la importancia que se da al ejercicio físico en la salud y la que se da a otros factores ligados al estilo de vida, especialmente la dieta.

Se concluye que aunque la utilidad de recomendar ejercicio físico en la depresión va acercándose al mismo nivel de importancia que en otros problemas de salud, su empleo por parte de los médicos de atención primaria es muy mejorable. Por ello, es importante insistir en la necesidad de ofrecer apoyo y programas de formación continuada a los médicos de atención primaria para ayudarles en este propósito.

PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO NA DEPRESSÃO POR PARTE DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. FACTORES ENVOLVIDOS

PALAVRAS-CHAVE: Depressão, Estilo de vida, Exercício, Desporto, Praticantes, Médico clínica geral.

RESUMO: O problema do sedentarismo é premente nas sociedades desenvolvidas e as suas consequências para a saúde da população constituem um dos principais problemas de saúde pública atuais. A depressão é um motivo muito habitual nas consultas de cuidados primários nos países ocidentais. Foi delimitada a prescrição de exercício físico como uma estratégia antidepressiva útil em depressões leves-moderadas, de forma complementar aos tratamentos de primeira escolha. Contudo, os médicos de cuidados primários nem sempre o prescrevem e desconhece-se o porquê de o fazerem. Contribuir para clarificar esta questão é o objectivo do presente trabalho. A nossa hipótese era que o grau de prescrição depende das suas opiniões e experiências no tratamento da depressão. Trata-se de um estudo descriptivo transversal no qual participaram 13 centros de saúde. Utilizámos o questionário *Depression Questionnaire Attitude* para avaliar a atitude dos médicos face à depressão e medimos outras variáveis relacionadas com a importância que atribuíam ao exercício físico e a outros aspectos do estilo de vida na saúde física e mental. Os resultados confirmam que a atitude dos médicos face à depressão influi na sua disposição para recomendar exercício físico. Adicionalmente, os médicos de cuidados primários com menos anos de prática profissional valorizam mais o papel do exercício físico na saúde, tanto na depressão como noutras patologias médicas. Também se observa uma correlação entre a importância que se dá ao exercício físico na saúde e à que se dá a outros factores ligados ao estilo de vida, especialmente à dieta. Conclui-se que apesar da utilidade de recomendar exercício físico na depressão se ir aproximando do nível de importância atribuído a outros problemas de saúde, a sua utilização por parte dos médicos de cuidados primários pode ser substancialmente melhorada. Para tal, é importante insistir na necessidade de oferecer apoio e programas de formação continuada aos médicos de cuidados primários para ajudá-los neste propósito.

Referencias

- Anderson, R.T., King, A., Stewart A.L., Camacho, F. y Rejeski, W. J. (2005). Physical activity counseling in primary care and patient well-being: Do patients benefit? *The Society of Behavioral Medicine*, 30(2), 146-154.
- Aragonès, E., Piñol, J. L., López-Cortacans, G., Hernández, J. M. y Caballero, A. (2011). Actitudes y opiniones de los médicos de familia frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ). *Atencion Primaria*, 43(6), 312-318.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Carney, R. M., Huber, M., Saab, P. G., Burg, M. M., . . . Kaufmann, P. G. (2004). Exercise, depression, and mortality after myocardial infarction in the ENRICHD trial. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36(5), 746-755.
- Botega, N., Mann, A., Blizard, R. y Wilkinson, G. (1992). General practitioners and depression-first use of the depression attitude questionnaire. *International Journal of Psychiatry Research*, 2, 169-180.
- Capdevila, L., Niñerola, J. y Pintanel, M. (2004). Motivación y Actividad Física: El autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF)*. *Revista de Psicología del Deporte*, 12(1), 55-74.
- Chalder, M., Wiles, N. J., Campbell, J., Hollinghurst, S. P., Haase, A. M., Taylor, A. H., . . . Lewis, G. (2012). Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 344, e2758.
- Connaughton, A. V., Weiler, R. M. y Connaughton, D. P. (2002). Graduating medical students' exercise prescription competence as perceived by deans and directors of medical education in the United States: Implications for healthy people 2010. *Public Health Reports*, 116(3), 226-234.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., . . . Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane database of systematic reviews*, 12, 9, CD004366.
- Córdoba, R., Cabezas, C., Camaralles, F., Gómez, J., Herráez, D. D., López, A. y Marqués, F. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atencion Primaria*, 44(Supl.1), 16-22.
- Demyttenaere, K., Ansseau, M., Constant, E., Albert, A. y van Gassen, K. (2011). Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DEscriBE™ survey. *BMC Psychiatr*, 11, 169.
- Donaghy, M. y Taylor, A.H. (2010). Should practitioners promote physical activity as a treatment for depression? *Journal of Royal College of Physicians of Edinburgh*, 40, 32-5.
- Eden, K. B., Orleans, C. T., Mulrow C. D., Oender N. J. y Teutsch, S. M. (2002). Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 137(3), 208-215.
- Florindo, A. A., Mielke, G. I., de Oliveira-Gomes, G. A., Ramos, L. R., Bracco, M. M., Parra, D. C., . . . Hallal, P. C. (2013). Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 13, 794.
- García-Toro, M., Rubio, J.M., Gili, M., Roca M., Jin C., Liu S, Bastianoni, C. y Blanco, C. (2013). Persistence of chronic major depression: A national prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 306-12.
- Gyani, A., Pumphrey, N., Parker, H., Shafran, R. y Rose, S. (2012). Investigating the use of NICE guidelines and IAPT services in the treatment of depression. *Mental Health in Family Medicine*, 9, 149-160.
- Haddad, M., Menchetti, M., Walters, P., Norton, J., Tylee, A. y Mann, A. (2011). Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Family Practice*, 29, 121-130.
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205-214.
- Holtz, K. A., Kokotilo, K. J., Fitzgerald, B. E. y Frank, E. (2013). Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the university of british columbia. *Canadian Family Physician*, 59(1), e26-e32.
- Hordern, M. D., Dunstan, D. W., Prins, J. B., Baker, M. K., Singh, M. A. F. y Coombes, J. S. (2012). Exercise prescription for patients with type 2 diabetes and pre-diabetes: A position statement from exercise and sport science australia. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15(1), 25-31.
- Josefsson, T., Lindwall, M. y Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 259-272.
- Kardakis, T., Weinehall, L., Jerdén, L., Nyström, M. E. y Johansson, H. (2014). Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *The European Journal of Public Health*, 24(1), 79-84.
- Kavouras, S. A., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chrysohou, C., Anastasiou, C. A., Lentzas, Y. y Stefanadis, C. (2007). Physical activity, obesity status, and glycaemic control: The ATTICA study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(4), 606-611.
- Kisely, S., Linden, M., Bellantuono, C., Simon, G. y Jones, J. (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychological Medicine*, 30 (5), 1217-1225.
- Khan, K. M., Weiler, R. y Blair, S. N. (2011). Prescribing exercise in primary care. *BMJ (Online)*, 343(7828), d4141.
- McKenna, J., Naylor, P. J. y McDowell, N. (1998). Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Journal of Sports Medicine*, 32, 242-247.
- McPherson, S. y Armstrong, D. (2012). General practitioner management of depression: A systematic review. *Qualitative Health Research*, 22(8), 1150-9.
- Mora, R. (2012). Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48-52.
- Oliver-Quetglas, A., Torres, E., March, S., Socias, I. M. y Esteva M. (2013). Risk factors of depressive syndrome in young adults. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2), 84-96.
- Ornish, D. M., Lee, K. L., Fair, W. R., Pettengill, E. B. y Carroll, P. R. (2001). Dietary trial in prostate cancer: Early experience and implications for clinical trial design. *Urology*, 57(4 Supl. 1), 200-201.
- Ornish, D. (2007). It's hard for many people to follow a diet just from reading a book and a few sessions with a dietitian. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, 9(3).
- Ornish, D., Magbanua, M. J. M., Weidner, G., Weinberg, V., Kemp, C., Green, C., . . . Carroll, P. R. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(24), 8369-8374.
- Pfaff, J. J., Alfonso, H., Newton, R. U., Sim, M., Flicker, L. y Almeida, O. P. (2014). ACTIVEDEP: A randomised, controlled trial of a home-based exercise intervention to alleviate depression in middle-aged and older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 226-232.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., Armengol, S., Bauza, N. y García-Toro, M. (2013). Stressful life events severity in patients with first and recurrent depressive episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1963-9.

- Sánchez-Villegas, A., Ara, I., Guillén-Grima, F., Bes-Rastrollo, M., Varo-Cenarruzabeitia, J. J. y Martínez-González, M. A. (2008). Physical activity, sedentary index, and mental disorders in the sun cohort study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(5), 827-834.
- Sinnott, C., Quigley, F. y Morris, M. (2014). Promoting exercise with depression: Lessons learned from a brief educational intervention. *European Journal of General Practice*, 20(1), 32-35.
- Siñol, N., Martínez-Sánchez, E., Guillamó, E., Josefa Campins, M., Larger, F. y Trujols, J. (2013). Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: Una revisión. *Adicciones*, 25(1), 71-85.
- Sorensen, J., Sorensen, JB., Skovgaard, T., Bredahl, T. y Puggaard, L. (2010). Exercise on prescription: Changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *European Journal of Public Health*, 21(1), 56-62.
- Stanton, R., y Reaburn, P. (2013). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, doi: 10.1016/j.jsams.2013.03.010.
- Subirats, E., Subirats, G. y Soteras, I. (2012). Prescripción de ejercicio físico: Indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clinica*, 138(1), 18-24.
- Toobert, D. J., Strycker, L. A., Glasgow, R. E., Barrera Jr., M. y Angell, K. (2005). Effects of the mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(2), 128-137.
- Toobert, D. J., Strycker, L. A., King, D. K., Barrera Jr., M., Osuna, D. y Glasgow, R. E. (2011). Long-term outcomes from a multiple-risk-factor diabetes trial for latinas: ¡Viva bien! *Translational Behavioral Medicine*, 1(3), 416-426.