



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRASTORNO DE
DEPRESIÓN MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
COVID-19, EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11 DEL IMSS EN
CHIAPAS”**

FEBRERO 2023

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
SAUL MALDONADO ROBLES**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TESIS:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRASTORNO DE
DEPRESIÓN MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
COVID-19, EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11 DEL IMSS EN
CHIAPAS”**

FEBRERO 2023

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SAUL MALDONADO ROBLES

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:
DRA. MONICA GUADALUPE MEDA GUTIERREZ**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



**TESIS:
“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRASTORNO DE
DEPRESIÓN MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
COVID-19, EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL ADSCRITOS A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11 DEL IMSS EN
CHIAPAS”**

AUTORIZACIONES

**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. YUNIS LOURDES RAMIREZ ALCANTARA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCON LEON
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**

**DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE
LA U.M.F. 11.**

**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**

TITULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE TRASTORNO DE
DEPRESIÓN MAYOR EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-
19, EN MÉDICOS DE PRIMER NIVEL ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11 DEL IMSS EN CHIAPAS”**

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a DIOS por permitirme llegar hasta donde estoy, darme la oportunidad de terminar este proyecto, por haber puesto a las personas correctas en mi camino.

A mis PADRES, quienes han estado conmigo brindándome siempre su apoyo fiel y desinteresado en los proyectos que inicio.

A mi ESPOSA, Que, con todo su amor, cariño y comprensión, me apoyo durante todo este difícil trayecto, por creer en mi capacidad, por sostener mi mano y darme fuerza para seguir adelante.

A mis HIJOS, Evelyn e Ethan que son el motor de mi vida, mi fuerza y motivación para no doblegarme. Los amo hijos.

A mis MAESTROS, por brindarme las herramientas y los consejos necesarios para el futuro.

A mis AMIGOS, por todos esos momentos agradables, aquellos que fueron injustos y otros tantos tristes pero que los vivimos juntos.

ÍNDICE GENERAL

TITULO	4
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE GENERAL	6
ABREVIATURAS.....	7
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO.....	13
J U S T I F I C A C I Ó	24
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	26
OBJETIVOS.....	27
HIPÓTESI GENERAL.....	28
MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
PROCEDIMIENTO.....	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
RESULTADOS	37
DISCUSION	45
CONCLUSIONES.....	48
ASPECTOS ÉTICOS.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS.....	57

ABREVIATURAS

SIGLAS	DESCRIPCION
<i>APM</i>	Asociación Psiquiátrica Mexicana
<i>CIE-10</i>	Clasificación Internacional de Enfermedades décima Edición
<i>DSM-5</i>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales quinta edición
<i>ENEP</i>	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica
<i>GPC</i>	Guía de Práctica Clínica
<i>IMSS</i>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<i>ISRS</i>	Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>SIAIS</i>	Sistema de Información de Atención Integral de la Salud
<i>SSA</i>	Secretaría de Salud

INDICE DE TABLA

TABLA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
TÁBLA 1	Género de los médicos participantes	38
TÁBLA 2	Media de edad de los médicos participantes	38
TÁBLA 3	Grado académico de los médicos participantes	39
TÁBLA 4	Área laboral de los médicos participantes	41
TABLA 5	Tipo de Contratación de los médicos participantes	42
TABLA 6	Antigüedad Laboral de los médicos	43
TABLA 7	Forma de actualización en el tema de los médicos participantes	44
TABLA 8	Última vez que se actualizaron los médicos participantes	44
TABLA 9	Formas de actualización sobre el tema por parte del IMSS	45
TABLA 10	Actualización del tema durante pandemia COVID-19	45

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGU´RA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
´FIGURA 1	Nivel d e conocimientos sobre depresión mayor según género.	39
´FIGURA 2	Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según grado académico.	40
´FIGURA 3	Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según área laboral.	41
´FIGURA 4	Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según tipo de contratación.	42
´FIGURA 5	Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según antigüedad laboral.	43
´FIGURA 6	Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según actualización sobre depresión mayor durante la pandemia COVID-19	46

RESUMEN

Título: Nivel de conocimientos sobre trastorno de depresión mayor en el contexto de la pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del IMSS en Chiapas.

Introducción: Los trastornos mentales hoy en día influyen de forma negativa en millones de personas en el mundo, un lugar especial dentro de estos lo ocupa el trastorno de depresión mayor, enfermedad cada vez más frecuente que incluso puede atentar contra la vida de las personas que la padecen. Durante la pandemia por COVID-19, la población en general ha desarrollado alguna patología relacionada a los trastornos mentales, siendo una de las más frecuentes el trastorno de depresión mayor. Dentro del primer nivel de atención los médicos familiares deben tener un papel fundamental para reconocer esta enfermedad, sin embargo, la falta de capacitación o el desconocimiento de este trastorno, son los principales obstáculos para el diagnóstico de la enfermedad depresiva, y por lo consiguiente el establecimiento de un tratamiento adecuado y oportuno.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre el trastorno de depresión mayor en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del IMSS en Chiapas, en el contexto de la pandemia COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Durante el periodo de Febrero a Agosto de 2022. Se aplicó un cuestionario auto administrado con tres apartados. El primero de datos generales, el segundo sobre actualización sobre depresión mayor y el tercero, para evaluar los conocimientos sobre el tema. El instrumento utilizado es un cuestionario validado por los médicos Ríos A. y Leonardo W. en el año 2013 y que de acuerdo a la distribución de percentiles medirá si existe conocimiento, suficiente, moderado o insuficiente sobre depresión mayor en médicos de primer nivel de atención.

Resultados: Se incluyeron a 25 médicos que laboran en la UMF N° 11 (48% masculinos, 52% femeninos) con una edad media de 37.72 años. Con respecto a su grado académico, 28% fueron médicos generales mientras que el 72% son

médicos familiares, respecto al área laboral 76% están asignados a la consulta externa mientras que el 24% al área de atención médica continua, de acuerdo al tipo de contratación 80% son médicos de base y 20% son médicos de sustitución. En cuanto a la antigüedad laboral 40% llevan laborando menos de 5 años; 20% de 6-10 años; 16% de 11-15 años; un 8% llevan un lapso de 16-20 años y 16% llevan laborando más de veintiuno años en la institución. El nivel de inteligencia de los participantes fué moderado con un 48% del total, el mismo porcentaje obtuvieron un conocimiento insuficiente, mientras que solamente un 4% tuvo un conocimiento suficiente.

Conclusiones: Del presente trabajo se concluye que el nivel de conocimiento sobre depresión en médicos de primer nivel adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 11, dista de ser el óptimo o suficiente. Por lo que es importante incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los médicos del primer nivel de atención con respecto a la depresión, llevando a cabo estrategias que permitan solventar este problema y así poder realizar una adecuada atención integral de los pacientes y de sus familias.

Palabras clave: Trastorno de Depresión Mayor, Conocimientos, Primer nivel de atención, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió un comunicado en donde indicaba que las causas de mortalidad y de enfermedad que se conocen estadísticamente en la actualidad sufrirán un cambio drástico en las próximas décadas. Las enfermedades crónicas degenerativas, respiratorias, así como la patología cardíaca en general que hoy predominan como causa de mortalidad, serán en un futuro muy bien dominadas por el personal médico por lo que serán remplazadas por los trastornos mentales que hoy en día influyen de forma negativa en millones de personas en el mundo. Un lugar especial dentro de los trastornos mentales lo ocupa el trastorno de depresión mayor, una enfermedad cada vez más frecuente y limitante, que en su forma grave puede incluso atentar contra la vida de las personas que la padecen. (1)

En el contexto de la pandemia por el COVID-19, la población en general ha presentado cierto grado de afectación en la salud mental, ya sea por estrés severo, miedo, depresión, ansiedad, estrés postraumático entre otros trastornos mentales, lo que ha condicionado perturbaciones en la atención, concentración, toma de decisiones y otras funciones mentales, lo que ha incidido negativamente en el bienestar de la población.

Al temor de contraer el virus en una pandemia como la de COVID-19, se suma el impacto de los cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus, como las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, aislamiento, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal familiar, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos. (2)

En un estudio realizado en China que midió el impacto psicológico inicial durante el brote de la pandemia por COVID-19 y cuyo objetivo fue la de establecer la prevalencia de los síntomas psiquiátricos e identificar factores de riesgo y protectores en relación al estrés psicológico se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo, un 16,5% de síntomas depresivos moderados a

severos, un 28,8% de síntomas de ansiedad moderados a severos y un 8,1% de niveles de estrés moderados a severos. (3)

Por lo anterior expuesto es de suma importancia realizar acciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de los trastornos mentales por parte de los médicos de primer nivel de atención, con la finalidad de brindar un tratamiento adecuado para limitar el daño en la salud de las personas.

Derivado de lo anterior, la residencia médica con especialidad en medicina familiar del IMSS con sede en Tapachula. Chiapas, realiza el presente protocolo de investigación el cual busca conocer el nivel de conocimientos sobre trastorno de depresión mayor en el contexto de la pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11. Derivado de los hallazgos que se obtengan se implementarán las estrategias de intervención las cuales irán orientadas a la capacitación del personal médico de la institución. El cual sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que enfrenta nuestro país.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En el contexto del primer nivel de atención a la salud, específicamente en el IMSS, anualmente se otorgan un aproximado de cinco millones de consultas a nivel nacional, siendo en un día típico del régimen ordinario durante el año 2021 alrededor de 303,500 consultas en las más de 1531 unidades de medicina familiar, distribuidas en todo el país. Durante este mismo año, los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el séptimo lugar como motivo de consulta. (4,5)

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reportó que 28.6% de la población fué diagnosticada con alguno de los 23 trastornos mentales que existen dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), siendo el más frecuentes los trastornos depresivos; Estos últimos se presentaron con una incidencia 11.2% en mujeres y de 6.7% en hombres.(6) Lo que nos refleja que los trastornos depresivos tienen una frecuencia mayor en mujeres.

Según datos de la red local de consulta del Sistema de Información de Atención Integral de la Salud del IMSS (SIAIS), durante el año 2021 en la UMF 11 de Tapachula se atendieron un total de 431 consultas relacionadas con diagnósticos de trastornos mentales, de las cuales 295 fueron de trastorno mixto de ansiedad y depresión, 124 con diagnóstico de episodios episodio depresivo no especificado, y los 12 restantes con diagnóstico de depresión mayor, con o sin síntomas psicóticos. Lo anterior ubico a los trastornos mentales en el lugar 88 dentro de los principales motivos de consulta de la población derechohabiente.

Estas cifras comparándolas con las nacionales nos hacen pensar que existe un subregistro probablemente condicionado por un subdiagnóstico de trastornos mentales.

Los trastornos depresivos tanto de forma individual como familiar y social, tienen un impacto significativo en la disminución en la productividad del ser humano en etapa laboral; (7) Además están considerados como una de las causas de años de vida saludable perdidos. (8) Este trastorno en asociación con alguna patología crónica puede llegar a exponenciar los síntomas propios de dicha enfermedad, así como interferir directamente con la adherencia al tratamiento. (9)

Las causas por las que se desarrollan los trastornos mentales no son del todo bien conocidas, aceptando que su etiología es multifactorial y así se tienen referentes para corroborar un diagnóstico de ansiedad o depresión con factores biológicos y psicosociales. (10)

En otro contexto, al consultar un estudio realizado en nuestro país con el fin conocer indicadores actuales sobre la atención especializada de los trastornos mentales el panorama es poco alentador, ya que existen aproximadamente cerca de 4,400 médicos psiquiatras, y aún más preocupante es que de esta cifra menos de la mitad logra obtener el certificado de la especialidad para poder ejercer. Al obtener la tasa de acuerdo a nuestra población total, nos arroja que tenemos en promedio 3.68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. (11)

Con respecto a su distribución tenemos que el 60% se encuentran concentrados en las 3 ciudades más grandes de nuestro país. Teniendo una media de tasas por estado de 2.89 psiquiatras. En el estado de Chiapas esta cifra es más alarmante aún, encontrando una tasa de 0.57 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. (11) Estas cifras nos hacen ahondar en la importancia que tiene la salud mental en el primer nivel de atención que es de donde se deben de detectar.

ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental que constituye un problema serio y costoso para la salud pública a nivel mundial, afecta a las personas de todas las edades y culturas y niveles socioeconómicos. (12) La OMS, estima que actualmente cerca de 300 millones de personas alrededor del mundo sufren de depresión, lo que representa la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. (13)

La GPC sobre trastornos depresivos en el adulto de la SSA, menciona que las variables psicosociales que mayormente se han asociado a la depresión han sido el ser mujer y jefa de familia, o ser mujer y dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, además si a estas se agrega la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, condiciona el desarrollo de un estado de depresión mayor. Otras variables a tener en cuenta van relacionadas a tener un bajo nivel socioeconómico, y estar desempleado (independientemente del género). Variables como el aislamiento social, problemas legales en general, haber sufrido experiencias de violencia en algún momento de la vida, aquellas personas que presentan, adicción importante a sustancias psicoactivas, y la migración también se encuentran asociados a síntomas depresivos. (14)

Aunque existen de forma muy difundida y muy bien estudiada tratamientos conocidos y eficaces contra la depresión moderada y severa, más del 75% de las personas afectadas no reciben tratamiento alguno (15). Además, según la OMS estima que, en los países de ingresos medios y bajos, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario y cerca de la mitad de los casos de depresión no se diagnostican por lo que sólo la mitad de los diagnosticados reciben un tratamiento médico. (16)

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de apoyo, junto con el miedo, y el estigma de las personas que viven con depresión, así como la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, todos estos factores impiden en gran medida que puedan tener acceso en primera instancia a

la realización del diagnóstico correcto de dicha enfermedad y de igual forma tener acceso al tratamiento que necesitan para vivir una vida saludable y que puedan desarrollarse de forma productiva.(17)

En México al igual que otros países de ingreso medio-alto, del total de presupuesto asignado al rubro de la salud, solo el 2.4% se utiliza para todo lo relacionado a la salud mental, en contraste a lo referido por la OMS quien recomienda que se invierta entre el 5% y el 10%. (18) De acuerdo a la ENEP se estima que, los trastornos mentales afectan a casi el 30% de la población y de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) una persona con trastorno mental visita cinco médicos antes de ver a un psiquiatra. (19)

En un estudio realizado en México durante 2020, se demostró que la cobertura de detección y tratamiento de depresión no ha cambiado sustancialmente en el tiempo e indican que uno de cada diez adultos ha recibido diagnóstico de depresión por parte de un profesional de la salud y de estos solo el 7% ha recibido tratamiento. (20)

Dentro de las estrategias propuestas por la OMS en relación con, el programa de acción para superar las brechas en salud mental, se deja manifiesto la importante participación para realizar un abordaje adecuado de los problemas de salud mental a los médicos del primer nivel de atención, los cuales son un elemento fundamental para lograr dicho objetivo. (21)

El papel de los médicos de atención primaria debe evolucionar para así poder garantizar que los trastornos depresivos sean más reconocidos, poder sospechar de ellos desde el inicio, ser diagnosticados de forma correcta y ser apropiadamente tratados, así como también en poder identificar cuando estos problemas serán de difícil manejo para poder ser referidos a especialistas de salud mental. (22)

Por lo tanto, uno de los mecanismos más efectivos para enfrentar este problema de salud es la capacitación adecuada de los profesionales que están en la posibilidad absoluta de recibir en una primera instancia al paciente deprimido. (1,22)

MARCO CONCEPTUAL

SALUD MENTAL

La OMS define a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. En esta definición se ven planteadas 3 características importantes para el mejoramiento de la salud en donde la salud mental es definitivamente una parte integral de esta definición. La OMS además describe a la salud mental como un *“estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*.

En esta definición se deja entredicho que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad; Por lo tanto, la salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. (23)

TRASTORNO MENTAL

Según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición del año 2013. (DSM-5 por sus siglas en inglés) El trastorno mental se define como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. (24)

Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una

respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo ya sea político, religioso o sexual y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (24)

DEPRESIÓN MAYOR

La GPC para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor de la secretaría de salud de México, describe al trastorno depresivo mayor como una patología del estado de ánimo, en donde están presentes diversos síntomas afectivos como lo son: sentimientos de profundo dolor, tristeza profunda, soledad sentimiento de culpa, desesperanza e irritabilidad, también suelen estar presentes otros síntomas como: pensamientos de muerte, dificultad para concentrarse, ideas sobre intentos suicidas; aparte de actitudes voluntarias como pueden ser la apatía, anhedonia, descuido en labores cotidianas y por ultimo síntomas de somatización tales como cefalea, fatiga, dolores musculares, alteraciones del sueño, etc. (14,25)

Según la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto del ministerio de sanidad de España, describe que, para establecer el diagnóstico de depresión mayor, la entrevista clínica continúa siendo el procedimiento básico y esencial. Dentro de la consulta del paciente con riesgo de padecer depresión, es útil la utilización de 2 preguntas rápidas como método de detección: Durante el último mes. ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba? y ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido? (26). Si dentro de la entrevista el paciente responde de manera afirmativa alguna de las 2 preguntas, se tendrá que realizar una evaluación más detallada, para poder establecer el diagnóstico de depresión mayor.

El DSM-5 describe los síntomas para poder diagnosticar el trastorno depresivo mayor, los cuales deben de buscarse intencionadamente como parte de una

evaluación profunda para aquellos pacientes con riesgo de padecer depresión. Dichos síntomas son: estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer, pérdida de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamiento de muerte recurrente o ideación suicida. (27)

Para establecer el diagnóstico, cinco o más síntomas deberán de estar presentes por al menos un periodo de dos semanas, y uno de esos cinco síntomas deberán ser forzosamente el estado de ánimo deprimido o la disminución del interés o placer; además de que éstos deberán de causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en las áreas funcionales de la persona, ya sea en el área social o laboral; y por ultimo determinar que ninguno de ellos pueda ser atribuibles al consumo de alguna sustancia o secundario a alguna afección médica. (27)

La gravedad del trastorno dependerá del número de síntomas, además del grado de discapacidad que produzcan para lo cual se puede clasificar en tres grados: leve, moderada y grave.

Para establecer el trastorno depresivo como leve deberán de estar presentes al menos uno de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer; la intensidad de los síntomas causará malestar, pero esta podrá ser manejable y estos síntomas en conjunto por regular producirán poco deterioro en el funcionamiento social y laboral; En la depresión moderada, al igual que en la leve deberá de estar presente el estado de ánimo deprimido o la disminución del interés o placer, además de 4 de los síntomas que se comentaron previamente, el paciente con un episodio moderado tendrá dificultades para la realización de sus actividades diarias; y en la depresión grave: deberán de forzosamente estar presentes el estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer, pérdida de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, y los pensamientos de muerte recurrentes, la intensidad de los síntomas causará gran malestar y esta no será manejable, por lo que va a

interferir notablemente en el funcionamiento social y laboral. (28)

El tratamiento de la depresión mayor se establece de forma individualizada, debido a que el trastorno puede presentarse de formas muy diversas en cada persona. Para ello, existen diversas alternativas terapéuticas, centrandose su enfoque en el tratamiento psicológico y farmacológico. (29)

En lo que respecta al tratamiento psicoterapéutico, éste es tan efectivo como los medicamentos antidepresivos, y para la mayoría de los pacientes, el tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia será más beneficioso que la psicoterapia sola. (30)

En los trastornos depresivos la modalidad terapéutica que ha demostrado su mayor eficacia ha sido la terapia cognitivo-conductual. El objetivo de esta modalidad terapéutica es que se produzca un cambio en las emociones que siente la persona, en los pensamientos que se han establecido y en las conductas que desarrolla a causa de estos pensamientos y sentimientos. (31)

La persona que sufre depresión mayor mantiene una visión negativa sobre él, el mundo y el futuro. Esta percepción aparece a causa de un conjunto de pensamientos automáticos irracionales que ha establecido y que producen alteraciones en su vida cotidiana, estos pensamientos surgen de forma espontánea y natural, porque la persona los tiene interiorizados. La psicoterapia cognitivo-conductual pretende cambiar los pensamientos automáticos que mantienen el trastorno, por construcciones más saludables, positivas y racionales, a partir de la técnica de la reestructuración cognitiva. Frente a la posibilidad de cambiar este conjunto de pensamientos, la persona empezará a actuar diferente, a movilizarse y con ello a sentirse mucho mejor. (32)

Para el tratamiento farmacológico la meta es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional de la persona que vive con trastorno depresivo. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. (28)

El eje principal del tratamiento farmacológico de la depresión mayor reside en los fármacos denominados antidepresivos. Se ha demostrado empíricamente la necesidad de su administración ante los casos graves o moderados de la depresión mayor. (29) Muchos antidepresivos de primera línea están disponibles con diferentes acciones neuroquímicas y perfiles de efectos secundarios. (28) La mayoría de las revisiones sistemáticas no han mostrado diferencias clínicamente significativas en la eficacia entre los antidepresivos de primera línea. (33) Un aspecto importante frente a su toma es que la persona debe ser consciente de que los efectos del tratamiento farmacológico para la depresión empiezan a hacer efecto entre las 3 o 4 semanas de su administración. (29)

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, continuarlo por dos años en caso de existir recurrencia y considerar mantener el tratamiento de manera indefinida cuando el estado depresivo tiene una duración superior a un año y si llegan a presentarse dos o más episodios durante los últimos 5 años. (28)

Por otro lado, cabe destacar que podemos encontrarnos con una gran variedad de fármacos antidepresivos, los cuales serán prescritos en función a la eficacia del medicamento, la experiencia del médico que va a prescribir el medicamento, y de las necesidades y características de cada paciente. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos. (28)

DEPRESIÓN Y COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, la comisión municipal de salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica un conglomerado de casos de neumonía de etiología desconocida. Posteriormente determinan que están causados por un nuevo coronavirus. (34)

En enero del 2020, la OMS declaró el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. El 28 de febrero 2020, se registra en México el primer caso de COVID-19. Fué hasta marzo del 2020 que la OMS decidió tras una evaluación que COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia. (35)

La pandemia de la enfermedad por COVID-19 es una enfermedad infecciosa nueva, que puede llegar a presentar manifestaciones clínicas graves llegando incluso a la muerte. Actualmente afecta a muchos países de todo el mundo, convirtiéndose en una amenaza para la salud mundial. (36)

La pandemia derivada de la propagación de COVID-19, ha afectado a la población del país de distintas maneras y en dimensiones que van más allá de solo los contagios, las situaciones en la que los gobiernos de grandes ciudades ordenaron el confinamiento obligatorio y la conducta de cada persona ante este confinamiento, las personas que contrajeron la enfermedad y tuvieron que ser hospitalizadas, así como la angustia, ansiedad y preocupación de los familiares de dichas personas y claro el fatal desenlace de millones de personas alrededor del mundo derivado de esta enfermedad. (37)

Es de esperarse que tarde o temprano como resultado de los numerosos y precipitados cambios que llevaron a cada persona hacia la incertidumbre, aunado a las malas noticias, experiencias propias traumáticas, y duelos por las pérdidas humanas condicionadas por el COVID-19 durante el presente de esta pandemia, pasen factura en la salud mental de la población.

El COVID-19 se asocia a manifestaciones mentales y neurológicas, tales como síndrome confusional agudo, encefalopatía, agitación, accidentes cerebrovasculares, meningoencefalitis, pérdida del olfato o del gusto, ansiedad, depresión y problemas de sueño. (38)

En muchos casos se han descrito manifestaciones neurológicas incluso sin síntomas respiratorios, la ansiedad y la depresión parecen ser frecuentes en personas hospitalizadas por COVID-19, tal como lo reflejan En un estudio de cohorte de pacientes hospitalizados de Wuhan (China) durante el 2020, en donde más del 34% tenían síntomas de ansiedad y el 28% síntomas de depresión. (39)

Estos problemas de salud mental derivados de la epidemia por el COVID-19, tienen un impacto psicológico físico y mental importante en la población general, con consecuencias en la salud que pueden afectar la calidad vida, presentando actitudes y síntomas caracterizados por incertidumbre, insomnio, ira, temor a ser infectado, temor a morir, temor a perder un ser querido, aumento del consumo de alcohol o de cigarrillos, o sustancias psicoactivas, aislamiento social, y el final desarrollo de trastornos como estrés post traumático, ansiedad, y depresión mayor. (40)

JUSTIFICACIÓN

La Depresión es uno de los muchos trastornos que abarcan la salud mental y en los últimos años su alta prevalencia la posicionan como un problema de salud pública de gran importancia en nuestro país, ya que esta enfermedad se asocia con una elevada morbilidad y mortalidad, generando altos costos en los sistemas de salud.

Ante la emergencia por la creciente pandemia de COVID-19, la población en general ha desarrollado alguna patología dentro de los trastornos de la salud mental, con especial atención en la depresión. Una encuesta sobre prevalencia de la depresión durante la pandemia de COVID-19 recolectada por el Instituto de Investigación para el Desarrollo con Equidad de la Universidad Iberoamericana en México, indicó que durante los primeros meses posterior al inicio de la pandemia, la prevalencia de depresión se incrementó de manera muy importante con respecto a años anteriores en situaciones donde la pandemia no estaba presente, por lo cual es prioritario que se deban de realizar acciones que ayuden a recuperar y mantener un estado de salud mental óptimo dentro de la población, así como de prevenir la aparición de estos, de ahí la gran importancia de la identificación oportuna que permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados para dicha enfermedad.

La salud mental es precisamente una de las claves para sobrevivir a esta pandemia y todo lo que conlleva a corto, mediano y largo plazo, la tarea es grande y en quien recae el mayor peso es en el médico de primer nivel de atención.

La práctica médica requiere de evaluaciones apropiadas para identificar el conocimiento y las habilidades del médico ya que se requiere que los médicos del primer nivel de atención tengan todas las herramientas suficientes para abordar de forma integral a la depresión.

En nuestro país existen muy pocos estudios que brinden información acerca del nivel de conocimientos sobre depresión en médicos de primer nivel de atención. Por todo lo anterior, el presente trabajo de investigación será de relevancia, para

identificar áreas de oportunidad en lo que respecta al nivel de conocimientos para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor una unidad de medicina familiar lo que servirá para poder establecer estrategias de mejora para disminuir los subregistros de casos relacionados a los trastornos mentales en específico a la depresión mayor, lo que contribuirá a mejorar la salud mental de la población derechohabiente del IMSS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el primer nivel de atención médica se llegan a resolver aproximadamente el 85% de los problemas de salud en general, este nivel por lo regular es atendido por médicos generales o médicos especialistas en medicina de familia.

La falta de capacitación de los médicos de primer nivel de atención para la atención de los pacientes psiquiátricos, es uno de los obstáculos para el reconocimiento de la enfermedad depresiva.

Los médicos de primer nivel de atención deben tener un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos. Se ha observado que de todas las iniciativas que contemplan la capacitación en estos rubros, es la más útil para disminuir las tasas de hospitalización y de suicidios de los pacientes que padecen de depresión.

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

Lo que nos lleva al siguiente planteamiento:

¿Cuál es el Nivel de conocimientos sobre trastorno de depresión mayor en el contexto de la pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del IMSS en Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre el trastorno depresivo mayor en relación al contexto de pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la UMF número once del IMSS en el estado de Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos demográficos (edad, género) entre los médicos participantes de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Chiapas.
- Identificar el nivel de conocimientos de los médicos de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Chiapas, según su grado académico.
- Describir el nivel de conocimiento entre los médicos participantes de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Chiapas, según su área laboral.
- Describir el nivel de conocimiento entre los médicos participantes de primer nivel de atención adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Chiapas, según su tipo de contratación.

HIPÓTESIS GENERAL

- Los médicos del primer nivel de atención del IMSS de la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas tienen un nivel de conocimiento insuficiente sobre el Trastorno de Depresión Mayor.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

- Los médicos del primer nivel de atención del IMSS de la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas tienen un nivel de conocimiento suficiente sobre el Trastorno de Depresión Mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. De acuerdo a la asignación del agente será observacional, de acuerdo a la temporalidad en la que se realiza será un estudio transversal, por la recolección de datos será un estudio prospectivo, y por los objetivos planteados será un estudio descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

POBLACIÓN: Personal médico de primer nivel de atención del IMSS, el cual comprende a médicos familiares y médicos generales.

En la UMF 11 existe un total de 216 personas dentro del personal total, de los cuales hay un total de 46 médicos, médicos familiares, médicos generales y médicos no familiares. incluyendo a aquellos que se encuentran dentro de puestos administrativos.

LUGAR: UMF número once del IMSS en la ciudad costera de Tapachula de Córdova y Ordoñez en el estado de Chiapas.

TEMPORALIDAD DE ESTUDIO: Febrero - Agosto 2022

UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

POBLACIÓN FUENTE: Personal médico de primer nivel de atención adscrito a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdova y Ordoñez, en el estado de Chiapas

POBLACIÓN PARA ESTUDIO: Personal médico operativo de 1er nivel de atención adscrito a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdova y Ordoñez, en el estado de Chiapas y que reunieron los criterios de inclusión del estudio.

UNIVERSO: Personal médico operativo de primer nivel de atención, adscrito a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas. Siendo un total de 34 médicos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por el tipo de estudio el tamaño de la muestra se definirá con los médicos de primer nivel de atención, adscritos a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas, que se encuentren laborando cuando se lleve a cabo la realización de la entrevista y que decidan voluntariamente su participación. Los cuales fueron un total de 25 médicos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personal médico operativo de primer nivel de atención, de todos los turnos (Matutino, vespertino, guardias nocturnas y de fin de semana). adscritos a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Personal médico operativo de 1er nivel, adscrito a la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdoba y Ordoñez, en el estado de Chiapas, que no se encuentren laborando cuando se aplique el instrumento.
- Médicos expresen no querer ser parte del estudio.
- Médicos que se encuentren en puestos administrativos.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Encuestas que no sean debidamente completadas en los datos de las

variables dependientes de los participantes.

- Encuestas no respondidas en al menos 90% de las preguntas

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Nivel de conocimientos sobre depresión mayor

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Edad
- Genero
- Grado académico
- Área laboral
- Tipo de contratación
- Antigüedad laboral

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE					
Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Nivel de conocimientos	Cualitativa	Ordinal	Grado de información adquirido a través de la educación, la comprensión teórica de un objeto o asunto	Calificación que se otorgará de acuerdo a los aciertos en la encuesta aplicada	Suficiente (11 a 14 aciertos) Moderado (7 a 10) Insuficiente (6 o menos)

VARIABLE INDEPENDIENTE					
VARIABLES	Tipo	Escala de Medición	Como se define de forma Conceptual	Como se define de forma Operacional	Señalización
Eda	Cuantitativa	Nominal	Edad en tiempo de una persona	Años registrados desde el nacimiento	Años con los que cuenta al momento.
Género	Cualitativa	Nominal	Condición biológica con la que se nace	Lo que viene en el registro del acta	Femenino Masculino
Grado académico	Cualitativa	Nominal	Distinción otorgada después de la terminación de un programa de estudios	Grados de estudios a la fecha avalados por constancia o certificado	Licenciatura Especialidad
Área laboral	Cualitativa	Nominal	Lugar en donde realiza sus actividades	Área específica donde presta sus servicios	Consulta externa Atención Médica Continua
Tipo de contratación	Cualitativa	Nominal	Acuerdo de voluntades entre 2 o más personas que genera derechos y obligaciones	Trabajo con duración determinada y trabajo con duración de tiempo parcial	Base Sustitución
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Nominal	Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando	Total de años laborados en una institución específica	Años de trabajo cumplidos en IMSS

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo del proyecto se solicitó autorización mediante documento escrito al director de la UMF número once de la ciudad costera de Tapachula de Córdova y Ordoñez, en el estado de Chiapas, para la realización del mismo, después, con antelación, se aplicó una entrevista de forma auto administrada con fines de investigación a los médicos de dicha unidad de Medicina Familiar que cumplieron con los criterios de inclusión, garantizando en todo momento discreción con la información.

Se utilizó un cuestionario de naturaleza anónima, auto administrado que consta de tres apartados, el primero para recabar datos generales de los médicos evaluados, el segundo sobre la actualización de los médicos sobre la depresión, el tercero evalúa los conocimientos sobre el trastorno de depresión Mayor.

El instrumento utilizado es un cuestionario validado por Leonardo et al. en Chiclayo (Perú) en el año 2012 para medir el nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de depresión mayor en médicos de primer nivel de atención. Este instrumento se realizó basado en las guías de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dichas guías citadas en múltiples guías de prácticas clínicas institucionales de diversas ciudades a nivel mundial. Se sometió a evaluación por expertos quienes calificaron inteligibilidad (nivel de entendimiento) y pertinencia (nivel de importancia) de cada pregunta según escala tipo LIKERT de 5 puntos, obteniendo un promedio de 2, 8 y 3 respectivamente. Se evaluó la confiabilidad de la prueba luego de la realización del piloto, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,62. Como resultado se obtuvo un cuestionario unidimensional de 14 preguntas de un punto cada una, con múltiples alternativas y una única respuesta correcta. (41).

Una vez recabado el cuestionario se evaluó conforme el número total de respuestas correctas y se clasificó de la siguiente forma: Suficiente (11 a 14 aciertos), Moderado (7 a 10 aciertos) e Insuficiente (6 o menos aciertos).

Estos resultados se cruzaron con las demás variables con las que se trabajó y posteriormente se procedió a su análisis e interpretación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se registraron los datos recabados de las encuestas realizadas a médicos de primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar Número 11 en hojas de cálculo de M. Excel Plus 2016. Para la recogida de datos, se siguieron todos los cánones y estatus establecidos por la Ley Orgánica mexicana de Protección de Datos de Carácter Personal y en los cuestionarios se informó del carácter voluntario de su participación y de su necesario compromiso para dar comienzo a la prueba. Se realizará un análisis de los ítems de respuesta para cada pregunta planteada

Se utilizaron medidas de tendencia central utilizando la media para analizar variables cuantitativas y se utilizaron porcentajes para medir dispersión.

Para analizar las variables cualitativas se elaboraron tablas de contingencia para conocer la relación dependiente o independiente. Así como el cálculo de chi-cuadrada para aceptar o rechazar la hipótesis propuesta en función de su valor.

Los datos fueron analizados a partir de proporciones porcentuales, realizando la sumatoria de las puntuaciones de las respuestas obtenidas en los ítems correspondientes de la encuesta aplicada a cada uno de los factores; asumiendo intervalos de confianza del 95%, utilizando el programa IBM SPSS Statistics para windows versión 28 en español.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 médicos, de los cuales 48% son femeninos y el 52% masculinos. [Tabla 1]. Para el rubro de edad media de los médicos fué de 37.72 años. [Tabla 2]. Respecto a la relación con el nivel de conocimientos del género masculino un médico obtuvo una calificación suficiente (100%), cinco médicos calificación moderada (41.7%) y siete médicos calificación insuficiente (58.3%), con una media de 66.6%. Para el género femenino. Ningún médico obtuvo calificación suficiente, siete obtuvieron calificación moderada (58.3%) y cinco obtuvieron calificación insuficiente (41.7%), con una media de (33.3%). [Figura 1; $p=0.443$, chi-cuadrada]

Tabla 1. Género de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	13	52.0	52.0	52.0
	Femenino	12	48.0	48.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

Tabla 2. Media de edad de los médicos participantes

	N	Media
Edad	25	37.72
N válido (por lista)	25	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

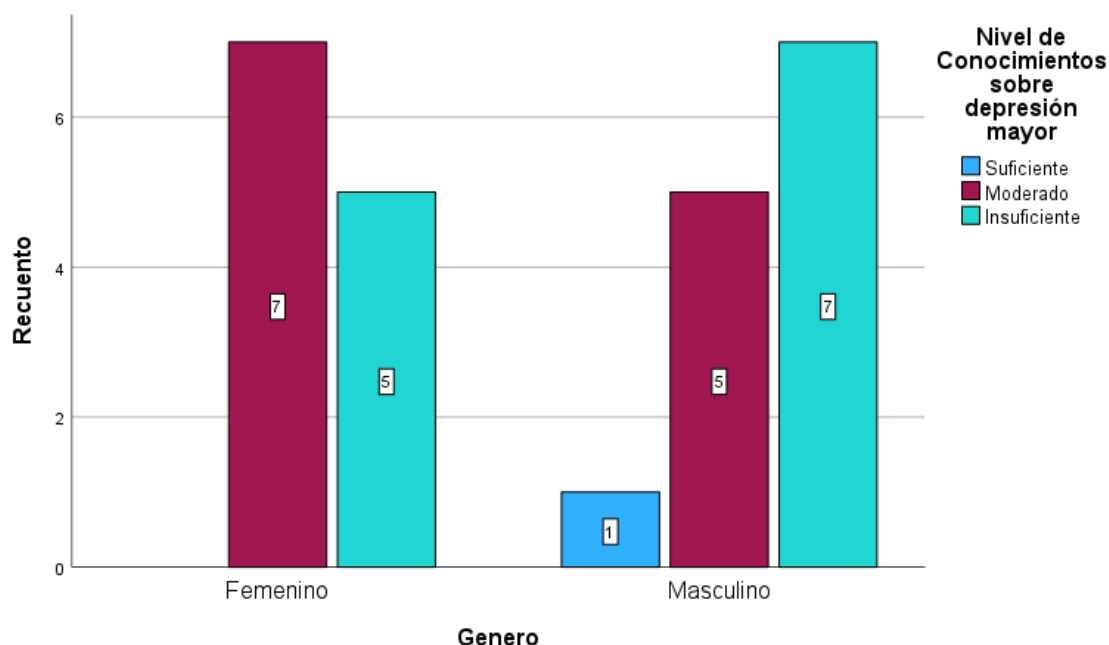


Figura 1. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor según género. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

En relación al grado académico se obtuvo que un 72% tiene algún curso de especialidad en este caso la especialidad de medicina familiar y el 28% Tienen únicamente licenciatura siendo médicos generales. [Tabla 3]. Respecto a la relación con el nivel de conocimiento de los 18 médicos especialistas, uno obtuvo calificación de suficiente (100%), nueve, calificación de moderado (75%) y ocho calificaciones insuficientes (66.7%), con una media de (80.56%) y de los médicos generales ninguno obtuvo calificación de suficiente, tres obtuvieron calificación de moderado (25%) y cuatro calificación insuficiente (33.3%) con una media de (19.43%) [Figura 2; $p=0.736$, chi – cuadrada].

Tabla 3. Grado académico de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Especialidad	18	72.0	72.0	72.0
	Licenciatura	7	28.0	28.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

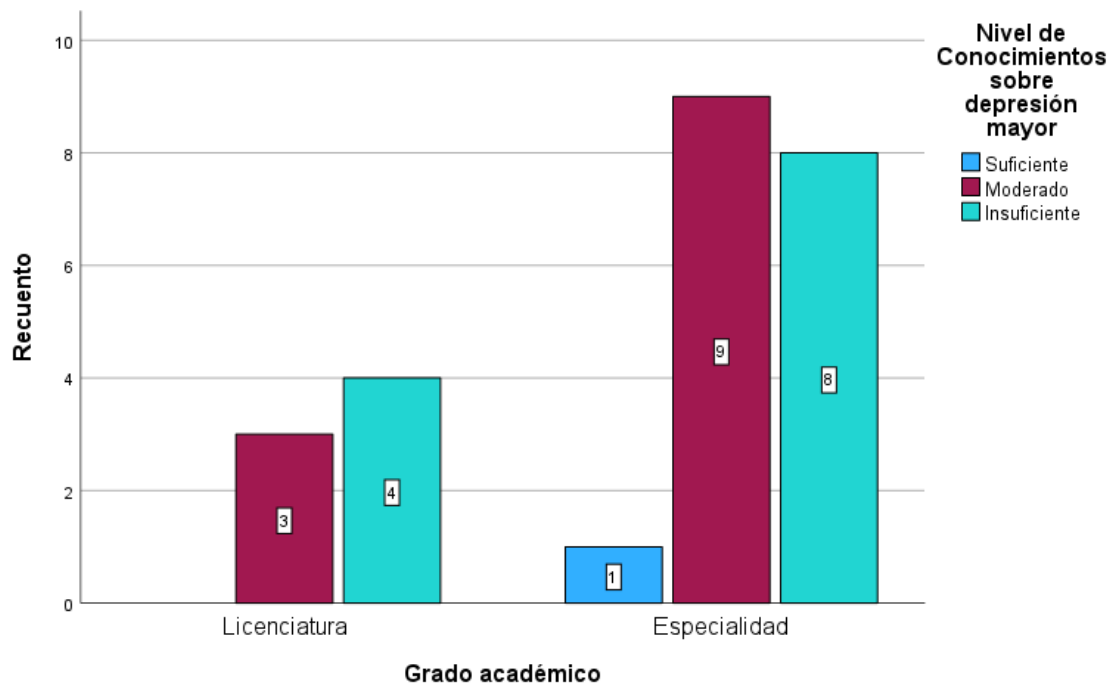


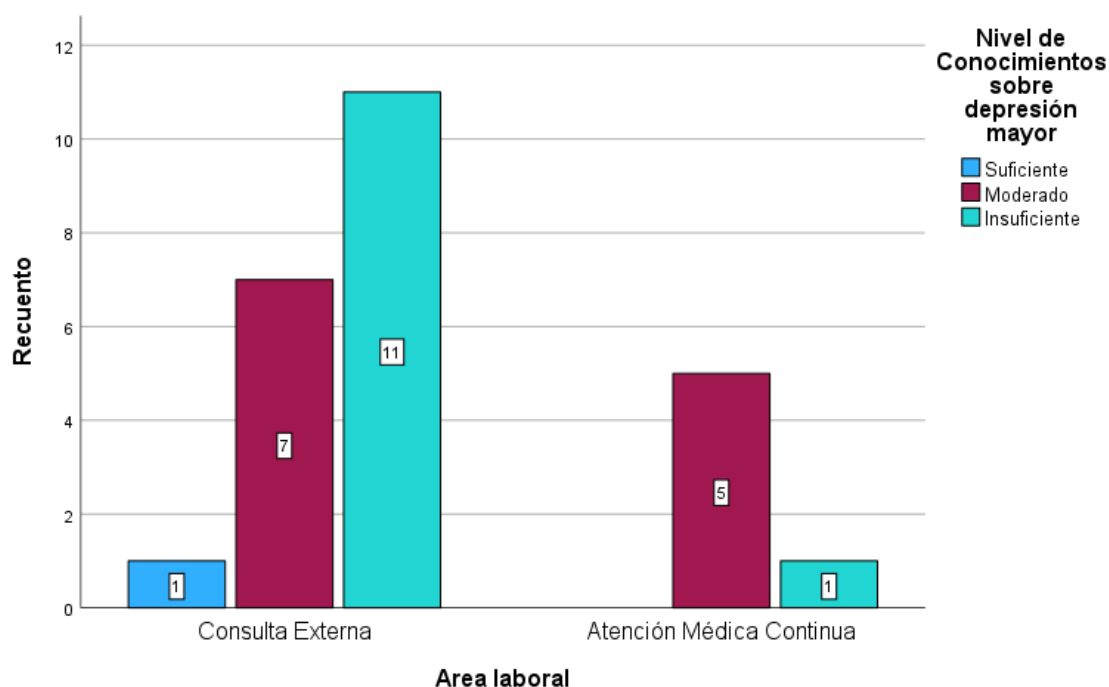
Figura 2. Nivel de conocimiento sobre depresión mayor según grado académico. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

Respecto al área laboral asignada 76% de los profesionales encuestados laboran en el área de consulta externa en ambos turnos, y el 24% son médicos asignados al área de atención médica continua en los tres turnos, matutino, vespertino y nocturno. [Tabla 4]. En relación con el nivel de conocimientos. De la consulta externa un médico obtuvo la calificación de suficiente (100%), siete obtuvieron calificación de moderado (58.3%) y once obtuvieron calificación de insuficiente (91.7%), con una media de (83.3%). Y del servicio de atención médica continua ningún médico obtuvo calificación de suficiente, cinco obtuvieron calificación de moderado (41.7%) y uno obtuvo calificación de Insuficiente (8.3%), con una media de (16.6%). [Figura 3; $p=0.136$, chi-cuadrada]

Tabla 4. Área laboral de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Consulta Externa	19	76.0	76.0	76.0
	Atención Médica Continua	6	24.0	24.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.



FFigura 3. Nivel de conocimiento sobre depresión mayor según su área laboral. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

Para el tipo de contratación, se observó que un 80% de los encuestados son médicos de base y 20% son médicos de sustitución [Tabla 5] y en relación con el nivel de conocimiento del médico de base, un médico obtuvo calificación de suficiente (100%), diez obtuvieron calificación de moderado (83.3%) y nueve, calificación de insuficiente (75%), con una media de (86.1%). Y respecto a los médicos de sustitución ninguno obtuvo calificación de suficiente, dos obtuvieron calificación de moderado (16.7%) y tres obtuvieron calificación de insuficiente (25%), con una media de (13.9%). [Figura 4; $p=0.771$, chi-cuadrada]

Tabla 5. Tipo de Contratación de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Base	20	80.0	80.0	80.0
	Sustitución	5	20.0	20.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

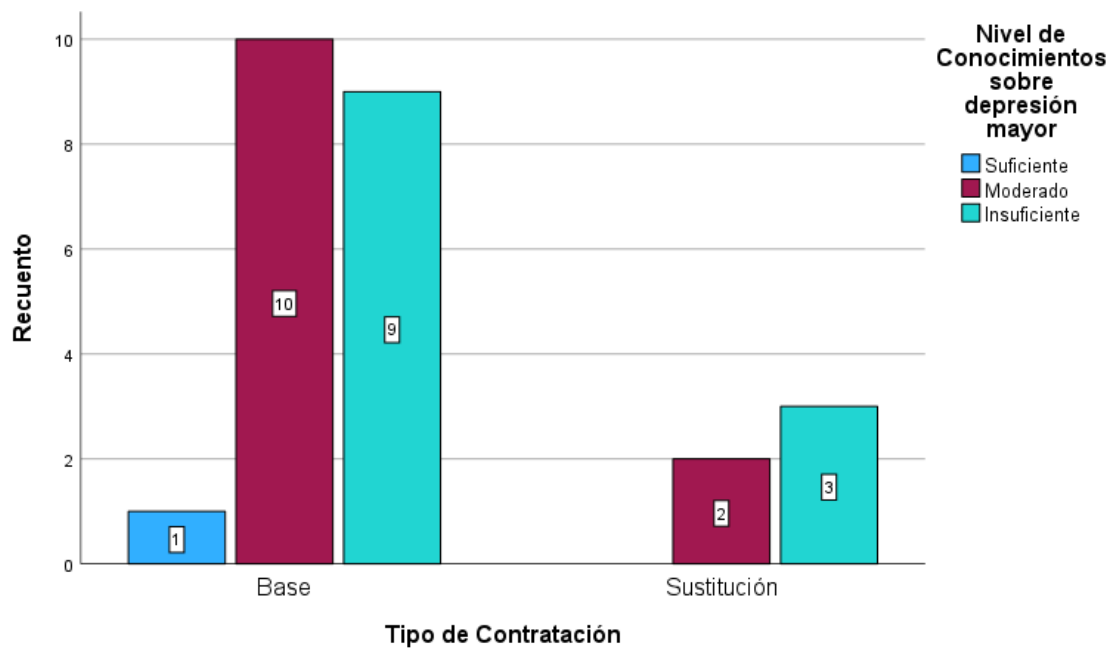


Figura 4. Nivel de conocimiento sobre depresión mayor según su tipo de contratación. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

Relacionado con la antigüedad laboral, tenemos que el mayor porcentaje son los que tienen menos de 5 años de antigüedad representando al 40% del total de los encuestados y el menor porcentaje son los que tienen de 16 a 20 años de antigüedad representado al 8% del total. [Tabla 6] y de acuerdo a la relación con el nivel de conocimiento, de los que llevan < de 5 años, uno obtuvo una calificación de suficiente (100%), 6 obtuvieron una calificación de moderado (50%) y 3, obtuvieron una calificación de insuficiente. (25%), con una media de (58.3%).

Para el rango de 6 a 10 años, 3 obtuvieron una calificación de moderado (25%), y 2 una calificación de insuficiente (16.7%), con una media de (13.9%). Para el rango de 11 a 15 años 3 obtuvieron una calificación de moderado (25%) y uno obtuvo calificación de insuficiente (8.3%), con una media de (11.1%). Dentro del rango de 16 a 20 años, 2 obtuvieron una calificación de insuficiente (16.7%) y para el rango de 21 a 25 años 4 obtuvieron calificación de insuficiente (33.3%). [Figura 5; $p=0.265$, chi-cuadrada].

Tabla 6. Antigüedad Laboral de los médicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido < 5 años	10	40.0	40.0	40.0
5-10 años	5	20.0	20.0	60.0
11-15 años	4	16.0	16.0	76.0
16-20 años	2	8.0	8.0	84.0
21-25 años	4	16.0	16.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

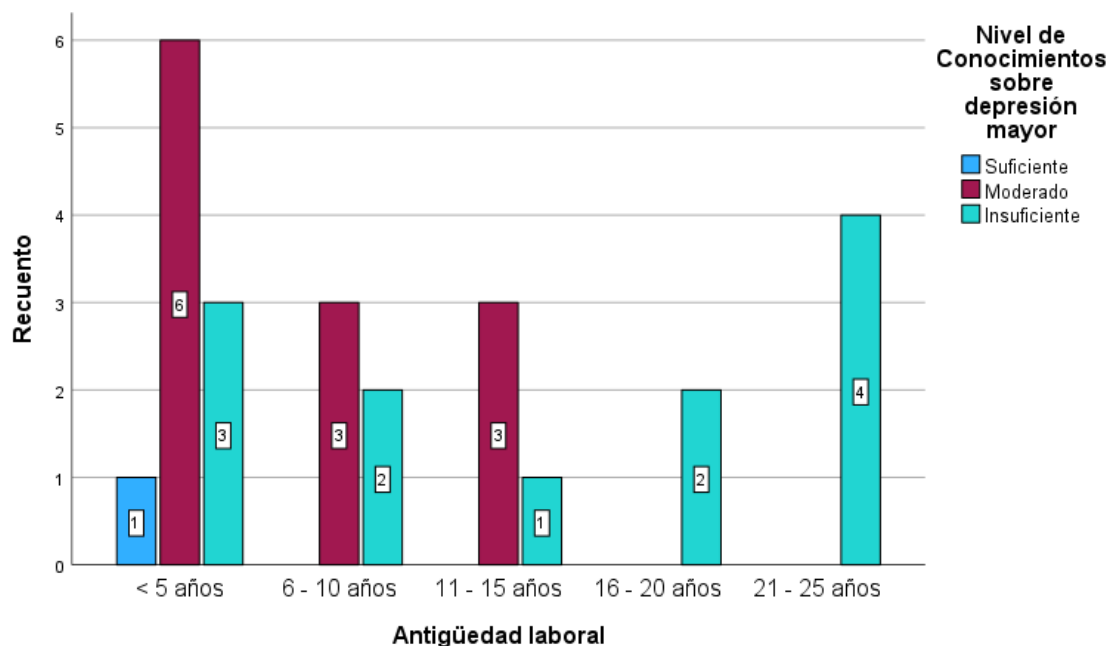


Figura 5. Nivel de conocimiento sobre depresión mayor según la antigüedad laboral. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

Datos de actualización de los médicos participantes

Respecto a que forma han utilizado los médicos encuestados para mantenerse actualizado sobre el tema de depresión mayor 80% lo ha hecho estudiando de forma independiente y 3 personas contestaron no haberse actualizado sobre el tema representando un 12% del total. [Tabla 7]

Tabla 7. Forma de actualización en el tema de los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudio independiente	20	80.0	80.0	80.0
	No se ha actualizado	3	12.0	12.0	92.0
	Cursos presenciales/ online	2	8.0	8.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

En relación a la última vez que se actualizaron sobre el tema 40% del total lo hizo hace más de 6 meses, 36% hace menos de 6 meses, 12% lo hizo hace más de un año y 12% no se han actualizado. [Tabla 8]

Tabla 8. Última vez que se actualizaron los médicos participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	> de 6 meses	10	40.0	40.0	40.0
	< de 6 meses	9	36.0	36.0	76.0
	> de 1 año	3	12.0	12.0	88.0
	No se ha actualizado	3	12.0	12.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

En cuanto a si por parte del IMSS se les ha proporcionado alguna forma de capacitación sobre el tema de depresión mayor 80% contestó que si mientras que el restante 20% respondió de forma negativa. [Tabla 9]

Tabla 9. Formas de actualización sobre el tema por parte del IMSS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	20	80.0	80.0	80.0
	No	5	20.0	20.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

Y por último 72% de los médicos contestó que durante la pandemia de COVID-19 realizó algún curso de actualización sobre depresión mayor, mientras que el 28% no realizó ningún curso de actualización. [Tabla 10] y respecto al nivel de conocimientos. De los médicos que si tomaron algún curso de actualización sobre depresión mayor durante la pandemia COVID-19. Uno obtuvo calificación de suficiente (100%), 10 obtuvieron calificación de moderado (83.3%) y 7 obtuvieron una calificación de insuficiente (58.3%), con una media de (80.5%) y de los que no tomaron ningún curso de actualización sobre depresión mayor, 2 obtuvieron una calificación de moderado (16.7%) y 5 obtuvieron una calificación insuficiente (41.7%), con una media de (19.5%). [Figura 6; p=0.322, chi-cuadrada]

Tabla 10. Actualización del tema durante pandemia COVID-19

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	18	72.0	72.0	72.0
	No	7	28.0	28.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria.

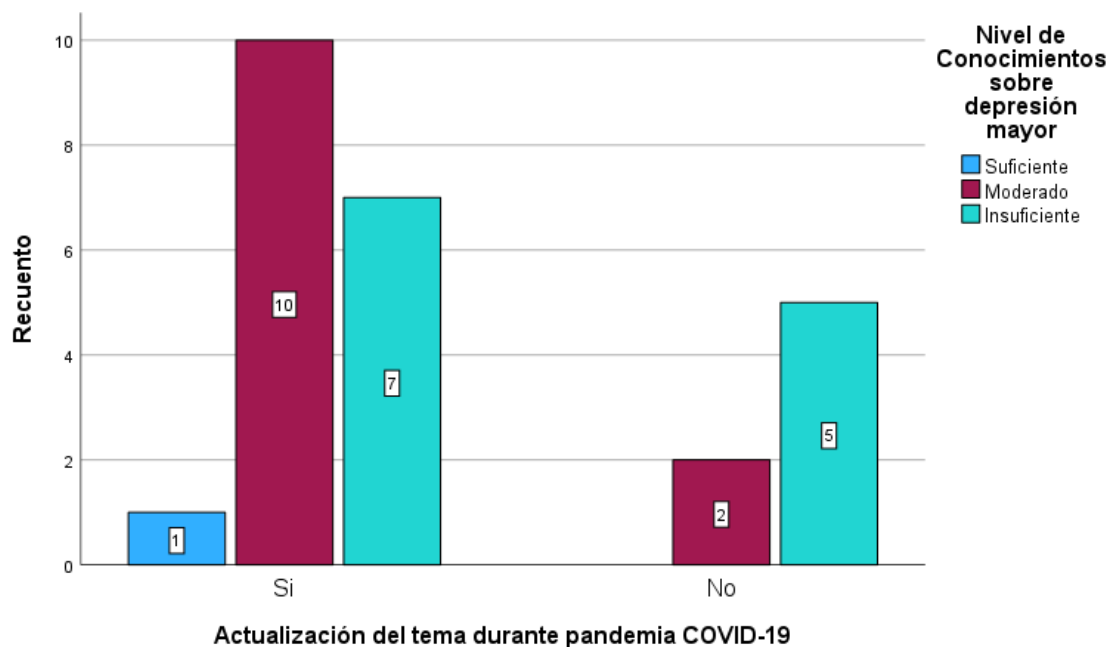


Figura 6. Nivel de conocimiento sobre depresión mayor según la actualización sobre depresión mayor durante la pandemia COVID-19. [Fuente: Base de datos. Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en atención primaria]

DISCUSION

La depresión, aunque es un trastorno médico grave, es tratable, con frecuencia se presenta como una patología crónica recurrente que entorpece la vida familiar, disminuye la capacidad de adaptarse socialmente para quien la padece, es un factor que ocasiona pérdida de rendimiento tanto en actividades laborales como cotidianas y tiene un gran impacto en los costos de salud. (42)

El diagnóstico de esta patología se realiza de forma clínica, de acuerdo con el DSM-IV. La mayoría de los pacientes que padecen depresión acuden a consulta de primer nivel de atención, por otros síntomas que no se asocian con este padecimiento, por lo que reconocer la depresión cuando el motivo de consulta es otro es fundamental para el médico de primer nivel de atención.

Si el médico del primer nivel no posee un conocimiento adecuado para poder realizar el diagnóstico oportuno de esta enfermedad, así como la detección de riesgo o gravedad de la enfermedad, no podrá brindar una solución oportuna, ya sea tratándolo en primera instancia, o si fuera necesario, referir a un segundo nivel donde puedan otorgar de atención especializada, con el fin de evitar la gravedad de esta patología y pueda presentar un desenlace fatal como el suicidio. (42)

En este estudio se incluyeron 25 médicos operativos de los 34 totales adscritos a la UMF N° 11 representando más del 70%, por lo tanto, los hallazgos son representativos a la realidad de la unidad.

El nivel de conocimientos sobre depresión mayor fue considerado como “conocimiento moderado”, representado un 48% de los médicos que participaron en la encuesta, sin embargo, ese mismo 48% correspondió para aquellos con “conocimiento insuficiente” y únicamente un participante logró el puntaje considerado para “conocimiento suficiente”.

Lo anterior se puede comparar con un estudio chileno llevado a efecto en el año 2016 que evaluó conocimientos teóricos, habilidades diagnósticas y terapéuticas sobre depresión en atención primaria que describió un nivel bajo de conocimientos por parte de los médicos participantes (43). Mientras tanto, en otro estudio desarrollado en Colombia, durante el mismo año, después de la aplicación de una encuesta para medir el conocimiento existente sobre trastornos depresivos en médicos de primer nivel de atención, se encontró, un conocimiento deficiente sobre los trastornos depresivos en donde sólo un 40% de los médicos participantes en dicho estudio tenía calificación aprobatoria. (44)

Por tanto, es evidente que se requiere de llevar a cabo una capacitación continua para mejorar el conocimiento de los médicos de primer nivel de atención sobre trastorno depresivo mayor.

Dentro del apartado de actualización sobre depresión mayor por parte de los médicos participantes se encontró que la mayoría ha realizado de forma independiente la actualización del tema (80%) y solo una minoría de los participantes ha recibido cursos de actualización con cursos presenciales o en línea (2%) y algunos de los participantes refirieron no haberse actualizado sobre el tema (12%).

Este resultado es incluso menor que los referidos 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. (45)

Por último, en el contexto de la presente pandemia por COVID-19 en donde existió un aumento en la prevalencia de depresión a nivel mundial antes y después de COVID-19 2018 (13.8%), en comparación con los años 2020-2021 (27.6%). (46) y con respecto a si durante este tiempo los médicos entrevistados realizaron algún curso de actualización sobre depresión un 72% de los médicos contestó que, si había realizado algún curso de actualización sobre el tema, sin embargo, a pesar de ello solamente 1 de los participantes obtuvo una calificación de conocimiento suficiente por lo que no hay relación significativa, destacando aún más la importancia de la capacitación continua.

Una de las limitaciones de este estudio fué que no se logró entrevistar a todos los médicos operativos adscritos a la UMF 11, algunos por la negativa a participar y otros porque no se encontraban presentes al momento en que se realizó la encuesta.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo se concluye que el nivel de conocimiento sobre depresión en médicos de primer nivel adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 11, dista de ser el óptimo o suficiente.

Cada día existe una amplia demanda en los consultorios del primer nivel de atención de pacientes con síntomas de depresión, por lo que es importante incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica de los médicos del primer nivel de atención con respecto a la depresión, llevando a cabo estrategias que permitan solventar este problema y así poder realizar una adecuada atención integral de los pacientes y de sus familias.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social es de suma relevancia la capacitación continua buscando siempre mejorar la calidad de la atención, trabajando ampliamente en la capacidad de gestión, de motivación, la capacitación constante, búsqueda de nuevas estrategias de difusión y acercamiento con el personal para mantener información actualizada, con respecto a Depresión existe una amplia variedad de cursos para el personal operativo, las cuales son completamente gratuitas y están dentro de las plataformas CLIMSS y EADIMSS disponibles en las siguientes ligas: <https://climss.imss.gob.mx/> y <http://innovaedu.imss.gob.mx/>.

De igual forma, como parte del programa Integral de Salud mental en el IMSS 2021-2024 se creó la estrategia sobre tamizaje de trastornos mentales en el primer nivel de atención los cuales servirán para identificar a los pacientes con riesgo de padecer depresión y otras enfermedades mentales por parte del servicio de enfermería para su oportuna derivación a la consulta de medicina familiar a quien se les fue entregado un paquete de mini guías clínicas para el diagnóstico y manejo de los principales trastornos mentales en medicina familiar y psicología y así no retrasar la atención y tratamiento en dichos pacientes.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio fue revisado para su aprobación por el Comité de Ética 703 e Investigación 7038 UMF 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, siguiendo todos los procedimientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud.

Relacionado con el art. 17 de la ley general de salud el presente estudio se clasificó como 'libre de riesgo' porque no hubo interferencia intencional con las variables y se utilizó un cuestionario para recolectar la base de datos. Se utilizó un formulario de consentimiento informado para cada participante con libre elección y sin ningún tipo de coacción, de acuerdo con el art. 20.

Este estudio se basa en los 13 principios fundamentales de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarragoitia Alonso I. La depresión en la atención primaria de salud mental. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2006 [Citado 19 enero 2022]; 3(2): 1-3. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0206/hph02606.htm>
2. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D. C. 2020. [Citado 19 enero 2022]. Inclusión de la salud mental en la respuesta para la COVID-19 Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/26-8-2020-inclusion-salud-mental-respuesta-para-covid-19>
3. Liang, L., Ren, H., Cao, R. et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. Psychiatr Q 91 [Internet]. 2020 [Citado 19 enero 2022]; 91: 841–852. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2022. [Citado 20 enero 2022]. Con 79 años de existencia, el IMSS ha demostrado su capacidad de respuesta ante desastres naturales y crisis sanitarias. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/con-79-anos-de-existencia-el-imss-ha-demostrado-su-capacidad-de-respuesta-ante-desastres-naturales-y-crisis-sanitarias-292739?idiom=es>
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. México. 2021. [Citado 20 enero 2022]. Salud mental, componente fundamental de la respuesta a la pandemia: IMSS. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202112/570>
6. Espinosa C., Orozco L., Ybarra J. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud Mental. [Internet] 2015; [Citado 20 enero 2022]. 38(3):201-208. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60140&id2=>

7. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* [Internet] 2002; [Citado 20 enero 2022].53(4):849-857. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12377293/>
8. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: 2012. [Citado 20 enero 2022] Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental. Nuevos conocimientos. Nuevas esperanzas. OMS. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_es.pdf
9. Egede L., Zheng D., Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* [internet] 2002 [citado 20 enero 2022]; 25(3):464–470. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11874931/>
10. Álvaro J, Garrido A, Schweiger I. Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Rev Intern Sociol.* [Internet] 2010 [Citado 20 enero 2022]; 68(2):333-348. Disponible en: <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328>
11. Heinze, G., Chapa G., Huerta J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Mental.* [Internet] 2016 [Citado 20 enero 2022]; 39(2):69-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n2/0185-3325-sm-39-02-00069.pdf>
12. Kessler, R., Ormel, J., Petukhova, M., et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry.* [Internet]. 2011 [Citado 19 enero 2022];68(1):90-100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199968/>
13. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2021. [Citado 23 enero 2022] “Depresión”: Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
14. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. [internet]

- México: Secretaria de salud; 2 de diciembre de 2015. [citado 23 enero 2022]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
15. Evans S., Aguilar S., Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* [Internet]. 2018 [Citado 23 enero 2022]; 48(9):1560-1571. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>
16. World Health Organization. Depression [internet]. Ginebra: WHO, 2020 [citado 23 enero 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
17. Bell R., Franks P, Duberstein P., et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med.* [Internet]. 2011 [Citado 23 enero 2022]; 9(5): 439-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21911763/>
18. Berenzon S., Saavedra N., Medina-Mora M., et al. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica.* [Internet] 2013 [Citado 23 enero 2022];33(4):252–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/252-258>
19. Psyciencia. [Internet]. México; 2019. [Citado 23 enero 2022] Salud en México 2019 ¿A qué prestar atención? Disponible en: <https://www.psyciencia.com/salud-en-mexico-2019-a-que-prestar-atencion/>
20. Cerecero D., Macías F., Arámburo T., et al. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* [Internet] 2020 [Citado 23 enero 2022]; 62: 840-850. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11558>

21. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D. C. 2020. [Citado 23 enero 2022]. Manual operativo del mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>
22. Wittchen H., Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. J Clin Psychiatr [Internet] 2011[Citado 23 enero 2022]; 62:23-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11775090/>
23. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra. 2018. [citado 23 enero 2022]. Salud mental. Fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
24. Medrano J. DSM-5, un año después. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2014. [citado 23 enero 2022]; 34(124): 655-662.. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2650/265032622005.pdf>
25. Manual MSD. Versión para profesionales. [Internet]. USA. 2020. [citado 25 enero 2022]. Trastornos depresivos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
26. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. [Internet]. España: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2014. [Citado 25 enero 2022]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/#:~:text=Debido%20a%20la%20existencia%20de,apoyo%20social%20y%20relaciones%20interpersonales>

27. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta. ed. Washington, DC Médica Panamericana. 2013.
28. Guideline and Protocols. Major Depressive Disorder–Diagnosis and management.[Internet] Canada 2013. [citado 25 enero 2022]. Disponible en: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/depression-in-adults>
29. Psicología online. [Internet]. España 2019. [citado 25 enero 2022]. Depresión mayor: criterios DSM-V, síntomas, causas y tratamiento. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/depresion-mayor-criterios-dsm-v-sintomas-causas-y-tratamiento-4559.html>
30. De Jonghe F, Kool S, Aalst G, et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. J Affect Disord.[Internet] 2001[citado 25 enero 2022];64:217-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11313088/>
31. Royal Collage of Psychiatrists.[Internet]. España 2008. [citado 25 enero 2022]. La Terapia Cognitivo-Conductual. Sociedad Española de Psiquiatría. Disponible en: <https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>
32. Ruiz, M., Díaz, M., Villalobos, A. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao. Desclée De Brouwer, S.A. 2012.
33. Cipriani A, Barbui C, Butler R, et al. Depression in adults: drug and physical treatments. BMJ Clin Evid.[Internet] 2011[citado 25 enero 2022];2011:1003. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217759/>
34. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet. [Internet] 2020 [Citado 26 enero 2022]; (10223):470–473. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986257/>

35. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington D. C. 2020. [Citado 26 enero 2022]. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
36. Inchausti F., García N., Prado A., et al. La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. Clínica y Salud. [Internet]. 2020 [citado 26 enero 2022]; 31(2): 105-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000200006&lng=es
37. Teruel G., Gaitán P. Leyva G. et al. Depresión en México en tiempos de pandemia. Coyuntura Demográfica. [Internet]. 2021. [citado 26 enero 2022]; 19: 62-69. Disponible en: <http://coyunturademografica.somede.org/depresion-en-mexico-en-tiempos-de-pandemia/>
38. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, et Al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. JAMA. [Internet]. 2020. [citado 26 enero 2022]; 26;323(20):2089-2090. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320008/>
39. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurol. [Internet] 2020. [citado 26 enero 2022].1;77(6):683-690. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2764549>
40. Shigemura J, Ursano R, Morganstein J, et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci. [Internet]. 2020. [citado 26 enero 2022]. 74(4):281-282. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32034840/>
41. Ríos A, Leonardo W, Ballena 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. [Internet] 2013 [Citado 27 enero 2022]; 24:26-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2013000100005&script=sci_abstract
42. Estela B., Heinze G., García J., et al. La Capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Rev Fac Med UNAM. [Internet] 2004 [Citado 28 diciembre 2022]; 47: 187-191. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un045c.pdf>
43. Acuña J, Rodríguez K, Huepe G, et al. Habilidades clínicas para el manejo de trastornos depresivos en médicos generales de Santiago de Chile. Rev Med Chil.[Internet] 2016 [Citado 28 diciembre 2022]; 144 (1): 47–54. Disponible en:https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000100007
44. Gomez C., Bohorquez A., Gil J., et al. 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 Col Psiquiatría. [Internet] 2005[Citado 28 Diciembre 2022]; 34(2): 220–241. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634204.pdf>
45. Leonardo W., Villalobos M., León F. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú. Rev Neuropsiquiatr.[Internet] 2016 [Citado 28 Diciembre 2022]; 79: 23-30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100004&script=sci_abstract
46. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra. 2022. [citado 28 Diciembre 2022]. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Nivel de conocimientos sobre trastorno de depresión mayor en el contexto de la pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del IMSS en Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 11, Tapachula De Córdova Y Ordoñez, Chiapas, Febrero 2020 – Agosto 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Derivado de la actual pandemia, la prevalencia de depresión ha ido en aumento en la población general, por lo que se esperaría que pacientes con sospecha de dicha patología acudan a la consulta de primer nivel de atención a la salud, por lo que este estudio pretende determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el Trastorno de Depresión Mayor en médicos de primer nivel adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Chiapas, en el contexto de la pandemia COVID-19.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionarios
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Poder identificar de forma oportuna problemas relacionados con la salud mental, específicamente la Depresión Mayor, así como tratar de forma adecuada este padecimiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se entregarán resultados a la unidad médica evaluada para así poder crear estrategias para la mejora continua y capacitación del personal de atención primaria a la Salud.
Participación o retiro:	Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte mi desempeño laboral en el instituto mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	La información proporcionada se mantendrá en total confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Beneficios al término del estudio:	Difusión de resultados y en caso de un nivel de aptitud bajo se proporcionara sesiones clinicas a travez de un médico especialista en la materia.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Saúl Maldonado Robles Matricula 98078763, Teléfono 962 1021623
Colaboradores:	Dra. Mónica Guadalupe Meda Gutiérrez. Teléfono 9621304215 Dr. Ludvick Torres López. Teléfono 962 1559903
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del entrevistado	_____ Dr. Saúl Maldonado Robles Nombre y firma del Investigador
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

NO INCOVENIENCIA



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Of N° 072404200200/CEIS -140/2022

Tapachula, Chiapas a 21 de Febrero de 2022.

Dra. Mónica Guadalupe Meda Gutierrez
Médico de Salud en el Trabajo
Unidad de Medicina Familiar No. 11

Por medio de la presente, me permito notificarle de la NO INCONVENIENCIA de realizar su protocolo de investigación bajo el título "Nivel de conocimientos sobre trastorno de depresión mayor en el contexto de la pandemia COVID-19, en médicos de primer nivel adscritos a la unidad de medicina familiar número 11 del IMSS en Chiapas", por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.



ATENTAMENTE

DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DEPRESION MAYOR EN ATENCION PRIMARIA.

Agradezco su colaboración para la realización del siguiente cuestionario, cuyo objetivo es la realización de un estudio de investigación y su análisis estadístico del cual se garantiza que los datos y respuestas serán manejados de forma ANÓNIMA. Su contestación no sobrepasará 10 minutos de su valioso tiempo. La realización es personal.

Instrucciones: Lea atentamente las preguntas y señale con una "X" la respuesta que a su criterio sea la correcta.

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Primer Apartado: Datos Generales	
1. Grado Académico	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Curso de Especialidad
2. Área laboral asignada	<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Atención Médica Continua
3. Tipo de Contratación	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Sustitución
4. Antigüedad Laboral	<input type="checkbox"/> < 5 años <input type="checkbox"/> 5 a 10 años <input type="checkbox"/> 11 a 15 años <input type="checkbox"/> 16 a 20 años <input type="checkbox"/> 21 a 25 años <input type="checkbox"/> 26 a 30 años

Segundo Apartado: Datos de actualización	
1. ¿De qué forma se ha mantenido actualizado sobre el tema de Depresión Mayor?	<input type="checkbox"/> Estudio independiente <input type="checkbox"/> Congresos <input type="checkbox"/> Cursos presenciales/online <input type="checkbox"/> No me he actualizado
2. ¿Cuándo fué la última vez que se actualizó?	<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 1 año <input type="checkbox"/> No recuerdo
3. ¿Cuándo fué la última vez que leyó algún artículo sobre esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 1 año <input type="checkbox"/> No recuerdo
4. ¿Por parte de la institución se le han proporcionado formas de actualización sobre Depresión Mayor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. Durante la presente pandemia por COVID-19, ¿Realizó algún curso de actualización sobre Depresión Mayor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Tercer Apartado: Conocimientos sobre Depresión Mayor	
1. Según el DSM 5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición), el diagnóstico de episodio depresivo mayor exige la presencia de síntomas por un mínimo de:	<input type="checkbox"/> Una semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Tres semanas <input type="checkbox"/> Dos meses <input type="checkbox"/> No importa la duración

<p>2. En cuanto al diagnóstico de depresión mayor:</p>	<p>() Es necesaria la presencia de ideación suicida () La coexistencia con enfermedades orgánicas es infrecuente () La mayoría de pacientes refieren aumento de peso () Para el diagnóstico en consulta es necesario aplicar tests validados () El insomnio es un dato orientador</p>
<p>3. De las siguientes endocrinopatías la que más frecuentemente coexiste con Depresión es:</p>	<p>() Hipotiroidismo () Síndrome de Ovario Poliquístico () Hipertiroidismo () Diabetes Mellitus () Hiperprolactinemia</p>
<p>4. Entre las manifestaciones somáticas más características del paciente con depresión, marque usted la triada más frecuente.</p>	<p>() Dolor abdominal, cefalea, alucinaciones () Sudor de manos, dolor torácico, tinnitus () Insomnio, astenia, hiporexia () Hipoacusia, estreñimiento, cefalea () Dolor torácico, insomnio, parestesias</p>
<p>5. Llega a emergencia una paciente de 20 años con antecedente de Depresión sin tratamiento, por ingesta voluntaria de cáusticos, hemodinámicamente estable, asintomática y con radiografía de tórax normal ¿Cuál sería la mejor conducta a seguir?</p>	<p>() Alta y cita por consultorio de medicina () Hospitalización y evaluación por psiquiatría () Observación en emergencia, alta y cita por psicología () Observación en emergencia, alta y cita por psiquiatría () Observación por 6 horas en emergencia.</p>
<p>6. En relación a las alteraciones del sueño en el paciente con depresión:</p>	<p>() Lo más característico es la demora en conciliar el sueño () Las pesadillas frecuentes son un dato orientador () Lo más frecuente es la hipersomnia () Apnea es un criterio de diagnóstico () El despertarse por la madrugada, es característico</p>
<p>7. Una joven de 25 años con diagnóstico de Depresión mayor en quien usted empieza tratamiento antidepressivo vuelve al consultorio 4 días después de iniciada la terapia por persistir con tristeza. ¿Cuál sería el manejo más adecuado para el paciente?</p>	<p>() Cambiar de esquema terapéutico y derivar a psicología () Aumentar la dosis temporalmente hasta mejoría sintomática () Agregar un nuevo fármaco antidepressivo al anterior () Seguir con el esquema terapéutico y educar al paciente () Enviar interconsulta a psiquiatría por respuesta insuficiente</p>
<p>8. En un paciente varón de 80 años con diagnóstico reciente de depresión mayor y antecedente de enfermedad coronaria, el primer esquema farmacológico que usted utilizaría sería:</p>	<p>() Antidepressivo tricíclico: Nortriptilina () Inhibidor selectivo de recaptación de Serotonina: Sertralina () Antidepressivo tricíclico: Amitriptilina () Inhibidor selectivo de recaptación de Serotonina: Escitalopram () Benzodiazepinas: Alprazolam</p>

<p>9. Según el DSM 5, de los siguientes criterios, ¿Cual debe estar presente necesariamente para el diagnóstico de depresión mayor?</p>	<p>() Disminución del interés o placer en las actividades diarias () Pérdida o aumento significativo del peso () Agitación y/o retardo psicomotor () Fatiga o pérdida de energía () Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión</p>
<p>10. Una mujer de 23 años con diagnóstico previo de depresión mayor sin tratamiento, es traída por sus familiares a emergencia por ingesta 1 hora antes del ingreso de 1 sobre de raticida. Luego de estabilizarla, el médico internista decide empezar con Fluoxetina 20 mg diarios y le da de alta. En relación a esta paciente:</p>	<p>() Al asegurar el tratamiento, la posibilidad de que intente suicidarse nuevamente es casi nula () La citaría por psiquiatría en un lapso de 3 semanas () Indicaría a los familiares vigilarla por el riesgo de suicidio () La evaluaría por consulta con probabilidades de suspenderle Fluoxetina () La evaluación por psiquiatría puede ser por consulta externa</p>
<p>11. Acude a consulta un paciente varón de 42 años con antecedentes de dos episodios previos de depresión severa, en los cuales no aceptó tratamiento farmacológico. Nuevamente desarrolla un tercer episodio, pero de menor severidad. Usted decide darle tratamiento farmacológico, pero el paciente no acepta el tratamiento. En relación a este paciente:</p>	<p>() Si la depresión actual es leve no es necesario darle tratamiento farmacológico () Debería recibir tratamiento farmacológico por el alto riesgo de recurrencia () Sólo es necesario brindarle psicoterapia () Una alternativa es ofrecerle Alprazolam y observar la respuesta al tratamiento () Evitaría los antidepresivos por la posibilidad de dependencia.</p>
<p>12. Valentina es una paciente de 55 años con diabetes tipo 2 de larga data mal controlada. Desde hace 5 meses presenta insomnio, astenia, tristeza progresiva, sentimientos de culpa y olvidos frecuentes. Refiere además parestesias intensas en miembros inferiores y sensación de "ardor" en planta de los pies. En relación al tratamiento de esta paciente:</p>	<p>() Fluoxetina mejorará las parestesias y el estado de ánimo () Alprazolam disminuirá las parestesias producto de la ansiedad () Lo primero que hay que hacer es interconsultar a Neurología () Todas las manifestaciones son producto del mal control de la Diabetes () Amitriptilina es una opción para la neuropatía y la depresión</p>
<p>13. Jorge es un paciente de 47 años, a quien usted diagnosticó Depresión Mayor hace 3 meses. Empezó tratamiento con Sertralina 50 mg diarios (Inhibidor selectivo de la recaptación de Serotonina). Refiere mejora importante. Refiere sin embargo algunos efectos adversos. De los siguientes síntomas ¿Cuál es la combinación más frecuente de efectos adversos esperados?</p>	<p>() Visión borrosa, cefalea, prurito () Tinnitus, impotencia, rash dérmico () Epigastralgia, parestesias, cefalea () Nerviosismo, impotencia sexual, somnolencia () Boca seca, dificultades para orinar, cefalea</p>
<p>14. De la lista que se presenta a continuación, indique a usted cual o cuales entidades clínicas coexisten con depresión: a) Síndrome de colon irritable b) Migraña c) Cefalea tensional d) Dolor pélvico e) Lumbalgia crónica</p>	<p>() b + c () Todas () a + b + c + e () b + c + e () a + e</p>