INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICO FAMILIAR 11

Tapachula, Chiapas.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉDICOS ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11, DE TAPACHULA, CHIAPAS, SOBRE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

PRESENTA

Nombre
Dulce María Juárez Santeliz
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR UMF 11
Matrícula: 99079705
Número telefónico: 9611917234
Correo electrónico
Dulce_jus@hotmail.com

ASESOR DE CONTENIDO

Nombre
DR. BOGAR ARTURO RODRÍGUEZ RUIZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO U.M.F. 11
Matrícula: 99076926
Número telefónico: 9626955681
Correo electrónico
drbogardz@gmail.com

ÍNDICE

RESUMEN 3
MARCO TEÓRICO 5
JUSTIFICACIÓN 14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 15
OBJETIVOS 17
HIPÓTESIS 18
MATERIAL Y MÉTODOS 19
TIPO DE ESTUDIO 19
UNIVERSO DE ESTUDIO 19
DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO 19
TAMAÑO DE LA MUESTRA 19
CRITERIOS DE SELECCIÓN 19
NOMINACIÓN DE VARIABLES 20
VARIABLES INDEPENDIENTES: 20
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 21
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS 23
ASPECTOS ÉTICOS 26
RECURSOS 30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 31
RESULTADOS 32
DISCUSIÓN 41
CONCLUSIONES 45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 46
ANEXOS 49

RESUMEN

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉDICOS ADSCRITOS DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11, DE TAPACHULA, CHIAPAS, SOBRE DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Introducción: Se ha demostrado que la depresión es frecuente en los adultos mayores; sin embargo, está infradiagnosticado y, por lo tanto, infra tratado. Los datos sobre la depresión de la tercera edad son escasos y han mostrado una alta prevalencia de depresión mayor. En adición, es menos aún lo publicado sobre las habilidades y conocimientos de los médicos familiares.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento en los médicos adscritos a la consulta externa a la Unidad Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas sobre depresión en el adulto mayor.

Material y métodos: Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y transversal en los médicos adscritos de la consulta externa de la UMF 11 de Tapachula Chiapas. Por medio de un muestro no probabilístico a conveniencia se incluyeron médicos familiares adscritos al turno matutino y vespertino de la consulta externa que acepten participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado. Se excluyeron médicos familiares que no acepten participar en la investigación o que no firmen el consentimiento informado, además aquellos que se encuentren bajo licencia durante la realización del estudio. Se eliminaron cuestionarios incompletos o ilegibles y médicos familiares que, una vez iniciada su participación, decidan retirarse la misma. Se les aplicó una entrevista donde se preguntaron datos sociodemográficos, así como una evaluación de 15 ítems que evalúa el grado de conocimiento, los datos obtenidos fueron capturados en un software estadístico para realizar estadística descriptiva e inferencial con la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: Se conformó una muestra de 25 médicos los cuales tuvieron una edad predominante de 36 a 40 años, 28.0% fueron mujeres, el 60% estaba casado, el 72.0% del turno matutino, el 52.0% tuvo antigüedad laboral de 0 a 5 años, el 32.0% contaba con capacitación previa en salud mental; en el 84.0% el nivel de

conocimiento predominante fue muy alto en el 64.0%, y solo la capacitación previa se asoció con niveles de conocimientos muy altos (100.0% vs 55.6%, p=0.004).

Conclusiones: El nivel de conocimiento en los médicos adscritos a la consulta externa a la Unidad Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas sobre depresión en el adulto mayor es muy alto.

Palabras clave: Depresión, Adulto mayor, conocimiento del médico familiar

MARCO TEÓRICO

Con el rápido desarrollo de la sociedad y la economía, como el país con la mayor población de ancianos, algunos fenómenos se están volviendo cada vez más llamativos, como la fecundidad aún más reducida, la esperanza de vida promedio extendida, el desarrollo desequilibrado entre el área urbana y rural, la migración de la población del excedente de mano de obra rural a ciudades relativamente desarrolladas y cada vez más generaciones más jóvenes viven de forma independiente después del matrimonio y así sucesivamente. Todos estos fenómenos han llevado a un rápido crecimiento de los grupos sociales vulnerables denominados “ancianos del nido vacío”, que son los adultos mayores que viven solos o viven solo con su cónyuge, por no tener hijos o descendencia que ya se fue del hogar (1). La proporción de personas mayores (mayores de 60 años) es la población de más rápido crecimiento a nivel mundial en comparación con otros grupos. De hecho, el número de población anciana se duplicará del 11% al 22% hasta 2050 (2).

Los adultos mayores son especialmente vulnerables a los trastornos psicológicos. Entre los problemas psiquiátricos típicos que aquejan a los ancianos, la depresión suele ser el más común (3). La depresión geriátrica, también conocida como depresión de la vejez, se refiere a la depresión cuyo inicio comienza después de los 60 años. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define la depresión geriátrica clínica como anhedonia (pérdida de interés en lo que antes eran actividades de entretenimiento placenteras) y/o tener un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día junto con (cuatro o más) otras características: (i) disminución o aumento significativo de peso o apetito; (ii) insomnio o hipersomnia, (iii) fatiga, agitación o retraso psicomotor; (iv) disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones; (v) sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada; y (vi) pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (4).

La depresión es una condición caracterizada por la presencia de bajo estado de ánimo o pérdida de interés y es la causa más común de angustia emocional en la población geriátrica. La depresión se asocia con una disminución de la calidad de vida, un deterioro significativo de las actividades recreativas y físicas, dificultades en las relaciones y trastornos del sueño (5).

Este padecimiento se caracteriza por una caída del estado de ánimo, disminución de la motivación, pérdida de poder físico, falta de placer, trastornos del sueño, desesperanza, impotencia e inutilidad, y falta de concentración. Además, repercute en el aumento de la morbilidad y la mortalidad. También puede aumentar la dependencia de la utilización de los servicios familiares, sociales y de atención médica, aumentar el riesgo de hospitalización y resultar en una estadía prolongada en el hospital (6).

En población general, la tasa de prevalencia se estima entre 2 y 3% para un episodio depresivo mayor definido según el DSM V después de los 65 años. Si uno está interesado en la disforia, es decir, los episodios depresivos menos caracterizados, las tasas pueden llegar al 10-15%. Alrededor del 15 al 30% de las personas mayores que visitan la práctica general tienen síntomas depresivos significativos. Muchas veces es un trastorno somático el que hace que el sujeto consulte, lo que dificulta el diagnóstico. En adultos mayores institucionalizados, los autores logran identificar una tasa de prevalencia de hasta el 40%. Algunos de estos sujetos presentan formas crónicas y graves de depresión (10 %) que persisten durante mucho tiempo y pueden impedir la resolución de problemas somáticos concomitantes (7,8).

Aunque existen tratamientos establecidos y efectivos para la depresión en la vejez, es un diagnóstico que a menudo se pasa por alto o no se trata de manera óptima. Existe el peligro de ver la depresión en la vejez como una consecuencia inevitable del ajuste a los diversos desafíos de la vida. envejecimiento, incluida la fragilidad, la discapacidad y el duelo. Además, la enfermedad física crónica y las bajas expectativas del desempeño funcional de los adultos mayores pueden oscurecer el diagnóstico. La prevalencia de la depresión en las personas que viven en centros de acogida es mayor que en la comunidad: el infra diagnóstico de los pacientes en

las residencias de adultos mayores, y en particular de los que padecen deterioro cognitivo, es motivo de preocupación. Es importante que la depresión se diagnostique y trate a tiempo. y eficaz ya que se asocia a malos resultados en la población adultos mayores (9).

A pesar del papel potencial de la atención primaria en el manejo de la depresión, se han destacado los bajos niveles de detección y tratamiento de la depresión en los entornos de atención primaria. Muchas barreras, como la falta de conciencia y el comportamiento reacio entre los profesionales de la salud y los pacientes, respectivamente, y también algunas barreras a nivel de práctica contribuyen significativamente al reconocimiento y manejo insatisfactorios de la depresión en los entornos de atención primaria (10).

Clasificación

Los trastornos depresivos son de varios tipos, a saber: Trastornos depresivos mayores, Síntomas de los trastornos depresivos mayores en forma de cambios en el apetito y el peso, cambios en los patrones de sueño y actividad, falta de energía, sentimientos de culpa y pensamientos suicidas que duran menos ± 2 semanas. Trastorno distímico, la distimia es leve pero crónica (de larga duración). Los síntomas de la distimia duran mucho tiempo a partir del trastorno depresivo mayor, es decir, durante 2 años o más. La distimia es más grave que los trastornos depresivos mayores, pero las personas con este trastorno aún pueden interactuar con sus actividades diarias. Trastornos depresivos menores, los síntomas de depresión menor son similares a los trastornos depresivos mayores y distimia, pero estos trastornos son más leves y/o de menor duración. Trastorno de depresión psicótica, trastorno depresivo grave caracterizado por síntomas, como alucinaciones y delirios. Trastorno depresivo estacional, trastorno depresivo que aparece en invierno y desaparece en primavera y verano (11).

Factores de riesgo y protectores

La identificación de factores que pueden aumentar o proteger del riesgo de desarrollar depresión en la población adulta mayor es crucial para promover estrategias de prevención, pero también para el mejor abordaje integral de esta enfermedad. La literatura ha demostrado que padecer un trastorno crónico o deterioro cognitivo, tener una red social, afectiva y de apoyo débil, vivir aislado, cuidar de familiares con enfermedad crónica, perder a la pareja puede facilitar el surgimiento de los síntomas depresivos. Además, las diferencias de género, bien conocidas en pacientes más jóvenes, persisten también en la vejez, por lo que ser mujer puede representar un factor de riesgo. Por otro lado, tener un alto nivel de autoestima, resiliencia y sentido de control, mantener un estilo de vida saludable y tener un nivel medio/alto de reserva cognitiva representan factores protectores para el surgimiento de depresión en la edad avanzada (12).

Las mujeres son más propensas a desarrollar depresión, especialmente en la vejez porque pierden su rol tradicional de ama de casa debido a discapacidades funcionales. Además, a menudo están solas después de la pérdida temprana de sus esposos y, como consecuencia, reciben menos apoyo de la familia. Además, los residentes rurales sufren más morbilidades y acceso limitado a los servicios de atención médica, especialmente cuando están solos y, a menudo, carecen de ingresos regulares, lo que puede aumentar la probabilidad de desarrollar depresión (13).

También sea descrito que un estado de salud deficiente, enfermedades crónicas como accidentes cerebrovasculares, pérdida de audición, mala vista, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, dolor crónico, algunos medicamentos o la interacción entre medicamentos asociados con la depresión, estado de convivencia, especialmente vivir solo sin una red de apoyo de amigos y familiares, la muerte reciente de un ser querido y el miedo a la muerte están asociados con la depresión entre los adultos mayores. Algunos estudios han concluido que la dependencia, el bajo nivel socioeconómico, vivir solo para las actividades de la vida diaria y la

dependencia económica son factores de riesgo significativos para la depresión entre los adultos mayores (14).

Tamizaje

Las herramientas de detección en el diagnóstico psiquiátrico deben tener la capacidad de permitir una evaluación precisa del estado y los trastornos de salud mental. Se han desarrollado varias herramientas para el diagnóstico objetivo y la medición de la gravedad de la depresión. Dado que el pronóstico puede diferir según la gravedad de la depresión, un diagnóstico adecuado y una clasificación adecuada de la gravedad pueden garantizar mejores resultados del tratamiento. El tamizaje se realiza para determinar con precisión la presencia de depresión; sin embargo, los trastornos del estado de ánimo no siempre son dicotómicos en el entorno clínico. Generalmente, en muchas enfermedades, el desarrollo avanza desde una etapa transicional o subclínica hasta un estado de enfermedad completa; a pesar de la dificultad en la detección de las etapas de transición, proporciona una ventana para la intervención del tratamiento antes de que la enfermedad se manifieste por completo (15).

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS-30) fue desarrollada en 1983 por Yesavage. El objetivo principal de esta escala, que consta de 30 preguntas autoinformadas, es contener preguntas fáciles de responder para personas mayores. Al calificar esta escala que comprende preguntas con solo "sí" o "no" como respuestas, se otorga 1 punto a cada respuesta que sugiera depresión y 0 a las demás respuestas, y la puntuación final se considera como la puntuación de depresión (16). Se trata de la herramienta de detección más evaluada en el entorno hospitalario agudo, con valores de corte de 10 u 11 que parecen demostrar la mayor sensibilidad. Versiones más cortas del GDS-30, como el GDS-15, GDS- 4, o GDS-5, han demostrado resultados contradictorios en los estudios. Mientras que el GDS-30 mostró una sensibilidad y especificidad entre pacientes hospitalizados del 84.2 % y el 79.3 %, respectivamente, la sensibilidad del GDS-15 en 3 estudios con

pacientes hospitalizados fue baja (32.2%). La puntuación en el GDS 30 se infiere como normal de 0 a 9, depresión leve de 10 a 19 y depresión severa de 20 a 30. GDS-15 se infiere como 0 a 4 sin depresión, 5 a 10 sugestivo de depresión leve y 11 sugestivo de depresión severa (17).

Evaluación clínica

La evaluación psiquiátrica completa implica revisar el historial del episodio actual y los síntomas actuales, un historial psiquiátrico que incluya la evaluación de los síntomas de manía para descartar el trastorno bipolar, la evaluación del historial de tratamiento en términos de tratamientos actuales y respuestas a tratamientos previos, historial de enfermedades médicas, antecedentes de trastornos por uso de sustancias, antecedentes personales (p. ej., desarrollo psicológico, respuesta a las transiciones de la vida y eventos importantes de la vida), antecedentes psicosociales, revisión de los medicamentos actuales, examen físico completo con revisión de todos los sistemas, examen del estado mental y pruebas de diagnóstico. Al evaluar a los adultos mayores para detectar depresión, es importante recordar que los pacientes de edad avanzada a menudo subestiman sus síntomas depresivos y es posible que no reconozcan que están tristes, deprimidos o deprimidos. Los síntomas depresivos comunes (como la falta de placer en las actividades normales, pérdida de interés en la vida, aprensión por el futuro, falta de sueño, pensamientos recurrentes de muerte, dolor persistente e inexplicable, falta de concentración o problemas de memoria) a menudo se atribuyen erróneamente a la vejez, la demencia o pobre salud. Debido a esto, la depresión entre los ancianos a menudo no se detecta y no se trata durante mucho tiempo. Muchos pacientes adultos mayores con depresión a menudo tienden a informar más síntomas somáticos y cognitivos que síntomas afectivos (18).

Tratamiento

Hay tres fases en el tratamiento de la depresión: (i) fase aguda: es el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la remisión, es decir, el paciente no cumple con los criterios para el diagnóstico y tiene síntomas residuales mínimos o nulos y tiene una mejoría psicosocial. y funcionamiento ocupacional; (ii) fase de continuación: esta fase tiene como objetivo preservar y estabilizar la remisión; aquí, el tratamiento se extiende por un período de tiempo para evitar el regreso de la depresión. Si el síndrome depresivo reaparece durante la terapia de continuación, se considera una recaída del mismo episodio. A veces es difícil diferenciar entre una recaída y una recurrencia (es un nuevo episodio de depresión); (iii) fase de mantenimiento: tiene como objetivo prevenir la recurrencia de la depresión y permitir una recuperación funcional completa y duradera (19).

La psicoterapia y la terapia somática son los tratamientos de primera línea para la depresión (medicamentos o terapia electroconvulsiva). El tratamiento elegido dependerá de la gravedad, el tipo y la duración del episodio depresivo, así como de las contraindicaciones, la accesibilidad al tratamiento y la preferencia del paciente. La psicoterapia y la farmacoterapia pueden usarse individualmente o en conjunto. Se recomienda la farmacoterapia para las formas de depresión de moderadas a graves. La combinación de farmacoterapia y psicoterapia puede ser más eficaz para las formas crónicas de depresión (20).

Al prescribir psicotrópicos en ancianos, el médico debe comprender los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos en este grupo de edad. Las personas mayores también tienen más probabilidades de tener una enfermedad médica crónica concurrente y posiblemente estén bajo otros tratamientos médicos. Las posibles interacciones farmacológicas y los efectos adversos deben permanecer en la mente del médico al seleccionar la farmacoterapia adecuada. Con esto en mente, cuando prescriba a personas de edad avanzada, se debe iniciar con la dosis más baja posible y aumente la titulación del medicamento lentamente, monitoreando regularmente los efectos secundarios (21).

Estudios previos

Al-Atram et al. en al año 2018 encontró que las respuestas a las preguntas sobre depresión mostraron que el 65.1% de los médicos de cabecera, el 74.5% de los especialistas y el 58.3% de los médicos de familia conocían los síntomas de depresión. Los médicos de familia fueron más precisos en la diferenciación de depresión leve, moderada y grave. Solo el 22.2% de los médicos de cabecera, el 27.3% de los especialistas y el 75.0% de los médicos de familia respondieron correctamente sobre la relación entre la depresión y otras enfermedades y medicamentos. Los tres grupos de médicos fueron menos precisos en el reconocimiento de la depresión en los adultos mayores (22).

Zylstra et al. reportó en el año 2000 que los médicos promediaron un 80 % de respuestas correctas en el Cuestionario sobre la depresión en la vejez y un 65 % de aciertos en el Cuestionario sobre hechos sobre el envejecimiento. Con poca frecuencia usaron respuestas "no sé" para el cuestionario sobre la depresión (3 %) o el cuestionario sobre el envejecimiento (6 %) (23).

Mitchell et al. en el año 2010 por medio de un metaanálisis, se identificaron 31 estudios con 52,513 personas que examinaron la capacidad clínica de los médicos para detectar y descartar la depresión, estratificados por edad. En 12 estudios que involucraron a personas mayores, los médicos identificaron correctamente el 47.3% de las depresiones de la vejez y el 78.6% de las personas no deprimidas (24).

Alanazi et al. en el año 2022 reportó que la mayoría de los médicos mostró un buen conocimiento sobre el diagnóstico y manejo de la depresión. Asimismo, la gran mayoría de los médicos (91.5%) mostró una actitud positiva hacia el diagnóstico y manejo de la depresión. Sin embargo, no se encontró ningún factor que afectara el nivel de conocimiento o actitud; la demografía de los participantes, incluida la edad, el género y la posición, no tuvo un impacto significativo en el nivel de conocimiento y actitud de los médicos. En cuanto a la práctica, se encontró lo contrario, donde la mayoría de los médicos reportaron una mala práctica y solo unos pocos porcentajes

reportaron una buena práctica en cuanto al diagnóstico y manejo de la depresión. La posición de los médicos fue el único factor determinante para el nivel de práctica. Sin embargo, se pudo encontrar que la mala práctica estaba relacionada con los propios pacientes, donde los pacientes tendían a ser reacios a aceptar el diagnóstico de depresión y derivar a los servicios de salud mental (25).

Ghzwany et al. en el año 2021 encontró que el 56 % de los médicos utilizaría guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la depresión geriátrica, donde PHQ-9 fue la herramienta más utilizada (28 %), seguida de las escalas de depresión geriátrica (24 %). Se encontró que los participantes mayores con más experiencia estarían más restringidos a las pautas que los participantes más jóvenes. Además, la mayoría de los médicos solicitaría un panel metabólico completo (72 %), seguido de una TC cerebral (39 %) y biometría hemática completa (38 %). Además, el 71 % de los médicos derivaría a los pacientes con depresión a psiquiatría y el 65 % a terapia electroconvulsiva en lugar de prescribir medicamentos que incluyen IRSN (29 %), ATC (17 %) e ISRS (2 %). Además, la mayoría de los médicos estaban de acuerdo en que la psicoterapia es menos eficaz para el paciente mayor en comparación con los pacientes más jóvenes (96 %), mientras que el 91 % de ellos no se centraría en la depresión antes de excluir la posible causa orgánica, el 84 % informó tener un nivel de confianza alto. en el diagnóstico de depresión en pacientes adultos mayores, el 83% se sintió cómodo en el trato con los familiares de los pacientes deprimidos y el 81% consideró importante ayudar a los pacientes deprimidos. Por otro lado, el 85% de los médicos no creía que los pacientes adultos mayores esperaran que su médico de atención primaria tratara la depresión, mientras que el 55% de ellos no creía que no tuviera nada que ver con la depresión, el 53% negó que los presionaran. tiempo para investigar de forma rutinaria la depresión en pacientes de edad avanzada (26).

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es un estudio de gran relevancia, ya que la depresión constituye la enfermedad mental más frecuente a nivel mundial y nuestro país no es la excepción. La depresión es el trastorno mental más frecuente en salud mental, se estima que afecta a 300 millones de personas alrededor del mundo, esta enfermedad se caracteriza por la presencia de tristeza profunda, pérdida de interés o placer, falta de autoestima, sentimientos de culpa, trastornos en el sueño y en el apetito, entre otros síntomas, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

En el informe mundial sobre envejecimiento y salud, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2050 se duplicará el número de personas mayores de 60 años, aumentando rápidamente la pauta de envejecimiento alrededor del mundo.

Es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo según la OMS.

Por ello, adquiere vital importancia que los médicos que tienen contacto con los pacientes a diario, sean los interesados en tener un nivel adecuado de conocimientos sobre depresión, para identificar signos y síntomas propios de esta enfermedad y así poder tomar mejores decisiones en cuanto al manejo del paciente. Con ello, se logrará que ellos se beneficien de un manejo integral, que es lo ideal para una buena recuperación de nuestros pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se pronostica que para el año 2050 la cantidad de ancianos se multiplicara por cuatro en los países en desarrollo. Así mismo los adultos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos como mentales y necesitan alguna forma a largo plazo.

Los pacientes que acuden a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas de depresión , existe evidencia sobre la elevada prevalencia de depresión que acuden a atención primaria, sin embargo más de la mitad de los pacientes con esta enfermedad no son detectados, ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los médicos, el medico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios y en la mejoría de la calidad de vida del paciente.

Los médicos familiares son el primer contacto a los pacientes geriátricos con síntomas depresivos, por lo que es crucial que estos conozcan acerca de la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor; con la finalidad de reconocer los factores de riesgo y protectores, realizar el diagnóstico temprano, el tratamiento de manera oportuna, evitar las recurrencias, recaídas, desenlaces fatales y mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor con depresión.

La alta prevalencia del sub diagnóstico de la depresión, es importante que el médico de primer nivel de atención esté capacitado para identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico, debido a la correlación bidireccional que tiene con otros síndromes geriátricos.

Por lo anterior, es prioritario saber porque no se está diagnosticando de forma oportuna este padecimiento en la consulta externa de la Unidad de Medicina familiar número 11, por lo que hago la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el nivel de conocimiento en los médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas, sobre depresión en el adulto mayor?

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento en los médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas, sobre depresión en el adulto mayor.

ESPECÍFICOS

- Correlacionar si la antigüedad institucional influye en el nivel de conocimiento y diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

- Identificar las características sociodemográficas de los médicos adscritos de la unidad de medicina familiar número 11, que participan en el proyecto de investigación.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

Los médicos adscritos a la UMF 11 de la consulta externa, tienen un nivel de conocimiento alto para detectar la depresión en el adulto mayor.

Hipótesis nula:

Los médicos adscritos a la UMF 11 de la consulta externa, tienen un nivel de conocimiento bajo para detectar la depresión en el adulto mayor

Hipótesis alterna:

Los médicos adscritos a la UMF 11 de la consulta externa, tienen un nivel de conocimiento medio para detectar la depresión en el adulto mayor

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO
Se realizó un estudio no experimental, analítico y transversal

UNIVERSO DE ESTUDIO
Se conformó por la totalidad de los 25 médicos adscritos de la consulta externa de la UMF 11 de Tapachula Chiapas. Del turno matutino y vespertino

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO
El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA
No se realizó cálculo de muestra ya que debido al número total de médicos adscritos se realizó la encuesta a la totalidad de ellos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
- Médicos familiares adscritos a los consultorios del turno matutino y vespertino de la consulta externa de la UMF 11 que acepten participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Médicos familiares adscritos al turno matutino y vespertino de la consulta externa de la UMF 11 que no acepten participar en la investigación o que no firmen el consentimiento informado.
- Médicos familiares que se encuentren bajo licencia durante la realización del estudio.
- Médicos no familiares que se encuentren cubriendo consultorios en el momento de la toma de recolección de datos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos familiares con cuestionarios incompletos o ilegibles.
- Médicos familiares que, una vez iniciada su participación, decidan retirarse la misma.

NOMINACIÓN DE VARIABLES
VARIABLE DEPENDIENTE:

- Nivel de conocimiento

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Genero
- Antigüedad laboral
- Estado civil
- Turno

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Es el tiempo trascurrido a partir del nacimiento	Número de años cumplidos, referidos por el médico	Nominal	Años cumplidos
Género	Cualitativa	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Lo referido por el médico durante la entrevista	Nominal dicotómica	Femenino Masculino
Estado civil	Cualitativa	Situación legal en la que la persona se encuentra.	Lo referido por el médico durante la entrevista	Nominal dicotómica	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
Turno	Cualitativa	Turno que se encuentra nominado a laborar.	Lo referido por el médico durante la entrevista	Nominal dicotómica	Matutino Vespertino
Años de antigüedad	Cuantitativa	Cantidad de años que lleva laborando una persona.	Lo referido por el médico durante la entrevista	Discreta	Años
Nivel de conocimiento	Cualitativa	Conciencia o la comprensión de alguien o de algo, como pueden ser los hechos (conocimiento descriptivo), las habilidades (conocimiento procedimental)	De acuerdo al puntaje del instrumento de evaluación: 0 a 3: Muy bajo 4 a 6: Bajo 7 a 9: Medio 10 a 12: Alto 13 a 15: Muy alto	Ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy alto

		o los objetos (conocimiento por familiaridad).			
Capacitación previa en depresión en el adulto mayor	Cualitativa	Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal	Referencia del médico de realización de cursos con validez oficial en depresión en adultos mayores	Nominal dicotómica	Si No

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

La validación del instrumento fue realizada por expertos en el tema y la confiabilidad de la consistencia interna del mismo se realizó, posterior a su pilotaje, mediante el cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach el cual fue de 0.965. La validación del instrumento fue realizada por expertos en el tema y la confiabilidad de la consistencia interna del mismo se realizó, posterior a su pilotaje, la primera versión del instrumento fue realizado con un total de 30 preguntas dicotómicas con respuesta categorizada de falso y verdadero, mediante la técnica de Delphi con la participación de un grupo de expertos correspondiente a 4 médicos de especialistas en medicina familiar, 1 médico especialista en geriatría y un médico especialista en psiquiatra quienes voluntariamente participaron tomando en cuenta los objetivos del estudio, para la evaluación y validación de cada pregunta del cuestionario, posteriormente con base al pilotaje del cuestionario en tres ocasiones, finalmente consenso un constructo de 15 preguntas para la realización final del cuestionario.

Se realizó un estudio transversal de tipo encuesta en la Unidad de Medicina Familiar número 11 de la ciudad de Tapachula, Chiapas, de donde fueron sujeto de estudios los todos los médicos adscritos de la consulta externa, con un número total de 25 médicos adscritos a los turnos matutino y vespertino de la consulta externa, para su realización se dio un cuestionario autoaplicado, al total de ellos con previa autorización mediante la firma del consentimiento informado. El total de los médicos adscritos se considera que es lo requerido para que el trabajo sea representativo y se puedan realizar inferencias estadísticas según lo planteado en este trabajo. Cada médico que este dentro del universo de trabajo, se le aplicó un cuestionario que posee un índice de confiabilidad de 0.965, el cual consta de 2 partes: La primera donde se recabarán datos de ficha de identificación como lo son edad, género, estado civil, turno laboral y años de antigüedad. La segunda parte consiste en un número total de 15 preguntas de opción múltiple las cuales serán aplicadas mediante un cuestionario estructurado, previamente validado por personal experto en el tema y posteriormente fue piloteado, sobre el conocimiento de depresión en el adulto mayor.

Se localizó a los médicos que cumplan con los criterios de selección de la muestra a quienes se invitó a participar, explicando que se les aplicará una entrevista donde se preguntarán datos sociodemográficos, así como una evaluación de 15 ítems para valorar el grado de conocimientos de la depresión en el adulto mayor.

Una vez aplicado se calificará según el número total de aciertos en las siguientes categorías según el nivel de conocimientos de 0-3 como muy bajo, 4-6 como bajo nivel de conocimientos, de 7-9 como medio nivel de conocimientos, 10-12 alto nivel de conocimientos y 13-15 como muy alto nivel de conocimientos. Se correlacionaron con las variables independientes para realizar una adecuada interpretación de los mismos y una vez que se tengan los resultados del cuestionario se difundirá a cada uno de los médicos de manera individual, y en el caso que obtengan una calificación media, baja y muy baja, se procederá a invitarlos a capacitaciones a través de sesiones clínicas acerca del tema de depresión en el adulto mayor, impartida por parte de un médico especialista en el tema teniendo con ello reforzamiento sobre el tema y así proporcionar con más apego y calidad la atención médica, para los pacientes con este diagnóstico. Una vez finalizada la entrevista se agradeció la participación en la investigación y los datos obtenidos fueron capturados en el programa estadístico IBM SPSS Statistics para realizar los cálculos estadísticos. Los resultados obtenidos fueron sometidos a discusión para generar finalmente las conclusiones del estudio.

FIABILIDAD

El instrumento de evaluación del conocimiento de los médicos familiares de depresión en el adulto mayor será sometido a evaluación por parte de un grupo de expertos quienes determinaron que poseía una validez adecuada para medir el grado de conocimiento. Para evaluar la fiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 12 médicos y se aplicó el estadístico Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.965, determinándose de este modo que el instrumento es adecuado.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación será evaluada para su aceptación por el comité de investigación 703 y el comité de ética e investigación 703-8 de la UMF 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de acuerdo a todos los procedimientos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud, donde será sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización.

Que la ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, correspondiendo a la secretaria de Salud orientar su desarrollo.

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha ley.

Que la realización de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Que el desarrollo de la investigación para la salud requiera del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que, sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptados y

Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente

ARTICULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

III. A la prevención y control de los problemas de salud.

IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

VI. A la producción de insumos para la salud.

En Materia de Investigación para la salud, Titulo Segundo, Capítulo I:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

III. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

IV. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, según sea su caso.

V. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Este estudio tendrá base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; “Guía de recomendaciones para los médicos

biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Así también, el acuerdo por lo que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Publica en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1 o de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

El presente protocolo de investigación respeta las normativas de bioética internacionales como el Código de Nüremberg, la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, el Informe Belmont, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, las Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos de la OMS y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Respecto al nivel nacional, de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud en su título segundo, artículo 17º del capítulo 1º, el presente protocolo de investigación se clasifica como “Investigación sin riesgo”, ya que se trata de una entrevista donde se aplicará una escala de evaluación de conocimientos. Por lo que se hace necesaria la firma de consentimiento informado.

RECURSOS
RECURSOS HUMANOS

- Dra. Juárez Santeliz Dulce María
- Médico Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 11
- Dr. Bogar Arturo Rodríguez Ruiz
  Medico familiar adscrito al área de atención medica continua de la unidad médica familiar número 11.

RECURSOS MATERIALES

- Hojas blancas
- Papelería
- Computadora
- Impresora
- Hojas de recolección de datos

RECURSOS FINANCIEROS

- Recursos propios de los investigadores, sin recibir recursos financieros externos

FACTIBILIDAD

- El estudio es factible ya que se cuenta con la infraestructura proporcionada por la UMF 11 y con la población de estudio (Médicos adscritos de consulta externa).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GRÁFICA DE GANTT

ACTIVIDADES	2022										2023											
	MARZO	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Planteamiento del problema																						
Revisión de bibliografía																						
Diseño de protocolo																						
Aprobación del protocolo																						
Recolección de datos																						
Análisis de datos																						
resultados																						
conclusiones																						
Tesis entregada																						

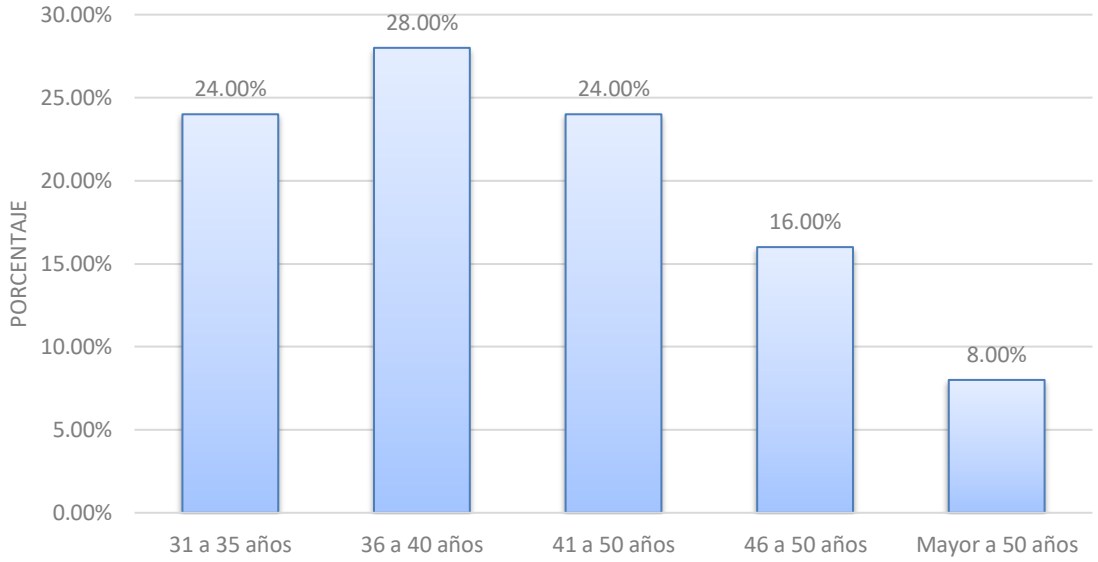
RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio de una población de 25 médicos familiares que cumplieron con unos criterios de selección de la muestra.

Tabla 1: Distribución de los grupos de edad de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
31 a 35 años	6	24.0%
36 a 40 años	7	28.0%
41 a 50 años	6	24.0%
46 a 50 años	4	16.0%
Mayor a 50 años	2	8.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 1: Distribución de los grupos de edad de los médicos incluidos en el estudio

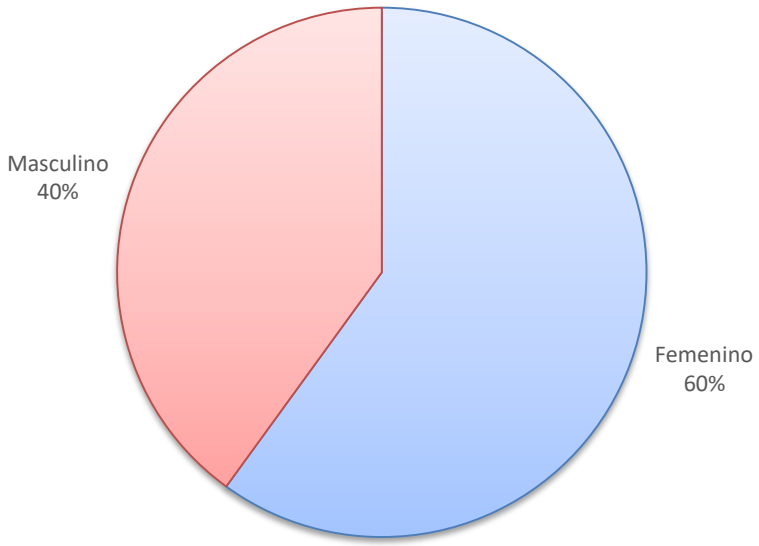


El grupo de edad más frecuente fue el 36 a 40 años representando el 28.0% (n=7), seguido por 31 a 35 años y 41 a 50 años representando el 24.0% respectivamente (n=6), seguido por el grupo de 46 a 50 años representando el 16.0% (n=4), y finalmente, se halló mayor a 50 años representando el 8.0% (n=2).

Tabla 2: Distribución del género de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	15	60.0%
Masculino	10	40.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 2: Distribución del género de los médicos incluidos en el estudio

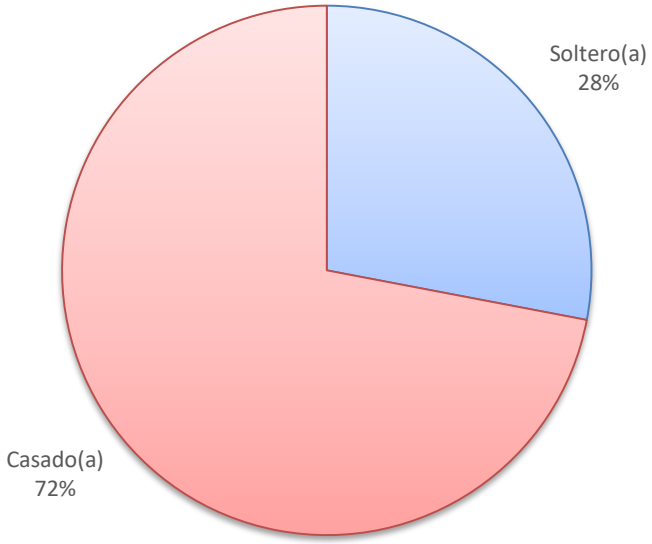


El sexo predominante entre los médicos fue el femenino representando el 60.0% (n=15), mientras que el género masculino se presentó en el 40.0% (n=10).

Tabla 3: Distribución del estado civil de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	7	28.0%
Casado(a)	18	72.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 3: Distribución del estado civil de los médicos incluidos en el estudio

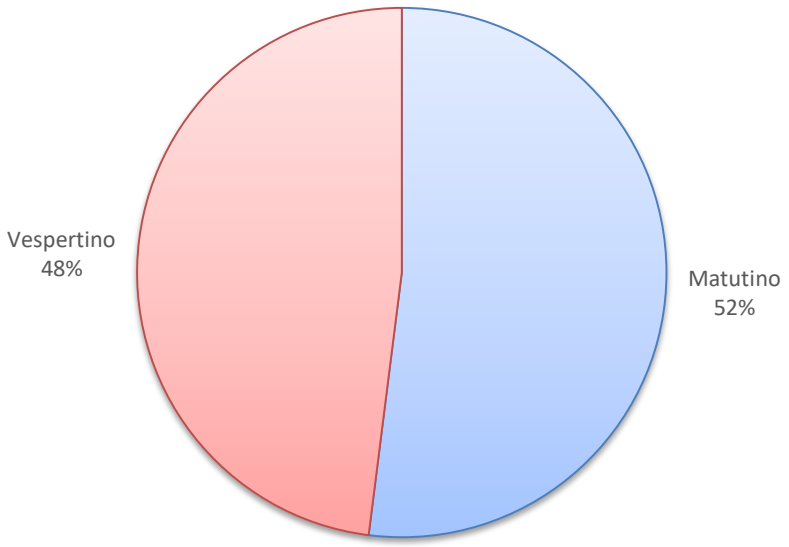


El estado civil más frecuente fue el de casado(a) representando el 72.0% (n=18), mientras que el estado civil de soltero(a) se reportó en el 28.0% (n=7).

Tabla 4: Distribución del turno laboral de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	13	52.0%
Vespertino	12	48.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 4: Distribución del turno laboral de los médicos incluidos en el estudio

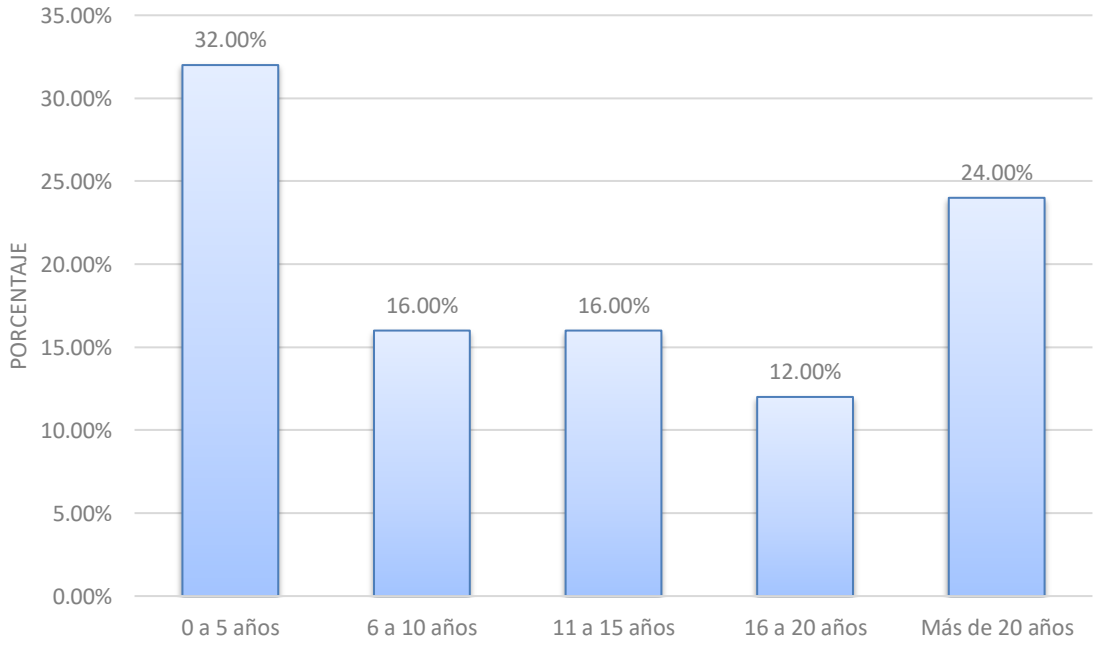


El turno laboral más frecuentemente hallado en los médicos fue el matutino representando el 52.0% (n=13), mientras que el turno vespertino se reportó en el 48.0 (n=12).

Tabla 5: Distribución de la antigüedad laboral de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5 años	8	32.0%
6 a 10 años	4	16.0%
11 a 15 años	4	16.0%
16 a 20 años	3	12.0%
Más de 20 años	6	24.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 5: Distribución de la antigüedad laboral de los médicos incluidos en el estudio

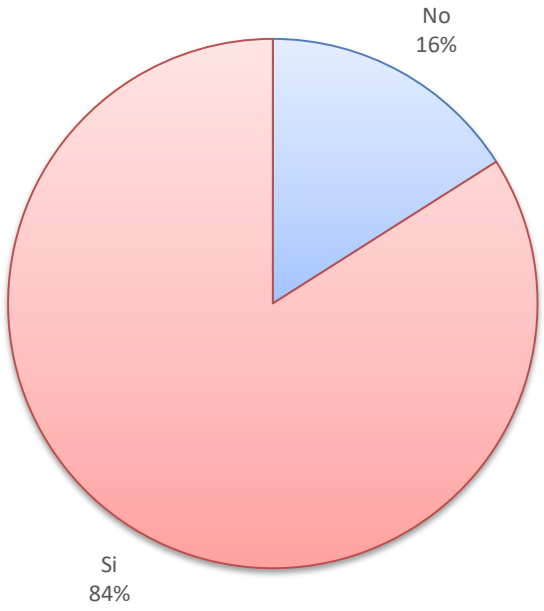


Respecto al análisis de antigüedad laboral predominó el grupo de 0 a 5 años representando el 32.0% (n=8), seguido por el grupo de más de 20 años representando el 24.0% (n=6), seguido por 6 a 10 años y 11 a 15 años representando el 16.0% respectivamente (n=4), y finalmente, 16 a 20 años representando el 12.0% (n=3).

Tabla 6: Distribución de la capacitación previa de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
No	4	16.0%
Si	21	84.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 6: Distribución de la capacitación previa de los médicos incluidos en el estudio

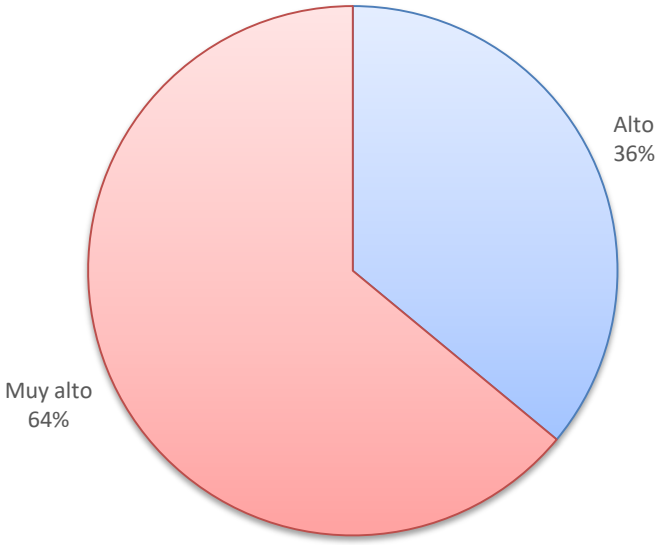


En cuanto a la capacitación previa de los médicos esta se reportó en el 84.0% (n=21).

Tabla 7: Distribución del nivel de conocimientos de los médicos incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	9	36.0%
Muy alto	16	64.0%
Total	25	100.0%

Gráfica 7: Distribución del nivel de conocimientos de los médicos incluidos en el estudio



El nivel de conocimiento predominante en los médicos fue muy alto representando el 64.0% (n=16), mientras que el nivel de conocimientos alto se reportó en el 36.0% (n=9).

Tabla 8: Análisis inferencial de factores asociados al nivel de conocimientos en los médicos del estudio

		Nivel de conocimientos				
		Alto		Muy alto		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor p
Edad	31 a 35 años	3	33.3%	3	18.8%	0.412
	36 a 40 años	3	33.3%	4	25.0%	0.656
	41 a 50 años	2	22.2%	4	25.0%	0.876
	46 a 50 años	0	0.0%	4	25.0%	0.102
	Mayor a 50 años	1	11.1%	1	6.3%	0.667
Sexo	Femenino	7	77.8%	8	50.0%	0.174
	Masculino	2	22.2%	8	50.0%	
Estado civil	Soltero(a)	2	22.2%	5	31.3%	0.629
	Casado(a)	7	77.8%	11	68.8%	
Turno	Matutino	6	66.7%	7	43.8%	0.271
	Vespertino	3	33.3%	9	56.3%	
Antigüedad laboral	0 a 5 años	5	55.6%	3	18.8%	0.058
	6 a 10 años	0	0.0%	4	25.0%	0.102
	11 a 15 años	2	22.2%	2	12.5%	0.524
	16 a 20 años	1	11.1%	2	12.5%	0.918
	Más de 20 años	1	11.1%	5	31.3%	0.258
Capacitación previa		5	55.6%	16	100.0%	0.004

En el análisis inferencial de factores asociados a nivel de conocimientos, solo la capacitación previa se asoció con niveles de conocimientos muy altos (100.0% vs 55.6%, p=0.004). Al ser el único factor significativamente asociado, es el único que se incluirá en el análisis de correlación.

Tabla 9: análisis de correlación de capacitación previa con nivel de conocimiento.

		Capacitación previa
Conocimiento alto	Coeficiente de correlación	-.582
	Sig. (bilateral)	.002
	N	25
Conocimiento muy alto	Coeficiente de correlación	.582
	Sig. (bilateral)	.002
	N	25

Rho de Spearman

En el análisis de correlación se encontró que la capacitación previa se correlacionó de manera positiva y fuerte con el nivel de conocimiento muy alto (r=0.582, p=0.002) por lo que se le infiere que la presencia de capacitación previa condiciona de manera positiva un conocimiento muy alto sobre depresión en el adulto mayor.

DISCUSIÓN

En este estudio, el grupo de edad más frecuente fue el 36 a 40 años (28.0%), la cual se muestra concordante con la reportada por Alemayehu et al. quien realizó un estudio transversal en Etiopía en el que participaron 404 profesionales de atención primaria de salud mediante una técnica de muestreo aleatorio sistemático en febrero de 2021. Se halló que la edad media de los encuestados fue de 30 ± 3.9 años (27). También esta edad media del presente estudio es concordante con la reportada en el estudio de Andrew et al. quien llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, que obtuvo características sociodemográficas de los encuestados y conocimientos sobre la depresión mediante un cuestionario semiestructurado administrado por un entrevistador, hallando que la mayoría de los trabajadores estaban dentro del grupo de edad de 30 a 39 años (56.4%), con una edad media de 35.7 años (28). Otro estudio que halló una edad similar a la del presente estudio es el realizado por Agreda et al. quien estudio a un total de 113 residentes, se halló que la edad tuvo una media de 30.2 ± 4.77 años (29). Finalmente, en concordancia con el presente estudio, James et al. quien llevó a cabo una encuesta transversal de 72 médicos de cabecera en la ciudad de Benin, Nigeria. Se utilizó el Cuestionario de Actitud de Depresión de 20 ítems para determinar su conocimiento y actitud hacia la depresión y su tratamiento en entornos de atención primaria. Se reportó que la edad de los médicos tuvo una media de 38.4 ± 9.5 años (30). Esta amplia similitud en la edad de los médicos permite inferir que la edad de los médicos practicantes es similar en los diversos países, y por lo tanto es comparable entre los estudios.

El género predominante en este estudio fue el femenino (60.0%). Sin embargo, este resultado es discordante a lo reportado en el estudio de James et al. donde la mayoría de la muestra fueron hombres (68.1%) (30). También en discordancia al presente estudio, Alemayehu et al. reportó que un total de 259 participantes (59.1%) eran hombres (27). También en contradicción al presente estudio, Andrew et al. halló que el 60% eran hombres (28). Finalmente, también en discordancia a este estudio, Agreda et al. reportó que el 56.64% de los encuestados fueron del genero

masculino (29). Resulta claro que esta diferencia en los géneros entre estudios se explica en parte por la demografía de los países, ya que en nuestro país existe una mayoría de población femenina; y otra posible explicación se puede deber a una mayor prevalencia del género masculino en los estudios universitarios; ya que puede representar un sesgo el que sea menos accesible la educación universitaria para las mujeres por los contextos socioculturales prevalentes en los países.

En otro hallazgo del presente estudio, el estado civil más frecuente fue el de casado(a) (72.0%). Esta mayor prevalencia de casados se corresponde con el hallazgo del estudio de Alemayehu et al. donde la mayoría de los encuestados, es decir, 71.9% de ellos, estaban casados (27).

Respecto al análisis de antigüedad laboral, en este estudio predominó el grupo de 0 a 5 años (32.0%), lo que se encuentra inferior al rango de antigüedad laboral más frecuente reportado por Andrew et al. donde el 40.2% tenían una experiencia laboral de 6 -10 años (28). Estas discordancias en el periodo de experiencia laboral pueden representar una importante diferencia en la interpretación de los resultados, ya que puede inferirse que una mayor antigüedad laboral se traduce en una mayor experiencia clínica en el manejo de los adultos mayores.

En cuanto a la capacitación previa de los médicos del presente estudio, esta se reportó en el 84.0%. Este porcentaje de médicos con capacitaciones previas en salud mental es completamente discordante al hallado en el estudio de Agreda et al. donde solo el 5.31% había recibido algún tipo de curso en salud mental (29). También en plena discordancia con el presente estudio, Alemayehu et al. reportó que una gran mayoría (77.7%) de los profesionales sanitarios nunca ha recibido ningún tipo de formación en salud mental (27). Este hecho de una importante proporción de médicos que no reciben formación en salud mental en otros países resulta preocupante, dado que estos médicos carecen de los conocimientos clínicos para atender a pacientes con padecimientos mentales. Sin embargo, resulta claro

que en nuestro entorno clínico existe una adecuada formación en salud mental, que permite una identificación y un manejo clínico óptimo para estos pacientes.

En otro hallazgo de este estudio, el nivel de conocimiento predominante en los médicos fue muy alto (64.0%). Este resultado se muestra concordante con el descrito en el estudio de Alemayehu et al. quien halló que el 69.6% de los encuestados tuvieron conocimientos adecuados (27). Sin embargo, existen estudios que se encuentran en plena contraposición a este estudio como lo es el realizado por Agreda et al. quine reportó que el grado de conocimiento predominante fue el de conocimiento moderado 73.45% seguido por conocimiento insuficiente 15.93% y finalmente conocimiento suficiente 10.62% (29). En esta misma línea de hallazgos discordantes a este estudio, Jaames et al. halló que los médicos de cabecera tenían un conocimiento limitado sobre la depresión y la mayoría (77.8%) expresó dificultades para trabajar con pacientes deprimidos. Este estudio encontró que entre los médicos de cabecera que trabajaban en la ciudad de Benin, Nigeria, había lagunas en sus conocimientos sobre la depresión. Para la mayoría de las declaraciones relativas a la evaluación de sus conocimientos sobre la depresión, entre el 12% y el 25% de las respuestas fueron "neutrales" o "no sé" (30).

El bajo nivel de conocimiento reportado en otros estudios es un reflejo del sub diagnóstico de la depresión en la población de adultos mayores. Se han sugerido tres razones para la mala detección de la depresión entre las personas mayores que reciben atención. En primer lugar, la identificación de la depresión se ve confundida por las altas tasas de comorbilidad de otras enfermedades físicas y médicas, demencia y deterioro del funcionamiento cognitivo y social. En segundo lugar, el reconocimiento de la depresión puede verse obstaculizado por el breve tiempo que tienen los médicos de cabecera para consultar con los clientes de atención a personas mayores. En tercer lugar, las personas mayores suelen dudar a la hora de hablar sobre su bienestar emocional durante las consultas médicas. Por ello se requiere que los médicos cuenten con un adecuado nivel de conocimiento en depresión en la población adulta mayor (31). Una mayor

investigación sobre el conocimiento de la depresión por parte de los cuidadores profesionales es un posible primer paso para comprender la baja detección de la depresión por parte de ellos (32).

Como punto final, en el análisis inferencial de factores asociados a nivel de conocimientos, solo la capacitación previa se asoció con niveles de conocimientos muy altos (100.0% vs 55.6%, $p=0.004$). Este resultado se muestra similar al descrito por Alemayehu et al. quien por medio de regresión logística binaria bivariada, halló que variables como edad, nivel educativo, años de experiencia, experiencia laboral en unidades psiquiátricas, contacto con personas con enfermedades mentales y formación en salud mental tuvieron un valor de $p < 0.05$. En regresiones logísticas binarias multivariadas, se encontró que variables como el contacto con personas con enfermedades mentales ($p=0.002$) y la capacitación en salud mental ($p=0.001$) tenían una asociación estadísticamente significativa con un conocimiento inadecuado. Además, aquellos que no tienen formación en salud mental tenían 3.32 veces más probabilidades de tener conocimientos inadecuados en comparación con aquellos que sí tienen formación en salud mental (27).

CONCLUSIONES

Los médicos adscritos a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas tienen un alto grado de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor

Aun así, existe una minoría de médicos con conocimientos altos, pero pueden establecerse estrategias educativas para homogeneizar el nivel de conocimiento de los médicos en la detección y manejo de la depresión en el adulto mayor, que obviamente se encuentra sesgada por la presencia de múltiples comorbilidades y de síndromes geriátricos, que dificultan la identificación clínica. Por ello se invita a las autoridades de la institución a promover estas estrategias educativas y volver a realizar estudios que evalúen el nivel de conocimientos, para realmente corroborar que los niveles de conocimientos se hayan homogeneizado entre los médicos familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Gong F, Zhao D, Zhao Y, et al. The factors associated with geriatric depression in rural China: stratified by household structure. Psychol Health Med 2018; 23(5):593-603

2.- Kurniawidjaja M, Susilowati IH, Erwandi D, et al. Identification of Depression Among Elderly During COVID-19. J Prim Care Community Health 2022; 13:21501319221085380

3.- Zhao D, Hu C, Chen J, et al. Risk factors of geriatric depression in rural China based on a generalized estimating equation. International Psychogeriatrics 2018; 30(10):1489–1497

4.- Disu TR, Anne NJ, Griffiths MD, et al. Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. Asian Journal of Psychiatry 2019; 44:163-169

5.- Massa E, Donisi C, Liscia N, et al. The Difficult Task of Diagnosing Depression in Elderly People with Cancer: A Systematic Review. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health 2021; 17(Suppl-1, M7):295-306

6.-Pramesona BA, Taneepanichskul S. Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional study. Neurology, Psychiatry and Brain Research 2018; 30:22-27

7.- Bourin M. Clinical aspects of depression in the elderly. Arch Depress Anxiety 2018; 4(1):26-30

8.- Adegunloye OA, Buhari OIN, Abiodun OA. Depression in Elderly Primary Health Care Clinic Attendees in Ilorin, Nigeria. The Tropical Journal of Health Sciences 2018; 25(1):1-7

9.- Herron JW, Mitchell A. Depression and antidepressant prescribing in the elderly. Prescriber 2018; 29(3):4-39

10.- Chen S, Conwell Y, Cerulli C, et al. Primary care physicians' perceived barriers on the management of depression in China primary care settings. Asian J Psychiatr 2018; 36:54–59

11.- Rochmawati DH, Febriana B, Rizki W, et al. Life review of elderly depression. International Journal of Pharmaceutical Research 2020; 12(4):1–6
12.- Devita M, De Salvo R, Ravelli A, et al. Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2022; 18:2867–2880
13.- Aly HY, Hamed AF, Mohammed NA. Depression among the elderly population in Sohag governorate. Saudi Med J 2018; 39(2):185-190
14.- Kugbey N, Nortu TA, Akpalu B, et al. Prevalence of geriatric depression in a community sample in Ghana: Analysis of associated risk and protective factors. Arch Gerontol Geriatr 2018; 78:171-176
15.- Shin C, Park MH, Lee SH, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. Journal of Affective Disorders 2019; 259:370-375
16.- Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, et al. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. North Clin Istanb 2018; 5(3):216–220
17.- Grossberg GT., Beck D, Zaidi SNY. Rapid Depression Assessment in Geriatric Patients. Clin Geriatr Med 2017; 33(3):383-391
18.- Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. Indian J Psychiatry 2018; 60(Suppl 3):S341–S362
19.- Kumar CTS, George S, Augustine A. Treatment of late-life depression. Journal of Geriatric Care and Research 2020; 1:9-16
20.- Ibrahim S. Depression in the Elderly: Update on Diagnosis and Management in Primary Health Care. World Family Medicine 2023; 21(1):348-354
21.- Moodley S, Maisto A. Late-life depression and the family physician. S Afr Fam Pract 2022; 64(1):5534
22.- Al-Atram AA. Physicians' Knowledge and Attitudes towards Mental Health in Saudi Arabia. Ethiop J Sci 2018; 28(6):771
23.- Zylstra RG, Steitz JA. Knowledge of late life depression and aging among primary care physicians, Aging & Mental Health 2000; 4(1):30-35

24.- Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. Psychother Psychosom 2010; 79:285–294

25.- Alanazi A, Alsharif S, Alzahrani Z, et al. Knowledge and practice of depression management amongst primary healthcare physicians. J Family Med Prim Care 2022; 11:2442-2447

26.- Ghzwany A, Al Selihem A, Sharahili A, et al. Perceptions, attitude and practices toward elderly depression among primary health care physicians, Riyadh, Saudi Arabia, 2021. International Journal of Advanced Community Medicine 2021; 4(3):7-12

27.- Alemayehu Y, Girma M, Bacha L, et al. Knowledge and attitude toward depression among healthcare professionals working in Ilu Aba Bor zone, Oromia regional state, Ethiopia, 2021: a cross sectional study. Front. Psychiatry 2023; 14:1059698

28.- Andrew K, Igboanusi C, Joshua I, et al. Knowledge of depression in the elderly among primary health care workers in Kubau, Nigeria. Ann Trop Med Public Health 2017; 10:143-148

29.- Agreda ER, Galindo ML, Larios KE, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr 2017; 80(2):94-104

30.- James BO, Jenkins R, Lawani AO. Depression in primary care: the knowledge, attitudes and practice of general practitioners in Benin City, Nigeria. South African Family Practice 2012; 54(1):55–60

31.- Karantzas GC, Davison TE, McCabe MP, et al. Measuring carers' knowledge of depression in aged care settings: The Knowledge of Late Life Depression Scale—Revised. J Affect Disord 2012; 138(3):417-424

32.- Mellor D, Davison T, McCabe M, et al. Professional carers’ knowledge and response to depression among their aged-care clients: the care recipients’ perspective. Aging Ment Health 2008; 12(3):389-399

ANEXOS

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL FOLIO:

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 11, TAPACHULA CHIAPAS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 11, DE TAPACHULA CHIAPAS SOBRE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Mi nombre es Dulce María Juárez Santeliz residente del primer año de medicina familiar, estoy realizando una investigación sobre nivel de conocimiento de depresión en el adulto mayor a adscritos a la consulta externa de la unidad familiar número 11, es por ello que la información que usted me brindará será de mucha importancia para mi proyecto de investigación. Toda la información que me brinde será confidencial y será utilizada para los fines de esta investigación.

Instrucciones:

-Por favor completar los datos que se le solicitan en la siguiente ficha de identificación, subraye la opción correcta.

EDAD	**SEXO:**	**Turno laboral**	**Antigüedad laboral en IMSS**	**Estado civil:**	**Capacitación previa en depresión en el adulto mayor**
A) 25 a 30 años B) 31 a 35 años C) 36 a 40 años D) 41 a 45 años E) 46 a 50 años F) 51 a 55 años G) Mayor a 55 años	A) Femenino B) masculino	A) Matutino B) vespertino	_____ **años**	A) Soltero B) Unión libre C) Casado D) Divorciado **E)** Viudo	A) Si **B)** No

Lea cuidadosamente los siguientes reactivos, subrayando la respuesta que usted considere correcta.

1.-La depresión de acuerdo a la OMS cual es el trastorno psiquiátrico que más frecuentemente se presenta en la población de adulto mayor.

A) Verdadero

B) Falso

2.- El suicidio es la consecuencia más grave de un episodio de depresión mayor que no se diagnostica y se trata de manera oportuna

A) Verdadero

B) Falso

3.- Cuatro o más de los siguientes síntomas debe presentarse para considerar el diagnóstico de depresión, Cambios del apetito, cambios en el peso, hipersomnia o insomnio, alteraciones de la actividad psicomotriz, falta de energía, sentimiento de infravaloración o sentimiento de culpa, dificultad para concentrarse o toma de decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos suicidas

A) Verdadero

B) Falso

4**.-Los principales factores predisponentes a depresión en el adulto mayor se encuentran: la familia disfuncional, la presencia de enfermedades, algunos fármacos, alteraciones ambientales, y circunstanciales.**

A) Verdadero

B) Falso

5.-La escala de depresión geriátrica (GDS) de 30 y 15 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en el adulto mayor, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente

A) Verdadero

B) Falso

6.-La escala GDS se considera positiva para depresión cuando: GDS 5 reactivos: 2 preguntas son afirmativas, GDS 15 reactivos: 6 preguntas son afirmativas, GDS 30 reactivos: 15 preguntas son afirmativas

A) Verdadero

B) Falso

7.-La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las 2 semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva.

A) Verdadero

B) Falso

8.-Toda idea suicida con un método específico no planificado, debe referirse de manera urgente para la atención por psiquiatría.

A) Verdadero

B) Falso

9.-Se estima que más de la mitad de los pacientes con depresión de inicio tardío reúnen criterios para depresión vascular

A) Verdadero

B) Falso

10.- Los antidepresivos tricíclicos (ATC), muestran mayor frecuencia de efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos

A) Verdadero

B) Falso

11.- La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, mejora de la calidad de vida del paciente y su familia.

A) Verdadero

B) Falso

12. Son criterios de referencia del adulto mayor con depresión al segundo nivel, cuando después de 6 meses de tratamiento no haya respuesta favorable, presencia de síntomas psicóticos y recidiva del cuadro depresivo.

A) Verdadero

B) Falso

13.- Según el DMS IV está organizado los trastornos depresivos en: episodio depresivo mayor, maniaco, hipomaniaco.

A) Verdadero

B) Falso

14.-Efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina e Imipramina), se encuentran: sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, taquicardia, somnolencia, hipotensión ortostática y sedación.

A) Verdadero

B) Falso

15.-La fluoxetina tiene una vida media prolongada que requiere de un periodo de eliminación de hasta 3 meses.

A) Verdadero

B) Falso

ANEXO 2

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)
Unidad de Medicina Familiar número 11

Tapachula Chiapas a 27 MARZO de 2023

No. De registro institucional: en tramite

Título del protocolo:
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉDICOS ADSCRITOS A LA CONSULTA EXTERNA LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11, DE TAPACHULA CHIAPAS SOBRE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Justificación y objetivo de la investigación:
Se ha demostrado que la depresión es frecuente en los adultos mayores; sin embargo, está infradiagnosticado y, por lo tanto, infratratado. Los datos sobre la depresión de la tercera edad son escasos y han mostrado una alta prevalencia de depresión mayor. El objetivo el estudio es: Determinar el nivel de conocimiento en los médicos adscritos a la Unidad Medicina Familiar número 11 de Tapachula, Chiapas sobre depresión en el adulto mayor.

Procedimientos y duración de la investigación:
Se le aplicará una evaluación de sus conocimientos acerca de depresión en el adulto mayor, además se le preguntará datos sociodemográficos.

Riesgos y molestias:
No existen riesgos y/o molestias derivadas de su participación en el estudio.
Beneficios que recibirá al participar en la investigación:
Podrá hallar áreas de reforzamiento de conocimientos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:
No aplica.

Participación o retiro: El sujeto de investigación cuenta con libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento

Privacidad y confidencialidad: La seguridad de que no se identificará al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información recabada en la investigación, y asegurar que, si los resultados se publican, la identidad del sujeto de investigación se mantendrá anónima.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: DR. Bogar Arturo Rodríguez Ruiz.

Teléfono y horario Número telefónico: 9626955681 Horario 08:00 a 16:00 hrs

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Dra. Dulce María Juárez Santeliz Matrícula: 99079705. Número telefónico: 9611917234, horario 08:00 a 16:00 hrs

Declaración de consentimiento:

	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por _____ años tras lo cual se destruirán.

_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Nombre y firma del testigo 1	Nombre y firma del testigo 2

Clave 2810-009-013
Clave: 2810-003-002