



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SOBRE
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. ALEJANDRA DOLORES ARAGÓN CARRILLO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SOBRE
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

DIRECTORA DE TESIS:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UMF 20**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SOBRE
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES SOBRE
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 20**

DEDICATORIA

A mis padres y mi hermana

*por su inagotable apoyo, por su amor, por ser mis guías de vida, por ser mi
impulso e inspiración.*

Los amo.

A mi sobrino

a quien amo tanto, porque me alienta a seguir día a día con su amor y ternura.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por permitirme realizar mis metas y cumplir mis sueños. Por darme fuerza e iluminarme cada día de mi existencia.

A mis padres

Por ser fuente de ejemplo, mis pilares y apoyo en cada etapa y proceso de mi formación. Por nunca dejarme desistir y su amor incondicional. Haciendo suyos cada uno de mis logros con amor y orgullo.

A mi hermana

Por el apoyo constante, por todo el amor que me otorga y la confianza que ha puesto en mi.

A Leo

Mi hermoso sobrino y ahijado quien día a día me da su amor, me entrega su confianza y con una mirada me inspira a continuar; porque es mi mayor tesoro.

A la Doctora María Del Carmen Aguirre

Por su apreciable apoyo, comprensión, paciencia y tutela. Por su tiempo y conocimiento compartido, que me han llevado a ser médico especialista.

Al Dr. Francisco Shimasaki

Por sus conocimientos transmitidos, su apoyo, paciencia y sobre todo por sus enseñanzas de vida, que me han ayudado a seguir a pesar de los obstáculos que he encontrado en mi vida. Lo quiero mucho.

A mi amigos

En especial a Gemma, Itzel, Adrián y Andrea quienes desde que nos conocimos me entregaron su amistad y amor incondicionales, me hicieron fuertes en momentos difíciles durante este proceso, haciendo de él un lindo camino que recorrimos juntos. A Ximena quien ha pasado a formar parte de mi familia apoyándome incondicionalmente. Gracias infinitas.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Título.....	3
Introducción.....	4
Marco teórico.....	5
Planteamiento de problema.....	15
Hipótesis	16
Objetivos	17
Material y métodos	18
Resultados	26
Discusión	34
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	41

RESUMEN

Nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre depresión en el adulto mayor

Aragón Carrillo Alejandra Dolores ¹; Aguirre García María del Carmen ²

1. Alumna de tercer año del curso de especialidad UMF 20
2. Profesor titular del curso de especialidad UMF 20

La depresión es una de las principales causas de la disminución de capacidades cognitivas de manera progresiva en las personas adultas y adultos mayores, teniendo mundialmente un impacto económico. **Objetivo.** Determinar el nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor. **Material y método.** Estudio transversal analítico en un grupo natural de 50 médicos adscritos a la unidad de medicina familiar No 20, a quien se aplicó una encuesta que explora datos sociodemográficos y formación, así como un instrumento exprofeso con validez de contenido y confiabilidad; que explora conocimiento a través de casos clínicos estructurados con metodología propuesta por National Board of Medical Examiners. Se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica para comparación de grupos con prueba de U de Mann Withney. **Resultados.** Edad media 38.38 ± 6.7 años, sexo femenino 66% (n=31), sexo masculino 34% (n=6), cuentan con cursi 6.4%. Se obtuvo nivel de competencia en un 51.1% (n=24) de los participantes, predominando nivel de conocimiento medio en el 63.5% (n=30), seguido de bajo 34% (n=16) y el alto con 2.1% (n=1). Análisis bivariado y prueba comparativa no paramétrica sin significancia estadística por sexo, categoría y capacitación previa. **Conclusiones.** Es de suma importancia la capacitación de los médicos familiares sobre depresión en el adulto mayor para una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento que es subdiagnosticado.

Palabras claves: Depresión, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

Depression is one of the main causes of progressive decline in cognitive abilities in adults and older adults, with a global economic impact. **Objective.** Determine the family doctor's level of knowledge about depression in the older adult. **Material and method.** Analytical cross-sectional study in a natural group of 50 physicians attached to family medicine unit No. 20, to whom a survey was applied that explores sociodemographic data and training, as well as an expressed instrument with content validity and reliability; that explores knowledge through structured clinical cases with methodology proposed by the National Board of Medical Examiners. Descriptive and nonparametric statistics were used to compare U-test groups by Mann Withney and Kruskall Wallis. **Results.** Average age 38.38 x 6.7 years, female sex 66% (n.31), masculinian sex 34% (n .6), are cheesy 6.4%. A level of competence was obtained by 51.1% (no.24) of the participants, predominating the level of average knowledge in 63.5% (no. 30), followed by low 34% (no. 16) and the height with 2.1% (n-1). Bivariate analysis and nonparametric comparative test without statistical significance by sex, category and prior training. **Conclusions.** The training of family doctors on derpesion in the older adult for an adequate prevention, diagnosis and treatment of this underdiagnose dismay is of paramount importance.

Keywords: Depression, level of knowledge.

Nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre depresión en el adulto mayor

No. de registro ante el comité

INTRODUCCIÓN

La detección oportuna de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidio, así como, lograr una mejor calidad de vida mentalmente hablando. Secundariamente la prevención y el tratamiento del mismo trastorno contribuye a disminución de recaídas de esta patología u otras asociadas y así mismo el uso por parte de estos pacientes de los servicios de urgencias, el envío a segundo nivel por descontrol de otras enfermedades crónicas, el empleo de polifarmacia; también detectar y/o prevenir la depresión en los hijos de los pacientes, ya que se ha demostrado tiene un componente genético.

Como es en la mayoría de los casos subdiagnosticada, el conocimiento para llegar al diagnóstico temprano y un envío oportuno para que se instaurare un tratamiento adecuado y también valorar la necesidad de capacitación del personal de salud.

La depresión es una de las principales causas de la disminución de capacidades cognitivas de manera progresiva en las personas adultas y adultos mayores, teniendo mundialmente un impacto económico muy importante estimado en 24 mil millones de dólares por año. No obstante, la depresión es extremadamente subtratada en atención primaria, se estableció desde hace 20 años que sólo se trata a la mitad de los pacientes con depresión y sólo un tercio de quienes se tratan (17% de todos los pacientes deprimidos) lo hacen de manera apropiada.

Cerca del 12% de los pacientes que se atienden en primer nivel cursan con depresión, en un estudio de metaanálisis de realizado en Estados Unidos en 100,000 pacientes, mostró que la mortalidad general es casi el doble para los pacientes que se encuentran deprimidos (también un mayor riesgo de morir para aquellos con depresión subclínica). El riesgo de epilepsia, enfermedad cerebrovascular, respiratorias y enfermedades cardiacas es más alto.

MARCO TEÓRICO

La depresión es un trastorno psiquiátrico incapacitante y frecuente en la edad adulta asociado a un incremento de la mortalidad y con un efecto negativo en el funcionamiento y bienestar de los ancianos. La depresión es una de las principales causas de discapacidad relacionada con la enfermedad y se proyecta que será el mayor contribuyente a la carga de la enfermedad en 2030. Tiende a su cronificación y cursa con recaídas y recurrencias. Muchos estudios han estimado la prevalencia en personas mayores, aunque las cifras son muy dispares, variando entre el 0,4-35%. Las discrepancias podrían deberse a diferencias metodológicas y/o a aspectos culturales en la expresión de la depresión. Respecto a las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la depresión en la vejez, la edad es un factor controvertido, ya que, aunque existe un mayor riesgo con la mayor edad, este es concomitante con los mayores problemas de salud⁴

Las tasas de prevalencia de depresión estimadas entre las poblaciones de edad oscilan entre el 1 y el 3% en la comunidad y entre el 6 y el 9% en entornos de atención primaria (PC). Dada la prevalencia de depresión en la vejez (LLD) y la preferencia de las personas mayores los adultos deben buscar tratamiento en la configuración de la PC, es importante reconocer los desafíos que rodean el diagnóstico y el tratamiento de LLD que enfrentan los médicos de atención primaria (PCP). Adicionalmente, se deben entender las estrategias basadas en la evidencia diseñadas para mitigar estos desafíos.

Signos y síntomas depresivos, especialmente retraso psicomotor y La pérdida de interés en las actividades, contribuye a la discapacidad en estos pacientes. Depresión con disfunción ejecutiva también se ha encontrado que se asocia con discapacidad, Mala respuesta al tratamiento, recaída y recidiva.⁵

La depresión en adultos mayores puede tener una variedad de presentaciones: como enfermedad recurrente derivado de una vida anterior (es decir, depresión de inicio temprano [EOD]); como depresión de nueva aparición (es decir, depresión de inicio tardío [LOD]); Como trastorno del estado de ánimo secundario o como síntomas del estado de ánimo secundarios al uso de sustancias o medicamentos.

LOD es generalmente se caracteriza por la depresión que se presenta inicialmente después de los 60-65 años. Los clínicos e investigadores clínicos no están de acuerdo con lo que se considera clínicamente significativo. La depresión tampoco existe un acuerdo universal sobre cómo debería ser la depresión. Además, se divide en subtipos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Quinta edición, Revisión de texto) (DSM-V-TR) ha establecido los criterios para asignar un diagnóstico de TDM. Los estados depresivos que no cumplen con los criterios para el TDM pueden dar lugar a resultados significativos⁶

El reconocimiento de LLD es primordial ya que sus consecuencias pueden ser amenazadoras. La depresión aumenta el riesgo de sufrir un primer infarto cerebral y un infarto de miocardio, y aumenta la mortalidad en pacientes con cardiopatía coronaria y diversas formas de cáncer. La depresión se ha identificado como un factor de riesgo para la demencia por todas las causas incluyendo tanto la demencia vascular como la enfermedad de Alzheimer. La depresión sigue siendo el principal factor de riesgo para el suicidio en la vejez. De hecho, los adultos mayores intentan suicidarse en tasas más altas que en cualquier otro grupo de edad y estas tasas continúan aumentando en muchos países. Incluso después de contabilizar el suicidio, el LLD se asocia con mayores tasas de mortalidad.

La presentación clínica de LLD se refiere a los adultos mayores cuyo trastorno del estado de ánimo se presentó ya sea en la vida anterior o ahora está presente por primera vez en la vejez. Los criterios de diagnóstico para la depresión mayor son idénticos para los pacientes más jóvenes y mayores. Sin embargo, LLD incluye algunas características que lo hacen único entre los trastornos del estado de ánimo. Primero, el LLD tiende a tener un curso más crónico que incluye recuperaciones transitorias y recaídas frecuentes. LLD a menudo se acompaña de deterioro cognitivo, demencia y otras afecciones médicas crónicas.

A menudo se acompaña de una carga médica significativa y de una discapacidad. De hecho, a medida que aumenta el número de afecciones de salud y la discapacidad asociada, también lo hace la prevalencia de MDD. Los adultos mayores deprimidos tienen más probabilidades de tener una mala adherencia al

tratamiento para afecciones médicas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Comparados con no los ancianos deprimidos, aquellos con LLD tenían casi el doble de citas médicas, pasaban casi dos días en el hospital durante la estadía esperada y tenían casi el doble de probabilidades de recibir cinco o más medicamentos. La preponderancia de médicos las condiciones observadas al final de la vida pueden ayudar a explicar por qué los PCP identifican menos de la mitad de los casos de LLD. Muchos síntomas (por ejemplo, fatiga y trastornos del sueño) de condiciones médicas en los síntomas depresivos mímicos de los últimos años de vida. Además, es más probable que los PCP se presenten con perfiles de síntomas menos graves y vagos que pueden ocultar aún más los síntomas depresivos. La extensión de la comorbilidad médica en aquellos con eficacia de tratamiento de impacto LLD. En un estudio de farmacoterapia de mantenimiento para LLD, los participantes con menos o menos malformaciones médicas coexistentes mostraron tasas más bajas de episodios recurrentes de depresión mayor que aquellos.

El deterioro cognitivo puede complicar la identificación y el tratamiento de LLD. El deterioro cognitivo a menudo se desarrolla después de un conjunto de síntomas del estado de ánimo, y se ha detectado en 40 a 60% de los individuos sin demencia con LLD Estas alteraciones a menudo persisten después del tratamiento y la remisión de los síntomas. Los déficits se encuentran en varios dominios cognitivos, a saber, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento de la información.

Además de una carga médica significativa, los factores sociales pueden complicar la presentación y el pronóstico de LLD. Por ejemplo, los individuos con LLD y SES más bajo tienen más morbilidad y mortalidad en comparación con aquellos con LLD y SES más alto. Además, las personas con SES bajo tienden a responder pobremente al tratamiento con antidepresivos

El género puede influir en la presentación clínica de LLD. Las mujeres mayores sufren de depresión al doble de la tasa de hombres de edad avanzada. Las posibles causas de esta disparidad son desventajas económicas, mayor

aislamiento, más morbilidad médica y mayores tasas de discapacidad. Los hombres pueden ser más propensos que las mujeres a presentar síntomas de ira, irritabilidad, anhedonia, abstinencia y apatía, y menos probabilidades de quejarse de tristeza o síntomas psicológicos.

Las consideraciones especiales pueden ser útiles para los médicos que evalúan a pacientes de diversos grupos étnicos. Por ejemplo, los trastornos depresivos están poco diagnosticados y mal tratados entre los estadounidenses de raza negra y los latinos. La somatización de la angustia psicológica se ha observado en ancianos coreanos y chinos. Entre los chinos y los estadounidenses, la opinión de que la depresión trae deshonra y vergüenza a la familia se pensaba que disuadía la búsqueda de ayuda.

Con LLD a menudo no percibe una necesidad de servicios de atención de salud mental. El estigma a menudo evita el reconocimiento de los síntomas, la adherencia adecuada a la medicación y se encontró que es una razón fundamental por la que los adultos mayores no buscan tratamiento y continúan el tratamiento dentro de la configuración de PC.¹

La prevención de LLD merece un esfuerzo considerable debido a sus contribuciones a la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. La literatura sugiere que la prevención de la depresión en la vida posterior puede ser muy efectiva cuando la prevención está indicada. Por ejemplo, quizás sea mejor apuntar a adultos mayores que tienen factores de riesgo para depresiones como apoplejía, degeneración macular, redes sociales pequeñas o síntomas de umbral. Un metaanálisis reciente de 32 ensayos controlados aleatorios, al examinar los efectos de las intervenciones preventivas en los participantes sin depresión diagnosticada, se encontró una disminución del 21% en la incidencia durante 1 a 2 años en los grupos de prevención en comparación con los grupos control. Desde una perspectiva de salud pública, la prevención de la depresión es necesaria para prevenir episodios de depresión mayor en aquellos con factores de riesgo conocidos y aquellos que son levemente sintomáticos, mitigando así la carga de la discapacidad relacionada con la enfermedad²

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992) como una “Alteración del humor que se caracteriza por el padecimiento de tristeza, reducción de la energía vital, disminución del nivel de actividad, pérdida de interés, de concentración y de la capacidad de disfrutar”, actualmente se considera que se trata de un síndrome con múltiples manifestaciones clínicas, y que en ningún caso es una consecuencia normal del envejecimiento. Aunque se trata de una patología infra diagnosticada a nivel mundial, en el estudio EURODEP (estudio de epidemiología de la depresión en el anciano) se evidencia una prevalencia global del 12,3%, siendo los pacientes con mayor afectación los institucionalizados y aquellos que se encuentran en el ámbito hospitalario³

La depresión en la vida posterior se asocia con un mayor riesgo de caídas, eventos cardiovasculares, deterioro cognitivo, mayor uso de la atención de la salud y muerte. En la actualidad, no hay datos de prueba convincentes para respaldar el uso de ninguna estrategia en particular para prevenir estas complicaciones entre las personas mayores con depresión.⁴

Hasta un 60% de las personas mayores con depresión no están identificadas como deprimidas por sus médicos tratantes. La detección y la búsqueda de casos son estrategias que se han utilizado comúnmente para abordar este problema, y aunque la detección aumenta en casi un 30% la identificación de las personas con depresión en la atención primaria, tales resultados no se traducen en mejores tratamientos y resultados. Del mismo modo, proporcionar educación sobre la depresión a los médicos de atención primaria no parece cambiar el resultado clínico de sus pacientes. En la actualidad, no existe evidencia de que la educación de adultos mayores sobre la depresión sea útil. Tal vez, como los médicos generales, los adultos mayores requieren información individualizada para satisfacer sus necesidades específicas, en lugar de educación general sobre la depresión⁷

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basándose en la historia clínica detallada, la exploración psicopatológica y las pruebas complementarias oportunas. Será imprescindible realizar una valoración cognitiva, analítica básica y

estudios de neuroimagen (tomografía computadorizada –TC– craneal). También se deberá intentar identificar las posibles causas subyacentes (orgánica, fármacos) e indagar sobre los aspectos de interés, teniendo en cuenta que la depresión en el anciano es ejemplo de presentación atípica de enfermedad. Es por dicho motivo que los criterios DSM-5 y CIE han sido criticados y cuestionados, puesto que inducen al infradiagnóstico de esta patología en el anciano.⁶

Las siguientes son las escalas recomendadas más utilizadas en geriatría:

1. Escala de depresión geriátrica/Yesavage: (S 84 %, E 95 %).
2. Cuestionario sobre la salud del paciente. PHQ-2: (S 100 %, E 77 %).
3. Cuestionario sobre la salud del paciente. PHQ-9: Útil para monitorizar la respuesta al tratamiento (S y E similares en torno al 90 %.)
4. La escala de Cornell para la depresión en demencia.

Una vez establecido el diagnóstico, se debe aplicar una estrategia terapéutica rápida y eficaz que minimice el riesgo de suicidio. Además, se ha demostrado que una respuesta temprana es un buen predictor para alcanzar la remisión de esta patología. La base del tratamiento está constituida por los fármacos antidepresivos y la psicoterapia.

Aquellos que han demostrado mayor beneficio son los inhibidores de la recaptación de serotonina y los fármacos duales. En general, se prefiere la monoterapia para minimizar los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas, debiéndose iniciar siempre con dosis bajas e ir titulándose lentamente. En caso de resistencia o respuesta insuficiente se deberán alcanzar las dosis máximas recomendadas (la causa más frecuente de ineficacia son las dosis insuficientes). Si fracasa la monoterapia se podrá asociar un segundo agente antidepresivo o cambiar el fármaco. Por otro lado, aunque clásicamente se utilizó el litio como estabilizante y potenciador antidepresivo, actualmente se considera a lamotrigina de primera elección como potenciador antidepresivo en las depresiones mayores resistentes. En general, se sugiere realizar la elección del tratamiento en función del perfil de efectos secundarios de los distintos grupos farmacológicos. El ejercicio físico se considera de primera línea en el tratamiento

de pacientes con depresión leve a moderada, recomendándose, en general, el ejercicio cardiovascular (aeróbico) periódico.

La psicoterapia cognitivo-conductual es la que ha demostrado mayor mejoría. Puede aportar un importante beneficio en los pacientes con depresión menor (en quienes el tratamiento farmacológico no ha demostrado efectividad de forma consistente), en aquellos con depresión vascular y disfunción ejecutiva (con pobre respuesta farmacológica), así como en aquellos con refractariedad al tratamiento en general y/o que asocian síntomas de ansiedad. En la actualidad, está indicada en ancianos con depresión refractaria al tratamiento, depresiones con síntomas psicóticos, depresión catatónica con negativa a la ingesta de alimentos y cuando existe riesgo de suicidio. Se asocia con frecuencia a un deterioro de la memoria retrógrada y anterógrada que suele mejorar.

En el tratamiento de mantenimiento el objetivo no es sólo tratar la enfermedad sino además prevenir la recurrencia, por ello surge la necesidad de buscar estrategias de manejo y prevención. Actualmente existe consenso acerca de que, en el caso de presentar episodios depresivos previos, la terapia de mantenimiento será de duración indefinida. Entre las nuevas perspectivas encontramos la neuroestimulación. Estudios de estimulación cerebral en la depresión mayor se encuentran aún en proceso de investigación. Otras terapias de estimulación en pacientes con depresión resistente se están realizando mediante estimulación magnética transcraneal o estimulación cerebral profunda. Hasta el momento no hay.

Varios clínicos han descrito en la literatura que la depresión menor o la depresión por debajo del umbral se diagnostica cuando uno de los síntomas de depresión está presentes junto con 1 a 3 síntomas adicionales menores la depresión y la depresión subumbral en ancianos son de particular importancia clínica debido a que se han asociado con un deterioro similar al de la depresión mayor, incluyendo la función física deteriorada, días de mayor incapacidad, baja asistencia social percibida y uso excesivo de servicios. El síndrome de depresión-disfunción ejecutiva ha sido considerado como importante⁵

La necesidad de capacitación sobre enfermedades mentales de los médicos de medicina familiar es ahora altamente conocida en parte debido a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (y su discapacidad resultante): La depresión representa desafíos únicos para el médico de atención primaria. El 83% de los pacientes deprimidos se presenta con síntomas somáticos (generalmente trastornos del sueño, fatiga y dolor) que dificultan su diagnóstico.¹¹

Los médicos familiares diagnostican incorrectamente a más del 50% de los pacientes psiquiátricos que presentan síntomas principalmente somáticos, tomando en cuenta lo anterior, es fundamental que estén debidamente capacitados en el diagnóstico y tratamiento de afecciones psiquiátricas en particular trastornos depresivos.⁸ El retraso en el reconocimiento, la necesidad de descartar la fisicidad y el poco uso, o resultados negativos de los exámenes físicos para analizar la depresión, retrasan el camino hacia el diagnóstico en pacientes con presentación somática en atención primaria.¹¹

Los médicos de familia se caracterizan por poseer aptitudes relacionadas con el interés, la empatía, el liderazgo y el profesionalismo, lo mismo que habilidades y conocimientos para proporcionar y asegurar una atención médica continua e integral a cada miembro de la familia.¹⁰

Klinkman enfatiza que la identificación de problemas mentales es mucho más compleja en el ámbito de atención primaria, lo que hace hincapié en la necesidad de que los médicos familiares tengan capacitación suficiente en evaluación y tratamiento de psicodiagnóstico. Sin embargo, la mayoría de los residentes de medicina familiar completan la especialidad con deficiencias en lo antes mencionado.⁹

El médico de familia al realizar exámenes periódicos de salud en cada consulta establece un plan de acción que modifica los problemas que presenta el adulto mayor ya sea con medidas de prevención primaria, secundaria, terciaria o con otras formas de intervención y entre estos problemas van implicadas las enfermedades mentales que cada vez son más frecuentes sobre todo en Latinoamérica dado que la transición demográfica prácticamente está concluyendo

y una baja fecundidad como principal variable actuante en el crecimiento poblacional, que está por debajo del nivel de reemplazo generacional, y así también su proyección futura.¹²

VALIDACIÓN DE ESCALAS

Los instrumentos de investigación son de suma importancia para poder hacer investigación mediante la recolección de datos. Si los instrumentos son válidos podemos utilizarlos con confianza para el objetivo de nuestra investigación en nuestra población y de acuerdo a sus características.

En un principio se plantea el concepto que se desea medir y se operacionaliza, para relacionar lo que realmente se observa, con lo que se cree que mide (precisión y congruencia). Se deben eliminar los errores sistematizados, a partir de tres métodos: congruencia interna que consiste en que las distintas partes que componen el instrumento midan lo mismo con un valor mínimo del coeficiente Alpha de Cronbach de .70; estabilidad que es el grado en que se obtienen las mismas medidas al aplicar dos veces el instrumento y la equivalencia que mide la confiabilidad de dos instrumentos que miden el mismo concepto.

La validez tiene diferentes tipos, siendo las más importantes la validez de contenido y la validez de constructo. La de contenido evalúa los ítems que estén dentro del dominio de interés; éste se obtiene a través del consejo de expertos en la materia y áreas afines en donde emiten un juicio sobre congruencia y claridad de los ítems, convencionalmente se eligen en un número de cinco y estos, en lo posible, deben ser multidisciplinarios, es decir, deben pertenecer a distintos campos del conocimiento a fin de evitar percepciones sesgadas y opiniones subjetivas acerca del tema o concepto que estamos evaluando. La validez de constructo es el grado en que una medición se relaciona con otras mediciones o hipótesis teóricas sobre el mismo concepto.

La confiabilidad se refiere a la estabilidad del instrumento para medir el mismo conjunto de ítems una y otra vez.¹⁴

La terminología dentro del instrumento debe estar apuntando a la población a la cual se quiere evaluar, en ese sentido, los ítems deben estar redactados con la claridad respectiva, relacionada al nivel de conocimientos que tiene la población objetivo.¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante recordar que como médicos de primer nivel de atención, nuestro principal objetivo es la prevención, por lo cual la aplicación de estrategias integrales es una buena medida para llevarla a cabo en el rubro de los adultos mayores que están muy propensos a presentar diversas patologías entre ellas los trastornos depresivos, ya sea de manera individual o asociada a otras enfermedades, las cuales pueden tener una mala evolución si el paciente no se encuentra estable en el ámbito emocional. Por lo que es de suma importancia que el médico esté capacitado para detectar indicios de estos trastornos y así mismo orientar a los pacientes.

Si encontramos la enfermedad ya establecida, este conocimiento y estrategias nos servirán para disminuir la prevalencia, así mismo mejorar la calidad de vida de los pacientes, fomentando y haciendo hincapié en lo importante de las enfermedades psiquiátricas del estado de ánimo, el cómo afectan la calidad de vida, apego a tratamiento de otras enfermedades, afección en el núcleo familiar y el riesgo para desencadenar otro tipo de enfermedades neurocognitivas.

Por lo anterior nos preguntamos:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre depresión en el adulto mayor?

HIPÓTESIS

- El Nivel de conocimiento de los médicos familiares sobre depresión en el adulto mayor es bajo.

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el año 2014, el nivel de conocimiento en el manejo integral del paciente de patologías crónico degenerativa como Diabetes Mellitus 2, entre otras en primer nivel de atención es bajo en el rubro de prevención, el cual es el principal objetivo con una media de 53.4%, en la dimensión de diagnóstico se reporta un 91.4% y en tratamiento y control 89.7%.¹⁷

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor.

PARTICULARES

- Construir y validar el instrumento de depresión en el adulto mayor.
- Describir las características sociodemográficas y laborales de los médicos familiares
- Identificar las características académicas de los médicos familiares.
- Comparar el nivel de conocimiento de los médicos de depresión en el adulto mayor con las características generales estudiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” de la Delegación Norte de la ciudad de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Población de estudio

Los sujetos de estudio fueron los médicos familiares adscritos a la UMF 20 que atienden la consulta externa de Medicina familiar.

Periodo de estudio

2019

Diseño de estudio

Por la intervención del investigador: Observacional

Por la captación de la información: Prolectivo

Por la medición del fenómeno del tiempo: Transversal

Por la función de los grupos de estudio: Comparativo

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Médicos familiares de ambos turnos que aceptaron participar en el estudio dando un total de 47

- En el turno matutino hay 30 médicos familiares, en turno vespertino cuenta con 20 médicos familiares y médicos generales adscritos a la consulta externa, en total la n será de 50 médicos.
- Encuesta sobre la depresión que se les aplicara a cada médico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

- Médicos con especialidad en Medicina Familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo que desearon participar en el estudio.

EXCLUSIÓN

- Médicos Familiares que al momento de la evaluación se encontraron ausentes independientemente del motivo.

ELIMINACIÓN

- Cuestionarios de médicos familiares que no cumplieron con el 90% de las respuestas.

VARIABLES

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Nivel de conocimiento de depresión en el adulto mayor en primer nivel de atención	Posesión de múltiples datos interrelacionados, su comprensión por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados.	<p>Conocimiento que los médicos han adquirido durante su formación profesional</p> <p>Se evaluó con el instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo • Diagnóstico de depresión en el adulto mayor. • Vigilancia y seguimiento • Tratamiento para el adulto mayor. 	Cuantitativa	Nominal Dicotómica	Alto:20-25 Medio:14-19 Bajo: 0-13

Variables independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos a la fecha de la encuesta	Cuantitativa	Continua	0-99 años
Género	Es una variable genética y biológica que divide a los seres humanos en: Femenino y masculino		Cualitativa	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
Años de ejercicio	Ejercicio es el hecho de realizar las actividades propias de una profesión.	Cantidad de tiempo laborados realizando las actividades en su puesto de trabajo	Cuantitativa	Continua	Años
Curso de actualización sobre depresión en el adulto mayor	Conjunto de lecciones, taller, seminarios, diplomados que ofrecen al egresado la renovación y ampliación de los conocimientos profesionales sobre avances en determinadas áreas disciplinarias.	Conjunto de conocimientos y prácticas recientes que se importen posteriores al egreso de su nivel profesional para desarrollar competencia clínica en busca de una práctica de excelencia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Con curso Sin curso
Tipo de contratación	Manera de formalizar en apego a la Ley, la relación de trabajo para garantizar los derechos del trabajador y la empresa ya sea	Situación contractual dentro de la institución	Cualitativa	Nominal	Base 02 08

Tipo de contratación	Manera de formalizar en apego a la Ley, la relación de trabajo para garantizar los derechos del trabajador y la	Situación contractual dentro de la institución	Cualitativa	Nominal	Base 02 08
-----------------------------	---	--	-------------	---------	------------------

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa aceptación del comité de Ética e investigación se llevó a cabo la recolección de datos, seleccionando a los participantes de acuerdo a los criterios de selección, previo consentimiento informado, se les informó de los objetivos y la confidencialidad de este.

Se aplicó un cuestionario que contiene datos sociodemográficos y laborales.

La encuesta estructurada, específica para medir el nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor, tiene un promedio de 25 minutos por encuesta de tiempo estimado para su llenado. Una vez terminada la recolección de la información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 22. Posteriormente se procedió a elaborar tablas y el análisis de los resultados obtenidos. Se realizó redacción del escrito final, para posterior divulgación en eventos científicos y se dio por concluida la investigación.

INSTRUMENTO UTILIZADO

Se desarrolló una encuesta estructurada para evaluar el nivel de conocimiento a través de casos clínicos estructurados con metodología propuesta por National Board of Medical Examiners sobre depresión en el adulto mayor en médicos especialistas en Medicina Familiar. Se realizó en base en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención (que es la más utilizada por Médicos Familiares) y DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Se elaboró una encuesta con 25 ítems, dicotómicas que evalúan los factores de riesgo, integración diagnóstica, prescripción terapéutica, seguimiento, pronóstico y complicaciones.

CATEGORÍA	PREGUNTAS QUE LA EVALUAN	TOTAL
FACTOR DE RIESGO	C1-1, C2-2-3, C3-4-5, C4-1, C5-3-5	8
INTEGRACIÓN DIAGNOSTICA	C1-2-3, C2-1	3
USO DE AUXILIARES DIAGNOSTICOS	C4-2	1
PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA	C1-4, C2-4-5, C3-1, C4-4-5, C5-4	7
EFFECTOS ADVERSOS	C5-2	1
COMPLICACIONES	C5-1	1
PRONÓSTICO	C3-3	1
SEGUIMIENTO	C1-5, C3-2, C4-3	3

El instrumento fue revisado por un grupo de 5 expertos Dra. María del Carmen Aguirre, especialista en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad De Medicina Familiar Número 20. IMSS y coordinadora del curso de especialización en Medicina Familiar UNAM; Dra. Santa Vega Mendoza especialista en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad De Medicina Familiar Número 20. IMSS y profesora adjunta al curso de especialización en Medicina Familiar UNAM; Dr. Orlando Cueto Aguilar maestro en educación adscrito al CIEF de León; Dr. Víctor Vaquez Valdez Especialista en Geriatria con adscripción HGZ 48; Dr. Octavio García Munguía, Médico Psiquiatra adscrito HGZ 24.

Para garantizar la validez de contenido, esto es, que el instrumento midiera los conceptos deseados y explorara los dominios pertinentes de acuerdo al constructo del estudio.

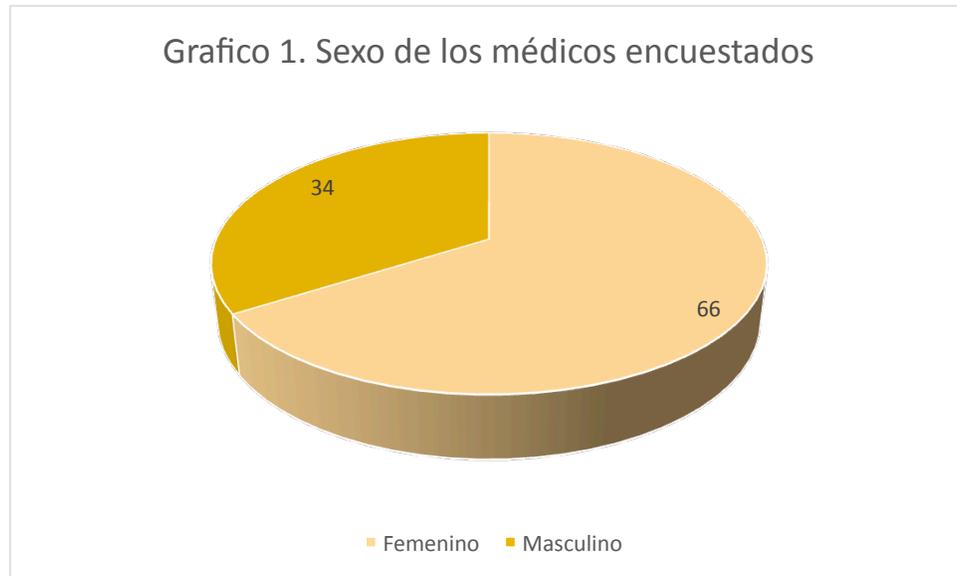
Posteriormente se realizó la prueba piloto, entre médicos residentes de Medicina Familiar de tercer año. La prueba piloto que comprobó la logística del estudio fue hecha con una muestra de 11 médicos que no fueron parte del estudio principal. Obteniendo una Kuder de Richardson 20 de 0.9245, es decir con una confiabilidad alta, de tal manera que existe una fuerte correlación entre cada una de las preguntas.

Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes para variables cualitativas) y no paramétrica para comparación de grupos con prueba de U de Mann Withney.

RESULTADOS

Participaron en el presente estudio 47 médicos familiares adscritos a la Unidad, de ambos turnos, con una media de edad de 38.38 ± 6.7 años; rango de 29 años a 52 años, sexo femenino en el 66% (n=31) y masculino en un 34% (n=16). **Gráfico 1.**



En cuanto a la categoría a la que pertenecen los participantes del estudio el total de los médicos de base fue el 89.4% (n=42), con contrato 02 el 8.5% (n=4) y contrato 08 en un 2.1% (n=1). La media de años laborados fue de 9.14 ± 6.98 años, con un mínimo de 0.20 años y máximo de 22 años. **Cuadro 1.**

Cuadro 1. Características laborales de los médicos encuestados

Variable	n	%
Categoría		
Base	42	89.4
02	4	8.5

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

De los médicos participantes que cuentan con curso de actualización sobre Depresión en el adulto mayor refirieron que lo tienen sólo el 6.4% (n=3) **Cuadro 2.**

Cuadro 2. Curso de actualización sobre depresión en los médicos encuestados

Variable	n	%
Curso		
Sí	3	6.4
No	44	93.6

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

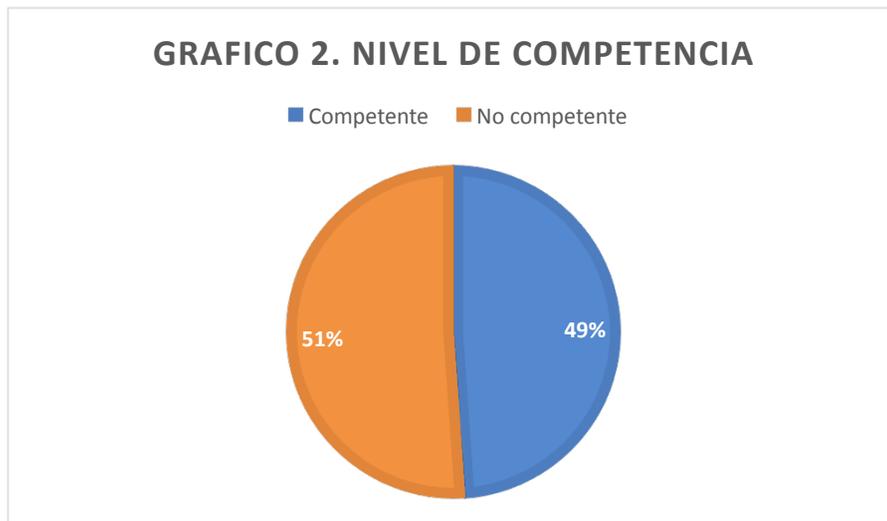
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el instrumento de evaluación elaborado en el presente estudio, se obtuvo el nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor como competente al 51.1% (n=24) de los participantes. **Cuadro 3. Gráfico 2.**

Cuadro 3. Nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor

Variable	n	%
Nivel de competencia		
Competente	24	51.1
No competente	23	48.9

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.



En los resultados obtenidos el nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor que predominó fue el medio 63.5% (n=30), seguido del bajo 34% (n=16) y el alto con 2.1% (n=1). **Cuadro 4.**

Cuadro 4. Nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor

Variable	n	%
Nivel de competencia		
Bajo	16	34
Medio	30	63.8
Alto	1	2.1

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

Al explorar los resultados de las puntuaciones obtenidas por dominios, se encontró competencia para factores de riesgo el 55.3% (n=26) y de no competencia un 44.7% (n=21), integración diagnóstica competencia 72.3% (n=24) y no competencia 27.7% (n=13); para prescripción terapéutica competencia en un 63.8% (n=30) y no competencia 36.2% (n=17), seguimiento competencia en un 68.1% (n=32), no competencia de 31.9% (n=15), pronóstico competencia en un 40.4% (n=19) y no competencia 59.6% (n=28) y auxiliares diagnósticos competencia 72.3% (n=34) y 27.7% no competencia (n=13). **Cuadro 5.**

Cuadro 5. Nivel de competencia por indicador

Variable	Competente		No competente	
	N	%	n	%
Factor de riesgo	26	55.3	21	44.7
Integración diagnóstica	34	72.3	13	27.7
Prescripción terapéutica	30	63.8	17	36.2
Seguimiento	32	68.1	15	31.9
Pronóstico	19	40.4	28	59.6
Auxiliares diagnósticos	34	72.3	13	27.7

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

Las medianas de acuerdo con los dominios se evaluaron de la siguiente manera: factores de riesgo 6, Integración diagnóstica 2, prescripción terapéutica 4, seguimiento 2, pronóstico 0, auxiliares de diagnóstico 1. **Cuadro 6.**

Cuadro 6. Indicadores por dominio de competencia.

INDICADORES	Factores de riesgo	Integración diagnóstica	Prescripción terapéutica	Seguimiento	Pronóstico	Auxiliares de diagnósticos	Totales
Mediana	6	2	4	2	.0	1	15
Percentiles	25	5	1	3	1	.0	13
	50	6	2	4	2	.0	15
	75	7	2	5	3	1	16

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

Al realizar el análisis bivariado de las variables estudiadas con la competencia de acuerdo con el sexo predominó la no competencia en el 78.3% de las mujeres VS la competencia en el 54.2% con una p no significativa de 0.075. **Cuadro 7.**

Cuadro 7. Sexo y competencia

Variable	No competente	Competente	p*
Sexo			
Mujer	n 18	13	0.075
	% 78.3	54.2	
Hombre	n 5	11	
	% 21.7	45.8	

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

En relación con los años laborados predominó la no competencia en el 56.5% VS la competencia en el 62.5% los médicos con más de 5 años laborados con una p no significativa de 0.452. **Cuadro 8.**

Cuadro 8. Años laborales y competencia				
Variable		No competente	Competente	p*
Años laborales				
0-5 años	n	10	9	0.452
	%	43.5	37.5	
Más de 5 años	n	13	15	
	%	56.5	62.5	

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

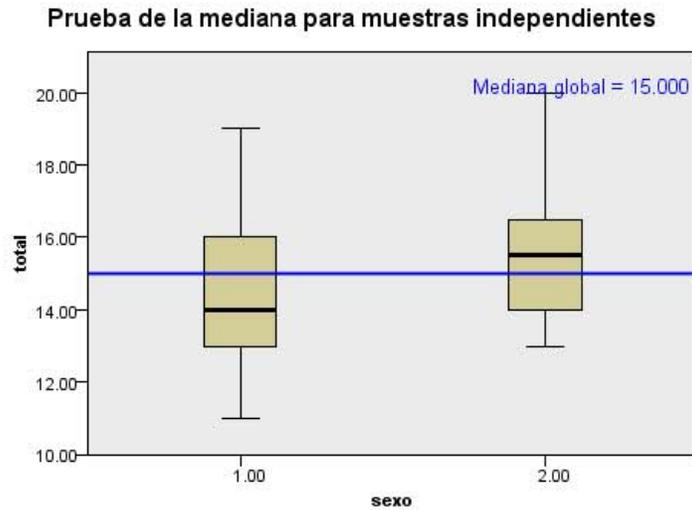
La competencia y no competencia predominó la categoría de trabajo de base en el 91.3% VS 87.5% con una p no significativa de 0.505. **Cuadro 9.**

Cuadro 9. Categoría y competencia				
Variable		No competente	Competente	p*
Categoría				
Base	n	21	21	0.505
	%	91.3	87.5	
02	n	2	2	
	%	8.7	8.3	
03	n	0	1	
	%	0	4.2	

Fuente: Encuesta Nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor 2019.

Pruebas no paramétricas

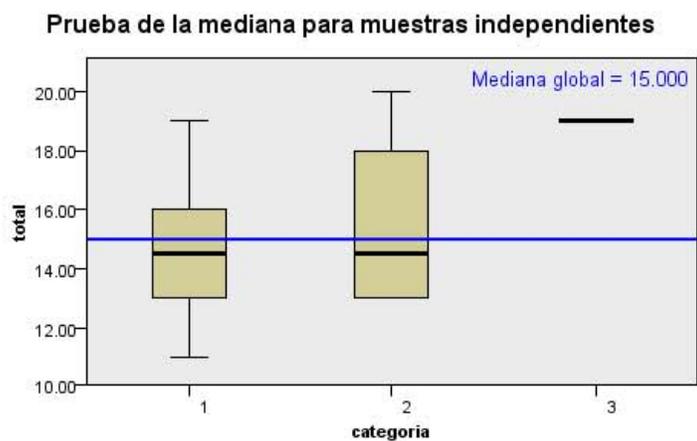
No obtuvimos significancia estadística en las pruebas no paramétricas por sexo con $p = .385$



N total	47	
Mediana	15.000	
Estadístico de contraste	1.406	
Grados de libertad	1	
Significación asintótica (prueba bilateral)	.236	
Corrección por continuidad de Yates	Chi-cuadrado	.755
	Grados de libertad	1
	Significación asintótica (prueba bilateral)	.385

1. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

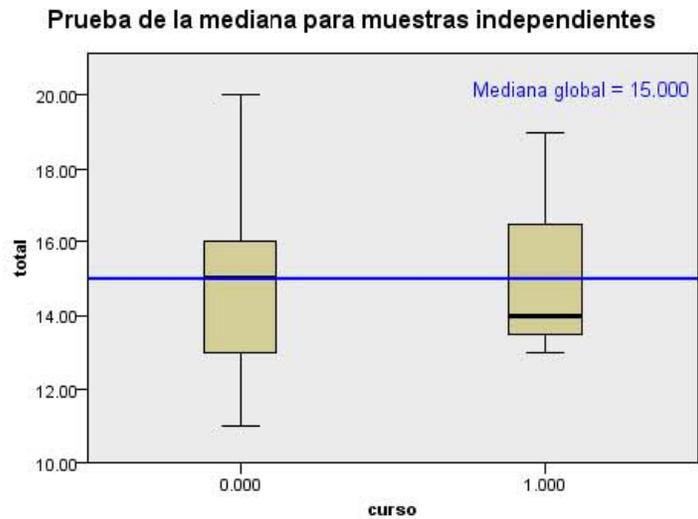
Sin significancia estadística por categoría con p 0.375



N total	47
Mediana	15.000
Estadístico de contraste	1.962
Grados de libertad	2
Significación asintótica (prueba bilateral)	.375

1. Al menos una casilla tiene un valor esperado menor que uno.
2. Más del 20% de las casillas tienen valores esperados menores que cinco.
3. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

No hubo diferencias significativamente estadísticas entre los que tomaron un curso
 $p = 0.667$



N total	47	
Mediana	15.000	
Estadístico de contraste	.033	
Grados de libertad	1	
Significación asintótica (prueba bilateral)	.855	
Corrección por continuidad de Yates	Chi-cuadrado	186
	Grados de libertad	1
	Significación asintótica (prueba bilateral)	.667

1. Más del 20% de las casillas tienen valores esperados menores que cinco.
2. No se realizan múltiples comparaciones porque la prueba global no muestra diferencias significativas en las muestras.

DISCUSIÓN

La medición del nivel de conocimiento de los médicos familiares en depresión en el adulto mayor apegada a las Guías de Práctica Clínica en el primer nivel de atención nos permite tener una perspectiva sobre el ejercicio clínico que se desempeña dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de establecer estrategias para la capacitación y actualización continua del médico familiar que lo dirija hacia una aptitud clínica en la búsqueda del beneficio para los pacientes.

En el presente estudio, se encontró que el nivel de conocimiento de más de la mitad de los médicos familiares de la UMF 20 Vallejo fue medio y sólo un participante obtuvo un nivel de conocimiento alto, mostrando la competencia de sólo la mitad de los médicos; lo que indica la necesidad de capacitación sobre depresión en el adulto mayor para los médicos de ambos géneros, de las tres categorías y ya sea que tengan menos o más de 5 años de antigüedad en el ejercicio de la medicina de primer contacto ya que no se encontró asociación entre estas tres con el nivel de conocimiento.

Así mismo se obtuvo que los médicos participantes tuvieron mayor conocimiento en los indicadores de Integración diagnóstica seguido por prescripción terapéutica.

Esto coincide con un trabajo similar realizado en 2008 dentro del IMSS donde se midió nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor en médicos familiares y no familiares, obteniendo un buen nivel de conocimiento la mitad de la población estudiada, no se encontró significancia con género, edad, estado civil, antigüedad o categoría.¹⁹

Por el contrario en otro estudio realizado por Flores-Gutiérrez y cols.²⁰ sobre nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor en estudiantes de medicina, médicos internos, médicos residentes y adscritos de medicina familiar, reportaron que los estudiantes tuvieron mayor nivel de conocimiento sobre los médicos adscritos, dado que los últimos tienen mayor tiempo sin la constante revisión de

este tema en particular, encontrando correlación con los años laborados a diferencia de nuestro estudio en el cual no se encontró una diferencia significativa. Se obtuvo mayor conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento al igual que en el presente estudio.

Otros estudios han demostrado que el nivel de conocimiento sobre depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención es medio, con la consecuencia de subdiagnostico¹⁸. En un estudio realizado por Zelada y cols., quienes reportaron que el 10% de los médicos se considero capacitado para la atención integral del adulto mayor, siendo muy bajo aún para médicos especialistas no geriatras.

El diagnóstico de depresión en el adulto mayor no se está realizando posiblemente porque los síntomas depresivos son enmascarados por otras patologías, porque el tiempo de evolución es mayor y difícilmente pueden ser catalogados, así mismo se debe considerar la escasez de tiempo, elevado número de consultas y el rechazo social a este tipo de padecimientos.

Existe el antecedente de que a mayor número de cursos recibidos mejora la aplicación del conocimiento adquirido previamente, así mismo de las GPC en primer nivel de atención; se pueden sugerir capacitaciones periódicas a los médicos, evaluaciones de las guías en cada unidad como parámetro de autoevaluación y autocrítica.

Otros autores han utilizado instrumentos para evaluar la aptitud de la práctica clínica con el objetivo de tener una estimación del grado de conocimiento desde el enfoque constructivista, crítico y reflexivo que llevan a cabo los médicos de primer contacto, sus resultados no han sido muy alentadores ya que evidencian que el nivel de conocimientos descritos van de regular o medio a malo en instituciones de salud similares a la de este estudio y resaltan la necesidad de la capacitación continua con estrategias diferentes a las que se han venido utilizando para este fin.

En conclusión, la competencia en conocimiento de depresión del adulto mayor, solo se presentó en la mitad de la población de médicos estudiada sin embargo no se asoció otras variables como la edad, el sexo o bien los años de antigüedad laboral o su categoría sin embargo faltaría ampliar la población de estudio, compararlos con los médicos en formación u en otras unidades de adscripción, explorar si existe la necesidad sentida de capacitación en dicha área, entre otras.

CONCLUSIONES

Se realizó el estudio a una muestra de 47 médicos adscritos a la UMF 20, el intervalo de edad fue de 29 a 52 años, sexo femenino en un 66%; tipo de contratación médicos de base en el 90%; la media de años laborados fue de 9.14 ± 6.98 años.

De los médicos participantes sólo el 6% refirió contar con curso de actualización en depresión.

La competencia en el conocimiento de depresión en el adulto mayor se presento en el 51.3% de los médicos, el indicador más alto fue el de Integración Diagnóstica y el de prescripción terapéutica.

Al comparar los resultados de manera global no se encontró una asociación significativa respecto a edad, sexo o categoría u años laborados.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Se sugiere impulsar diferentes acciones para que así el médico familiar mejore su nivel de conocimiento y competencia sobre depresión en el adulto mayor.

La primera es implementar y llevar a cabo estrategias educativas y de capacitación continua acerca de depresión en el adulto mayor en los médicos familiares para así obtener una mejora en la calidad de los servicios de atención. Así mismo hacer activa la participación del paciente sobre el conocimiento de la enfermedad y con el grupo de especialistas.

Fomentar la relación médico-paciente y el resto del equipo de salud.

Capacitación al equipo de salud en la UMF que tiene contacto con el paciente, es decir no sólo al médico, sino al grupo de enfermería, trabajo social y nutrición para juntos planificar nuevas estrategias contra esta patología; realizar revisión de casos clínicos junto con el paciente y su familia, para acordar y llegar a metas específicas.

Sensibilizar a las autoridades de la institución sobre la importancia de la actualización y capacitación del personal de salud, destinar recursos financieros y humanos para estas metas y así mismo la contratación de personal de psicología para la unidad médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Charles A. Halla, Charles F. Reynolds. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention 2014. Elsevier Ireland Maturitas 79 (2014) 147–152.
2. Portellano-Ortiz, Garre-Olmo J., Calvó-Perxas L. y Conde-Sala J.. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016.
3. M.E Portilla Franco y P. Gregorio Gil. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Medicine. 2014;11(62):3714-9.
4. Osvaldo P. Almeida. Prevention of depression in older age 2014 Elsevier Ireland Maturitas 79 (2014) 136–141.
5. Philip B. Mitchella, Samuel B. Harveya, Depression and the older medical patient When and how to intervene 2014 Elsevier Ireland Maturitas 79 (2014) 153–159.
6. Rehan Aziz, MD, David C. Steffens, MD, MHSc Rehan Aziz, MD David C. Steffens, MD, MHSc. What Are the Causes of Late-Life Depression? Psychiatr Clin N Am 36 (2013) 497–516.
7. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Gua Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016;23(1):24-28.
8. Simon E. et.al Process-oriented Dynamic group psychotherapy for depression as a teaching modality in a family medicine residency program-A pilot study. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2017, Vol.52 (1) 62-71, 2017.

9. Klinkman Ms. Competing demands in psychosocial care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care. *Gen Hospital Psychiatric* 19997; 19:-98-11.
10. Sarmiento Medina P.J. et. al. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Semergen* 2019.<https://doi.org/10.1016/J.Semerg.2018.09.011>.
11. Leff M. et al. Latvian family physicians experience diagnosing depression in somatically presenting depression patients: A qualitative study.
12. Álvarez M; Rocha M, et. al. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del médico de familia. *Rev. Cubana de Medicina General integral*. 2014; 30(4):388-401.
13. Supo J. Cómo validar un instrumento, 2013, Biblioteca Nacional del Perú, <http://www.bioestadistico.com>.
14. Argibay, J. Cuestiones de validez y confiabilidad. Subjetividad y procesos cognitivos, *Rev. Universidad de Ciencias sociales*. Buenos Aires Argentina, 2006, 8:15-33.
15. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención SSA 2014.
16. DSM V (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders) 2018.
17. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014 Gnebra:2014.
18. Boschetti, FB. La Depresión y su manejo en el ámbito de medicina familiar. *Archivos en medicina familiar* 2004; 16(3): 61-63.
19. Cuevas, S. Nivel de conocimiento del médico familiar y no familiar sobre depresión en el adulto mayor. Tesis Unam, 2008.
20. Flores, M. y cols. Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. *Rev. Salud Mental* diciembre del 2000, 23(6).

ANEXOS

Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento del médico familiar sobre depresión en el adulto mayor
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de Las Salinas Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México. Año 2019
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Detección oportuna de la depresión por el MF tiene gran relevancia en prevención del suicidio, mejor calidad de vida. La prevención y el tratamiento contribuyen a disminución de recaídas de esta y otras patologías asociadas Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre depresión en el adulto mayor.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se le aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por medio la encuesta. Y se puede retirar en el momento que lo disponga.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo, los resultados son muy valiosos para aplicarlos en la búsqueda de capacitación para el personal de salud y así pueda tomar todas las medidas y estrategias que favorezcan el diagnóstico y tratamiento oportunos y una mejor calidad de vida en estos pacientes
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee no modificara de ninguna manera su situación en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Aportar información sobre el conocimiento en los médicos sobre depresión en el adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo"

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula 10859357. Adscrita a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud de la UMF 20. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 Ext. 15368/15368. carmenaguirre1609@gmail.com /

Colaboradores:

DRA. ALEJANDRA DOLORES ARGÓN CARRILLO. Médico Residente Especialidad de Medicina Familiar. Matricula 98354828. Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX . Tel. 55874422 Ext. 15368/15368 E-mail: aledeetz@hotmail.com

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 de
quien da el
consentimiento.

Nombre y firma de
quien obtiene el
consentimiento.

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Encuesta



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20 "VALLEJO"
"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DEPRESIÓN EN EL
ADULTO MAYOR"



El siguientes cuestionario pretende evaluar el grado de conocimiento sobre Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención, sus datos y los resultados obtenidos son confidenciales sólo serán usados con fines de estadística.

Datos personales	
1.Edad	_____ años
2. Genero	F _____ M _____
3.Formación académica	Médico Familiar _____ Médico No Familiar _____ Médico General _____
4.Curso de actualización Depresión	SI _____ NO _____
5.Tipo de contratación	Base _____ 02 _____ 08 _____

CASO 1. Femenino de 71 años. AHF: Madre con DM2, finada hace 30 años. APP: DM2 de 20 años de diagnóstico en tratamiento actual con insulina NPH 15 UI, Fractura de cadera izquierda posterior a caída de su propio plano de sustentación hace 1 mes resuelta con tratamiento quirúrgico, postrada actualmente con escara sacra infectada. Previo al evento era independiente vivía sola, ya que es divorciada desde hace 23 años.PA: Actualmente vive con una hija quien la cuida, sensación de ser una carga, sentimiento de soledad y tristeza. Piensa que es culpable de esta situación por no fijarse y haberse caído. SV: TA: 90/60 mmHg, FC 82, FR:19, Dextrostix 185.

1.-¿Cuál sería el principal factor de riesgo en esta paciente para presentar depresión?

- a)Descontrol metabólico
- b)El ser divorciada
- c)Pérdida de su independenciac
- d)Pérdida materna

2.-Características clínicas que se deben indagar para estratificar el padecimiento en esta paciente?

- a)Antecedentes alérgicos
- b)Duración de los síntomas
- c)Enfermedades endocrinológicas.
- d)Estado socioeconómico

3.-¿Cuál es el principal diagnóstico diferencial que debe hacerse de acuerdo al cuadro depresivo que presenta la paciente?

- a)Delirium hipoactivo
- b)Efecto adverso de algún fármaco
- c)Enfermedad cardiovascular
- d)Presencia de demencia

4.-¿Cuál es el manejo indicado en esta paciente?

- a)Inicio de antidepressivo, y manejo multidisciplinario
- b)Solamente envío a terapia psicológica
- c)Terapia psicológica y farmacológica
- d)Tratamiento con benzodicepinas, antidepressivo y psicología

5.-Una vez instalado el tratamiento en esta paciente la evaluación de la mejoría de síntomas deberá ser en un periodo de:

- a)A la semana
- b)Al mes
- c)A las ocho semanas
- d)A la segunda semana

CASO 2. Masculino de 68 años de edad con AHF:padre finado por IAM, madre finada por IC secundaria a HTA, hermana con diagnóstico de trastorno de la personalidad desconoce cuál. Hermano finado por suicidio previo diagnóstico de distimia. APP:HTA de 10 años de diagnóstico en control con losartán, Dislipidemia de 2 años en tratamiento con pravastatina. Apnea obstructiva del Sueño (SAOS) en tratamiento con CPAP y salbutamol. Complejo B. SV: TA 136/72 mmHg, FC 68, FR 18, Peso 95 Kg, Talla 1.68 m IMC 33.65. Acude a cita mensual de control. Refiere ingesta de alimentos altos en carbohidratos aún sin la presencia de apetito, despierta de 3 a 5 veces por las noches, desde hace casi 3 meses, con dificultad para volver a conciliar el sueño, presentando a veces palpitaciones, sudoración, ganas de salir corriendo. Así mismo refiere llanto fácil, pérdida del interés en realizar sus actividades diarias, ya no disfruta el salir los fines de semana a visitar a sus nietos, cansancio, pérdida del deseo sexual, dificultad para concentrarse, se refiere como enojón de hecho se lo han comentado sus conocidos y su esposa todo esto durante los últimos 6 meses. Lo asocia con que se encuentra preocupado porque su hermano se suicidó a la edad que él tiene y sabe que puede ser heredado.

1.- Con el cuadro clínico descrito a que diagnóstico nosológico puede llegar?

- a)Depresión leve
- b)Depresión Mayor
- c)Distimia

d)Trastorno depresivo no especificado

2.-Cuál es el factor precipitante de mayor importancia para el padecimiento actual del paciente?

a)Hermana con trastorno de personalidad

b)Hermano finado por suicidio

c)Madre finada por complicaciones de Hipertensión

d)Padre finado por infarto agudo al miocardio

3.-La depresión en este paciente se asocia con una de las siguientes comorbilidades

a)Dislipidemia

b)Hipertensión arterial

c)Obesidad

d)SAOS

4.-¿Cuál es el grupo farmacológico de mayor utilidad para el tratamiento de la depresión en este paciente:

a) Benzodiazepinas

b)Inhibidores de la MAO

c)Inhibidores de la recaptura de serotonina

d)Antidepresivos Tricíclicos

5.-Que fármaco podría estar exacerbando la depresión en este paciente:

a)Broncodilatador

b)Estatinas

c)ARA 2

d)Multivitamínicos

CASO 3. Masculino de 75 años de edad con antecedentes: AHF: Padre DM2 finado por ERC desconoce a qué edad, APP:EPOC de 5 años de diagnóstico secundario a tabaquismo, con uso de O2 durante 18hrs/24hrs, Fluticasona, salbutamol, HAS, de 20 años de diagnóstico, en tratamiento con enalapril y losartan, ERC estadio V con diálisis peritoneal (depuración creatinina <30ml/min), y furosemide 24hrs, epilepsia ausencia y mioclonías en tratamiento con valproato de magnesio, fenitoína, levetiracetam, colitis alimentaria. Trastorno mixto de ansiedad y depresión en tratamiento por psiquiatría desde hace 18 meses con paroxetina 20mg al día, clonacepam 2mg al día. Antecedente de dos cuadros de depresión mayor. IMC 35.3 Obesidad grado II. Acude a la consulta de Medicina familiar a control, desde hace 1 semana se refiere con ideas de muerte apático, irritable, llanto fácil; ya que con tantas enfermedades no le ve sentido a su vida, piensa que es una carga para su hijo que lo acompaña y su esposa se comporta de una manera hostil con él, reprochándole que por no cuidarse está enfermo y además le tienen que ayudar a dializarse y se ven afectadas sus actividades. Ha sido enviado a nutrición y trabajo social sin embargo no acudió porque refiere que es una pérdida de tiempo para alguien como él que ya no se va a curar. Refiere que su hijo es el único que lo apoya, su esposa lo agrade verbalmente diciéndole que está muy gordo, que ronca, que huele a orina, y que la espantan esos movimientos involuntarios por lo cual ha pensado en separarse, pero le da miedo morir solo.

1.- De acuerdo con la sintomatología y considerando las comorbilidades del paciente la conducta a seguir más adecuada sería envío a psicología y:

a)Agregar un segundo antidepresivo

b)Ajuste en la dosis.

c)Cambio de antidepresivo

d)Continuar con misma dosis

2.- Qué seguimiento daría al paciente en lo referente al cuadro depresivo después de prescribirle el tratamiento que usted consideró más adecuado?

a) Vigilancia estrecha

b)Vigilancia cada semana

c)Vigilancia mensual durante 2 meses

d)Vigilancia mensual durante al menos 6 meses.

3.-¿Qué pronóstico psiquiátrico considera tiene este paciente?

a) Tiene mal pronóstico ya que evolucionará a un cuadro de demencia.

b)Si presenta síntomas residuales evolucionará a un evento de depresión mayor.

c)Tiene nula probabilidad de recuperación

d)Tiene un alto riesgo de presentar futuras recaídas

4.-¿Problema familiar relacionado con este paciente?

a)Conflicto conyugal

b)Disfunción parentofilial

c)Economía familiar

d)Soporte familiar inadecuado

5.- Factor de riesgo alto para suicidio que presenta este paciente?

a)Enfermedad crónica

b)Manejo del estrés.

c)Pérdida del sentido de la vida

d)Sexo masculino

CASO 4. Femenino de 68 años APP: negados. PA: inicia hace 10 semanas posterior fallecimiento de su hijo de manera súbita por IAM, presentando tristeza, con tendencia a la mejoría y sensación de tranquilidad sin embargo al cumplir un mes, se exagera la tristeza, llanto continuo, somnolencia, astenia, adinamia, hiporexia con disminución de peso no cuantificado, anhedonia, poca motivación para realizar sus actividades, dejó de trabajar porque le trae recuerdos de su hijo, además de no concentrarse para realizarlo, ha presentado lentitud psicomotriz. Sensación de frustración ya que es la única de la familia que persiste con este estado de ánimo. No ha recibido tratamiento farmacológico previamente ni psicológico. Vive con su ex esposo por conveniencia económica por parte de ambos. Divorciada de él hace 20 años.

1.-¿Cuál de las siguientes aseveraciones es la correcta como factor de riesgo principal

para que esta paciente presente declive de sus capacidades físicas y mentales?

- a) Cohabitar con su expareja
- b) El no mejorar como sus familiares
- c) El recaer
- d) Muerte reciente de su hijo

2. ¿Qué escala le emplearía a esta paciente para complementación diagnóstica?

- a) Katz
- b) Lawton y Brody
- c) Método CAM
- d) Yesavage

3.-¿Cuál sería la intervención de estimulación mental recomendada en esta paciente para el manejo de su duelo?

- a) Ejercicios de memoria
- b) Gimnasia cerebral
- c) Terapia del recuerdo
- d) Terapia lúdica

4.-¿Por cuánto tiempo usted indica la terapia farmacológica a la paciente?

- a) Cinco años
- b) Mínimo dos años
- c) Mínimo un año
- d) Tres años

5.-Si después del tiempo indicado, ha remitido el cuadro, ¿Cómo debe retirarse gradualmente el medicamento en esta paciente?

- a) En 2 semanas
- b) En 24 semanas
- c) En 4 semanas
- d) En 1 semana

CASO 5. Masculino de 77 años. AHF: Tío finado por suicidio. APP: VIH desde hace 27 años en tratamiento con antirretrovirales. Dislipidemia en tratamiento con bezafibrato cada 24hrs. Trastorno mixto depresión/ansiedad desde hace 1 año en tratamiento con paroxetina cada 24hrs, y alprazolam un cuarto de tableta cada 12hrs. Soltero. Vive solo, pensionado cubre sus necesidades básicas. Acude a consulta por cuadro de inicio insidioso de 1 semana de duración caracterizado por tristeza, pérdida de ilusiones, sentimientos de incapacidad para toma de decisiones, parestesias en manos, mareo, cefalea y náusea, insomnio; además problemas con sus 2 hermanos puesto que abandonó su tratamiento antidepresivo,

ansiolítico y retroviral hace 2 semanas porque ya se siente harto de tomar tantos medicamentos además de que luego se le olvidan.

1.-Con los síntomas que presenta el paciente usted puede pensar que cursa con:

- a) Ansiedad
- b) Depresión mayor
- c) Distimia
- d) Síndrome de supresión

2.-De los medicamentos que utilizó este paciente ¿cuál es el más común que cause esta sintomatología, al ser suspendido?

- a) Alprazolam
- b) Antirretrovirales
- c) Bezafibrato
- d) Paroxetina

3.- ¿Cuál sería el factor familiar principal en este paciente para tener mal apego al tratamiento?

- a) Discordia familiar
- b) Problemas de salud dentro de la familia
- c) Problemas económicos familiares.
- d) Soporte familiar inadecuado

4.-¿Qué recomendación daría a este paciente para evitar que se exacerben los síntomas de acuerdo a su sintomatología?

- a) Dormir durante el día
- b) Higiene del sueño
- c) Quedarse en casa
- d) Realizar ejercicios de respiración

5.-Factor de riesgo de mayor relevancia para que este paciente desencadene intento suicida:

- A) Antecedente familiar de suicidio
- B) Desesperanza
- c) Enfermedad crónica
- d) Falta de redes de apoyo.