



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER EN MEDICINA

TÍTULO:

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

ALUMNOS:

Agreda Carrillo, Eva Raquel

Galindo Morales, Maribel Lorena

Larios Falcón, Karla Elina

ASESORES:

Cruzado Díaz, Lizardo

Arévalo Flores, Jorge Martín

2017

CONTENIDO

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Resumen..... | 3 |
| 2. Abstract..... | 4 |
| 3. Introducción..... | 4 |
| 4. Material y métodos..... | 7 |
| 5. Resultados..... | 10 |
| 6. Discusión..... | 14 |
| 7. Referencias bibliográficas..... | 21 |
| 8. Tablas, gráficos y figuras..... | 24 |
| 9. Anexos | |

1. Resumen

Antecedentes: La depresión es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y nacional. Sin embargo, en atención primaria solo 50 a 70% de pacientes con depresión son diagnosticados por lo que resulta necesario que todos los médicos sean capaces de diagnosticar y brindar tratamiento oportuno para la depresión. **Objetivo:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital general, en el periodo de marzo del 2017, en Lima, Perú. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Se encuestó a médicos residentes de todos los años y de diferentes especialidades. **Resultados:** Los participantes fueron 113 residentes, siendo varones el 56.64%. Solo el 5.31% de los participantes habían recibido un curso previo de psiquiatría y salud mental. El 95.58% de los participantes refirieron detectar casos de depresión en su práctica asistencial. No hubo asociación estadísticamente significativa entre el puntaje total de conocimiento y la confianza en su habilidad para diagnosticar depresión. El promedio de edad de aquellos con conocimiento insuficiente, moderado y suficiente fue 34.3 ± 8.50 , 29.54 ± 3.35 y 28.58 ± 1.31 años respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** El conocimiento de los médicos residentes sobre la depresión dista de ser óptimo. Un porcentaje pequeño pero significativo de los participantes aún tienen actitudes negativas hacia la valoración de la depresión como enfermedad mental y menos de la mitad informan la mayoría de veces acerca de los efectos secundarios y tiempo del tratamiento respectivamente. **Palabras clave:** Conocimientos, actitudes y prácticas en salud, depresión, médicos

2. Abstract

Background: Depression is the most common mental disorder worldwide and national. However, in primary care only 50 to 70% of patients with depression are diagnosed, so it is necessary for all physicians to be able to diagnose and provide timely treatment for depression.

Objective: To describe the knowledge, attitudes and practices on major depression in medical residents of the Cayetano Heredia Hospital, with the exception of the specialty of Psychiatry, in the period of March 2017, in Lima, Peru. **Material and methods:** Cross-sectional, descriptive, correlational study. Resident doctors of all ages and of different specialties were surveyed.

Results: The participants were 113 medical residents, being male (56.64%). 5.31% of the participants had received a previous course in psychiatry and mental health. 95.58% of the participants reported detecting cases of depression in their care practice. There was no statistically significant association between total knowledge score and confidence in their ability to diagnose depression. The mean age of those with insufficient, moderate and sufficient knowledge was 34.3 ± 8.50 , 29.54 ± 3.35 and 28.58 ± 1.31 years respectively, the difference being statistically significant.

Conclusions: Resident's knowledge of major depression is far from optimal. A small but significant percentage of the participants still having negative attitudes toward the assessment of depression as a mental illness, and less than half report most of the time side effects and treatment time respectively. **Keywords:** Knowledge, Attitudes, Practice, Depression, Physicians

4. Introducción

La depresión es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y representa un enorme

problema de salud pública (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente cerca de 350 millones de personas alrededor del mundo sufren de esta enfermedad, así mismo es considerada la principal causa de discapacidad y contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad (2).

Según el último estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y el Callao realizado el año 2012 por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, el desorden mental más frecuente es el episodio depresivo (17.2%) (3).

A pesar que la mayor parte de pacientes con depresión son atendidos en atención primaria, sólo un 50-70% de ellos son reconocidos por los médicos que los atienden (4,5). Esto podría deberse a que muchas veces los pacientes no manifiestan su estado anímico en consulta a menos que se les pregunte directamente, o suelen omitir información sobre los síntomas depresivos que presentan por el miedo a la estigmatización o la creencia de que la depresión no es una enfermedad, o que no es tratada en el primer nivel de atención (6), asimismo cerca de un 60% de estos pacientes presentan síntomas somáticos inespecíficos (cefalea, lumbalgia o dolor crónico), lo que hace más difícil el diagnóstico de depresión (7-9). Estudios en el Perú reportan que la prevalencia de sintomatología depresiva leve es 64% y de sintomatología de sintomatología moderada es 49.6% en pacientes que acuden a consulta ambulatoria (10).

El tratamiento para la depresión es eficaz, tanto la terapia farmacológica como la psicoterapia (11). Si el tratamiento no es iniciado de manera oportuna, la calidad de vida de las personas que la padecen así como la de sus familiares y su entorno laboral se ven afectados (12,13).

Asimismo, se ha reportado que las personas que sufren de depresión tienen hasta un 25% más riesgo de suicidarse en comparación de la población general (14). De la Grecca y colaboradores en un estudio realizado sobre el tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general concluyen que los trastornos mentales en la atención primaria, dentro de ellos la depresión, se identifican pobremente y generalmente son tratados de forma incorrecta (10).

Considerando las implicancias que puede acarrear esta enfermedad, resulta relevante la realización de este trabajo pues permitirá determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión en médicos residentes. Asimismo la información obtenida de la aplicación de este instrumento, servirá en el futuro para el desarrollo de intervenciones educativas dirigidas a profesionales de la salud. Estudios previos evidenciaron una mejora tanto en el diagnóstico como en el manejo de depresión posterior a la aplicación de intervenciones educativas (15,16).

Por otra parte, según la bibliografía consultada, en Perú hay 0.76 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, por lo cual resulta necesario que todos los médicos, generales y cualquier especialidad, tengan capacidad de realizar el diagnóstico y tratamiento correcto a los pacientes con depresión (17). Sin embargo, no hay estudios previos que orienten respecto al nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos residentes, sus actitudes ante pacientes con esta enfermedad y sus prácticas al respecto.

Este trabajo orientará sobre cuáles son las deficiencias que tienen los médicos en sus conocimientos, actitudes y prácticas de salud mental, lo que ayudará a tener una base para

implementar un curso sobre salud mental como el contemplado en el nuevo reglamento de la ley N° 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley general de Salud en el decreto supremo N° 033-2015 (18).

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

4. Material y métodos

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

Se aplicó un instrumento de naturaleza anónima (Anexo a), que constó de una sección para registrar características generales de los participantes tales como edad, sexo, año de titulación, año de residencia, especialidad en la cual hace la residencia y si recibió algún curso previo

sobre salud mental como parte del currículo del residentado. El cuestionario constó de 22 preguntas e incluyó un test de 14 preguntas sobre conocimientos validado por Leonardo et al. en médicos de atención primaria en Chiclayo en el año 2011 (19). Se contó con la autorización del autor para el uso de este instrumento. Las 8 preguntas restantes que evaluaron actitudes y prácticas, fueron elaboradas por los investigadores luego de una revisión bibliográfica y evaluadas por los asesores para su revisión y sugerencias respectivas, posterior a esto se sometió este cuestionario a juicio por 5 expertos. Ellos evaluaron las preguntas tomando en cuenta su validez de contenido, de constructo y de criterio y sugirieron algunos cambios a fin de mejorar el instrumento. Finalmente con las modificaciones respectivas, los especialistas coincidieron que el instrumento era útil para evaluar las actitudes y prácticas de médicos residentes sobre depresión.

Posteriormente se realizó un estudio piloto en 10 médicos residentes elegidos al azar para evaluar la inteligibilidad del instrumento. Se aplicó el instrumento a los participantes de forma presencial con previa firma del consentimiento informado. El tiempo promedio de resolución del cuestionario fue de 10 minutos y ninguna observación fue realizada de parte de los participantes posterior a su aplicación. Luego se procedió a la aplicación del instrumento a los residentes de los diferentes años de las especialidades clínicas y quirúrgicas, los cuales fueron un total de 191. Una vez que se contactó con los participantes, se les solicitó su colaboración brindándoles información sobre la implicancia del estudio y previa firma del consentimiento informado se les hizo entrega del cuestionario. Una vez finalizado el cuestionario, los investigadores depositaron éste en un sobre que luego se selló, para garantizar así su

confidencialidad. Durante el estudio se cuantificó el número de médicos residentes que rechazaron participar en el estudio, los que llenaron de forma incompleta el cuestionario y aquellos que no se ubicaron durante el tiempo que duró la recolección de datos.

El protocolo del presente estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia mediante una revisión parcial. Previa a la aplicación del cuestionario se requirió la firma de un consentimiento informado como autorización para formar parte del estudio (Anexo b).

Plan de análisis:

Los datos obtenidos de las encuestas fueron organizados en Microsoft Office Excel 2013 de forma manual. Se recolectaron 123 encuestas, se utilizaron 113 y se excluyeron 10 encuestas porque se encontraban incompletas. A cada cuestionario se le asignó un número y con esa codificación se realizó la base de datos. Luego, cada investigador ingresó los datos de 38, 38 y 37 encuestas respectivamente que luego fueron verificadas por los otros dos investigadores. Finalmente, los cálculos estadísticos se realizaron con el programa STATA v. 10.

En cuanto a la variable especialidad en la que hace la residencia, esta se agrupó en dos categorías: clínicas y quirúrgicas, tomando como referencia la distribución designada por el Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME) el año 2010 para la adjudicación de plazas de residencia médica (20).

Se agrupó la variable conocimientos en niveles según percentiles tal como se hizo en la

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

5. Resultados

El total de residentes que rotaron en el Hospital Cayetano Heredia durante el mes de marzo del 2017 fue 191, de los cuales se encuestó a 113 (59.16%). De los 78 restantes, 23 se negaron a formar parte del estudio, 10 llenaron de forma incorrecta el cuestionario y 45 no se lograron ubicar durante el tiempo que duró el estudio. Se obtuvo una tasa de respuesta de 84.2 %.

El 56.64% (n=64) de los encuestados fueron varones, la edad promedio fue 30.2 años (DE: 4.77) y el promedio de años de egresado luego del pregrado fue 5.62 años (DE: 3.5). Respecto al año de residencia, la mayoría de encuestados fueron residentes de primer y segundo año, sumando juntos 75.22% (n=85) del total. El 61.95% (n=70) de encuestados pertenecía al área clínica y el 38.05% (n=43) al área quirúrgica. Solamente el 5.31% (n=6) de los participantes

habían recibido un curso previo de psiquiatría y salud mental dentro del currículo del residentado.

Respecto al cuestionario sobre actitudes (Tabla 2), 88.5 % (n=100) de los participantes estaban totalmente de acuerdo en que la depresión es una enfermedad, 7.08% (n=8) estaban parcialmente de acuerdo, 2.65% (n=3) parcialmente en desacuerdo, solo un participante no se encontraba ni en acuerdo ni en desacuerdo y un participante estaba totalmente en desacuerdo con esta afirmación. La mayoría de residentes encuestados, 68.14% (n=67) se manifestaron totalmente en desacuerdo en considerar la depresión como un problema de debilidad del carácter, y aquellos que estaban totalmente de acuerdo constituyeron solo el 1.77% del total. Asimismo 52.21% (n=59) de los médicos residentes se mostraron totalmente en desacuerdo respecto a que deprimirse sea un evento normal en el envejecimiento. Por otra parte, 55.75% (n=63) estaban totalmente de acuerdo con que todos los médicos, sin importar su especialidad, deberían ser capaces de detectar, educar e iniciar el tratamiento respectivo a una persona con depresión. Así mismo, el 61.06% (n=69) refirieron sentirse seguros acerca de su habilidad para realizar el diagnóstico.

En cuanto a las preguntas para evaluar las prácticas de los médicos residentes frente a pacientes con depresión (Tabla 3), 95.58% (n= 108) de los participantes refirieron que ellos detectaban la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial hospitalaria. Por otro lado, de los residentes que inician la prescripción de un tratamiento antidepressivo, solo un 44.25% (n=50) indicó que la mayoría de veces informan acerca de los efectos secundarios de este. Asimismo, 38.94% (n=44) de los encuestados manifestaron que la mayoría de veces informan acerca del

tiempo de duración del tratamiento.

En cuanto a la evaluación de conocimientos, el cuestionario contenía 14 preguntas, siendo 13 la máxima cantidad de preguntas que fueron respondidas correctamente, por un participante. La mínima cantidad de preguntas respondidas acertadamente fueron 3 correspondientes a 2 participantes (1.77%). El mayor porcentaje de residentes, representado por el 22.12% (n=25) respondieron correctamente 8 preguntas (Gráfico 1). Se clasificó el conocimiento en niveles, tal como fue diseñado por Leonardo et al, en el estudio en el cual el cuestionario de conocimientos fue validado (19). Los niveles fueron: conocimiento suficiente, conocimiento moderado y conocimiento insuficiente. Con ello se obtuvo la siguiente información: 15.93% (n=18) de los participantes presentaron un conocimiento insuficiente respecto al tema de investigación, mientras que 73.45% (n=83) un conocimiento moderado y 10.62% (n=12) un conocimiento suficiente (Tabla 4).

Las preguntas 12 (“triada de manifestaciones somáticas más características de un paciente con depresión”) y 17 (“según el DSM 5, cuál es el criterio necesario para el diagnóstico de depresión mayor”), fueron respondidas de forma correcta por el 91.15% de los participantes, mientras que las preguntas con menor porcentaje de acierto fueron las preguntas 10 (“referente a la clínica de la depresión mayor”) y la pregunta 11, (“endocrinopatía más frecuentemente asociada en pacientes con depresión”), respondidas por 18.58% (n=21) y 19.47% (n=22) respectivamente (Gráfico 2).

Asimismo, en cuanto a las preguntas que evalúan conocimientos, se realizó una comparación

del puntaje total obtenido en estas preguntas de acuerdo al año de residencia. Siendo 14 el máximo puntaje a obtener, se encontró que los residentes de primer año obtuvieron un puntaje de 8.2 ± 1.76 , los de segundo año obtuvieron un puntaje de 8.18 ± 1.59 y los de tercer año a más obtuvieron un puntaje total de 8.82 ± 2.28 , sin embargo no se halló diferencia significativa entre los tres grupos al analizarse con la prueba de ANOVA ($p=0.29$) (Tabla 5). Por otro lado, se comparó el puntaje total obtenido en las preguntas de conocimiento de acuerdo a la especialidad. Se encontró que los médicos residentes de especialidad clínica obtuvieron un puntaje total de 8.44 ± 1.81 , mientras que los de especialidad quirúrgica obtuvieron un puntaje de 8.19 ± 1.92 . Al comparar ambas medias con la prueba t de student, no se obtuvo diferencia significativa entre los puntajes obtenidos en conocimientos en ambos grupos ($p=0.48$) (Tabla 6).

De acuerdo a la clasificación según el nivel de conocimiento, se encontró que el promedio de edad de aquellos con conocimiento insuficiente fue de 34.3 ± 8.50 años, mientras que la media de edad de aquellos que lograron un conocimiento moderado y suficiente fue de 29.54 ± 3.35 y 28.58 ± 1.31 años respectivamente, siendo la diferencia estadísticamente significativa. (ANOVA, $p= 0.0002$) (Tabla 7) Al analizar la variable años de egreso se observa que aquellos que obtuvieron un puntaje correspondiente a conocimiento insuficiente tenían mayor tiempo de egreso (7.61 ± 5.48 años) en comparación con aquellos con conocimiento moderado (5.23 ± 2.78 años) y suficiente (5.3 ± 3.58 años) respectivamente, sin embargo la diferencia no era estadísticamente significativa (Kruskal-Wallis, $p=0.37$) (Tabla 7).

Cuando se compara el puntaje total de conocimientos obtenido por los médicos residentes con

la pregunta que evalúa si se sienten seguros acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión, se obtuvo que los que se sienten seguros tuvieron un puntaje de 8.28 ± 1.91 y los que refirieron no sentirse seguros un puntaje de 8.45 ± 1.74 (t de Student, $p=0.6161$). Respecto a la pregunta sobre si reconoce la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial, los que refirieron reconocer casos obtuvieron un puntaje de 8.3 ± 1.85 , mientras que los que respondieron que no obtuvieron un puntaje de 8.8 ± 1.64 (t de Student, $p=0.5743$).

6. Discusión

La depresión es una enfermedad neuro-psiquiátrica prevalente a nivel mundial, motivo por el cual resulta trascendente realizar estudios sobre la situación actual respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de este trastorno tanto en los médicos generales como en los futuros especialistas.

En el presente estudio se encontró que sólo una minoría de los participantes (5.31%) han recibido un curso previo de psiquiatría y salud mental. Este resultado es incluso menor que los hallados en 3 estudios similares realizados anteriormente a nivel nacional. En un estudio realizado por Cordero sobre conocimientos y actitudes sobre depresión en médicos residentes de primer año en Lima, en el 2016, el 27.8% de los participantes recibieron un curso de actualización desde su egreso (no necesariamente durante el residentado) (21). Así mismo en otro estudio realizado por Leonardo et al. que evaluó el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria realizado en Lambayeque, en el año 2014, sólo el

22.8% recibió una actualización en salud mental previamente (22), dato similar al encontrado por De la Greca en un estudio sobre patrones de tratamiento en pacientes con depresión, en médicos en la consulta ambulatoria realizado en Lima, en el año 2005 donde sólo un 23.3 % de ellos manifestó haber recibido actualización en salud mental desde el año de su egreso (14). Esta diferencia podría ser resultado del número de muestra y sus características, sin embargo resulta evidente que la falta de capacitación en temas de salud mental es un problema a nivel nacional.

Dentro del cuestionario sobre actitudes, al indagarse sobre si se considera la depresión como una enfermedad, la mayor cantidad de participantes (95.58%) presentó una actitud positiva (totalmente y parcialmente de acuerdo) sobre considerar la depresión como una enfermedad, lo cual es congruente con el enfoque científico de este grave problema de salud mental.

Respecto a la pregunta acerca de si la depresión es un problema de debilidad del carácter, la mayoría representada por 77.87% (n=88) mostró una actitud positiva (estar totalmente en desacuerdo y parcialmente en desacuerdo). Por otra parte, un 12.39% (n=14) mostró una actitud negativa (estar totalmente de acuerdo y parcialmente de acuerdo). Sin embargo se esperaría que un porcentaje similar al párrafo anterior esté en desacuerdo con la afirmación de que la depresión es una debilidad de carácter. Esto podría explicarse debido a que aún persiste la creencia popular de que la depresión es causada por una debilidad personal y/o de carácter y cualquier capacitación a médicos y personal de salud debiera insistir en la superación de este tipo de prejuicios estigmatizantes (23).

Un 23.89% (n=27) de los médicos residentes mostraron una actitud negativa (totalmente y parcialmente de acuerdo) respecto a considerar la depresión como un evento normal del envejecimiento. Si bien ser adulto mayor es considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, esto no significa que todas las personas con edad avanzada desarrollarán depresión al punto de considerarla normal, más aún si la mayoría había señalado que estaban de acuerdo en que la depresión es una enfermedad (24, 25). Este hecho podría explicar por qué algunos médicos confunden este concepto y consideran el envejecimiento como un factor ineludiblemente causal.

La mayoría de los participantes (n=101) refirieron encontrarse total y parcialmente de acuerdo con que los médicos de cualquier especialidad deberían ser capaces de detectar, brindar educación sobre un caso de depresión e iniciar el tratamiento respectivo. Pero este hecho contrasta con lo hallado en un estudio realizado a nivel nacional sobre conocimientos y actitudes en médicos residentes en el año 2016, donde más de la mitad (55.6%) de los participantes refirieron poco y nulo interés en la salud mental, lo cual se veía reflejado en la mala evaluación de síntomas psiquiátricos en sus pacientes y en caso de sospechar o diagnosticar depresión menos de la mitad (42.5%) iniciaba tratamiento (21).

Un 61.06% de los médicos residentes refirieron sentirse seguros acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión, esta cifra es mayor a la de un estudio sobre conocimientos y actitudes de los médicos residentes frente a la depresión en pacientes hospitalizados, donde se encontró que 46.3% de los encuestados manifestaron sentirse confiados respecto a sus habilidades para diagnosticar trastornos mentales (21). En el presente

estudio no se encontró relación entre el nivel de conocimientos y la confianza del médico sobre su capacidad. Por otro lado, en un estudio de De la Grecca se encontró que los médicos que han recibido un curso de actualización refirieron tener mayor confianza en sus habilidades diagnósticas (10).

Por otra parte, la gran mayoría de los participantes (95.58%) manifestaron reconocer la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial. A pesar de ello, algunos encuestados de las especialidades de Neonatología, Ginecología, Reumatología, Medicina Intensiva y Pediatría manifestaron no ver casos de depresión aunque esta enfermedad es prevalente y en los casos de Pediatría y Ginecología es importante la detección de la depresión postparto y otras formas de depresión materna. Respecto a la pregunta sobre si reconoce la presencia de casos de depresión en su práctica asistencial, aquellos que manifestaron no reconocer casos obtuvieron un puntaje mayor que los que refirieron reconocer casos, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa. Este hallazgo es importante para tomar con cautela el autorreporte de reconocer casos de depresión e incluso estar confiados con respecto a sus habilidades diagnósticas.

Respecto a las preguntas que evalúan las prácticas, sólo el 15.04% y el 32.74% refirieron que luego de indicar tratamiento antidepresivo siempre informan acerca de los efectos secundarios y sobre el tiempo de tratamiento respectivamente. Esto difiere de lo hallado por Cordero et al quien en su estudio reportó que el 83.3% de los residentes informan acerca de los efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y el 91.3% indica el tiempo que debe usar el medicamento. Sin embargo, la escala de medición usada en este estudio fue dicotómica,

mientras la que se usó en el presente estudio fue una escala tipo Likert. Cabe señalar la importancia de informar al paciente sobre posibles efectos adversos y tiempo de tratamiento porque ello incrementa la adherencia (22).

Dentro del cuestionario que evalúa conocimientos, se encontró que las preguntas referentes a la triada de manifestaciones somáticas más características de un paciente con depresión y al criterio necesario para el diagnóstico de depresión mayor según el DSM 5, fueron respondidas correctamente por la gran mayoría de participantes (Gráfico 2). Este resultado es similar al obtenido en un estudio acerca del nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, en el cual se utilizó el mismo instrumento, donde al igual que este estudio, la pregunta sobre la triada de manifestaciones somáticas más característica del paciente deprimido fue una de las que tuvo el mayor porcentaje de acierto (23).

En cuanto a las preguntas que evalúan conocimientos, se realizó una comparación entre el año de residencia y el puntaje total obtenido estas preguntas (Tabla 5). Se encontró que los residentes de tercer año obtuvieron el mayor puntaje total, esto podría deberse a que han trabajado más tiempo en el ambiente hospitalario por lo cual han tenido la oportunidad de ver más casos de pacientes con depresión mayor. Por el contrario, el menor puntaje fue obtenido por los residentes de segundo año. Sin embargo, al usar la prueba ANOVA se encontró que no existe diferencia significativa respecto al año de residencia y el puntaje total obtenido en las preguntas de conocimientos. Asimismo, se encontró que los médicos residentes de especialidad clínica obtuvieron un puntaje mayor a los de especialidad quirúrgica (Tabla 6). Pese a esto, al utilizar la prueba t-test, no se encontraron diferencias significativas entre el puntaje total de las

preguntas de conocimientos y el tipo de especialidad ($p=0.48$). Por lo que se podría decir que no existe asociación entre pertenecer a una especialidad y tener un mayor nivel de conocimientos.

El presente estudio encontró que el nivel de conocimientos presentado por la mayoría de los médicos residentes encuestados fue moderado. Otros dos estudios que evaluaron los conocimientos sobre depresión en médicos residentes mostraron resultados similares, por una parte el estudio de Leonardo et al realizado el 2014 sobre el nivel de conocimientos en médicos de atención primaria. (23). De igual forma Gómez et al en un estudio realizado en Colombia en el año 2005, halló un nivel de conocimientos deficiente sobre depresión en médicos del primer nivel de atención (16). Lo anteriormente mencionado, pudo ser debido a la falta de capacitación en salud mental, la derivación de los pacientes con depresión para una evaluación especializada o incluso la falta de conciencia de la magnitud del problema. Adicionalmente, la escasez de estudios que evalúan conocimientos, actitudes y prácticas es un factor que puede contribuir a la falta de información sobre este tema (21).

Al comparar el nivel de conocimientos y la edad de los participantes, se encontró que existe asociación significativa ($p=0.0002$) entre ambas variables, siendo esta inversamente proporcional. Al analizar el nivel de conocimientos con la variable años de egreso, se obtuvo que los participantes con más años de egreso presentaron conocimiento insuficiente, a diferencia de los que tienen menos años de egreso (Tabla 7). Sin embargo, esto no puede concluirse del presente estudio porque no se demostró una asociación significativa ($p=0.37$).

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

El presente estudio resulta relevante ya que a nivel nacional no se cuenta con estudios que evalúen de forma conjunta conocimientos, actitudes y prácticas en médicos residentes sobre la depresión, además brinda información para la implementación de cursos de salud mental que podrían ser aplicados durante el programa de especialización del residentado, según lo indica el nuevo reglamento de la ley N° 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley General de Salud en el decreto supremo N°033-2015, con el fin de mejorar su formación médica y la atención hacia pacientes con depresión.

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

7. Referencias bibliográficas

1. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:90.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS; 2017.
3. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental* Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima.
4. De la Grecca P, Zapata V, Vega J, et al. Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de Medicina General en tres hospitales de Lima. *Rev Med Hered.* 2005; 16(4): 246-252.
5. Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. *BMJ.* 2008; 336:435-9.
6. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med* 2011 Sep-Oct;9(5):439-46
7. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry.* 2005; 7: 167-76.
8. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:734-741.
9. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the

relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329.

10. De La Grecca R, Zapata VM, Vega DJ, Mazzotti G. Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr.* 2005; 68 (3-4).

11. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri PV, Bologna M, Colombini N, et al. Primary care physicians perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Fam Pract.* 2013 Jun 7;14:75.

12. Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Warden D, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. *Ann Clin Psychiatry* 2010 Feb;22(1):43-55.

13. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA.* 2003; 289(23): 3135-44.

14. Breitbart W. Cancer pain and suicide, advances in pain research and therapy. Raven Press, New York. 1990: 399-412.

15. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical practice and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet.* 2000; 355(9199):185-91.

16. Gómez C, Bohórquez A, Gil J, Pérez V. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y

evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia: Resultados del Proyecto Internacional de Depresión. Rev Colomb Psiquiatr. 2005; 34(2): 220-41.

17. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental. 2014. Génova: OMS.

18. Ley General de Salud. Decreto Supremo N°033-2015-SA. Lima, Perú. 2015.

19. Ríos-Flores A, Ballena-López JC, Fanzo-González P, León-Jiménez FE, Leonardo-Olivera W, Peralta-Villegas J, et al. Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo, Perú. Rev Med Hered. 2013; 24:26-32.

20. Comité Nacional de Residencia Médico [Internet]. Lima: Especialidades por áreas: quirúrgicas y clínicas; 2010 [citado Mar 09 2017]. Disponible en: <http://www.conareme.org.pe/web/Documentos/Admision2010/cuadroareas.pdf>

21. Cordero J. Conocimientos y actitudes de los médicos residentes de primer año frente a la depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2016 [tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

22. Zarragoitia I. Depresión. Características principales. En: Editorial Ciencias Médicas. Depresión: generalidades y particularidades. Cuba: ECIMED; 2011. Capítulo 1.

23. Leonardo WA, Villalobos MA, León FE. Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en

médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. Rev Neuropsiquiatr. 2016; 79 (1): 23-30.

24. Kronfly E, Rivilla D, Ortega I, Villanueva M, Beltrán E, Comellas M et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Aten Primaria. 2015; 47(10):616 – 625.

25. Márquez E, Soriano S, García A, Falcón MP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria 2005; 36:345

8. Tablas, gráficos y figuras

Tabla 1. Clasificación de nivel de conocimiento según percentiles

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

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

| Variable | n | % |
|-----------------|----------|----------|
|-----------------|----------|----------|

| ¿La depresión es una enfermedad? | | |
|---|-----|-------|
| Totalmente en desacuerdo | 1 | 0.88 |
| Parcialmente en desacuerdo | 3 | 2.65 |
| Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 1 | 0.88 |
| Parcialmente de acuerdo | 8 | 7.08 |
| Totalmente de acuerdo | 100 | 88.50 |
| ¿La depresión es un problema de debilidad del carácter? | | |
| Totalmente en desacuerdo | 77 | 68.14 |
| Parcialmente en desacuerdo | 11 | 9.73 |
| Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 11 | 9.73 |
| Parcialmente de acuerdo | 12 | 10.62 |
| Totalmente de acuerdo | 2 | 1.77 |
| ¿Deprimirse es un evento normal en el envejecimiento? | | |
| Totalmente en desacuerdo | 59 | 52.21 |
| Parcialmente en desacuerdo | 20 | 17.7 |
| Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 7 | 6.19 |
| Parcialmente de acuerdo | 23 | 20.35 |
| Totalmente de acuerdo | 4 | 3.54 |
| Todos los médicos de cualquier especialidad deben ser capaces de detectar, brindar educación sobre un caso de depresión e iniciar el tratamiento respectivo | | |
| Totalmente en desacuerdo | 3 | 2.65 |

| | | |
|---|----|-------|
| Parcialmente en desacuerdo | 5 | 4.42 |
| Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4 | 3.54 |
| Parcialmente de acuerdo | 38 | 33.63 |
| Totalmente de acuerdo | 63 | 55.75 |
| ¿Se siente seguro acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión? | | |
| Si | 69 | 61.06 |
| No | 44 | 38.94 |

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

| Variables | n | % |
|---|-----|-------|
| ¿Reconoce usted la presencia de casos de depresión en los pacientes de su práctica asistencial? | | |
| Si | 108 | 95.58 |
| No | 5 | 4.42 |
| Luego de indicar el tratamiento, ¿informa acerca de los efectos secundarios de los mismos? | | |
| Nunca | 8 | 7.08 |
| Pocas veces | 22 | 19.47 |
| La mitad de las veces más o menos | 16 | 14.16 |
| La mayoría de veces | 50 | 44.25 |
| Siempre | 17 | 15.04 |
| ¿Informa acerca del tiempo del tratamiento? | | |

| | | |
|-----------------------------------|----|-------|
| Nunca | 7 | 6.19 |
| Pocas veces | 14 | 12.39 |
| La mitad de las veces más o menos | 11 | 9.73 |
| La mayoría de veces | 44 | 38.94 |
| Siempre | 37 | 32.74 |

Tabla 4: Nivel de conocimientos vs número de participantes

| Nivel de conocimiento | n | % |
|---------------------------|----|-------|
| Conocimiento insuficiente | 18 | 15.93 |
| Conocimiento moderado | 83 | 73.45 |
| Conocimiento suficiente | 12 | 10.62 |

Tabla 5. Conocimientos vs año de residencia

| | Año de residencia | | | p |
|---------------|-------------------|-------------|---------------|-------|
| | Primero | Segundo | Tercero a más | |
| Puntaje total | 8.2 ± 1.76 | 8.18 ± 1.59 | 8.82 ± 2.28 | 0.29* |

*ANOVA

Tabla 6. Conocimientos vs especialidad

| | Especialidad | | p |
|--|--------------|------------|---|
| | Clínica | Quirúrgica | |

| | | | |
|----------------------|-------------|-------------|-------|
| Puntaje total | 8.44 ± 1.81 | 8.19 ± 1.92 | 0.48* |
|----------------------|-------------|-------------|-------|

T-test

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

| | Conocimiento | | | p |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|---------|
| | Insuficiente | Moderado | Suficiente | |
| Edad | 34.3 ± 8,50 | 29.54 ± 3,35 | 28.58 ± 1.31 | 0.0002* |
| Años de Egreso | 7.61 ± 5.48 | 5.23 ± 2.78 | 5.3 ± 3.58 | 0.37** |

* ANOVA

** Kruskal-Wallis

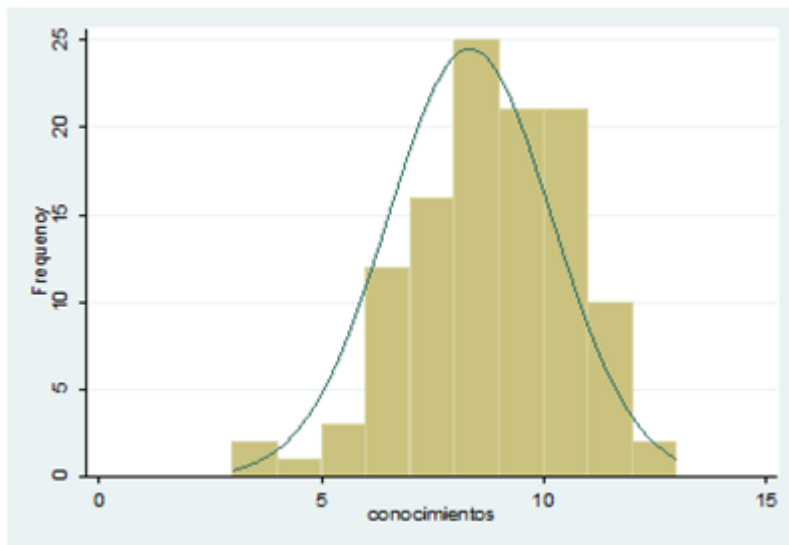


Gráfico 1: Número de participantes vs número de preguntas de conocimientos respondidas

correctamente

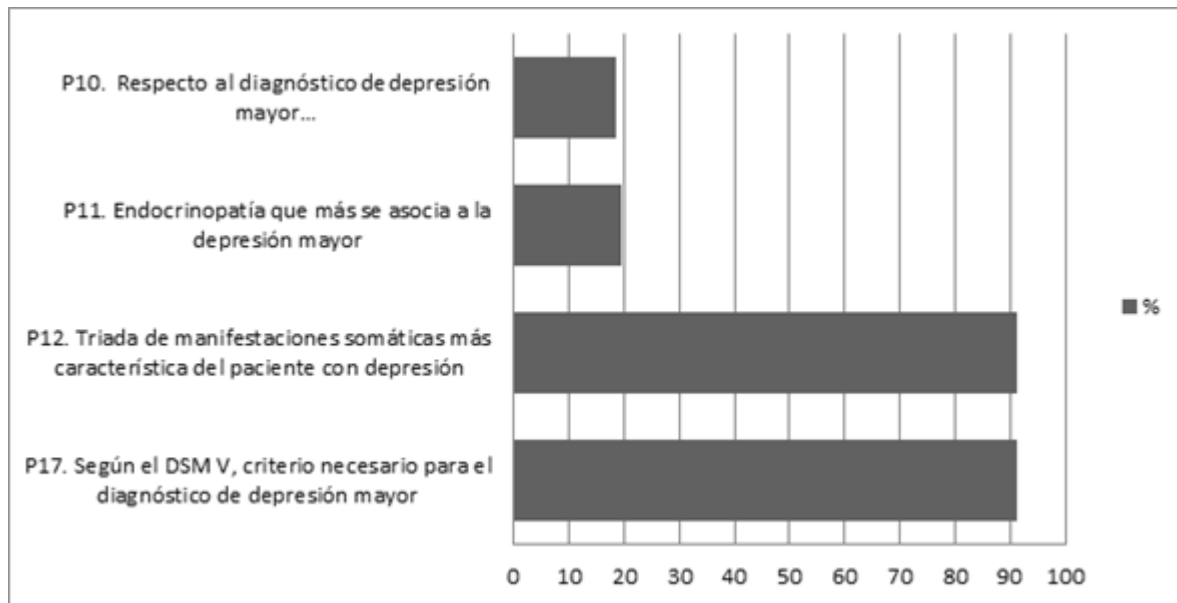


Gráfico 2: Principales preguntas acertadas y erradas en el área de conocimientos del cuestionario aplicado a médicos residentes.

9. Anexos

a. Instrumento

Cuestionario para medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes

La siguiente encuesta es anónima. Forma parte del trabajo de investigación: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión en médicos residentes del Hospital Cayetano Heredia”. Gracias por su participación.

- Edad:.....
- Sexo:.....
- Año de titulación como médico general:.....
- Especialidad en que hace la residencia:.....
- Año de residencia (marque): (1°) (2°) (3°) (4°)
- ¿Ha recibido Ud. algún curso de actualización en psiquiatría o salud mental dentro de la currícula del residentado? Marque:
 - Sí () No ()

1. En su opinión, ¿la depresión es una enfermedad? Marque:

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | Parcialmente de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|

2. En su opinión, ¿la depresión es un problema de debilidad del carácter? Marque:

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | Parcialmente de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|

3. En su opinión, ¿deprimirse es un evento normal en el envejecimiento? Marque:

| | | | | |
|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|
| Totalmente de | Parcialmente de | Ni de acuerdo ni en | Parcialmente en | Totalmente en |
|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------|

| | | | | |
|---------|---------|------------|------------|------------|
| acuerdo | acuerdo | desacuerdo | desacuerdo | desacuerdo |
|---------|---------|------------|------------|------------|

4. ¿Reconoce usted la presencia de casos de depresión en los pacientes de su práctica asistencial?

- a) Sí
- b) No

5. ¿Se siente seguro acerca de su propia habilidad para hacer el diagnóstico de depresión?

- a) Sí
- b) No

6. Luego de indicar el tratamiento, ¿informa acerca de los efectos secundarios del mismo?

| | | | | |
|---------|---------------------|-----------------------------------|-------------|-------|
| Siempre | La mayoría de veces | La mitad de las veces más o menos | Pocas veces | Nunca |
|---------|---------------------|-----------------------------------|-------------|-------|

7. ¿Informa acerca del tiempo del tratamiento?

| | | | | |
|---------|---------------------|-----------------------------------|-------------|-------|
| Siempre | La mayoría de veces | La mitad de las veces más o menos | Pocas veces | Nunca |
|---------|---------------------|-----------------------------------|-------------|-------|

8. Respecto a la afirmación: “todos los médicos de cualquier especialidad deben ser capaces de detectar, brindar educación sobre un caso de depresión e iniciar el tratamiento respectivo”. Ud. está:

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Totalmente de acuerdo | Parcialmente de acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Parcialmente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|

9. Según el DSM 5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), el diagnóstico de episodio depresivo mayor exige la presencia de síntomas por un mínimo de:

- a) Una semana
- b) Dos semanas
- c) Tres semanas
- d) Dos meses
- e) No importa la duración

10. En cuanto al diagnóstico de depresión mayor:

- a) Es necesaria la presencia de ideación suicida
- b) La coexistencia con enfermedades orgánicas es infrecuente
- c) La mayoría de pacientes refieren aumento de peso
- d) Para el diagnóstico en consulta es necesario aplicar tests validados
- e) El insomnio es un dato orientador

11. De las siguientes endocrinopatías la que más frecuentemente coexiste con depresión es:

- a) Hipotiroidismo
- b) Síndrome de ovario poliquístico
- c) Hipertiroidismo
- d) Diabetes Mellitus
- e) Hiperprolactinemia

12. Entre las manifestaciones somáticas más características del paciente con depresión, marque usted la triada más frecuente.

- a) Dolor abdominal, cefalea, alucinaciones

- b) Sudor de manos, dolor torácico, tinnitus
- c) Insomnio, astenia, hiporexia
- d) Hipoacusia, estreñimiento, cefalea
- e) Dolor torácico, insomnio, parestesias

13. Llega a emergencia una paciente de 20 años con antecedente de depresión sin tratamiento, por ingesta voluntaria de cáusticos, hemodinámicamente estable, asintomática y con radiografía de tórax normal ¿Cuál sería la mejor conducta a seguir?

- a) Alta y cita por consultorio de medicina
- b) Hospitalización y evaluación por psiquiatría
- c) Observación en emergencia, alta y cita por psicología
- d) Observación en emergencia, alta y cita por psiquiatría
- e) Observación por 6 horas en emergencia.

14. En relación a las alteraciones del sueño en el paciente con depresión:

- a) Lo más característico es la demora en conciliar el sueño
- b) Las pesadillas frecuentes son un dato orientador
- c) Lo más frecuente es la hipersomnia
- d) Apnea es un criterio de diagnóstico
- e) El despertarse por la madrugada, es característico

15. Una joven de 25 años con diagnóstico de depresión mayor en quien usted empieza tratamiento antidepresivo vuelve al consultorio 4 días después de iniciada la terapia por persistir con tristeza. ¿Cuál sería el manejo más adecuado para el paciente?

- a) Cambiar de esquema terapéutico y derivar a psicología
- b) Aumentar la dosis temporalmente hasta mejoría sintomática
- c) Agregar un nuevo fármaco antidepresivo al anterior

- d) Seguir con el esquema terapéutico y educar al paciente
- e) Enviar interconsulta a psiquiatría por respuesta insuficiente

16. En un paciente varón de 80 años con diagnóstico reciente de depresión mayor y antecedente de enfermedad coronaria, el primer esquema farmacológico que usted utilizaría sería:

- a) Antidepresivo tricíclico: Nortriptilina
- b) Inhibidor selectivo de recaptación de Serotonina: Sertralina
- c) Antidepresivo tricíclico: Amitriptilina
- d) Inhibidor selectivo de recaptación de Serotonina: Fluvoxamina
- e) Benzodiazepinas: Alprazolam

17. Según el DSM 5, de los siguientes criterios, ¿Cuál debe estar presente necesariamente para el diagnóstico de depresión mayor?

- a) Disminución del interés o placer en las actividades diarias
- b) Pérdida o aumento significativo del peso
- c) Agitación y/o retardo psicomotor
- d) Fatiga o pérdida de energía
- e) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión

18. Una mujer de 23 años con diagnóstico previo de depresión mayor sin tratamiento, es traída por sus familiares a emergencia por ingesta 1 hora antes del ingreso de 1 sobre de raticida. Luego de estabilizarla, el médico internista decide empezar con Fluoxetina 20 mg diarios y le da de alta. En relación a esta paciente:

- a) Al asegurar el tratamiento, la posibilidad de que intente suicidarse nuevamente es casi nula.
- b) La citaría por psiquiatría en un lapso de 3 semanas
- c) Indicaría a los familiares vigilarla por el riesgo de suicidio
- d) La evaluaría por consulta con probabilidades de suspenderle fluoxetina

e) La evaluación por psiquiatría puede ser por consulta externa

19. Acude a consulta un paciente varón de 42 años con antecedentes de dos episodios previos de depresión severa, en los cuales no aceptó tratamiento farmacológico. Nuevamente desarrolla un tercer episodio pero de menor severidad. Usted decide darle tratamiento farmacológico, pero el paciente no acepta el tratamiento. En relación a este paciente:

- a) Si la depresión actual es leve no es necesario darle tratamiento farmacológico
- b) Debería recibir tratamiento farmacológico por el alto riesgo de recurrencia
- c) Sólo es necesario brindarle psicoterapia
- d) Una alternativa es ofrecerle Alprazolam y observar la respuesta al tratamiento
- e) Evitaría los antidepresivos por la posibilidad de dependencia.

20. Valentina es una paciente de 55 años con diabetes tipo 2 de larga data mal controlada. Desde hace 5 meses presenta insomnio, astenia, tristeza progresiva, sentimientos de culpa y olvidos frecuentes. Refiere además parestesias intensas en miembros inferiores y sensación de “ardor” en planta de los pies. En relación al tratamiento de esta paciente:

- a) Fluoxetina mejorará las parestesias y el estado de ánimo
- b) Alprazolam disminuirá las parestesias producto de la ansiedad
- c) Lo primero que hay que hacer es interconsultar a Neurología
- d) Todas las manifestaciones son producto del mal control de la Diabetes
- e) Amitriptilina es una opción para la neuropatía y la depresión

21. Jorge es un paciente de 47 años, a quien usted diagnosticó depresión mayor hace 3 meses. Empezó tratamiento con sertralina 50 mg diarios (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina). Refiere mejora importante. Refiere sin embargo algunos efectos adversos. De los siguientes síntomas ¿Cuál es la combinación más frecuente de efectos adversos esperados?

- a) Visión borrosa, cefalea, prurito
- b) Tinnitus, impotencia, rash dérmico
-) Epigastralgia, parestesias, cefalea

d) Nerviosismo, impotencia sexual, somnolencia

e) Boca seca, dificultades para orinar, cefalea

22. De la lista que se presenta a continuación, indique a usted cuál o cuáles entidades clínicas coexisten con depresión:

1. Síndrome de colon irritable

2. Migraña

3. Cefalea tensional

4. Dolor pélvico

5. Lumbalgia crónica

a) 2 + 3

b) Todas

c) 1 + 2 + 3 + 5

d) 2 + 3 + 5

e) 1 + 5

Fecha: 16/02/17

Versión: 1

b. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Institución : Hospital Cayetano Heredia - HCH

Investigadores : Agreda Carrillo, Eva Raquel
Galindo Morales, Maribel Lorena
Larios Falcón, Karla Elina

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

Propósito del estudio

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Conocimientos, actitudes y prácticas

sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú”. Este es un estudio desarrollado por los investigadores ya mencionados de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con el propósito de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes. A nivel nacional no se cuenta con estudios que evalúen de forma conjunta conocimientos, actitudes y prácticas en médicos generales sobre la depresión a pesar de ser una patología prevalente.

Procedimientos

Si usted acepta participar en este estudio, se le entregará un cuestionario de 22 preguntas que evalúan conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión.

Riesgos

No se prevén riesgos por participar en el presente estudio debido a que se trata del llenado de una encuesta.

Beneficios

El beneficio esperado de esta investigación es orientar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los residentes acerca de la depresión mayor. Se le enviará vía correo electrónico institucional los resultados del estudio a todos los participantes.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, su participación es voluntaria y no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole en caso se aplique la encuesta.

Confidencialidad

El presente estudio es anónimo. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de los participantes. Sus datos serán manejados únicamente por los investigadores.

Uso futuro de la información obtenida

Los resultados del estudio serán guardados en caso esta información sea requerida para posteriores estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad, más no se guardarán los cuestionarios.

Derechos del participante

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con los investigadores:

Agreda Carrillo, Eva Raquel - Celular: 945017918 - Correo: eva.agreda@upch.pe

Galindo Morales, Maribel Lorena - Celular: 965825068 - Correo: maribel.galindo@upch.pe

Larios Falcón, Karla Elina - Celular: 963718398 - Correo: karla.larios@upch.pe

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las implicancias del estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del investigador principal
Nombre: Agreda Carrillo, Eva Raquel
DNI: 71337633

Firma del participante

Fecha: 09/03/16

Versión 3