



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS RESIDENTES
SOBRE TRASTORNO DEPRESIVO HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2019**

**PRESENTADO POR
NATALY HARUMY VALENCIA COLONIO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**ASESOR
MGTR. RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA – PERÚ
2020**



Reconocimiento - Sin obra derivada

CC BY-ND

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS MÉDICOS RESIDENTES
SOBRE TRASTORNO DEPRESIVO HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
NATALY HARUMY VALENCIA COLONIO**

**ASESOR
MGTR. RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

**LIMA, PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	12
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	14
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	15
4.1 Tipos y diseño	15
4.2 Diseño muestral	15
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	16
4.4 Procesamiento y análisis de datos	16
4.5 Aspectos éticos	16
CRONOGRAMA	17
PRESUPUESTO	18
FUENTES DE INFORMACIÓN	19
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1 Descripción del problema

Los trastornos mentales son causantes de mayor sufrimiento y discapacidad comparado con otras condiciones clínicas. Entre ellos, el más frecuente es la depresión. Se estima que aproximadamente existe 350 millones de personas a nivel mundial con esta enfermedad y, para 2020, será la segunda causa de discapacidad en el mundo; en los países en vías de desarrollo, se estima que ocupará el primer lugar en discapacidad (1).

En el estudio epidemiológico de salud mental de Lima y el Callao de 2012, el episodio depresivo fue el más frecuente (2).

El trastorno depresivo es una enfermedad, en el que existen cambios notables en el estado del ánimo, la cognición, síntomas neurovegetativos. Pacientes deprimidos que ingresan a albergues tienen un riesgo incrementado de fallecer en el primer año (3).

Las personas que cursan con depresión suelen experimentar sentimientos de tristeza profunda, que pueden generar problemas en el ámbito personal, familiar, así como en el laboral, ya que existe pérdida de interés y motivación en realizar actividades cotidianas. Durante estos episodios, el individuo puede presentar baja autoestima, sentimientos de minusvalía, así como disminución de la energía vital, de tal forma que llegan a sentirse cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo, hay alteraciones con el sueño y generalmente disminución de apetito.

La depresión puede favorecer comorbilidades médicas, en enfermedades como la diabetes y enfermedades cardíacas, puede aumentar el riesgo de trastornos por uso de sustancias. También, es un factor de riesgo importante para el suicidio, que reclama cientos de miles de vidas cada año (1).

Debido su alta frecuencia y el impacto que genera en la vida de las personas, el trastorno depresivo es considerado una prioridad sanitaria en el mundo. Esta enfermedad mental cuenta con tratamientos eficaces, sin embargo, más de la mitad

de afectados a nivel mundial no se benefician de ellos, debido a diversas causas como la falta de recursos, evaluación clínica inadecuada del paciente por la falta de personal sanitario capacitado, así como la estigmatización de los trastornos mentales estos constituyen la principal barrera para lograr el restablecimiento del paciente (1).

En el Perú, la depresión está en primer lugar en cuanto a enfermedades neuropsiquiátricas con más alta pérdida de años vida saludable que se pierden por discapacidad (4).

Cuando acude un paciente con síntomas depresivos u otro trastorno mental para atenderse por el servicio de Emergencia de cualquier hospital, médicos asistentes y, en especial, médicos residentes que son los que atienden inicialmente al paciente en tópico de emergencia, tiende a minimizar la enfermedad y no se brinda un adecuado manejo con ellos, ya que desconocen la importancia y magnitud de esta patología. Inclusive, son víctimas de estigmatización y rechazo por la condición que presentan.

Es conocido que los médicos residentes de las diferentes especialidades, debido a que se encuentran en plena formación académica, son los que pasan mayor tiempo con pacientes hospitalizados. Diversas patologías pueden generar que el paciente llegue a cursar con episodios depresivos cuyos signos y síntomas mayormente no son reconocidos o son minimizados por el personal médico, lo que impide de esta forma un oportuno manejo inicial para evitar secuelas posteriores.

En los últimos años, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, el servicio de Psiquiatría viene realizando cursos anuales sobre tema de salud mental, en los cuales se ha observado poca participación de personal médico que no está ligado a dicha especialidad. Esto, a pesar de saber la importancia que viene adquiriendo los problemas de salud mental a nivel mundial y el incremento de casos de depresión que se viene dando en la actualidad.

En 2018, por consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren hubo 13 824 atenciones con el diagnóstico de depresión.

Actualmente, en dicho hospital, se cuenta con ocho psiquiatras, cinco médicos residentes de psiquiatría, 290 médicos residentes de diferentes especialidades, de los cuales 80 son residentes de primer año.

La siguiente investigación tiene la finalidad de evaluar el nivel de interés y de conocimientos sobre el trastorno depresivo de los médicos residentes del Hospital Sabogal.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos de los médicos residentes sobre trastorno depresivo en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2019?

1.3 Objetivos

General

Determinar el nivel de conocimientos de los médicos residentes sobre trastorno depresivo en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2019.

Específicos

Identificar el nivel de conocimientos que tienen los médicos residentes de primer año sobre el trastorno depresivo.

Identificar el nivel de interés que tienen los médicos residentes de primer año sobre trastorno depresivo.

1.4 Justificación

La presente investigación es un estudio de gran relevancia, ya que la depresión constituye la enfermedad mental más frecuente a nivel mundial y nuestro país no es la excepción. Es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo según la organización mundial de la salud.

Por ello, adquiere vital importancia que los médicos residentes que son quienes tienen más contacto con los pacientes en el hospital a diario, sean los más

interesados en obtener un nivel adecuado de conocimientos sobre este trastorno mental, los cuales les permitirán identificar signos y síntomas propios de esta enfermedad mental y así poder tomar mejores decisiones en cuanto al manejo del paciente. Con ello, se logrará que ellos se beneficien de un manejo integral, que es lo ideal para una buena recuperación de nuestros pacientes.

1.5. Viabilidad y factibilidad

La presente investigación es viable, ya que el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren que es donde se tomará la muestra ha autorizado la ejecución de este proyecto. El instrumento que va a recolectar la información se podrá hacer llegar a los médicos residente, pues va a contar con permisos correspondientes de los jefes de servicio de cada especialidad.

Este proyecto es factible, debido a que se cuenta con los recursos humanos y económicos que garanticen su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Kashini A. et al. desarrollaron, en 2017, un estudio de tipo descriptivo, transversal, Este estudio evaluó el conocimiento de los trabajadores de atención primaria de salud sobre la depresión en los ancianos en Kubau, Nigeria, donde se evidencio que solo el 55% del total de los encuestados conocía la definición de depresión en términos médicos. Solo el 12.6% de los trabajadores de salud sabían que la vejez era un factor de riesgo para la depresión. La conclusión fue que había un escaso conocimiento por parte de los trabajadores de atención primaria sobre la depresión en los ancianos (5).

En 2016, Acuña J et al. publicaron, un artículo de tipo descriptivo, trasversal donde 56 médicos generales de Santiago de Chile que trabajaban en atención primaria fueron evaluados en cuanto a sus conocimientos teóricos y habilidades diagnosticas sobre la depresión. El estudio evidenció un bajo nivel de conocimientos teóricos con índices menores al 50%. Las conclusiones fueron que el nivel de conocimientos en todo el grupo de médicos estudiados resultó ser de nivel medio bajo, al igual que las habilidades diagnosticas (6).

James BO et al. elaboraron, en 2012, una investigación de tipo descriptivo, transversal en el cual fueron evaluados los conocimientos y la actitud sobre la depresión en 72 médicos generales de la ciudad de Benín, Nigeria. En dicho estudio el 77.8% tuvo dificultades para atender a pacientes con depresión y la gran mayoría de médicos tenían un conocimiento limitado sobre este trastorno mental. Las conclusiones de este estudio fueron que los médicos, en especial los que tiene más años de egresados, no tuvieron un nivel óptimo de conocimientos sobre la depresión y tampoco tuvieron una correcta actitud para tratar con pacientes con este trastorno (7).

Gómez C et al. realizaron, en 2005, un estudio de tipo descriptivo, comparativo que realizó una medición sobre nivel de conocimiento de médicos que trabajaban en un centro primario de atención en Bogotá, antes y después de una capacitación sobre el trastorno depresivo. Se evaluó a 48 médicos y la evaluación se llevó a cabo dos

meses posteriores a dicha capacitación. La nota promedio sobre conocimientos antes de la capacitación fue de 26.3 sobre 50. Se volvió a evaluar a la misma población dos meses después de realizada la capacitación, en el cual se obtuvo la calificación de 33.2 de 50. La conclusión del estudio fue que había un nivel de conocimientos bajo sobre el trastorno depresivo que mejoró después de que el personal se capacitara sobre esta patología mental (8).

Valentini W et al. publicaron, en 2004, una investigación de tipo descriptivo comparativo que se realizó en la ciudad de Campiñas, ciudad de Campiñas, São Paulo. En este estudio participaron 17 médicos y 1224 pacientes. Se aplicó un programa de capacitación de la OPS / OMS para diagnóstico y tratamiento de la depresión, donde se midió los resultados un mes antes y un mes después de la capacitación. El programa no mostró un mayor nivel de conocimiento o actitud de parte de los médicos sobre la depresión (9).

En 2000, Flores M et al. desarrollaron un estudio de tipo descriptivo, transversal en el cual se comparó el nivel de conocimientos del personal médico y de estudiantes de medicina de una ciudad en México, con respecto al síndrome depresivo, se evaluó a 40 alumnos de medicina, 33 estudiantes que realizaban internado, 30 médicos residentes y 30 médicos asistentes de la especialidad de medicina familiar. El estudio concluyó que los estudiantes de pregrado obtuvieron una calificación más alta en cuanto a conocimientos sobre depresión, que los internos de medicina, médicos residentes y asistentes de medicina familiar (10).

Shao WA et al. elaboraron, en 1997, un trabajo de tipo comparativo, transversal en el cual se comparó el grado de conocimientos y actitud acerca de la depresión, de 375 médicos de dos hospitales afiliados a una universidad. Se clasificó a los médicos como no generales (subespecialistas en medicina, internos en años de transición y ginecólogos obstetras) y médicos generales (internistas generales y médicos de familia). Las conclusiones fueron que los médicos generales y los no generales poseen un nivel de conocimientos básicos que son similares y relativamente adecuados sobre la depresión. Se concluyó, también, que los médicos generales tuvieron una actitud más favorable sobre la depresión que los especialistas (11).

Agreda E et al. publicaron, en 2017, una investigación de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal. En donde se encuestó a 113 médicos que realizaban la residencia en un Hospital de Lima, sobre la depresión, en el cual 15.93% tuvo conocimientos insuficientes; el 73.45%, moderados y 10.62%, suficiente acerca de esta patología mental. La conclusión fue que la mayoría de médicos residentes del estudio tiene un nivel moderado de conocimientos sobre depresión (12).

Cordero J desarrolló, en 2016, un trabajo cuantitativo, descriptivo, transversal, en el cual se encuestó a 54 residentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, donde se observó que el 9.3% tenía mucho interés, sobre patologías mentales, el 35.2%, moderado interés; el 48.2%, bajo interés y sin interés, 7.4%. Las conclusiones fueron que la mayor parte de médicos residentes presentó bajo interés en cuanto a patologías psiquiátricas; gran parte de médicos de otras especialidades no poseen confianza para el diagnóstico adecuado de alteraciones mentales (13).

Leonardo W et al. publicaron, en 2014, una investigación de tipo descriptivo transversal, en la que se evaluó el conocimiento sobre el trastorno depresivo mayor de 111 médicos de la ciudad de Chiclayo; se observó que el 16.2% de los médicos tuvo un nivel medio de conocimientos; el 83.8%, un bajo nivel de conocimientos y ninguno de ellos tuvo un nivel alto de conocimientos sobre el trastorno depresivo mayor. La conclusión de la investigación fue que el grado de conocimientos que presentaban dichos médicos de atención primaria sobre esta patología mental no fue adecuada (14).

Arroyo R et al. desarrollaron un estudio de tipo descriptivo transversal durante el 2014 y 2016 en médicos que se dedicaban a la atención primaria en la Dirección de Salud de Lima Sur, en el cual se evaluó el grado de conocimientos que tenían sobre como diagnosticar y tratar la depresión mayor, así como la relación con sus años de servicio. La investigación tuvo como conclusión una relación negativa en cuanto a los años de servicio de los médicos de atención primaria y el grado de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor, con una

calificación inferior a los 8 puntos (15).

Inurritegui M et al. publicaron, en 2011, una investigación de tipo descriptivo transversal, en la que se evaluó a 36 residentes y a 82 internos de medicina de la Universidad Cayetano Heredia, sobre conocimientos y manejo del trastorno depresivo mayor. El resultado fue que el 91.5% tuvo conocimientos y diagnóstico adecuado; el 8.5%, no; por ello, no se realizó un correcto diagnóstico sobre esta patología mental. La conclusión fue que más del 90% de residentes e internos de esa sede tuvo un correcto diagnóstico sobre el trastorno depresivo mayor (16).

2.2 Bases teóricas

Trastorno depresivo

Para realizar el diagnóstico adecuado de este trastorno mental, se debe diferenciar de forma clara el concepto de depresión y tristeza. La tristeza del latín tristitia, significa estar triste, afligido; es un sentimiento que presenta cualquier individuo, es subjetivo, genera malestar y puede ser ocasionado por algún evento como una pérdida de cualquier tipo. Es normal que se sienta tristeza, ya que es un proceso de readaptación de la persona.

La palabra depresión proviene del término latino depressio y esta, a la vez, de depressus que significa derribado. Esta palabra ha sido asociada a un estado emocional que surge en respuesta a situaciones que generan sufrimiento. Los signos y síntomas que describen a esta enfermedad se denomina síndrome depresivo. Esta enfermedad se caracteriza por presentar una tristeza profunda, con alteración de las funciones psíquicas y puede estar acompañado de síntomas neurovegetativos. Puede generarse por factores externos, como algún evento traumático o por factores internos, como la pérdida de equilibrio de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina (17).

También, se debe diferenciar la depresión del duelo que es una respuesta normal, hay sentimientos de vacío y tristeza que se relacionan con la pérdida de alguien o algo importante; esa emoción desagradable suele disminuir de intensidad en el tiempo y vienen en oleadas donde hay pensamientos y recuerdo del ser querido. El

dolor que acompaña al duelo puede ir con ánimo positivo en determinados momentos, la persona puede conservar su autoestima, puede existir ideas de culpa relacionadas a la pérdida, e ideas suicidas más por el fin de reunirse con el ser querido. En el trastorno depresivo hay un persistente ánimo triste que no es asociado a algo específico; hay pérdida del placer en actividades que antes le generaban satisfacción, suele acompañarse se sensación de miseria, culpa por estar deprimido, hay sentimientos de minusvalía. La ideación suicida va relacionada por la sensación de inutilidad y por no poder sobreponerse al dolor que le genera estar deprimido.

La depresión es de alta recurrencia; se estima que tras la recuperación de un episodio la tasa de recurrencia en dos años es mayor al 40%; después de dos episodios, la tasa de recurrencia, en los cinco años, es 75% aproximadamente (3).

El trastorno depresivo puede ocurrir a cualquier edad, pero el riesgo se incrementa en la pubertad. La forma crónica de esta enfermedad hace sospechar que haya otros trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias. El inicio reciente es un determinante importante de la probabilidad de recuperación a corto plazo. El riesgo de recurrencia disminuye conforme se incrementa la duración de remisión de síntomas. El riesgo es mayor en pacientes con episodios graves, en jóvenes, y cuando se han dado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión predice la recurrencia (3).

Factores de riesgo y pronóstico

Existen factores temperamentales, ambientales, genéticos, fisiológicos que influyen en el desarrollo de este trastorno. El neuroticismo es un factor implicado en el desarrollo de depresión como respuesta a situaciones vitales estresantes, así como acontecimientos adversos en la infancia.

Las personas que tienen familiares de primer grado con antecedentes de depresión tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor de desarrollar este trastorno comparado con la población en general. Existe un 40 % de heredabilidad y ese aumenta, si se agrega alteraciones de personalidad.

Es más frecuente en mujeres y también pueden presentar un mayor riesgo de intentos de suicidio (3).

Dentro del espectro del trastorno depresivo, según la clasificación del CIE10, se encuentra: Episodio depresivo que puede ser leve, moderado, severo sin síntomas psicóticos o severo con síntomas psicóticos; trastorno depresivo recurrente con episodio actual leve, moderado, grave sin o con síntomas psicóticos; la distimia y el trastorno mixto ansioso depresivo (18).

Episodio depresivo

En estos episodios depresivos que pueden ser leves, moderado o graves, el individuo se encuentra con un estado de ánimo disminuido, que puede empeorar por las mañanas, disminución de energía vital y disminución de actividad donde puede haber enlentecimiento motor. Hay disminución de concentración, del disfrute y del interés, existe fatiga incluso tras un mínimo esfuerzo. Hay alteración del sueño con despertares precoces y disminución del apetito y de la libido. Existe una baja de autoestima, con pensamientos de inutilidad o culpa. El estado de ánimo bajo no varía mucho de un día a otro.

Para el diagnóstico, el episodio depresivo debe tener una duración de por lo menos dos semanas, excluye presencia de síntomas de manía o hipomanía y no debe ser atribuido a consumo de sustancias psicoactivas o a algún trastorno mental orgánico (18).

Episodio depresivo criterios diagnósticos

A. Deben estar presentes criterios generales del episodio depresivo.

B. Presencia de dos de los tres síntomas siguientes:

Ánimo triste anormal para el individuo, la mayor parte del día y casi todos los días con persistencia de dos semanas.

Pérdida de interés o anhedonia de actividades que normalmente eran placenteras.

Energía baja o incremento de la fatiga.

También debe incluir uno o más de los siguientes síntomas para que la totalidad sea por lo menos cuatro:

1. Baja confianza o baja autoestima
2. Sentimiento de culpa que pueden llegar a ser excesivo
3. Ideas de muerte o suicidas persistentes
4. Disminución de la concentración
5. Aumento o disminución de la actividad psicomotora
6. Dificultad para conciliar o mantener el sueño
7. Alteración del apetito

Episodio depresivo leve: Debe tener dos de los tres síntomas del criterio B; además, uno o más del criterio C para que sumen cuatro.

Episodio depresivo moderado: Debe tener dos de los tres síntomas del criterio B; además, síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea por lo menos seis.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Debe tener los tres síntomas del criterio B; además, incluir las del criterio C para que en total sean mínimo ocho.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Se agregan a los síntomas descritos alucinaciones, ideas delirantes, estupor grave que imposibilitan la vida cotidiana, se excluye la esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Debe tener los tres síntomas del criterio B, síntomas del grupo C para que la suma sea de ocho.

Trastorno depresivo recurrente

Se caracteriza por episodios repetidos de depresión que pueden ser leve, moderado o grave con dos meses, periodo en el cual no debe haber alteración significativa del estado anímico.

Distimia

Trastorno del estado del ánimo que es crónico, que se prolonga por varios años y de curso no severo.

Criterios diagnósticos

A. Animo depresivo recurrente en un tiempo mínimo de dos años.

B. Episodios depresivos no deben cumplir criterios del trastorno depresivo recurrente leve.

C. Tres de los siguientes síntomas deben estar incluidos durante los periodos depresivos:

1. Bajo nivel de energía
2. Alteración del sueño
3. Baja confianza en sí mismo
4. Problemas en la concentración
5. Llorar con facilidad
6. Anhedonia
7. Angustia
8. Problemas para afrontar responsabilidades rutinarias
9. Ideas de pesimismo
10. Retraimiento en lo social
11. Baja elocuencia

Trastorno mixto de ansiedad y depresión: Se caracteriza por presentar síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina sobre el otro.

2.3 Definición de términos básicos

Trastorno depresivo: Patología mental que genera un bajo estado de ánimo de la persona, también es conocido como trastorno afectivo (3).

Episodio depresivo: Bajo nivel del estado de ánimo, con disminución de la energía vital y actividad del individuo. Los síntomas deben tener una duración de por las menos dos semanas para que se cumpla el diagnóstico (18).

Trastorno depresivo recurrente: Trastorno caracterizado de episodios repetido

de depresión, que tiene una duración mayor a dos semanas y separado de episodio actual por un periodo de tiempo de al menos dos meses libre de estado de ánimo alterado significativamente (18).

Distimia: Trastorno de ánimo crónico que se presenta la mayor parte del día de la mayoría de los días, con características similares, pero menos severas que las del trastorno depresivo mayor, con duración de al menos dos años (18).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La presente Investigación no requiere de hipótesis, por tratarse de un estudio de tipo descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Nivel de conocimientos sobre trastorno depresivo	Grado de información obtenida a través del aprendizaje y la experiencia sobre trastorno depresivo	Cualitativa	Bases teóricas sobre trastorno depresivo	Ordinal	Básico: 1-8 preguntas	Encuesta
					Intermedio :9-16 preguntas	
					Avanzado: 1-23 preguntas	
Nivel de interés sobre trastorno depresivo	Grado de importancia sobre el trastorno depresivo	Cuantitativa		Ordinal	Bajo	Encuesta
					Regular	
					Alto	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño

La presente investigación será de tipo observacional, transversal, analítico, retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren que trabajan durante los meses noviembre - diciembre de 2019.

Población de estudio

Médicos residentes de primer año del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante los meses de noviembre y diciembre de 2019.

Tamaño de la muestra

Debido a que se encuestará a la totalidad de la población, no va a requerir determinar el tamaño muestral.

Muestreo

Es censal.

Criterios de selección

De inclusión

Médicos residentes del primer año que trabajen en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, en el año 2019.

Residentes de primer año que acepten participar en el estudio.

De exclusión

Médicos residentes de psiquiatría

Residentes de primer año que no acepten participar en el estudio.

Médicos de Residencia, rotantes de otras sedes hospitalarias.

4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se llevará a cabo mediante la aplicación de una encuesta que fue validada por los médicos De la Grecca R y Mazzoti G y que fue modificada por Cordero, la cual evalúa conocimientos, grado de interés y manejo del trastorno depresivo.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se procesarán mediante la prueba estadística de Chi cuadrado. Se va a considerar un p -valor < 0.05 y un nivel de confiabilidad de 95%. Se utilizará el programa SPSS para realizar el análisis de los datos.

4.5 Aspectos éticos

Se informará a los residentes seleccionados, el motivo y la relevancia que tendrá dicho estudio. Esto para contar con la participación voluntaria de ellos, para lo cual deberán aceptar firmar un consentimiento informado.

El protocolo será sometido al Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres y del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

CRONOGRAMA

Pasos	2020 -2021											
	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos						X						
Elaboración del informe							X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	350.00
Soporte especializado	800.00
Transcripción	500.00
Impresiones	200.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2650.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Washington: OMS; 2017. [Internet] 2017. Extraído el 3 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Anales de Salud Mental. 2013; 29(S1): 0-0. [Internet] 2013. Extraído el 5 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
3. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5 Ed. Arlington, VA, Asociación americana de Psiquiatría, 2018.
4. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 222-31. [Internet] 2009. Extraído el 6 de octubre de 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>.
5. Kashini A, Chinedu John I. Knowledge of depression in the elderly among primary health care workers in Kubau, Nigeria, Annals of Tropical Med. 2017; 10(1):143. [Internet] 2017. Extraído el 6 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.atmph.org/article.asp?issn=1755-6783;year=2017;volume=10;issue=1;spage=143;epage=148;aulast=Andrew>.
6. Acuña J. Huele G. Habilidades clínicas para el manejo de trastornos depresivos en médicos generales en Santiago de Chile, Rev Me Chile .2016; 144: 47-54. [Internet] 2017. Extraído el 7 de octubre de 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000100007

7. James BO, Jenkins R. Depression in primary care: the knowledge, attitudes and practice of general practitioners in Benin City, Nigeria, South African Family Practice. 2012;54(1):55-60. [Internet] 2012. Extraído el 8 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/229085899_Depression_in_primary_care_The_knowledge_attitudes_and_practice_of_general_practitioners_in_Benin_City_Nigeria.
8. Gómez C., Bohórquez A., Gil J. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia, Rev. Colomb. Psiquiatr. 2005;34(2):220-41. [Internet] 2005. Extraído el 12 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634204.pdf>.
9. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda C, Feijó de Mello A, Feijó de Mello M, et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4):522-8. [Internet] 2004. Extraído el 12 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400007.
10. Flores M., Paez F., Ocampo J. Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo, Salud Ment. 2000; 27(2):87-95. [Internet] 2000. Extraído el 14 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58262302.pdf>.
11. Shao Wa. Knowledge of late life depression and aging among primary care physicians, Arch Fam Med. 1997; 8:58-67. [Internet] 1997. Extraído el 14 de octubre de 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607860055946>.
12. Agreda E., Galinda M., Larios K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú, Rev Neuropsiquiatr. 2017; 37:11–34. [Internet] 2017. Extraído el 14

de octubre de 2019. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3090>.

13. 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. [Internet] 2016. Extraído el 16 de octubre de 2019. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/>.

14. 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: 23-30. [Internet] 2016. Extraído el 16 de octubre de 2019. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2765>.

15. Arroyo R. Catter, A. and Gismondi, L. Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de depresión mayor en médicos del primer nivel de salud en Lima Sur 2014. [Internet] 2014. Extraído el 23 de octubre 2019. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/621791>.

16. Inurritegui M, Juarez E, Conocimientos respecto a la identificación y manejo del trastorno depresivo mayor en internos y residentes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2011. Rev Neuropsiquiatr. 74. [Internet] 2014. Extraído el 21 de octubre 2019. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1674>

17. Seguí Ca. De la psiquiatría y de la vocación psiquiátrica. Capítulo I. En Perales A, Zambrano M, Mendoza A, Vasquez – Caicedo G. Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2008.

18. O.M.S: CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Nivel de conocimientos de los médicos residentes sobre trastorno depresivo Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2019</p>	<p>¿Cuál es el nivel de conocimientos de los médicos residentes sobre trastorno depresivo en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2019?</p>	<p>General Determinar cuál es el nivel de conocimientos de los médicos residentes sobre trastorno depresivo en el hospital Alberto Sabogal Sologuren 2019.</p> <p>Específicos Identificar el nivel de conocimientos de los médicos residentes de primer año sobre el trastorno depresivo. Identificar el nivel de interés de los médicos residentes de primer año sobre trastorno depresivo.</p>	<p>Descriptivo Transversal</p>	<p>Prueba estadística de Chi cuadrado. El análisis de datos se realizara con el programa SPSS.</p>	<p>Encuesta</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

ENCUESTA

1. Edad: _____

2. Sexo:

- Masculino
 Femenino

3. ¿Recibió Ud. algún curso de actualización en psiquiatría o salud mental desde que salió de la escuela de Medicina?

- Sí
 No

4. ¿Cuál es grado de interés que presenta por los pacientes con trastornos mentales?

- Mucho interés
 Moderado interés
 Leve interés
 Sin interés

5. ¿Usted cree que pacientes con patologías mentales vistos en su especialidad podrían ser ayudados por Ud. y su equipo médico?

- Todos o la gran mayoría pueden ser ayudados
 Muchos pueden ser ayudados
 Algunos pueden ser ayudados
 Muy pocos o ninguno puede ser ayudado

6. ¿Cuál es el nivel de confianza que posee para hacer un diagnóstico de trastorno mental?

- Muy confiado-no necesito ayuda
- Bastante confiado
- No muy confiado
- No tengo confianza

7. ¿Cree usted que posee un ambiente adecuado para la entrevista y el examen físico de sus pacientes?

- Sí
- No

8. ¿Cree que cuenta con el tiempo adecuado para la entrevista y examinar a sus pacientes?

- Sí
- No

9. ¿Averigua sobre los antecedentes personales y familiares de trastornos mentales?

- Siempre
- La mayoría de veces
- Rara vez
- Nunca

10. ¿Evalúa síntomas psiquiátricos y/o cognitivos de sus pacientes?

- Siempre
- La mayoría de veces
- Rara vez
- Nunca

11. ¿Cuántos casos de depresión diagnostica por mes?

- >10 casos por mes
- 5 a 10 casos por mes

- 1 a 4 casos por mes
 Ninguno

12. Cuando sospecha ó realiza el diagnóstico de una patología mental a su paciente. ¿a qué especialidad lo refiere con más frecuencia?

- Neurólogo
 Psiquiatra
 Psicólogo
 Lo trata Ud. mismo
 Otro médico
 Otro (Especifique: _____)

13. ¿Ofrece soporte emocional a sus pacientes hospitalizados?

- Sí
 No

14. ¿Cuál es la frecuencia con la que pide a su paciente que traiga a un familiar para ayudar a solucionar un problema emocional (en un mes)?

- Veces por mes

Si ha tenido pacientes a los cuales diagnostico depresión, responda el siguiente (de lo contrario, ha concluido la encuesta. Gracias).

15. ¿Cuál es la queja más frecuente del paciente, que lo lleva a buscar depresión? (marque solo una)

- Dolores osteo-articulares
 Cefalea o dolor cervical

- Síntomas gastrointestinales
- Tristeza
- Anhedonia
- Ansiedad
- Dificultad para realizar labores
- Otro (Especifique: _____)

16. Enumere síntomas que crea útiles para el diagnóstico de depresión.

- _____
- _____
- _____

17. ¿Qué les dice a sus pacientes acerca de su enfermedad?

- No les da un nombre
- Les dice algo inespecífico como: "son los nervios", "estrés", etc.
- Les dice que es depresión
- Otro (especifique: _____)

Si usted opta por dar tratamiento al paciente:

18. ¿Cuántos de los síntomas de la pregunta 16 deberían estar presentes para que indique un fármaco antidepresivo?

- Síntomas

19. ¿Cuál es el fármaco que receta con más frecuencia?

- Antidepresivos tricíclicos
- Benzodiazepinas
- Inhibidores selectivos de receptación de serotonina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa

20. ¿Cuál es la dosis recomendada?

- Inicial
 mantenimiento

21. ¿Les menciona posibles efectos secundarios?

- Sí
 No

22. ¿Les indica la duración del tratamiento?

- Sí
 No

23. ¿Realiza cita para seguimiento?

- Sí
 No

3. Consentimiento informado

Yo,

Otorgo mi consentimiento para participar en el estudio y conciencia plena de que mi participación es voluntaria.

He sido informado de forma verbal sobre el estudio mencionado. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo, estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y etnicidad u origen étnico, puedan ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Soy consciente que puedo dar por finalizado mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto perjudique.

Nombre completo del participante

Firma

Fecha