



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN
EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA
CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS
AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

José Michelle Cardona Rodríguez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR(ES)

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente

Aguascalientes, Ags., enero del 2019



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2019

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. JOSÉ MICHELLE CARDONA RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R- 2018-101-025** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. José Michelle Cardona Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES
COORDINADOR DE TESIS

DRA. EVELYN PATRICIA LARRAGA BENAVENTE
INVESTIGADOR ASOCIADO



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2019

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. JOSÉ MICHELLE CARDONA RODRÍGUEZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES”

Número de Registro: R- 2018-101-025 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. José Michelle Cardona Rodríguez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos A. Prado

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

JOSÉ MICHELLE CARDONA RODRÍGUEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

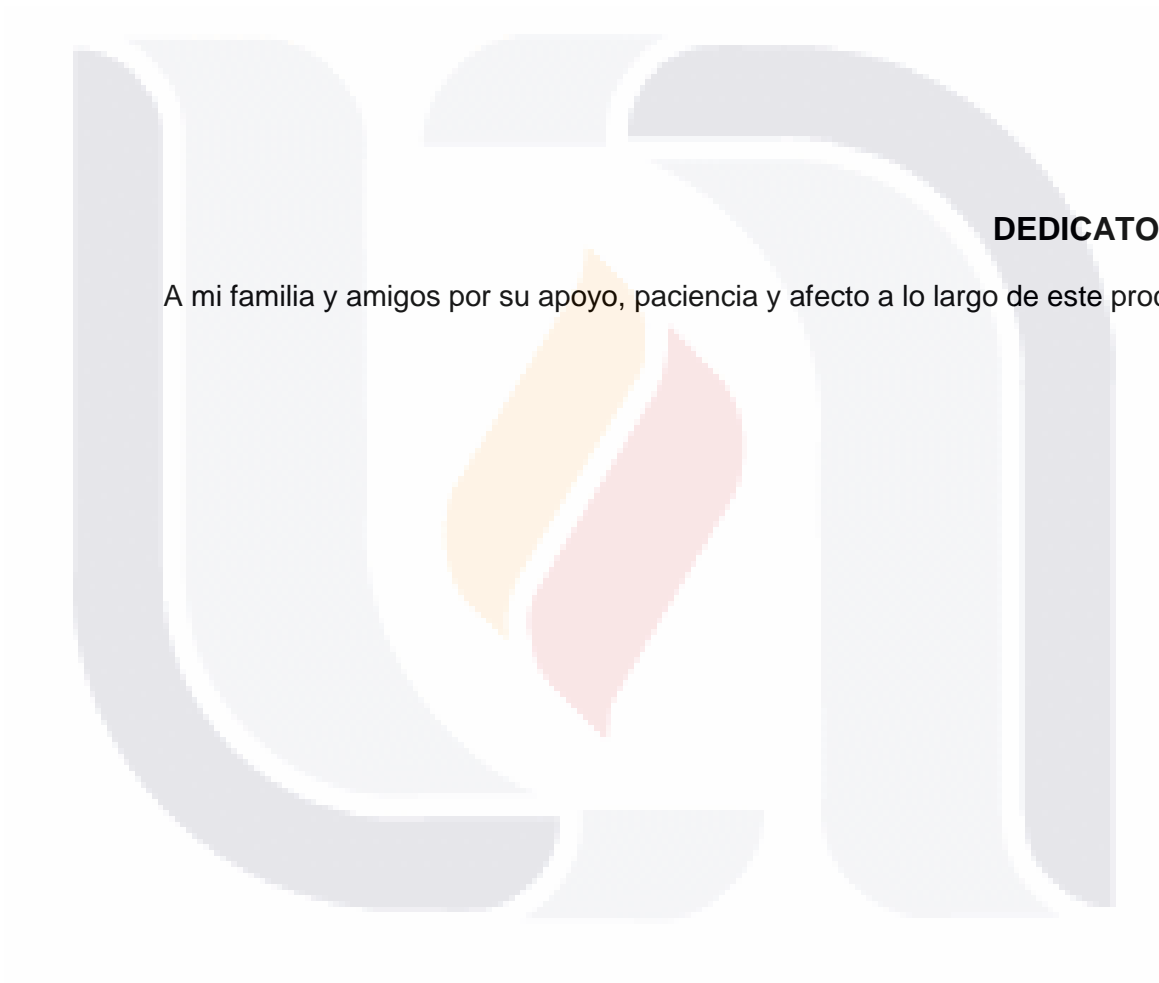
ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., a 16 de Enero de 2019.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes.

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente.



DEDICATORIA

A mi familia y amigos por su apoyo, paciencia y afecto a lo largo de este proceso

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE GRÁFICAS	iii
ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRONIMOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO.....	2
I.A. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.	2
I.B. TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN A LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMA. ...	7
1. B. 1 MODELO DE MILLER.....	14
II. JUSTIFICACIÓN.	18
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
III.A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	20
III.B. DESCRIPCIÓN DEL PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.....	21
III.C. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.	21
III.C.1 LEYES Y NORMAS.....	22
III.D. DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.	23
III.E. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA.	26
III.F. FACTORES IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA.....	27
III.G. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA, NO ES SUFICIENTE.....	27
III.H. LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	28
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	29
V. OBJETIVOS.....	30
V.A. OBJETIVO GENERAL	30

V.B. OBJETIVO ESPECÍFICO	30
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	31
VI.A. DISEÑO DE ESTUDIO.	31
VI.B. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	31
VI.C. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	31
VI.D. CRITERIOS DE SELECCIÓN:	31
VI.E. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	32
VI.F. LOGÍSTICA.....	32
VI.G. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	33
VI.H. ESTANDARIZACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33
VI.I. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	33
VI.J. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	39
VII. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
VIII. RECURSOS, FIANACIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	42
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	43
X. RESULTADOS	44
XI. DISCUSIÓN.....	50
XII. CONCLUSIONES	52
XIII. RECOMENDACIONES.....	53
XIV. GLOSARIO.....	54
XV. REFERENCIAS.....	55
ANEXO	59
ANEXO A.....	59
ANEXO B.	60
ANEXO C.....	63
ANEXO D.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Modelo operativo para el análisis de los componentes de la competencia clínica..... 12

Tabla2 Índice de validez de contenido por ítem..... 35

Tabla3 Confiabilidad ítems dicotómicos (kdr20)..... 36

Tabla4 Análisis de correlaciones por Ítem variables dicotómicas..... 38

Tabla5 Confiabilidad variables policotómicas (alfa de Cronbach)..... 38

Tabla6 Análisis de correlaciones por Ítem variables policotómicas..... 39

Tabla7 Costos a cuenta del investigador..... 42

Tabla8 Cronograma de actividades..... 43

Tabla9 Asociación entre variables sociodemográficas y nivel de competencia clínica..... 49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1 Pirámide de Miller para la evaluación..... 15

Figura2 Pirámide de Miller y métodos de evaluación..... 16

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica1 Distribución de la edad..... 44

Gráfica2 Distribución de hombres y mujeres..... 44

Gráfica3 Distribución por años trabajos en el IMSS..... 45

Gráfica4 Médicos con cursos de actualización en depresión del adulto mayor..... 45

Gráfica5 Médicos con certificación en medicina familiar..... 45

Gráfica6 Médicos con cursos de actualización en depresión del adulto mayor..... 45

Gráfica7 Nivel de Competencia Clínica..... 46

Gráfica8 Nivel de conocimiento por encuestado..... 47

Gráfica9 Nivel de Habilidad por encuestado..... 47

Gráfica10 Nivel de actitud por encuestado..... 48

Gráfica11 Promedio de calificaciones por dimensión..... 48

Gráfica12 Porcentaje de respuestas correctas por indicador..... 49

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRONIMOS

Siglas	Descripción
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
UMF No.11	Unidad de medicina familiar número 11.
ECO E	Examen clínico objetivo estructurado.
GPC	Guía de práctica clínica.
EDG	Escala de depresión geriátrica
OMS	Organización Mundial de la Salud
KDR20	Kuder Richardson. Fórmula 20

RESUMEN

INTRODUCCION: A nivel mundial hay un subdiagnóstico de la depresión en el adulto mayor, la cual posee características incapacitantes que impactan en el desarrollo del individuo; el médico de primer nivel requiere contar con el conocimiento, las habilidades y la destreza para identificar la problemática y ofrecer una solución acertada. La competencia clínica es el modelo que se busca seguir para lograrlo. Los estudios disponibles muestran deficiencia de competencia clínica del médico en diversos escenarios, en el caso particular de la depresión en el adulto mayor no se cuenta con datos suficientes que muestren un panorama de la situación actual por lo que limita las posibilidades de realizar intervenciones prudentes encaminadas a la mejora. **OBJETIVO:** Conocer el nivel de competencia clínica de los médicos familiares en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF No.11, Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal descriptivo observacional, a 35 médicos familiares de primer nivel de atención de la UMF-11 en 2018. Se efectuó, validó y aplicó un instrumento construido en base a la GPC (Guía Práctica Clínica) IMSS 194-10 abarcando las dimensiones de la competencia clínica. **RESULTADOS:** Se encontró que 17% (n=6) de los médicos familiares encuestados cuentan con un nivel alto de competencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, el 71% (n=25) con un nivel medio y el 11% (n=4) un nivel bajo. Dentro de las dimensiones que integran la competencia clínica, la habilidad fue la mejor calificada. De los indicadores empleados se obtuvo un mayor porcentaje de respuestas correctas en integración diagnóstica (89%) e Identificación de factores de riesgo (87%), los que obtuvieron menor porcentaje fueron pronóstico y seguimiento terapéutico (54% y 48% respectivamente). **CONCLUSIONES:** Los médicos familiares de la UMF No.11 del IMSS Aguascalientes cuentan con un nivel de competencia clínica medio en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor. Se sugiere la implementación de estrategias educativas para mejorar la competencia clínica en el tema, incidiendo prioritariamente en los temas de pronóstico y seguimiento terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Competencia clínica, Guía Práctica Clínica, GPC, Diagnóstico y Tratamiento de la depresión, Adulto mayor, GPC IMSS-194-10.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Worldwide there is a subdiagnosis of depression in the elderly, which has disabling characteristics that impact on the development of the individual; the first-level physician requires the knowledge, skills and attitude to identify the problem and offer an appropriate solution. Clinical competence is the model that is pursued to achieve it. The available studies show deficiency of clinical competence of the doctor in various scenarios, in the particular case of depression in the elderly there is not enough data to show an overview of the current situation so it limits the possibilities of performing prudential interventions aimed to the improvement. **OBJECTIVE:** To know the level of clinical competence of family physicians in the diagnosis and treatment of depression in the elderly based on the clinical practice guide IMSS-194-10 in the UMF No.11 Aguascalientes. **MATERIAL AND METHODS:** A cross-sectional descriptive, observational study was conducted on 35 family physicians of the first level of care of the UMF-11 in 2018. An instrument built on the basis of the CPG (Clinical Practice Guide) IMSS 194 -10 covering the dimensions of clinical competence was carried out, validated and applied. **RESULTS:** It was found that 17% (n = 6) of the surveyed family doctors have a high level of clinical competence in the diagnosis and treatment of depression in the elderly, 71% (n = 25) with a medium level and 11% (n = 4) a low level. Within the dimensions that make up the clinical competence, the skill was the best qualified. Of the indicators used, a higher percentage of correct responses was obtained in diagnostic integration (89%) and identification of risk factors (87%). Those that obtained a lower percentage were prognosis and therapeutic follow-up (54% and 48% respectively). **CONCLUSIONS:** The family physicians of the UMF No.11 of the IMSS Aguascalientes have a level of clinical competence in the diagnosis and treatment of depression in the elderly. It is suggested the implementation of educational strategies to improve clinical competence in the subject, with priority on issues of prognosis and therapeutic follow-up.

KEYWORDS: Clinical Competence, Clinical Practice Guide, CPG, Diagnosis and Treatment of Depression, Elderly, GPC IMSS-194-10.

INTRODUCCIÓN

La depresión en el adulto mayor es una de las afecciones mentales más frecuentes de acuerdo a los informes emitidos por la OMS. La importancia de esta enfermedad radica en su potencial afectación negativa en la calidad de vida y el incremento en el riesgo de suicidio de aquellos que la desarrollan. Sin embargo se ha observado una latente limitación para su identificación en este grupo de edad en particular; la presentación atípica de síntomas, la comorbilidad con otras afecciones crónicas y síndromes geriátricos forman verdaderas barreras para su diagnóstico y tratamiento oportuno. Por lo anterior se requiere de contar con personal capacitado que de solución a esta problemática.

Se cuenta con la información de que el paciente adulto mayor y los cuidadores principales acuden de primera instancia con el médico de primer nivel al detectar anomalías cognitivas, es por eso que se requiere que en nuestro medio, el médico familiar como punta de lanza en el primer nivel cuente con el conocimiento, habilidades y valores necesarios que le permitan brindar una atención de calidad y calidez. En este entendido, es el enfoque por competencias clínicas una forma de dar solución a este tipo de demandas, ya que engloba las dimensiones requeridas para cumplir de manera satisfactoria con el cuidado de la salud del paciente.

Existen diversos estudios a nivel nacional e internacional en los cuales se realiza un abordaje de forma individual de las dimensiones de la competencia y la depresión en el adulto mayor, sin embargo hay vacío en el conocimiento al tratar la competencia clínica de manera integral y la depresión en el adulto mayor. Este estudio pretende darse a la tarea de contribuir con el desarrollo de este conocimiento. Apoyándose de estudios sobre la competencia clínica en otros escenarios clínicos, se emprende la tarea de medir el nivel de competencia clínica de los médicos familiares de la UMF No.11 en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor a través del análisis de las dimensiones que la conforman: conocimiento, habilidad y actitud a fin de lograr identificar áreas de oportunidad que contribuyan a mejorar la calidad y calidez en la atención médica.

I. MARCO TEÓRICO

I.A. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS CLÍNICAS EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Para la búsqueda sistematizada de información en un primer acercamiento se emplearon los motores de búsqueda de BVS, PubMed, CONRICyT, con los siguientes descriptores Clinical competence OR clinical competencies OR clinical competency AND Depression tanto en título como en abstract, encontrando un solo resultado al cual no se logró tener acceso, se trata de un estudio de 2006 de nombre "Clinical competencies, caring for late-life depression in home care patients, publicado en el Journal of Gerontological nursing. Estudio descriptivo orientado a personal no médico que labora en asilos de adultos mayores. Debido a este resultado se amplió la búsqueda, empleando únicamente la competencia clínica y sus sinónimos en inglés de acuerdo a la terminología de los descriptores en salud. Con esta estrategia empleando la búsqueda avanzada en PubMed y BVS; se obtuvieron 226 artículos, de los cuales se descartaron los que se centraban en el personal de enfermería, aquellos que estuvieran repetidos, a los que no se tuvo acceso, las cartas a editor, artículos de revisión, comentarios, etc. puesto que dentro de nuestra búsqueda sistematizada no logramos encontrar antecedentes de artículos que relacionaran la competencia clínica del médico hacia la detección y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, se tomó la decisión de emplear aquellos artículos en los cuales se emplee una metodología útil y práctica para realizar la medición de la competencia clínica en el personal médico en alguna otra patología de interés. Por lo tanto, se seleccionaron de los documentos disponibles aquellos en los cuales los autores diseñaran un instrumento para usarlos a manera de guía para el desarrollo de nuestro estudio. De esta manera se pretende centrar el análisis bibliográfico en base a la estructura metodológica más conveniente para el estudio de la competencia clínica y adaptarla a nuestra variable en particular y a nuestra población de estudio.

García- Vinagrera (1999) Realizaron un estudio que tenía por objetivo identificar el nivel de competencia clínica de los médicos familiares en hipertensión arterial sistémica del servicio hospitalario de urgencias. Se diseñó un estudio tipo descriptivo, transversal, en el cual se empleó una muestra no probabilística de 165 médicos familiares del Instituto

Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal a quienes se aplicó un cuestionario construido y validado por los autores. Este instrumento caracteriza la competencia clínica, en forma global en base a 5 parámetros: 1) reconocimiento de factores de riesgo, 2) reconocimiento de indicadores clínicos y paraclínicos, 3) integración diagnóstica, 4) uso global de medios diagnósticos, 5) uso global de recursos terapéutico a través de un examen tipo “falso, verdadero, no sé”, constituido por seis casos clínicos simulados clínicos reales de hipertensión arterial sistémica conformando 160 afirmaciones en total. Se conformaron cinco categorías: muy bajo (25-52), bajo (53-79), medio (80-106), alto (107-133), muy alto (134-160). Como resultados muestran que 8% de los médicos obtuvo un nivel de competencia bajo, 76% muy bajo, sólo el 16% obtuvo una calificación explicable por efecto del azar. Dentro de los indicadores empleados el uso de medios diagnósticos fue el más bajo con una media expresada en proporción de la unidad de 0.27, el valor más alto correspondió a las iatropatogénias por omisión con 0.60. El estudio concluye que se aprecia un nivel de competencia clínica bajo, plantea la importancia de continuar avanzando en la investigación para el perfeccionamiento de instrumentos de medición, desarrollo de estrategias educativas tendientes a superar las deficiencias detectadas, y la identificación de factores que influyen en la competencia clínica de los médicos.⁽¹⁾

Ramírez, et al. (2006) Efectuaron un estudio en España con el objetivo de detectar diferencias en niveles de competencia clínica entre médicos de familia de las comunidades españolas. Se diseñó un estudio descriptivo y transversal en el cual se evaluaron 1158 médicos de 14 comunidades españolas distintas mediante la Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO-E) con un alfa de Cronbach de 0.79. El cual se construyó en base al Programa Oficial de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, del cual se tomaron siete componentes competenciales de la prueba: anamnesis, exploración física, manejo terapéutico, habilidades técnicas, actividades preventivas, atención familiar y comunicación. Se una media global de 59.08 (DE: 6.12), con un IC 95% de 58.52 a 59.31. El área con mayor puntaje fue la comunicación 80.11%, seguida de habilidades técnicas 70.07% y la anamnesis 59.37%; la puntuación más baja fue en atención familiar 45.54% y en manejo 51.38%. En cuanto al conocimiento las puntuaciones más bajas fueron en diabetes 43.36%, EPOC 45.31 y síndrome miccional 45.92%; las más elevadas dolor abdominal 75.94%, resucitación cardiopulmonar 70.07) y lesión de piel 66.38%. El estudio concluye que la competencia es globalmente buena. Con

una diferencia significativa en aquellas con más experiencia en la realización de pruebas ECOE, tanto a médicos residentes como médicos de familia en ejercicio.⁽²⁾

Degollado, et al (2009) Realizaron un estudio el cual tenía como objetivo medir el grado de desarrollo de la competencia clínica de los residentes de anestesiología, en pacientes que requieren atención de un tercer nivel. Se diseñó un estudio prospectivo, transversal, observacional en el cual 42 médicos residentes de anestesiología de primer y segundo año contestaron un instrumento construido y validado por los autores, construido por cuatro casos clínicos correspondientes a pacientes sometidos a procedimiento anestésico quirúrgico que cubrían los requisitos para explorar los ocho indicadores: Reconocimiento de factores de riesgo, reconocimiento perioperatorio de datos clínicos y para-clínicos de enfermedad y/o condición metabólica o hemodinámica, manejo de indicador diagnóstico, uso de medidas diagnósticas, uso de recursos de manejo anestésico y terapéutico, Indicios de gravedad o mal pronóstico, Indicios de gravedad o mal pronóstico, decisiones potencialmente iatropatogénicas por omisión. Resultaron 200 reactivos (25 por cada indicador). Se conformaron cinco categorías de competencia clínica: muy bajo (26-60), bajo (61-95), medio (96-130), alto (131-165), muy alto (166-200). Se estimó la confiabilidad interna con la prueba de Kuder-Richardson, obteniendo un coeficiente de 0.95. Los resultados muestran que 10% de los residentes de segundo año y de los residentes de tercer año obtuvieron una puntuación media, el 67 y el 86% obtuvieron un nivel bajo respectivamente, el 19 y el 4% un nivel muy bajo. El estudio concluye que la competencia clínica de los médicos residentes de anestesiología que atienden pacientes que requieren atención médica en tercer nivel resultó baja respecto a la calificación teórica máxima.⁽³⁾

Cabrera et. al (2009). Desarrollaron un estudio con el objetivo evaluar la competencia clínica de los médicos de atención primaria para la evaluación de trastornos reumáticos. Se diseñó un estudio transversal descriptivo en el cual se aplicó un cuestionario autoadministrado elaborado por un grupo de reumatólogos e investigadores a 104 médicos de atención primaria que trabajan en cuatro hospitales de Guadalajara, Jalisco elegidos al azar. Se calculó un índice de confiabilidad de Kuder-Richardson en 0.94. Las enfermedades incluidas en el cuestionario fueron: (1) artritis reumatoide, (2) síndrome de Sjogren, 3) gota, 4) osteoartritis y 5) lupus eritematoso sistémico. Las preguntas relacionadas con esto se hicieron utilizando la técnica de pacientes simulados. Incluyendo

los dominios: evaluación de los factores de riesgo, estrategias para el diagnóstico y tratamiento. Se establecieron los siguientes rangos de competencia clínica: nivel muy alto 93-110 puntos, nivel alto 75-92, moderado 57-74, bajo 39-56, muy bajo 21-38 y se consideraron <20 puntos obtenido por casualidad. Los resultados mostraron que el 11% tenía un alto nivel de competencia, un 20% moderada, mientras que los niveles subóptimos tuvieron un 51%: baja 31% y muy baja 20%. Un 18% adicional tuvo puntuaciones obtenidas por azar. No hubo diferencias estadísticas en los puntajes entre los médicos con o sin la especialidad en medicina familiar. Concluyen una competencia subóptima en una proporción significativa de los médicos de atención primaria que asisten a los trastornos reumáticos.⁽⁴⁾

Cabrera, et.al (2010) Realizaron un estudio con el objetivo de conocer el nivel de competencia clínica del médico familiar en la atención a la mujer en etapa del climaterio. Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo en médicos familiares adscritos a 5 unidades de medicina familiar (UMF) de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. Se aplicó un instrumento, validado por expertos, compuesto por 108 enunciados sobre factores de riesgo, datos clínicos, integración diagnóstica, medidas diagnósticas y medidas terapéuticas. Dentro de los resultados el nivel de competencia clínica obtenida fue 62,8% de los casos explicado por el azar y en escala muy baja el 28,2%. La mediana global fue de 17 puntos, que correspondió a una puntuación del 15,7%. Las áreas con mejor puntuación fueron las clínicas y paraclínicas, que obtuvieron al 33,3% de la calificación alcanzable en éste. Se concluye que los médicos familiares poseen un escaso desarrollo de la competencia clínica pudiendo estar influida por los ambientes laborales y por la educación.⁽⁵⁾

Cabrera, et. al (2015) Realizaron un el cual tenía como objetivo Evaluar la competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de la Ciudad de Guatemala. Se diseñó un estudio transversal, descriptivo con un universo de 12 unidades médicas de atención primaria del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con un total de 156 médicos a los cuales se les aplicó un instrumento diseñado y validado por los autores que evalúa la competencia se integraron la teoría y la práctica mediante cuatro casos clínicos reales que fueron problematizados de acuerdo a los indicadores a los que se refieren las capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica clínica, obteniendo 98 enunciados con respuestas del tipo verdadero, falso o no

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sé, distribuido en cinco dimensiones: identificación de factores de riesgo, identificación de datos clínicos, interpretación de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica y uso de recursos terapéuticos. Establecieron seis niveles de competencia clínica: muy alto con puntuación >75, alto de 61 a 75, medio de 46 a 60, bajo de 31 a 45, muy bajo con 16 a 30, y definida por el azar <16 puntos. El estudio obtuvo como resultados que el nivel de competencia obtenido por los médicos fue del 62.8% definido por el azar, muy bajo 28.2%, bajo 7.7% y medio 1.3%. concluyen que la competencia de los médicos de atención primaria es inadecuada y se requieren estudios de intervención.⁽⁶⁾

Kasten-Monges, et al (2016). Efectuaron un estudio transversal descriptivo con el objetivo de evaluar la competencia clínica de una muestra de médicos residentes mexicanos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. Se diseñó y validó un instrumento integrando la teoría y la práctica mediante cuatro casos clínicos reales problematizados de acuerdo a los indicadores que se refieren a las capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica clínica. Se obtuvo un instrumento integrado por 184 ítems con respuestas del tipo verdadero, falso o no sé, cuyo valor teórico máximo fue de 184 puntos distribuidos entre las cinco dimensiones que lo integraron: identificación de factores de riesgo, identificación de datos clínicos, interpretación de pruebas diagnósticas, integración diagnóstica y utilización de recursos terapéuticos. 122 médicos residentes de las especialidades en epidemiología, medicina familiar y medicina interna en Guadalajara, Jalisco, México respondieron el cuestionario. Los resultados de este instrumento ubican al médico evaluado en uno de cuatro niveles de competencia clínica: alta > 120, media 90 a 119, baja 15 a 89, y definida por el azar < 15. Los resultados mostraron un nivel de competencia clínica definido por el azar de 4.9%, bajo 49.2%, medio 44.3% y alto 1.6%. El estudio concluye que es necesario mejorar el nivel de competencia clínica de los médicos residentes para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas.⁽⁷⁾

I.B TEORÍAS Y MODELOS QUE APOYAN A LAS VARIABLES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MISMA

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, en su actualización 2011, define la depresión como un conjunto de síntomas que se manifiestan principalmente por la pérdida del interés y la capacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. La gama de síntoma puede ser muy variada, incluye la desmotivación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, físicas y conductuales. ⁽⁸⁾

En el adulto mayor es el trastorno afectivo más frecuente, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación, existiendo diferentes niveles de severidad, siendo su consecuencia más grave la ideación suicida. ⁽⁹⁾

El DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) establece los criterios para el diagnóstico de la depresión mayor. Sin embargo estos criterios no son siempre aplicables a la población de adultos mayores ya que se ha mostrado en estudios estadísticos que existe una diferencia entre la frecuencia de presentación clínica en el anciano en comparación con la población más joven. En el paciente geriátrico la irritabilidad, el enojo, la ansiedad, preocupación, la pérdida del apetito y peso, el aislamiento social y la somatización son síntomas que se presentan con mayor frecuencia. ^(8,10)

Estas diferencias hacen que el abordaje diagnóstico del paciente adulto mayor diverja escasamente del realizado en el adulto joven. ⁽⁸⁾ Lo que ha contribuido a ser un obstáculo al momento de ofrecer un abordaje y manejo oportuno en el primer nivel de atención por parte del médico familiar quién si bien a través del entrenamiento en educación y residencia, posee distintas actitudes, habilidades y conocimientos que los califican para proporcionar atención médica continua e integral, mantenimiento de la salud y servicios preventivos a cada miembro de la familia sin importar el sexo, la edad o el tipo de problema, ya sea biológico, conductual o social ha presentado dificultades para hacer el diagnóstico y manejo de esta patología ^(8,11,12). Esta situación denota la necesidad del médico familiar para contar con competencias profesionales en prácticamente todas las áreas de la medicina, pues debe diagnosticar y tratar de manera efectiva un sinnúmero de

padecimientos agudos, siendo un recurso central en el manejo de los problemas crónicos para evitar o reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la este grupo de edad.

(13)

Desde 1991 los países miembros de la UNESCO se planteaban el curso que se debía seguir en cuestión de la formación de recursos humanos. El cambio en el régimen de enseñanza pretende dejar de lado la transmisión de conocimiento a las generaciones futuras, para arribar a aprender a aprender. Es así que se plantea un nuevo fin, el cual se fundamenta en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser, lo que sólo se puede lograr mediante el desarrollo de las competencias para la vida. De esta manera se integra el concepto de competencias a la manera en la que el médico aprende y por consiguiente se desarrolla profesionalmente, buscando garantizar que los pacientes como es el caso de los adultos mayores reciben una atención de calidad con un enfoque preventivo y de atención oportuna a sus principales afecciones tanto físicas como mentales. ⁽¹⁴⁾

Este modelo tiene sus bases como cualquier modelo educativo emergente en los modelos previos propuestos desde tiempos de Aristóteles y Sócrates en los que se buscaba encontrar la manera en la que un individuo pasa de aprendiz experto y se vuelve competente para dar solución de forma más eficiente a determinada problemática. Esto con la finalidad de buscar una manera de intervenir en el proceso. De esta manera surgen modelos como el conductista en los que el aprendizaje se da como resultado de una relación entre un estímulo externo que desencadena una respuesta casi refleja por parte del individuo, tal como lo plantean inicialmente el conexionismo de Thorndike(1898), misma que se considera como precursor de los trabajos de Watson (1913) y del condicionamiento operante de Skinner (1948). En estos modelos iniciales la conexión se produce mediante un mecanismo periférico, en el cual intervienen el aparato locomotor y las neuronas periféricas involucradas en la actividad, las que son responsables de la respuesta a un estímulo determinado. No interviene la mente. Si esas respuestas o conductas resultan gratificantes y fructíferas para quien las ejecuta, se imprimen en el sistema nervioso: esto es el aprendizaje. La estrategia que emplea el animal de experimentación para aprender es la del ensayo y error. ⁽¹⁵⁾

Por otra parte el constructivismo es una teoría del conocimiento cuyo origen se remonta a la epistemología kantiana y en el pensamiento de Giambattista Vico en el siglo XVIII, y los grandes nombres de la psicología cognitiva y social, F.C. Bartlett, Jean Piaget, y L.S. Vygotsky. El constructivismo no es una teoría unificada, sino más bien un conglomerado de diferentes posiciones con énfasis diferentes⁽¹⁶⁾

La epistemología genética según Piaget, establece que las estructuras que confirman la cognición humana tiene una génesis, a partir de una estructura anterior y que a través de procesos de transformación constructivistas se van generando estructuras más complejas.⁽¹⁶⁾

El concepto estructura cognitiva es el centro de la teoría, entendiéndose como los patrones o modelos de acción mental o físicos, bajo los cuales se especifican los actos inteligentes y según las edades de desarrollo del niño. El modelo ofrece procesos mentales simples y condicionales estrechamente ligados al medio objetivo, hasta procesos de sistemas complejos de estructuración mental cada vez más independiente del medio.⁽¹⁵⁾

Un enfoque más recientemente aceptado y del cual toman influencia las competencias es el modelo de Vlygotsky el cual elimina el enfoque reduccionista el cual considera al aprendizaje como una acumulación de reflejos asociados entre estímulos y respuestas. Un concepto clave en el aprendizaje para Vigotsky son las zonas de desarrollo (ZDP), definidas como la diferencia entre el nivel de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el otro que sabe más (OSM) que se refiere a el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adultos o con la colaboración de otras personas más capacitadas. Este depende de la interacción social. El rango de habilidades que puede desarrollar con la ayuda de un adulto o colaboración de compañeros, excede lo que puede lograr el alumno de manera individual. El desarrollo cognitivo completo requiere de interacción social.^(15,16)

Hubert L. Dreyfus Stuart E. Dreyfus diseñaron un modelo que trataba de explicar cómo es que un individuo pasa de principiante a experto, con la finalidad de crear un programa de inteligencia artificial capaz de aprender y hacerse más eficiente, este modelo consiste en una serie de características y procesos mentales que el individuo desarrolla a lo largo de cinco etapas, Principiante, principiante avanzado, competente, proeficiente y experto, en

cada una el individuo semejante a lo postulado por Vygostki iba construyendo una serie de procesos mentales más elaborados llegando al punto en el que se olvidaba de los detalles como reglas o instrucciones de acción para centrarse en lo que le hacía llegar al mismo resultado con el menor cantidad de recurso y con la mejor calidad. Un punto que agregan a diferencia de los autores anteriores es el sentido de responsabilidad que se va adquiriendo conforme el individuo va progresando de nivel y va concientizando el impacto de sus acciones como pasa con un médico en formación y posteriormente durante el postgrado y finalmente la práctica diaria. Se presenta entonces un acercamiento parcial al concepto más actual de las competencias.⁽¹⁷⁾

Frade (2009) muestra la secuencia que sigue el individuo para que se considere competente, dentro de su constructo se hace un amalgama de las principales teorías del pensamiento principalmente de Piaget y Vygotsky. Este enfoque aplica los conocimientos con diferentes habilidades de pensamiento y destrezas específicas en más de un contexto, de manera que se resuelvan problemas y se formula en alternativas o nuevas creaciones. Parte de la idea que el aprendizaje se logra mediante un proceso cognitivo de índole neuropsicológico que consiste en la realización de seis fases: *sensación, percepción, atención, memoria de trabajo, consciente o cognición y actuación*. Este proceso es bastante complejo y rápido y que no se efectúa de un modo lineal, una cosa después de la otra, sino a veces hasta simultáneamente y en una espiral creciente que se traduce en desempeños.⁽¹⁴⁾

Este proceso nos indica que para lograr una competencia, para saber hacer algo con conocimiento, se requiere aprender varios conocimientos mediante habilidades de pensamiento y destrezas. Entendiendo habilidad como todos los procesos mentales que realiza un individuo para ser capaz de actuar sobre un estímulo determinado, es llevada a cabo en el lóbulo frontal del cerebro. Por otra parte las destrezas son las múltiples acciones concretas que se ejecutan de forma automática, sin pensarlo, en estas se activan las regiones occipital y parietal del cerebro, ya que en ellas se encuentran la memoria sensorial y en menor medida los lóbulos frontales.⁽¹⁴⁾

Sin embargo, la construcción del conocimiento no sólo se logra por la habilidad mental, sino por el conocimiento del mundo, del medio natural, social y aún individual, de cada persona, lo que quiere decir que el individuo adquiere conocimiento en medida que la realidad externa entra en acción con el sujeto, es decir, el conocimiento es el resultado de

la interacción entre el sujeto y el objeto, en la cual se genera información sobre éste a través de una mediación. Sin embargo para un desempeño final se debe incluir una actitud, es decir, la manera en la que el individuo se comporta al hacer uso del conocimiento, en este punto entran en contexto los valores, la norma social y la motivación que posee, lo que marcará la importancia que le de a la tarea asignada. Para Frade (2009) “La actitud es el primer nivel de dominio....Cuando alguien aprende, lo primero que interviene es la actitud. Si se quiere aprender se manifiesta interés. Sí no, no habrá poder humano que le haga aprender”.⁽¹⁴⁾

La Facultad de Medicina de la UNAM a través del proyecto Papime (1997) Se definió la competencia clínica como el conjunto de capacidades de un médico para realizar consistentemente las funciones y tareas integradas que se requieren para resolver con eficiencia y calidad humana, los problemas de salud que le sean demandados por la sociedad. Este concepto integra los conocimientos, habilidades y actitudes de las ciencias básicas, clínicas y socio-médicas en la solución de los problemas individuales y colectivos. Este modelo operativo fue adoptado de Norman (1985) para el análisis de los componentes de la competencia clínica.⁽¹⁸⁾

Este modelo lo que pretende mostrar son los componentes que el médico debe desarrollar a lo largo de su formación para poderse desarrollar adecuadamente en su ambiente profesional (Tab.1). Para este fin se organiza la competencia clínica en 3 dominios o núcleos básicos, los cuales abarcan el conocimiento, las habilidades y actitudes que debe poseer el médico, cada núcleo cuenta con ciertos requisitos a cumplir. Tomando en cuenta lo anterior se presenta el primer núcleo como la base del modelo. El **Núcleo básico declarativo**, este hace referencia a lo que el médico al final de su formación debe conocer, es decir la capacidad que posee para recordar y almacenar información relevante para su práctica diaria: conceptos clínicos, principios, valores de referencia, hechos, entre otros. **El núcleo procedimental**, hace referencia a las acciones que el médico debe dominar. Este apartado aparte de aplicar el saber qué, debe implementar el saber cómo. El modelo marca tres apartados a dominar en este núcleo. El primero la habilidad clínica, dentro de este rubro se engloba la capacidad del médico para obtener datos útiles para el abordaje diagnóstico del paciente, es decir se centra en la habilidad para la realización de un interrogatorio y una exploración física adecuados. Así como la toma de decisión para la solicitud de estudios complementarios. El segundo rubro

se enlista las habilidades para la resolución de problemas identificados en el diagnóstico y el establecimiento de un manejo terapéutico. El médico debe mostrar que es cuenta con un proceso mental que es capaz de procesar, interpretar y sintetizar la información obtenida del rubro anterior y en base a este tomar una decisión razonada para la implementación de un plan terapéutico y en caso de ser necesario hacer un uso optimizado de recursos adicionales que le apoyen a tomar la mejor decisión. El tercer apartado se centra en la habilidad para realizar procedimientos técnicos en el paciente que impliquen el uso de herramientas diagnóstico terapéuticas, se engloban acciones desde el uso correcto del estetoscopio hasta la realización de punciones lumbares, suturas, drenaje de abscesos, punciones periféricas, de acuerdo al área de actuar propia del médico. Finalmente el **núcleo de las relaciones humanas y éticas**, este apartado está confinado a la actitud del médico hacia su área de trabajo, al paciente y su entorno. Incluye la capacidad del médico para integrar sus propios conocimientos y habilidades al entorno biopsicosocial del paciente con la finalidad de brindar una atención integral y poder dar recomendaciones útiles y acorde a las necesidades del paciente y su familia.⁽¹⁸⁾

Modelo operativo para el análisis de los componentes de la competencia clínica		
Núcleo básico declarativo. ¿Qué debo saber para poder hacer?	Conocimiento esencial en la memoria de corto y largo plazo	Capacidad para recordar conocimiento relevante (hechos, conceptos y principios) y aplicarlo a situaciones o problemas clínicos
Núcleo procedimental. ¿Qué debo hacer?	Habilidades clínicas Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo. Habilidades técnicas	Capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción). Capacidad para seleccionar estudios de laboratorio y/o gabinete que contribuyan al diagnóstico y terapéutica. Capacidad para procesar, sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas. Capacidad para realizar procedimientos y técnicas especiales en el estudio y manejo de los problemas del paciente.
Núcleo de relaciones humanas y éticas. ¿Cómo debo interactuar?	Habilidades de comunicación interpersonal Actitudes ante el paciente y sus familiares. Habilidades adaptativas.	Capacidad para establecer una adecuada relación médico paciente. Capacidad para asumir y demostrar actitudes éticas apropiadas hacia el paciente, su familia, el equipo de salud y su comunidad. Capacidad de comprender la importancia de la situación psicosocial en la génesis de la enfermedad y su modificación favorable como recurso potencial de prevención.

Tabla 1. Modelo operativo para el análisis de los componentes de la competencia clínica⁽¹⁸⁾

En este punto se comienza a observar los procesos mentales que el médico familiar debe interiorizar para considerarse competente. Con esto se da una idea inicial de los dominios que debe poseer para poder brindar una solución al paciente adulto mayor que acude con algún trastorno afectivo. De igual manera se pudo evidenciar que las competencias son entidades amplias y difusas que los constructos psicológicos tradicionales puesto que combinan en sí, algo que los constructos psicológicos tienden a separar (a sabiendas de la artificialidad de la separación): **lo cognoscitivo** (conocimientos y habilidades), **lo afectivo** (motivaciones, actitudes, rasgos de personalidad), **lo psicomotriz** o conductual (hábitos, destrezas) y **lo psicofísico o psicofisiológico**. Es por esto que en el enfoque por competencias no se constituye en modo alguno una teoría pedagógica, pues no incluye en su construcción todos los elementos teóricos que le permitirían erigirse como paradigma, se enfoca fundamentalmente en la enseñanza, los contenidos por aprender y las formas de evaluación, en este sentido es una propuesta sumamente práctica.⁽¹⁹⁾

En base a lo anterior y para fines de este trabajo de investigación se decide emplear el modelo propuesto por la Universidad Nacional Autónoma de México el cual es una adaptación de Norman para definir y comprender la competencia clínica ya que integra las tres dimensiones de las competencias (conocimiento, habilidad y actitud) que permiten una excelente práctica médica y las adapta de una manera sencilla y práctica al actuar propiamente del médico teniendo en mente que la importancia de la competencia clínica se pone de manifiesto en las expectativas que tiene la sociedad actual de los médicos: a) debe ser técnicamente competente en términos de conocimientos y habilidades y competente en su habilidad para comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud, b) Debe entender y contribuir a todas las metas de la atención de la salud: prevención, curación, rehabilitación y cuidados de apoyo; y debería reconocer que su principal contribución es aumentar la calidad de vida de sus pacientes. c) Debe estar informado de los conocimientos validados científicamente, de la efectividad de las nuevas terapéuticas o pruebas diagnósticas y usar solo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han mostrado ser efectivos en situaciones clínicas apropiadas. D) Debe reconocer cuando la información requerida para las decisiones clínicas es incompleta y contribuir al desarrollo de nuevo conocimiento.^(18,20)

ESTESIS ESTESIS ESTESIS ESTESIS ESTESIS

Esto nos permite, además, centrarnos en los aspectos que son considerados prioritarios por la máxima casa de estudios y de la cual deriva el plan de estudios de los diferentes postgrados de los cuales medicina familiar no es la excepción.

La tendencia universal en educación médica es hacia el desarrollo de programas formativos basados en competencias, lo que implica la necesidad de utilizar instrumentos que puedan utilizarse simultáneamente, de manera integrada, para evaluar en forma amplia y horizontal el constructo multidimensional y multivariado que constituye la competencia. Cada vez más se utilizan modelos flexibles que permiten formular juicios globales. ⁽²¹⁾ Lo anterior implica una oportunidad de mejora puesto que al realizar una evaluación en el médico familiar con el enfoque en este modelo se realiza a través del proceso cualitativo, cuantitativo y formativo. Lo que permite un análisis retrospectivo del protagonista; en este caso el médico familiar. A fin de ajustar el desarrollo de las competencias y áreas de oportunidad que ofrecen este escenario en la depresión del adulto mayor. ⁽²¹⁾ En cuanto a la medición de la competencia clínica se hará empleando el modelo de Miller (1990) mismo que se desarrollará a continuación.

1. B. 1 MODELO DE MILLER

Miller en 1990 desarrolla su trabajo sobre la evaluación clínica, en este, menciona como la metodología convencional empleada para evaluar a los médicos es limitada, pues los instrumentos utilizados se centran únicamente en medir el conocimiento, siendo esto insuficiente para establecer un juicio acerca de lo complejo que es el servicio profesional que caracteriza a un médico exitoso. Tomando en cuenta esta idea como punto de partida propone un marco para la evaluación clínica, representado como una pirámide en la cual se representan los dominios, en orden de prioridad que el médico requiere para desempeñar sus funciones correctamente (Fig1).

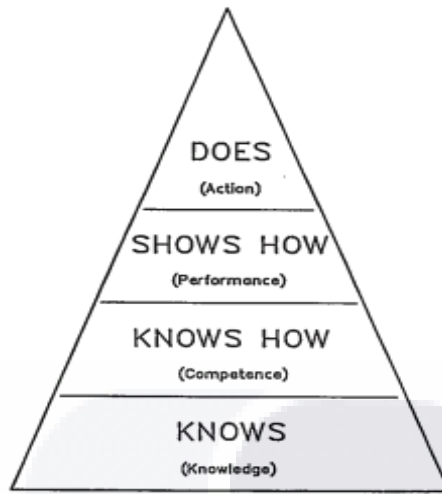


Figura 1. Pirámide de Miller para la evaluación ⁽²²⁾

En la base de la pirámide sitúa el “Sabe”, en esta se engloba el conocimiento teórico del médico, basado en su capacidad para memorizar. Un nivel más arriba se encuentra el “Sabe cómo”, esto implica que el médico utiliza el conocimiento acumulado, tiene la habilidad para adquirir información de una variedad de recursos, tanto humanos como de laboratorio, analizar e interpretar esa información, y finalmente integrar esos hallazgos en un diagnóstico racional y establecer un plan terapéutico, sin este nivel según refiere en su texto serían simplemente “idiotas sabios”. El siguiente nivel se refiere no solamente a que el médico conozca y emplee la información necesaria, en este rubro, el médico “demuestra cómo” emplearía este dominio ante un paciente o una situación semejante a la realidad. Finalmente en la cima de la pirámide se encuentra el “hace”, haciendo referencia al desempeño real e individual de la práctica profesional. Según Miller este componente de la acción del comportamiento profesional es la más complicada de medir de manera acertada y confiable. ⁽²²⁾

En base a lo observado a lo largo del tiempo desde que se comenzaron a abordar las diversas estructuras del proceso de aprendizaje, se ha determinado que no existe un instrumento que mida efectivamente todos los niveles establecidos en la pirámide de Miller. La idea actual es que para completar una determinada tarea, es necesario que diferentes aspectos de la competencia estén juntos e integrados. La pirámide de Miller marca el comienzo de esta forma de pensamiento. Cada nivel usa un verbo o acciones que son observables, por lo que pueden ser valoradas y usadas para la evaluación. De esta manera, se acepta en la actualidad que varios instrumentos deben ser combinados

para obtener juicios sobre la competencia de los estudiantes en los distintos niveles. (Fig 2).⁽²³⁾

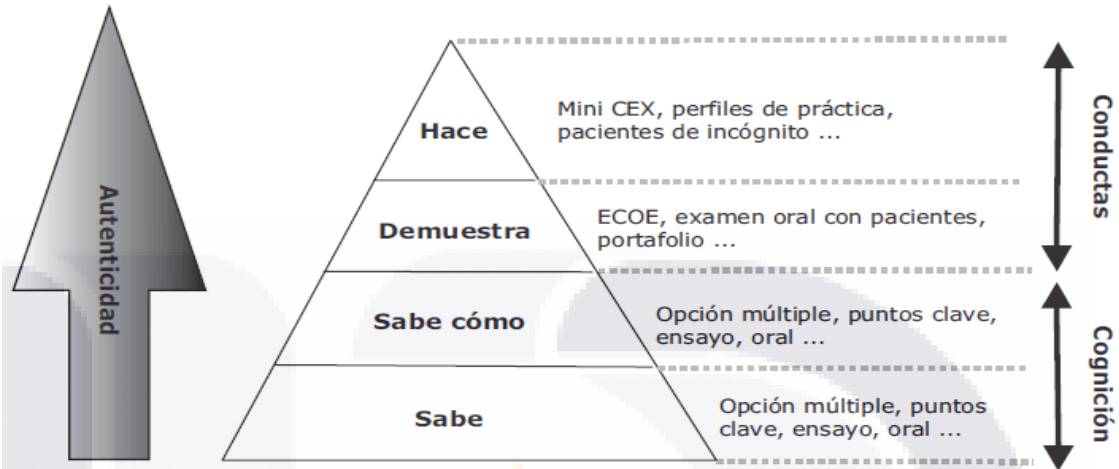


Figura 2. Pirámide de Miller y métodos de evaluación.⁽²³⁾

El nivel de “sabe” y “sabe como” puede ser evaluado con los exámenes escritos, estos pueden tener un formato de respuesta corta o ensayo. Ambos formatos solicitan al candidato respuestas cognitivas diferentes. En este nivel se encuentran las pruebas de opción múltiple (EOM), cuyo propósito es evaluar conocimiento teórico y tienen la capacidad de tomar muestras de amplios contenidos muy efectivamente, ya que en poco tiempo de examen es posible alcanzar altos índices de confiabilidad. Otro formato que se engloba en este nivel son los problemas basados en “puntos clave” (key features), este formato consiste en la descripción corta de un escenario (caso) en el que se presenta un problema y se diseñan varias preguntas en relación a este. Este formato está orientado a evaluar la toma de decisiones.⁽²³⁾

Para el nivel de “Demuestra cómo”, existen varios formatos, el examen oral (el caso largo) incluye una variedad de técnicas que estimulan al alumno a demostrar el razonamiento usado en la práctica profesional, en general como respuesta a las preguntas del docente. Este consiste en que el examinado entrevista y explora a un paciente, posteriormente reporta sus hallazgos al examinador quien establece una serie de preguntas basadas en hipotéticos casos cortos. Esta metodología está quedando en desuso, siendo desplazada por el Examen Clínico objetivo y estructurado (ECOE). Este último es un formato introducido hace 30 años como una aproximación confiable para la evaluación de las

habilidades clínicas. En este se realiza un circuito de pacientes (estaciones). Cada estación el examinado interactúa con un paciente simulado o estandarizado, para demostrar habilidades específicas y es calificado en cada una por un observador de acuerdo a una lista de cotejo validada. Esta prueba es la que ha resultado con mayor confiabilidad y validez en los diversos estudios realizados, sin embargo requiere de un considerable uso de recurso humano y económico así como de tiempo para su realización pues cada estación puede durar de 5-15 minutos.⁽²³⁾ Es por esto que en nuestro medio actualmente se continúan empleando los casos simulados, puesto que se ha observado que con estos métodos se puede evaluar la capacidad teórica para resolver problemas clínicos de los pacientes, así, la simulación escrita de un caso clínico es un buen instrumento para evaluar esta habilidad.⁽²⁴⁾

Para el nivel del "Hace" encontramos la observación directa (Mini- CEX) en este instrumento los docentes evalúan en el ambiente clínico, es decir en acción, el progreso de los alumnos observándolos con los pacientes, a menudo, resumiendo sus observaciones en una escala global al final de un período de formación. Un problema con este tipo de observaciones es que los estándares usados para los casos pueden variar porque en general un solo experto observa en encuentro entre el examinado y el paciente y los expertos rara vez estudian los casos en profundidad.⁽²³⁾

II. JUSTIFICACIÓN

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%.⁽¹²⁾ En el Estado de Aguascalientes viven 113,718 personas mayores a 60 años de edad, lo que representa 8.66% de la población del estado; además, según las proyecciones de CONAPO, para el año 2022 habitarán en la entidad 65,709 hombres y 76,631 mujeres mayores de 60 años, los cuales sumarán 142,340 adultos mayores.⁽²⁵⁾

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural. La depresión englobada dentro de estos trastornos es una entidad que puede llegar a ocasionar gran sufrimiento y llevar a quién la padece a deficiencias en el funcionamiento de la vida diaria. Se estima que afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores.⁽¹²⁾

El paciente adulto mayor tiende a buscar ayuda y consejo en cuestiones de salud mental en primera instancia al médico de primer nivel⁽²⁶⁻²⁸⁾. Sin embargo diversos autores encuentran, al igual que la guía de práctica clínica, y la Organización Mundial de la Salud, que la depresión en el adulto mayor es subdiagnosticada y no recibe el tratamiento médico adecuado en el primer nivel de atención, esta situación se debe a cuestiones tanto del paciente anciano, como del médico^(12,26,29,30). Por parte del médico se incluyen su actitud hacia la depresión en el adulto mayor como una condición inherente al envejecimiento, su experiencia personal en el manejo de la depresión y la falta de uso de herramientas de escrutinio como complementación diagnóstica, por mencionar algunos.⁽³¹⁾ El enfoque por competencias en el acto médico ofrece una solución plausible para revertir esta problemática. Los efectos de la evaluación de acuerdo con Crooks (1988); es reactiva, estimula, ayuda, influye, motiva al evaluado, generando la dependencia de querer aprender más.⁽³²⁾ Al evaluar al médico se obtiene información objetiva sobre las áreas deficientes, para permitir planificar acciones formativas y la mejora continua. Da una pauta en la comprobación de las competencias clínicas (Conocimientos, habilidades y actitudes)⁽³²⁾

Llevar a cabo este estudio es factible ya que se posee el recurso humano, materiales y metodología necesarios para su realización. Es viable ya que no se requiere de financiamiento externo, y el empleo del recurso humano y económico no representan una inversión de alto impacto, además, tanto el espacio para su realización como los tiempos planificados se ajustan de tal manera que no se interrumpa la dinámica laboral de los participantes. Es relevante puesto que la competencia clínica es un tema que tiene poco más de dos décadas buscando implementarse y que sin embargo como modelo educativo en el tema de la depresión en el adulto mayor no se ha visto reflejado su impacto puesto que el subdiagnóstico y falta de tratamiento oportuno refleja una deficiencia en algún punto de la praxis médica. La existencia de estudios que abordan la práctica médica de una forma seccionada en lo que corresponde a la depresión en el adulto mayor no brinda un conocimiento holístico de la problemática, este estudio es pertinente puesto a que plantea estudiar el actuar médico de una manera integral, conocimiento, habilidad y actitud en un tema que progresivamente va tomando relevancia a nivel mundial. De esta manera se espera que con la información que de este estudio derive se identifiquen posteriormente áreas de oportunidad y mejora con lo que se busca impactar de manera positiva para brindar un mejor abordaje diagnóstico terapéutico a los pacientes ancianos con depresión, reduciendo las recaídas, previniendo el suicidio en este sector de la población y favorecer la reducción de incapacidad y/o deterioro funcional en los derechohabientes adultos mayores y contribuir al cumplimiento de los objetivos de las normativas nacionales e internacionales para un envejecimiento digno.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III.A. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel nacional cuenta con un total de 1,504 Unidades de Medicina Familiar. El médico familiar se encarga de la atención en el primer nivel de atención, en este nivel se atiende al 80% de la población derechohabiente. Actualmente en la Delegación Aguascalientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, el primer nivel de atención se encuentra distribuido en 6 Unidades de Medicina Familiar urbanas (UMF1, UMF7, UMF8, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11), y 5 Unidades de medicina familiar rurales (UMF 2, UMF3, UMF 4, UMF5 y UMF 6). Según los informes de 2016, ese año se brindó atención a un total de 1,517,252 derechohabientes.^(33,34)

En la Unidad de Medicina Familiar de la ciudad de Aguascalientes, se cuenta con una plantilla de 35 Médicos familiares distribuidos por turno y área de trabajo, en cuento al turno se encuentra el matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada y por área de trabajo; consulta externa, atención médica continua y DiabetIMSS.

En el turno matutino se encuentran 10 Médicos Familiares en consulta externa 1 médico familiar como rolador, 1 médico familiar en excedentes, 1 médico familiar en DiabetIMSS, 2 médicos en el área de atención médica continua, 1 jefe de clínica y un jefe de enseñanza. Y en el turno vespertino 10 médicos familiares en la consulta externa, 1 médico familiar como rolador, 1 médico familiar en excedentes, 2 médicos familiares en atención médica continua, 1 médico familiar en DiabetIMSS, 1 jefe de clínica, 2 médicos familiares nocturnos, uno con roles de lunes miércoles y viernes y otro nocturno con roles de martes jueves y domingo y por ultimo un médico familiar de jornada acumulada en el área de atención médica continua.

III.B. DESCRIPCIÓN DEL PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La evaluación de las capacidades clínicas desde la perspectiva de las competencias profesionales, nace de la necesidad de establecer sistemas de normalización y certificación de competencias laborales en México. Así surgió un proyecto de educación tecnológica y modernización que inició en septiembre de 1997 en nuestro país. ⁽³⁵⁾

Actualmente para evaluar la competencia clínica en la mayoría de las universidades del mundo se está utilizando el Examen Clínico Objetivo Estructurado, conocido por sus siglas en inglés como OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), este método se considera hasta el momento el más completo y objetivo, ya que permite evaluar todos los componentes que conforman la competencia clínica. ⁽¹⁸⁾

En nuestro país solamente se cuenta con evaluación a través de exámenes de casos clínicos simulados esto debido a que no se cuentan mapas de competencias profesionales en el ámbito de los profesionales de salud.

Para la evaluación por competencias del profesional de la salud es sometido al escrutinio del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C., un organismo facultado para otorgar a cada uno de los examinados que cumplan con los requisitos establecidos, el certificado que avala sus conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes para ejercer la especialidad de Medicina Familiar con el reconocimiento de idoneidad del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas de la Academia Nacional de Medicina. ⁽³⁶⁾

III.C DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de

Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.⁽³⁷⁾

Según cifras del INEGI al 2015 en Aguascalientes, 12.9% de los habitantes no cuenta con algún sistema de seguridad social público o privado. La mayor cantidad de afiliaciones son del IMSS con 55.70% de la población y del seguro popular con 37.28%. Otros sistemas con los que contamos en la entidad son ISSSTE con un 7.86% de afiliados, Instituciones privadas y públicas con un 3.01% y PEMEX, Defensa y Marina con un total de 0.17%.⁽²⁵⁾

III.C.1 LEYES Y NORMAS

De acuerdo al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 vigente al momento de la realización de este protocolo de investigación, en el apartado III sobre los Objetivos, estrategias y líneas de acción, punto 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, estrategia 1.7 para la promoción del envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Nos presenta que se tiene contemplado ampliar la prevención, detección y diagnóstico oportuno en materia de salud mental, fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas, fortalecer la acción institucional y social organizada para la atención comunitaria de las personas adultas mayores.⁽²⁵⁾

La ley para la protección especial de los adultos mayores del estado de Aguascalientes, Título Sexto de la asistencia social, en su artículo 38 expresa que todas las instituciones públicas, privadas y sociales que presenten asistencia a los adultos mayores, deberán contar con personal que posea, aptitud y conocimientos orientados a las necesidades y requerimientos de atención de éstos.⁽³⁸⁾

La ley de los Derechos de las personas adultas mayores, publicada en el Diario Oficial de la Nación en Junio de 2002, garantiza el acceso a los servicios de salud, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional. Establece que dentro de los objetivos de la Política Pública Nacional se debe propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental a fin que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y de la sociedad, preservando su dignidad como ser humano; fomenta la realización de estudios e

investigaciones sociales de la problemática inherente al envejecimiento que sirvan como herramientas de trabajo a las instituciones del sector público y privado para desarrollar programas en beneficio de la población adulta mayor.⁽³⁹⁾

Guía de práctica clínica (GPC) para la Valoración Geronto- Geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio (IMSS-491-11) Establece que se debe de proporcionar al personal de salud las herramientas clínicas para la evaluación integral de las condiciones de salud de los adultos mayores, además de sistematizar su atención desde el primer nivel de atención. Busca la concientización del personal para la aplicación de escalas de valoración geriátrica, insistir en la estimulación física, mental, emocional y social, a través de los servicios de atención social en salud. Con respecto a la depresión establece como recomendación realizar preguntas de escrutinio para detección de depresión y en caso de obtener una respuesta positiva aplicar la escala de depresión geriátrica de 15 reactivos.⁽⁴⁰⁾

De acuerdo a la Guía de práctica clínica IMSS -194-10, sobre el Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, en su actualización 2011, plantea que debido a las características de cronicidad y recurrencia de la depresión en el anciano, los cambios de la pirámide poblacional y la alta prevalencia del subdiagnóstico, es importante que el médico de primer nivel de atención esté capacitado para la identificar de una manera temprana este trastorno y poder otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad y complicaciones asociadas a esta enfermedad catalogada como síndrome geriátrico.⁽⁸⁾

III.D DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Dentro del área de la evaluación por competencias, autores como Miller ya consideraban la evaluación tradicional del desempeño médico como insuficiente, y surge la necesidad de acoplar al modelo tradicional el modelo emergente de la formación por competencias. Es en base a esta inquietud que en 1990 como ya se mencionó desarrolla su esquema para la evaluación de la competencia clínica.⁽²²⁾

En México en la Facultad de Medicina de la UNAM se está utilizando este método desde 1997 para evaluar el proceso formativo de los estudiantes de pregrado, posteriormente se ha aplicado en postgrado en algunas especialidades y desde 2002 en la fase práctica del Examen Profesional(18). El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar tiene 26 años aplicando dos veces al año el examen de certificación para la especialidad en

medicina familiar, esta evaluación como se presentó anteriormente está diseñada de tal manera que se avale el conocimiento, destrezas, habilidades y actitudes necesarias para el ejercicio de la especialidad. ⁽³⁶⁾

Lo anterior nos habla de que en México y particularmente en la especialidad de Medicina Familiar la evaluación por competencias es una modalidad relativamente reciente y por lo tanto es una fuente de oportunidad para la mejora y enriquecimiento de la misma.

En cuanto a la experiencia mundial el estudio de la competencia clínica en el tema particular de la depresión en el adulto encontramos que en los estudios revisados no ha sido explorado. El abordaje en este sentido se ha realizado mediante la observación de elementos aislados del proceso cognitivo como es el caso de la actitud ^(31,41) y el conocimiento ⁽²⁹⁾; o se abordan 2 dimensiones, ya sea actitud y conocimiento ^(30,42) ó actitud y habilidad práctica ^(26-28,43). Sin embargo como se mencionó con anterioridad, para hablar de competencia clínica se requiere del estudio de todas sus dimensiones en conjunto. ⁽⁴⁴⁾ Esto limita la cantidad de información disponible en cuanto al estudio de la competencia clínica del médico familiar y la depresión en el adulto mayor.

Por la razón anterior centramos nuestro análisis en estudios referentes a la medición de la competencia clínica en el personal médico aún si estos no abordaban nuestra variable en particular. De esta manera encontramos que a nivel descriptivo se ha encontrado que la competencia clínica en diferentes escenarios clínicos como hipertensión, enfermedades reumáticas o el climaterio es baja o muy baja ^(1,3-6,45), por otra parte otros estudios como los de Ramirez, et al (2000) y Kasten-Mongues (2017) reportan un nivel de competencia buena e intermedia respectivamente. ^(2,7) En los estudios revisados los autores diseñaron y validaron su instrumento, en el caso de Ramírez et, al (2000) se empleo el modelo del Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) para la medición de objeto de estudio. Es pertinente mencionar que se han desarrollado instrumentos validados para la medición de componentes cognitivos aislados para médicos en relación con la depresión en el adulto mayor, Callahan et. al (1992) desarrolló y validó un instrumento para evaluar la actitud de médicos y residentes de medicina interna en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor ⁽²⁶⁾, siendo empleado y adaptado para la realización de otros estudios similares. Para el conocimiento Pratt et.al (1992), desarrolló y validó un instrumento que mide el nivel de conocimiento del médico referente a la depresión en el

adulto mayor⁽⁴⁶⁾, ninguno ha sido validado para la población hispanohablante. Estas situaciones representan una oportunidad para la mejora, implementando un instrumento validado para la medición integral de los componentes de la competencia clínica.

Consideramos importante mencionar que en cuanto a la depresión en el adulto mayor Banazak et. al (1996) menciona que el 41% de los médicos encuestados en su estudio no tienen conocimiento de los lineamientos de las guías de práctica en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. En el trabajo de Gallo et. al (1997) un tercio de los médicos contemplaba el uso de ansiolíticos como parte del tratamiento de la depresión en el paciente anciano, aspecto considerado de mala práctica, pues la GPC refiere que estos están indicados solamente en caso de cuadro de ansiedad y/o insomnio concomitantes y por periodos cortos, más no de manera rutinaria. En el área de la habilidad clínica el punto más debatido se refería al asesoramiento psicológico pues pese a que la literatura marca que es una herramienta terapéutica útil y bien aceptada por el paciente adulto mayor, la mayoría de los médicos evaluados no realizan referencia de manera rutinaria a estos servicios y los consideran poco útiles ^(27,28,31). En el aspecto actitudinal en los trabajos de Glasser et.al,(1997) y Koenig (2007), se menciona la falta de tiempo durante la consulta como una barrera para indagar a profundidad ante la sospecha de un cuadro depresivo en el paciente anciano. La mayoría consideraba esta patología como de difícil manejo y detección y por tal motivo sentían la necesidad de mayor preparación tanto en el diagnóstico como en el manejo médico de la patología. ^(27,31,41-43)

Si bien el estudio, principalmente nacional, de la competencia clínica en médicos, tanto en el ámbito laboral como en proceso de formación nos orienta a que el médico posee un nivel deficiente en los diferentes escenarios clínicos, no se ha realizado un estudio que mida el desempeño para el reconocimiento y resolución de problemas en el caso particular de la depresión en el adulto mayor mediante el enfoque de las competencias clínicas esto nos habla que se está dejando de lado el estudio de un aspecto que impacta directamente con la salud de nuestros derechohabientes englobados en la línea de vida de los 65 años ó más como se mencionó con anterioridad. Esta situación genera una ventana de oportunidad para poder realizar un estudio novedoso que sirva de parte aguas para el estudio de este tema. Tomando en cuenta esto se tiene que iniciar con la creación de un instrumento que mida de la competencia clínica en base a sus tres dimensiones, partiendo de la información disponible que se tiene en las guías de práctica clínica, con la

finalidad de iniciar el reconocimiento de cómo se desenvuelve en médico familiar en un tema tan importante de de gran relevancia para el envejecimiento digno de nuestros derechohabientes mayores de edad.

III.E. DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional coloca a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. La recurrencia de la enfermedad es extremadamente alta y alcanza el 40%. El suicidio es la consecuencia más seria, su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más joven. El 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente. ⁽⁸⁾ Esta situación ocasiona que los ancianos con depresión tengan un desempeño más deficiente aumentando a la par la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. ⁽¹²⁾

Tomando en cuenta esta información se denota la gran responsabilidad con la que cuenta el médico de primer contacto para identificar y dar un manejo oportuno a esta enfermedad. Se tiene la información a nivel internacional de que la depresión en el adulto mayor es tratable en el 65 a 75 % de los casos de acuerdo a cifras de la GPC para el Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, ⁽⁸⁾ mientras que la Organización mundial de la Salud afirma que del 60 al 80% de los adultos mayores con depresión que reciben un tratamiento “adecuado” alcanzan una mejora significativa de su sintomatología. La importancia de estas dos cifras reside la necesidad de dar un manejo óptimo, mismo que sólo puede ser alcanzado si se detecta correctamente la enfermedad y se cuenta con la competencia para instaurar un tratamiento de lo contrario se condena al paciente al azar y ese porcentaje favorable se llega a tornar en solo una estadística de esperanza utópica para el paciente, situación que como se mencionó en el párrafo anterior se traduciría en un mayor gasto público y la reducción significativa de los años de calidad de vida del paciente.

III.F. FACTORES IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

Se han identificado diversos factores que han ocasionado el abordaje adecuado del paciente adulto mayor con depresión. La presentación atípica de la sintomatología en este grupo de edad en comparación con grupos más jóvenes es un factor propio del paciente⁽³¹⁾, otro aspecto propio del paciente es el miedo al estigma de ser un individuo con una enfermedad mental, pues aún en nuestro tiempo es mal visto padecer y recibir tratamiento por una enfermedad mental, esta situación hace que el paciente difiera su búsqueda de consejería profesional.⁽²⁹⁾

Los factores que influyen en el desempeño clínico del médico de familia: son numerosos y se pueden agrupar en relacionados con el sistema y con el individuo.⁽²¹⁾ Las influencias relacionadas con el sistema incluyen: programas e iniciativas del gobierno, expectativas de los pacientes, guías y políticas para el ejercicio profesional, tiempo para la actividad clínica, recursos para realizar el trabajo, entre otros elementos. Entre las influencias relacionadas con el individuo, pudiéramos estructurar los factores de acuerdo a las dimensiones de la competencia clínica. Partiendo por el nivel más básico, un conocimiento limitado de la presentación atípica del cuadro en el paciente adulto mayor compromete su capacidad para identificar los datos clínicos sugestivos de depresión, y su abordaje terapéutico.^(12,29,31) La limitación para obtener información útil por parte de los pacientes adultos mayores que acuden sin un cuidador principal a la consulta.

Por parte de la habilidad, nos encontramos con la falta de experiencia en la búsqueda intencionada de signos o síntomas de depresión en el adulto mayor mediante el interrogatorio. La limitación para el abordaje de un plan terapéutico en un paciente con polifarmacia.^(27,43)

Finalmente en el aspecto actitudinal el principal factor que se ha estudiado es la poca disposición del médico a realizar una referencia de pacientes a un segundo nivel específicamente a módulo de geriatría o a apoyo psicoterapéutico.^(8,28)

III.G. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA, NO ES SUFICIENTE

Se han identificado factores que pueden influir en la explicación del bajo desempeño del médico de primer nivel en la detección y abordaje del paciente adulto mayor con

depresión, sin embargo los estudios realizados no muestran un aspecto concluyente en cuanto a qué aspecto del médico influye en el subdiagnóstico de la patología, y una posible causa es que de acuerdo a lo revisado en la literatura, no se cuenta con un estudio que evalúe de manera integral la competencia clínica, ya que se evalúa de manera parcial, complicando la identificación de la problemática ya que si bien un médico puede poseer el conocimiento de la patología, puede que no siempre integre ese conocimiento al momento de brindar la atención o lo que sería igual de grave, que no cuente con la disposición, el interés o empatía para realizar el abordaje de los pacientes ancianos.

Por ello es pertinente este estudio, ya que se pretende estudiar el actuar médico de una manera integral, abarcando las 3 dimensiones de la competencia clínica (conocimiento, habilidad y actitud), esperando que con la información que se obtenga se identifiquen áreas de oportunidad y mejora con lo que buscamos impactar de manera positiva para un mejor abordaje diagnóstico terapéutico a los adultos mayores con depresión, reduciendo las recaídas, previniendo el suicidio y evitando el deterioro funcional de este grupo de pacientes, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de las normativas nacionales e internacionales para un envejecimiento digno.

III.H. LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Competencia clínica: Capacidad de realizar aceptablemente aquellos deberes directamente relacionados con el cuidado del paciente. Abarcando el conocimiento; suma de información acumulada, actitud; comportamiento que emplea un individuo y habilidad; capacidad de realizar aceptablemente aquellos deberes directamente relacionados con el cuidado del paciente.⁽⁴⁷⁾
- Adulto mayor/ Anciano: Persona entre los 65 y 79 años de edad.
- Depresión: Trastornos cuya característica esencial es una grave alteración del ánimo (depresión, ansiedad, euforia y excitación) acompañada de síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, daño general en las pruebas de realidad.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF 11 IMSS Aguascalientes?



V. OBJETIVOS

V.A. OBJETIVO GENERAL

- Conocer el nivel de competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF 11 IMSS Aguascalientes.

V.B. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de los médicos familiares en el diagnóstico y tratamiento de la depresión del adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF11 IMSS Aguascalientes.
- Identificar el nivel de habilidad de los médicos familiares en el diagnóstico y tratamiento de la depresión del adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF11 IMSS Aguascalientes.
- Identificar el nivel de actitud de los médicos familiares en el diagnóstico y tratamiento de la depresión del adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10 en la UMF11 IMSS Aguascalientes.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.A. DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal en su secuencia temporal, observacional y prospectivo.

VI.B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Universo de trabajo: Todos los médicos familiares de la UMF No.11 IMSS, delegación de Aguascalientes

Población de estudio: Médicos familiares de la UMF No.11 IMSS, delegación de Aguascalientes

Unidad de observación y análisis: Médico Familiar de la UMF No.11 IMSS, delegación de Aguascalientes.

VI.C. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- a) Tipo de la muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia de un marco muestral de médicos familiares de la UMF No 11 IMSS delegación Aguascalientes.
- b) Tamaño de muestreo censal: Abarca todos los médicos de la UMF No.11, (35 médicos).

VI.D. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- a) Médicos Familiares de base y 08 de ambos sexos, adscritos a la consulta externa de la UMF No 11, ambos turnos, que hayan aceptado participar en el estudio con previa firma de autorización en el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Médicos Familiares que no hayan aceptado participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- a) Médicos Familiares que no hayan contestado el 80% del total de los ítems del cuestionario auto administrado.
- b) Médicos Familiares que en el transcurso del estudio no hayan deseado continuar participando.

- c) Médicos familiares que hayan estado de vacaciones, o no se hayan encontrado durante la realización de encuestas.

VI.E. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

•Variable de Caracterización: Competencia Clínica

•Definición operacional: Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla.

•Mapa de Competencia clínica:

1. **Conocimiento**: Lo que el médico familiar sabe sobre la depresión en el adulto mayor.
2. **Habilidad**: Acciones que realiza el médico familiar durante el abordaje del paciente adulto mayor con depresión.
3. **Actitud**: Disposición afectiva que posee el médico familiar con respecto a la depresión en el adulto mayor.

•Escala de medición: En la evaluación de conocimiento y habilidades, se empleará una escala dicotómica= “Acierta” ò “No Acierta”. En el caso de la actitud, se hará uso de una escala tipo Likert= Muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo, Muy desacuerdo.

VI.F. LOGÍSTICA

Ya obtenido el registro **R- 2018-101-025** por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, se solicitó permiso a la directora de la UMF No 11, para llevar a cabo la investigación.

Se convocó a los médicos familiares, para dar a conocer; el objetivo, justificación del estudio. Aquellos que aceptaron participar, se les dio a contestar nuestro cuestionario previa firma de carta de consentimiento informado. La aplicación del cuestionario se efectuó durante la sesión clínica de ambos turnos, con un tiempo estimado de aplicado de 60 minutos de los cuales 15 minutos se destinaron a la presentación del proyecto,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

firma de consentimiento informado y comunicación de las instrucciones, se dejaron 45 minutos para la respuesta del cuestionario.

VI.G. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se construyó un instrumento que consta de 4 partes, la primera, destinada a la obtención de información sociodemográfica, la segunda y tercera parte se estructuraron para medir las dimensiones de conocimiento y habilidad integrada por ítems con respuesta verdadero o falso, con valores de +1 y 0 respectivamente, cuyo valor teórico máximo es de 24 puntos distribuidos entre los seis indicadores que lo integraron: factores de riesgo, uso e interpretación de herramientas de escrutinio, integración diagnóstica, uso de recurso terapéutico, seguimiento terapéutico y pronóstico. Para el caso particular de la tercera parte (habilidad) se presentó el caso simulado que fue problematiza de acuerdo a los indicadores a los que se refieren las capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica clínica. Una cuarta para la evaluación de actitudes se empleo un cuestionario de 10 ítems con base en una escala tipo Likert con las opciones muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo o muy desacuerdo. Los puntajes se obtendrán sumando los valores de lo respondido en cada ítem con un valor que va del 0-4, teniendo un valor teórico máximo de 40 puntos, en este apartado se pretende medir la importancia que representa la depresión en el adulto mayor para el médico familiar en la consulta diaria.

En base a lo anterior el instrumento cuenta con un puntaje teórico máximo de 64 puntos.

VI.H. ESTANDARIZACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem, dando ejemplos de los diferentes tipos de respuestas para el mejor entendimiento de los ítems, con este manual se capacito a los encuestadores para estandarizar los procedimientos de recolección de datos. (Anexo 4)

VI.I. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se realizó la construcción de un instrumento en base a la Guía Práctica Clínica IMSS 194-10 tomando en cuenta seis indicadores: factores de riesgo, uso e interpretación de herramientas de escrutinio, integración diagnóstica, uso de recurso terapéutico, seguimiento terapéutico y pronóstico.

Validez de contenido: Se buscó a un grupo de 7 expertos incluyendo a 2 maestros en docencia, 1 médico geriatra asignado al programa de GeriatrIMSS, 1 psicólogo asignado al programa de GeriatrIMSS, 1 médico psiquiatra asignado a la consulta externa del Hospital General de Zona No 1 y 2 médicos familiares a quienes se les hizo llegar la información; objetivos del estudio, el marco teórico, la operacionalización y el instrumento; posteriormente se solicitó que revisaran si las instrucciones eran apropiadas, concisas y concretas, si los reactivos eran claros y coinciden con la teoría. Se les pidió evaluar cada ítem del cuestionario con la finalidad de que el instrumento mida lo que tenga que medir para lograr el objetivo del cuestionario. Para ello se usó el método del índice de validez de contenido (IVC). Mediante una plantilla donde se evaluó para cada reactivo; 1="no pertinente", 2="útil pero no pertinente" o 3="pertinente". Las respuestas se agruparon y se contabilizaron el número de expertos que calificaron el reactivo como "pertinente" mediante la fórmula.

$$IVC = \frac{n_e - N / 2}{N / 2}$$

Donde "n_e" es el número de panelistas que indicaron el reactivo como "pertinente" y N es el total de panelistas.

Se eliminaron aquellos reactivos que resultaron con valores por debajo de 0.70. Durante este análisis fueron eliminados 5 ítems por considerarse no pertinentes para el desarrollo del estudio por los expertos habiendo obtenido un IVC < 0.70.

En la siguiente tabla se expone el IVC obtenido por los ítems que conformaron nuestro instrumento.

ITEM	IVC OBTENIDO
2.1 La irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa y de inutilidad son síntomas que nos hacen sospechar de depresión en el adulto mayor.	1
2.2 La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es indistinta al sexo del paciente.	1
2.3 El apoyo familiar, la convivencia y la práctica de actividades recreativas son considerados factores protectores para no desarrollar depresión.	1
2.4 Existen instrumentos específicos y validados que sirven de escrutinio para la depresión en el anciano.	0.714
2.5 Una puntuación de 5 en la escala de depresión geriátrica de 15 elementos se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor	0.714
2.6 Una puntuación de 15 en la escala de Lawton y Brody se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor.	0.714
2.7 Los antidepresivos tricíclicos están indicados en el tratamiento de la depresión en el anciano con enfermedades cardiovasculares.	0.714

2.8 En el paciente anciano la terapia farmacológica debe ser continuada por un mínimo de un año después del primer episodio de depresión.	1
2.9 En caso de presentar efectos colaterales al medicamento empleado, este debe ser suspendido de inmediato y esperar una semana para restituir el tratamiento con un antidepresivo distinto.	1
2.10 Se requiere al menos de 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.	1
2.11 Se tiene el conocimiento que más de la mitad de los pacientes adultos mayores presentan recaídas del cuadro depresivo aún con un régimen de tratamiento adecuado.	1
2.12 En cuanto al pronóstico, se sabe que la recuperación del cuadro depresivo es similar en pacientes ancianos y en jóvenes.	1
3.1 La paciente cuenta con factores de riesgo que la predisponen a desarrollar un cuadro depresivo.	0.714
3.2 El género de la paciente la hace menos susceptible para desarrollar depresión.	1
3.3 Considero que la paciente cuenta con síntomas para establecer el diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV.	1
3.4 Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, iniciaría el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20mg al día.	1
3.5 La información que brinda la cuidadora principal es poco útil para establecer un diagnóstico y no debe ser tomada en cuenta.	1
3.6 En caso que la paciente no acepte tratamiento farmacológico, se debe realizar su envío a segundo nivel (psiquiatría y/o geriatría).	1
3.7 Continuaría el uso de clonazepam por tiempo indefinido.	1
3.8 No considero necesario realizar el envío de la paciente a psicoterapia.	0.714
3.9 Cómo médico de primer nivel utilizaría la escala de depresión geriátrica como herramienta de escrutinio en este caso.	0.714
3.10 Considero necesario descartar una patología de origen orgánico o farmacológico en la paciente.	1
3.11 Una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la paciente se espera un pronóstico bueno para la vida y la función.	1
3.12 La presencia de deterioro cognitivo agregado a la sintomatología de la paciente no modificaría su pronóstico.	1
4.1 La depresión en el anciano es una consecuencia natural del envejecimiento.	1
4.2 Considero más difícil tratar la depresión en el adulto mayor que en pacientes más jóvenes.	1
4.3 Considero que diagnosticar y tratar la depresión en el adulto mayor es mi responsabilidad.	1
4.4 El tiempo de consulta me es insuficiente para investigar sintomatología de depresión.	1
4.5 Me interesaría recibir información en diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.	0.714
4.6 Considero la depresión en el adulto mayor una patología prioritaria en mi consulta.	1
4.7 Me importa identificar la sintomatología de depresión en el adulto mayor.	1
4.8 Me siento frustrado cuando atiendo un paciente anciano porque no expresa correctamente su sintomatología.	1
4.9 Considero que el paciente anciano tiene actitudes que disminuyen la efectividad de la psicoterapia.	0.714
4.10 Me siento confiado tratando la depresión en el adulto mayor.	1

Tabla 2. Índice de validez de contenido por ítem.

Validez aparente: Se llevó a cabo mediante un grupo focal en donde se aplicó el cuestionario a 5 médicos familiares (10% del total de médicos en estudio) para que respondieran si las preguntas planteadas son entendibles, en caso de que no fuera, se solicitó que explicara la parte que no se entendiera para poder hacer las modificaciones con los cambios que se consideraran pertinentes de acuerdo con su opinión. Se repitió el mismo procedimiento hasta saturar el contenido posteriormente se sometió nuevamente a la validez de contenido llegando a un consenso de los médicos familiares, en el cual se corroboró la comprensión y viabilidad de cada una de las preguntas.

Validez de constructo: Se realizó mediante el análisis factorial exploratorio de componentes principales, llevándose a cabo con las siguientes etapas: a) cálculo y examen de la matriz de correlaciones (test de esfericidad de Barlett, índice de Kaiser - Meyer Olkin (KMO), b) aplicación del método de componentes principales (factores), c) rotación de los factores, y d) interpretación de los factores. tomando en cuenta que para cada factor se obtuvieron 3 ítems, un eigen value $> \lambda = 0.4$, y una varianza explicada por arriba del 10%.

Confiabilidad se estimó introduciendo los valores codificados a una base de datos en el programa SPSS v 21 para su análisis. Para considerar un indicador de precisión se establece el coeficiente de confiabilidad que se expresa en una escala de 0 (nada confiable) a 1 (confiabilidad total). Para considerar un instrumento confiable se consideran valores de 0.81 a 1.00 como confiabilidad muy alta, de 0.61 a 0.80 como alta, de 0.41 a 0.60 como Moderada, de 0.21 a 0.40 baja y menor de 0.20 muy baja.(48) Para las dimensiones de conocimiento y habilidad al estar diseñados con variables dicotómicas (verdadero o falso) se decidió emplear el coeficiente Kuder Richardson obteniéndose un valor de .724 (tabla 3). En la tabla 4 se muestra el análisis de correlación por ítem.

Estadísticos de fiabilidad		
KDR20	KDR20 basada en los elementos tipificados	N de elementos
.724	.691	24

Tabla 3. Confiabilidad ítems dicotómicos (KDR20). Fuente SPSS v.21

Ítem	Correlación elemento-total corregida	KDR20 si se elimina el elemento
2.1 La irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa y de inutilidad son síntomas que nos hacen sospechar de depresión en el adulto mayor.	.375	.707
2.2 La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es indistinta al sexo del paciente.	.128	.724
2.3 El apoyo familiar, la convivencia y la práctica de actividades recreativas son considerados factores protectores para no desarrollar depresión.	.490	.699
2.4 Existen instrumentos específicos y validados que sirven de escrutinio para la depresión en el anciano.	-.116	.737
2.5 Una puntuación de 5 en la escala de depresión geriátrica de 15 elementos se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor	.340	.709
2.6 Una puntuación de 15 en la escala de Lawton y Brody se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor.	.441	.699
2.7 Los antidepresivos tricíclicos están indicados en el tratamiento de la depresión en el anciano con enfermedades cardiovasculares.	.560	.687
2.8 En el paciente anciano la terapia farmacológica debe ser continuada por un mínimo de un año después del primer episodio de depresión.	.418	.704
2.9 En caso de presentar efectos colaterales al medicamento empleado, este debe ser suspendido de inmediato y esperar una semana para restituir el tratamiento con un antidepresivo distinto.	.388	.704
2.10 Se requiere al menos de 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.	.043	.727
2.11 Se tiene el conocimiento que más de la mitad de los pacientes adultos mayores presentan recaídas del cuadro depresivo aún con un régimen de tratamiento adecuado	.162	.725
2.12 En cuanto al pronóstico, se sabe que la recuperación del cuadro depresivo es similar en pacientes ancianos y en jóvenes.	.653	.677
3.1 La paciente cuenta con factores de riesgo que la predisponen a desarrollar un cuadro depresivo.	.115	.728
3.2 El género de la paciente la hace menos susceptible para desarrollar depresión.	.361	.707

3.3 Considero que la paciente cuenta con síntomas para establecer el diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV.	.395	.706
3.4 Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, iniciaría el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20mg al día.	.273	.715
3.5 La información que brinda la cuidadora principal es poco útil para establecer un diagnóstico y no debe ser tomada en cuenta.	-.043	.739
3.6 En caso que la paciente no acepte tratamiento farmacológico, se debe realizar su envío a segundo nivel (psiquiatría y/o geriatría).	.340	.709
3.7 Continuaría el uso de clonazepam por tiempo indefinido.	.382	.708
3.8 No considero necesario realizar el envío de la paciente a psicoterapia.	.114	.724
3.9 Cómo médico de primer nivel utilizaría la escala de depresión geriátrica como herramienta de escrutinio en este caso.	.442	.702
3.10 Considero necesario descartar una patología de origen orgánico o farmacológico en la paciente.	.033	.730
3.11 Una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la paciente se espera un pronóstico bueno para la vida y la función.	.033	.732
3.12 La presencia de deterioro cognitivo agregado a la sintomatología de la paciente no modificaría su pronóstico.	-.255	.739

Tabla 4. Análisis de correlaciones por ítem variables dicotómicas. Fuente SPSS v.21

Para el apartado de actitud al emplear variables policotómicas y escala tipo Likert se empleó el coeficiente de Alfa de Cronbach con un resultado de .68 como se puede observar en la tabla 5. En la tabla 6 se observa el análisis de correlación por ítem. De acuerdo al criterio tomado como base, se concluyó que el instrumento cuenta con una confiabilidad alta.⁽⁴⁸⁾

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.684	.697	11

Tabla 5. Confiabilidad variables policotómicas (alfa de Cronbach). Fuente SPSS v.21

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
la depresión en el anciano es una consecuencia natural del envejecimiento	.402	.660
considero la depresión en el adulto mayor una enfermedad difícil de tratar	.432	.653
Considero que diagnosticar y tratar la depresión es mi responsabilidad	.221	.681
El tiempo de consulta me es insuficiente para investigar sintomatología depresión	.569	.626
Me interesaría recibir información en diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor	.276	.677
Considero la depresión en el adulto mayor una patología prioritaria en mi consulta	.282	.679
Me preocupa no identificar la sintomatología de depresión en el adulto mayor	.393	.676
Me siento frustrado cuando atiendo un paciente anciano porque no expresa correctamente su sintomatología	.500	.641
Considero que el paciente anciano tiene actitudes que disminuyen la efectividad de la psicoterapia	.475	.650
Me siento confiado tratando la depresión en el adulto mayor	-.080	.707
suma	1.000	.542

Tabla 6. Análisis de correlaciones por ítem variables policotómicas. Fuente SPSS v.21

VI.J. PLAN PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Posterior a la obtención de la información, se procedió a realizar una base de datos con ayuda del programa Excel en donde se importó la información en cada rubro creado, en donde se incluyó; nombre de la variable, etiqueta de la variable, tipo de variable (numérica o alfanumérica) para su análisis e interpretación de resultados con ayuda del programa SPSS versión 21.

Se realizó la medición de competencia clínica a través de las 3 dimensiones que la conforman (conocimiento, habilidad y actitud) Para el Nivel Cognitivo se obtuvo la sumatoria de los aciertos de cada ítem correspondiente. $\text{Intervalo} = \frac{\text{No. de aciertos}}{\text{No. de ítems}} \times 100$. Se consideró que el médico

cuenta con nivel de conocimiento Alto si se obtuvo un porcentaje de (80-100%), Intermedio (79-60%) y bajo (menor a 59%).

Para el nivel de habilidades se obtuvo la sumatoria de los aciertos de cada ítem correspondiente. $\text{Intervalo} = \text{No. de aciertos} \times 100 / \text{No. de ítems} = \text{Calificación para el nivel de habilidad}$. Se consideró que el médico cuenta con nivel de habilidad Alto si obtuvieron un porcentaje de (80-100%), Intermedio (79-60%) y bajo (menor a 59%). (80-100%), Intermedio (79-60%) y bajo (menor a 59%).

Para el aspecto actitudinal se obtuvo la sumatoria de los aciertos de cada ítem correspondiente. $\text{Intervalo} = \text{No. de aciertos} \times 100 / \text{No. de ítems} = \text{Calificación para el nivel de actitud}$. Los ítems 4.1, 4.2, 4.4, 4.8 y 4.9 se expusieron como enunciados con tendencia negativa, por lo que se calificaron en sentido inverso. Se consideró que el médico cuenta con nivel actitudinal Alto si obtuvo un porcentaje de (80-100%), Intermedio (79-60%) y bajo (menor a 59%). (80-100%), Intermedio (79-60%) y bajo (menor a 59%).

Se describieron frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

Los procedimientos propuestos en nuestro estudio “COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF 11” se realiza de acuerdo con las normas éticas, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con la declaración de Helsinki de 1964, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.⁽⁴⁹⁾

Nuestro estudio cumple con los lineamientos establecidos en el artículo 4to. Constitucional que establece como garantía social el derecho a la Protección de la Salud. Respeto con lo establecido en el reglamento vigente en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud pues cumple con el artículo 14, fracción V, referente al uso de consentimiento informado en el cual se da a conocer el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos del participante, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin afectación de sus derechos, se garantizará la confidencialidad de la información. De igual manera el presente protocolo se realizó conforme al título Segundo, Capítulo 1, artículo 17, categoría I el cual refiere “Investigación sin riesgo:” ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental y en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.^(50,51)

VIII. RECURSOS, FIANACIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Para la elaboración de este estudio, es necesario contar con el apoyo de recursos humanos como en el caso de 2 licenciados en Salud Pública, los cuales recibirán capacitación para la estandarización de la aplicación de las encuestas, con lo cual se necesitará del siguiente recurso material, tanto para la capacitación, la reproducción de las encuestas y análisis de datos.

Categoría	Costo Unitario (Pesos m.n.)	Cantidad	Costo Total (pesos m.n)
Computador	15,000	1	15,000
Lápices	5	20	100
Gomas	3	10	30
Fotocopias	.50	135	67.5
Engrapadora	100	1	100
Grapas	30	1 (caja)	30
Cartucho de tinta	500	1	500
Gasolina	20(litro)	40	800
TOTAL (Pesos m.n.)			16,627.5
El financiamiento corrió a cargo del tesista			

Tabla 7. Costos a cuenta del investigador.

Este estudio es factible puesto que se cuentan con los recursos humanos y materiales para su realización. La muestra al tratarse de médicos familiares de una Unidad de Medicina Familiar no representa complicación relevante pues puede ser localizada en su área laboral y que se tiene proyectado aplicar la encuesta en el tiempo destinado a una sesión clínica por cada turno, por lo que no se compromete la atención al derechohabiente ni se solicita al médico participe fuera de su horario de trabajo.

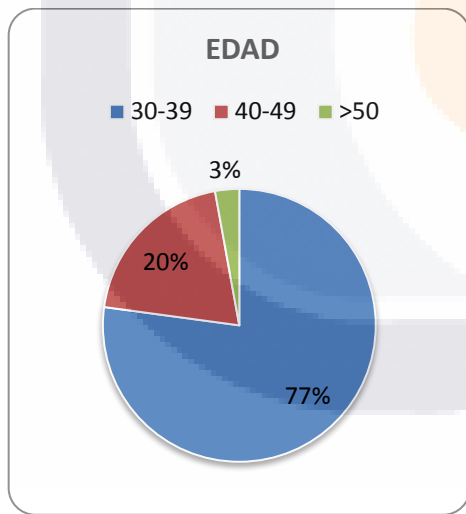
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAR 2017	ABR 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018	MAR 2018	ABR 2018	JUN 2018	SET 2018	OCT 2018	NOV 2018	DIC 2018
Revisión de literatura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planteamiento del problema		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acopio de Bibliografía.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Antecedentes, justificación						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Marco Teórico y Conceptual							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Objetivos Generales y Específicos										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hipótesis Generales y Específicos.										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Metodología de Investigación												X	X	X	X	X	X	X	X
Revisión Protocolo														X	X	X	X	X	
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.														X	X	X	X	X	
Aprobación de Protocolo																			X
Financiamiento capacitación																			X
Prueba piloto													X						
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.																			X
Acopio y Captura de Datos.																			X
Análisis e Interpretación de Resultados																			X
Validación de resultados																			X
Hacer Discusiones y Conclusiones.																			X
Revisión de la investigación																			X
Elaboración de tesis.																			X
Difusión de resultados.																			X

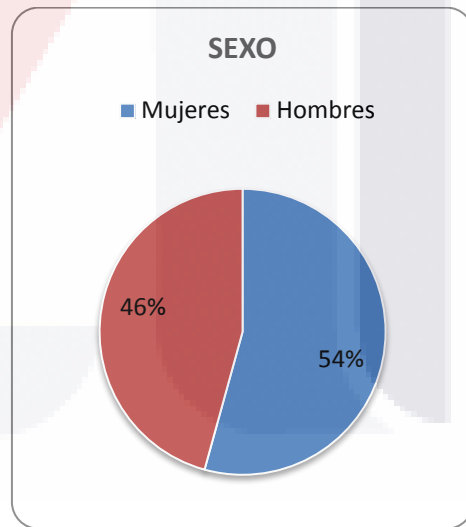
Tabla 8. Cronograma de actividades.

X. RESULTADOS

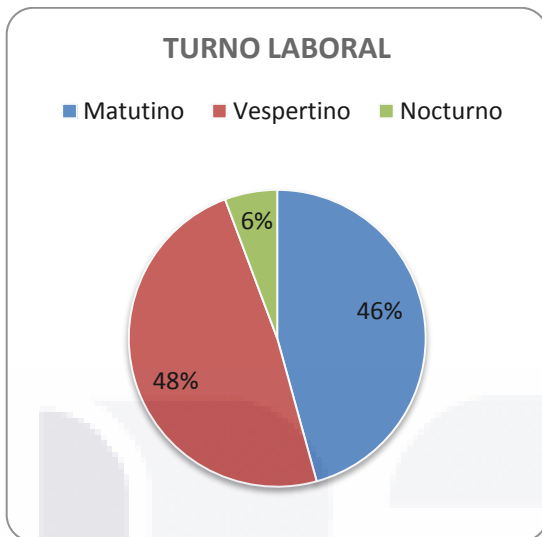
Se encuestaron a 35 médicos, los cuales conformaron el total de nuestra muestra ($n=35$). En cuanto al apartado socio demográfico encontramos que el 77% tiene entre 30-39 años ($n=27$), un 20% entre 40-49 años ($n=7$), y un 3% es >50 años ($n=1$)(Gráfica1). En cuanto al sexo el 54% eran mujeres ($n=19$) y 46% eran hombres ($n=16$) (Gráfica 2). Para la distribución del turno laboral encontramos que el 48% pertenecía al turno matutino ($n=16$), 46% al vespertino ($n=17$) y un 6%al nocturno ($n=2$) (Gráfica 3). Respecto a la antigüedad 51% contaba con <10 años laborando para el instituto mexicano del seguro social ($n=18$), 42% entre 10-19 años ($n=15$) y solamente el 6% contaba con >20 años de antigüedad ($n=2$) (Gráfica 4). El 57% de los médicos cuentan con certificación por el consejo mexicano de medicina familiar ($n=20$), el restante 42% no ($n=15$) (Gráfica 5). Solamente el 17% afirmó haber recibido algún curso de actualización en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor ($n=6$) (Gráfica 6). A continuación se muestra la distribución de cada variable socio demográfica.



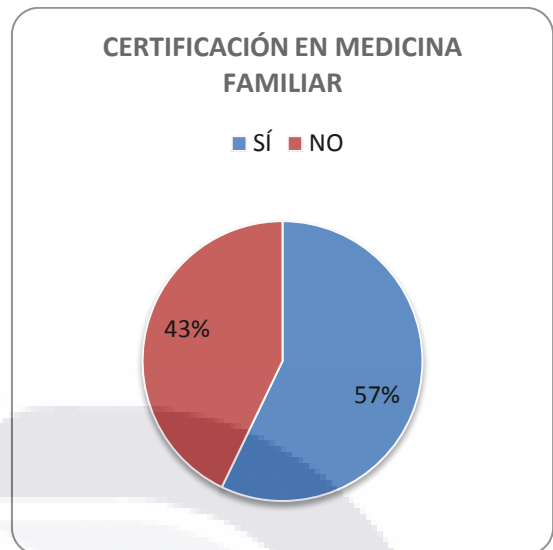
Gráfica 1. Distribución de la edad.



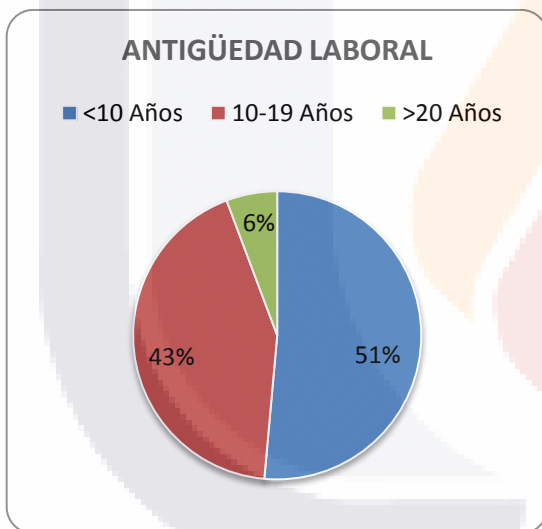
Gráfica 2. Distribución de hombres y mujeres.



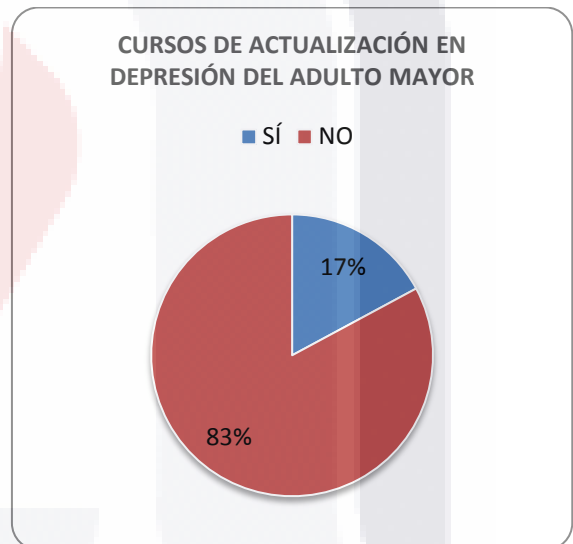
Gráfica 3. Distribución del turno laboral.



Gráfica 5. Médicos con certificación en medicina familiar.



Gráfica 4. Distribución por años trabajos en el IMSS.

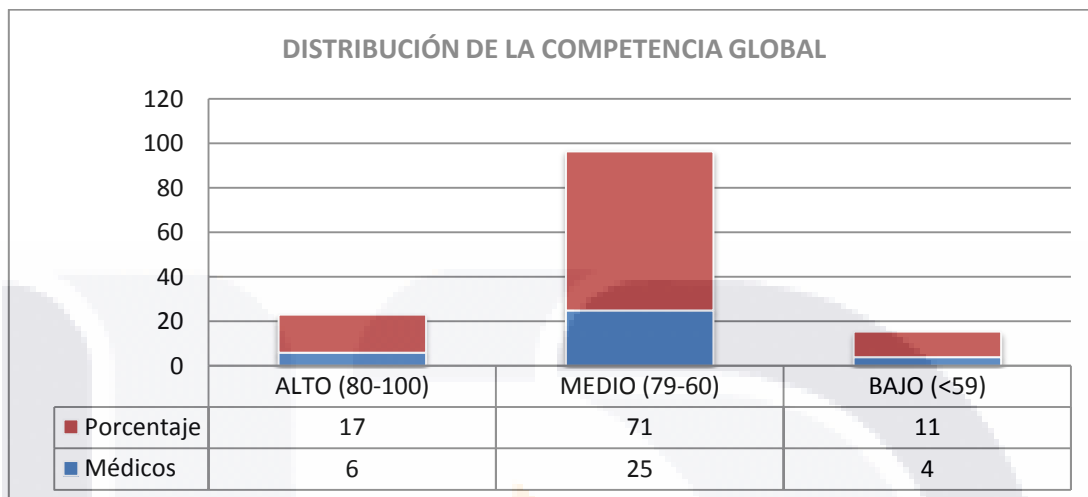


Gráfica 6. Médicos con cursos de actualización en depresión del adulto mayor.

A continuación se reportarán los resultados obtenidos por la encuesta con respecto a la competencia clínica de los médicos participantes de manera global para posteriormente presentar los resultados individuales por cada dimensión.

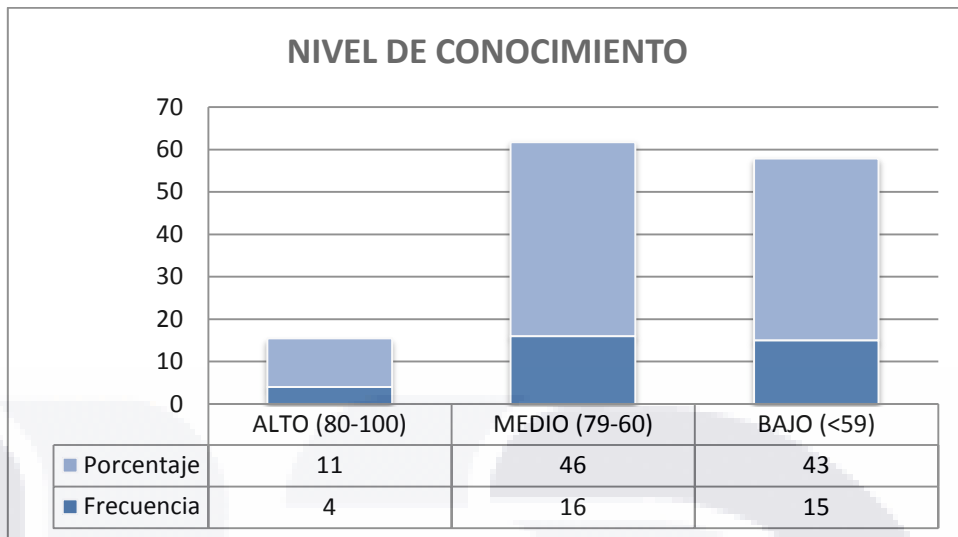
En cuanto a la competencia clínica, resultado de analizar sus dimensiones en conjunto encontramos que de los médicos encuestados un 6% alcanzaron un nivel alto (n= 6), la

mayoría de estos contaban con un nivel medio, que representó el 71% de los médicos (n=25), solamente el 11% mostraron un nivel bajo (n= 4) (Gráfica 7).

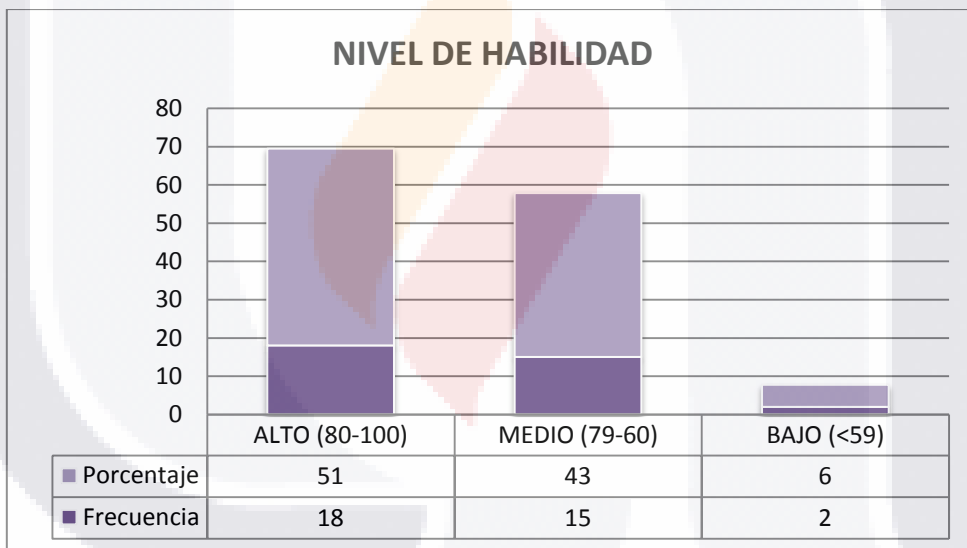


Gráfica 7. Nivel de Competencia Clínica

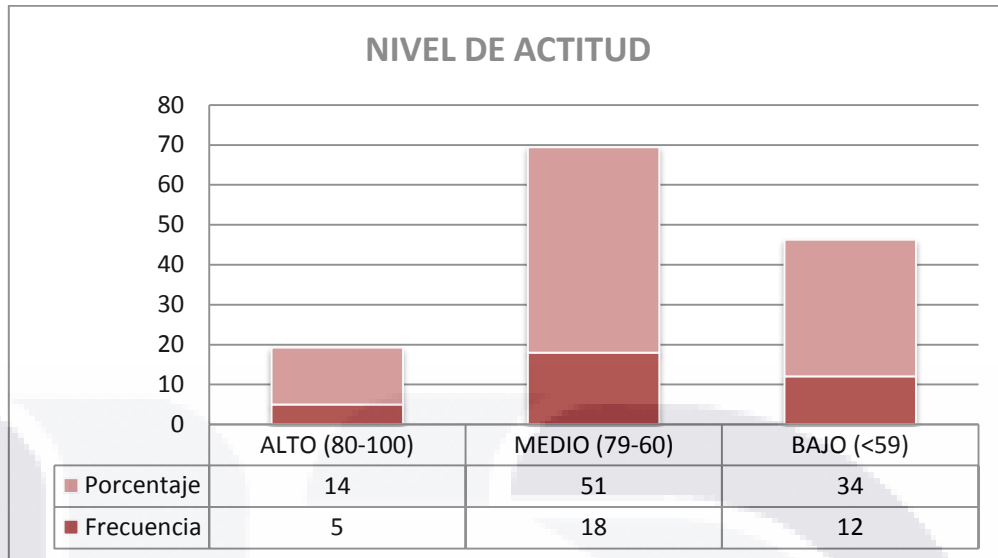
Realizando un análisis de las dimensiones de competencia de manera aislada encontramos que con respecto a la dimensión del conocimiento se encontró un nivel alto en el 11% de los médicos encuestados (n=4), un nivel medio en el 46% (n=16) y bajo en el 43% (n=15) como se muestra en la gráfica 8. En el caso de la habilidad se encontró que el 51% de los médicos contaban con un nivel alto (n=18), mientras que un 43% con un nivel medio (n=15) y finalmente sólo un 6% nivel bajo (n=2), estos resultados pueden consultarse en la gráfica 9. Para la dimensión de la actitud se encontró que el 14% de los médicos tienen un nivel alto (n=5), el 51% un nivel medio (n=18) y el 34% un nivel bajo (n=12) (Gráfica 10).



Gráfica 8. Nivel de conocimiento por encuestado.

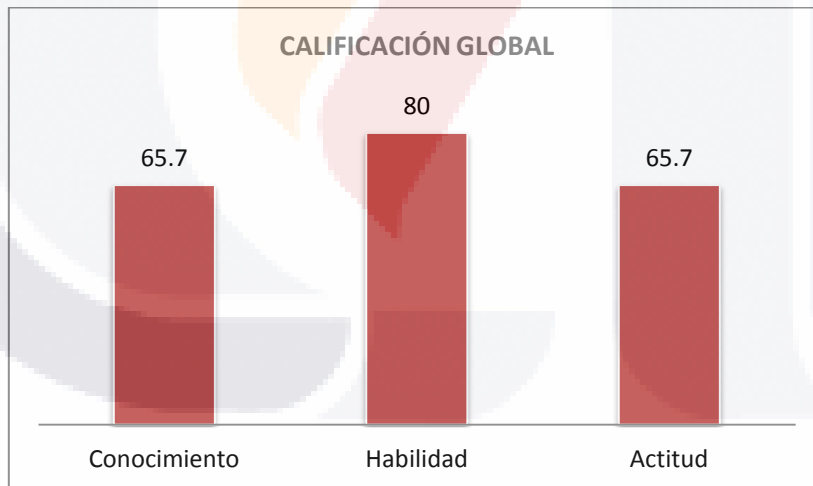


Gráfica 9. Nivel de Habilidad por encuestado.



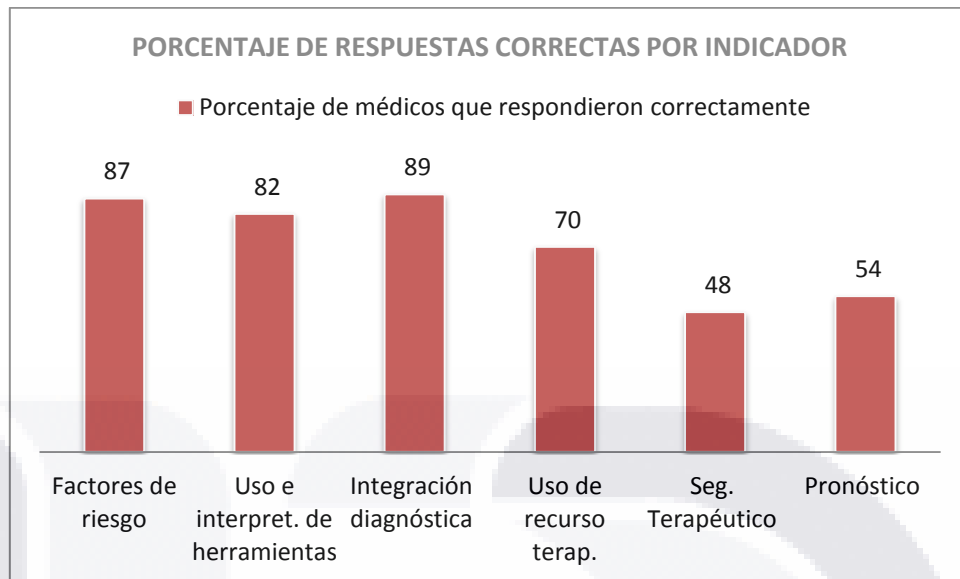
Gráfica 10. Nivel de actitud por encuestado.

Se buscó un promedio en las calificaciones de los médicos por cada una de las dimensiones. Encontrando que para la dimensión del conocimiento el promedio fue de 65.7/100, para la habilidad fue de 80/100 y para la actitud de 65.7/100 (Gráfica 11).



Gráfica 11. Promedio de calificaciones por dimensión

De manera adicional se realizó el análisis de cuáles fueron los indicadores en los que se obtuvo un mejor desempeño (Gráfica 12). Se encontró que en cuanto a factores de riesgo se obtuvo un 87% de respuestas correctas, para el uso e interpretación de herramientas de escrutinio un 82%, integración diagnóstica un 89%, uso de recurso terapéutico un 70%, seguimiento terapéutico un 48% y finalmente, pronóstico un 54%.



Gráfica 7. Porcentaje de respuestas correctas por indicador.

Finalmente analizó si existía alguna asociación relevante entre las variables socio demográficas y el nivel de competencia obtenido por los médicos encuestados mediante el uso de tablas de contingencia. Para este fin se empleó la Chi cuadrada de Pearson, tomando como un margen de error un 5%. Para aceptar una hipótesis de asociación como verdadera o significativa el margen no debería ser mayor al porcentaje de error ($p > 0.05$). Sin embargo no se logró establecer ninguna asociación significativa como se muestra en la tabla 9.

Asociación	Chi ² (p)
Edad-Nivel de competencia	0.769
Sexo-Nivel de competencia	0.57
Turno laboral- Nivel de competencia	0.187
Antigüedad laboral- Nivel de competencia	0.6
Certificación- Nivel de competencia	0.853
Curso de actualización- Nivel de competencia	0.235

Tabla 9. Asociación entre variables sociodemográficas y nivel de competencia clínica.

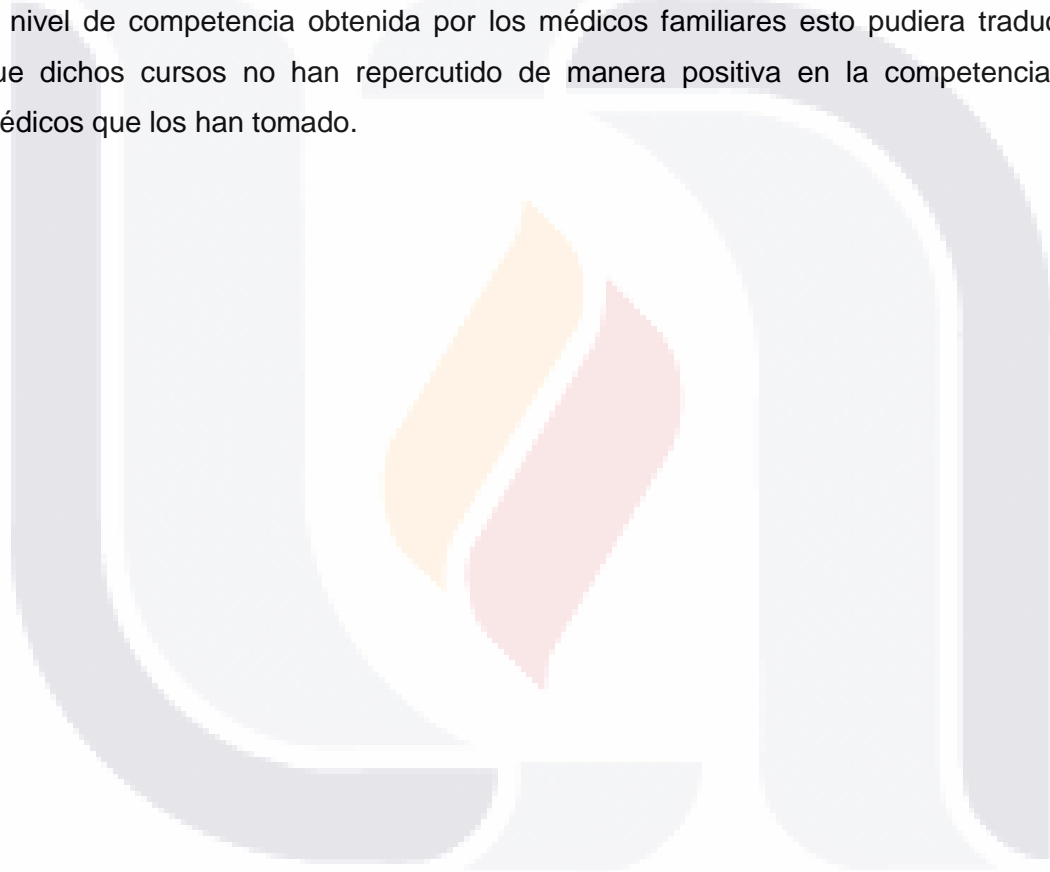
XI. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos nos arrojó que en general los médicos familiares de la UMF 11 de Aguascalientes cuentan con un nivel medio de competencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, estos resultados contrastan con los de otros estudios sobre competencia clínica, en la que los médicos participantes obtuvieron un desempeño bajo García-Viniegra (1999), Degollado (2009), Cabrera-Piraval (2009), Cabrera-Piraval (2015). Los estudios de Ramirez (2006) y Kasten-Monges (2017) reportan un resultado similar al obtenido por nuestro estudio, sin embargo en el caso particular de Ramirez (2006), se hace la aclaración de que este resultado pudo haber sido ya que en su estudio se midió la competencia clínica en temas frecuentes y cotidianos a los que se enfrentan los médicos de primer nivel.

Dentro del análisis de la competencia clínica, realizando un abordaje de cada una de sus dimensiones encontramos que la habilidad fue la que obtuvo una mayor calificación con una media de 80, seguida del conocimiento y la actitud, ambas con una media de 65.7, esto indica que el médico familiar de la UMF 11 cuenta con un nivel alto en la resolución de problemas de complejidad considerable las cuales impliquen el análisis, cálculo de mediana complejidad que contribuyan a dar solución a la problemática del paciente, por otra parte tanto a en el conocimiento como en la actitud se encuentran en un nivel medio. Esta situación podría estar en relación a un punto que se analizará a detenimiento más adelante, que es la poca actualización en el tema por parte de los médicos familiares en el tema, se están realizando y tomando acciones que si bien no están equivocadas, no cuentan con una base teórica firme. De igual manera esto podría impactar en la seguridad con la que se enfrenta y la importancia que se le da a la depresión en el adulto mayor.

En el caso particular de los indicadores empleados para este estudio encontramos que el que presentó un menor número de respuestas correctas fueron tanto el seguimiento terapéutico (48%) y el pronóstico (54%), contrastando con otros estudios realizados por García- Viniegra (1999), Cabrera-Piraval (2009), Degollado (2009) y Kasten-Monges (2017) en los que el indicador en el que obtenía peor desempeño era en el uso de herramientas diagnósticas e identificación de factores de riesgo en el caso particular de Cabrera-Piraval (2009),

De acuerdo al análisis realizado un aspecto que se consideró de impacto en las cuestiones sociodemográficas de la población en estudio fue que casi la mitad (43%) no se encuentran certificados por el Consejo Nacional de Certificación en Medicina Familiar A.C., esto podría deberse a que es un proceso que se está implementando como obligatorio relativamente hace poco tiempo. Otro aspecto a considerar es que casi en su totalidad no han recibido algún tipo de actualización en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor (83%), sin embargo al igual que en otros estudios como el de García-Viniegra (1999) no se encontró una asociación significativa entre esta variable y el nivel de competencia obtenida por los médicos familiares esto pudiera traducirse en que dichos cursos no han repercutido de manera positiva en la competencia de los médicos que los han tomado.



XII. CONCLUSIONES

El estudio y análisis de desempeño profesional mediante el enfoque de las competencias es una labor compleja que requiere de realizar un abordaje de varios aspectos de la formación profesional. Los estudios previamente realizados denotan una necesidad de mejorar en la formación del médico haciendo uso del enfoque de competencias, sin embargo tanto la medición como evaluación, así como la falta de un mapa de competencias estandarizado para las diferentes áreas del actuar médico, dificultan el avance de este enfoque.

Los resultados de este estudio permiten concluir que de forma general, los médicos familiares de la UMF 11 de Aguascalientes cuentan con un nivel medio de competencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

En términos globales, la dimensión con mejores resultados obtenidos fue la habilidad, seguida por el conocimiento y la actitud con un mismo desempeño. Esto implica que el médico familiar cuenta con la capacidad resolutoria para brindar atención al paciente adulto mayor, sin embargo se requiere de fortalecer las bases teóricas sobre el tema, lo que a su vez mejoraría la seguridad y empatía con la que se realiza el abordaje del paciente anciano con depresión.

Si bien este estudio no encontró una asociación significativa entre las variables sociodemográficas y el nivel de competencia obtenido por los médicos familiares si puso en evidencia la falta de capacitación de calidad en el tema, a lo que continuaría estudiar el motivo por la que solamente un bajo porcentaje de médicos ha buscado actualizarse en el tema de depresión en el adulto mayor y más aún del porque no se encontró un mejor desempeño en aquellos que las han tomado.

XIII. RECOMENDACIONES

Se requiere realizar y documentar estudios de intervención en los que se busque mejorar el nivel de competencia clínica de los médicos para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor, atendiendo en forma prioritaria los indicadores en los que se mostró un nivel más bajo de competencia clínica. Para lo que se sugiere emplear modelos educativos participativos. Asimismo, se recomienda evaluar la competencia clínica de los médicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades de importancia epidemiológica.



XIV. GLOSARIO

Competencia clínica: Capacidad de para hacer uso de los conocimientos, habilidades y buen juicio para desarrollar aceptablemente aquellos deberes directamente relacionados con el cuidado del paciente.

Conocimiento: Información y representaciones abstractas que se tienen y almacenan mediante la experiencia, aprendizaje o la observación sobre algún tema en específico.

Habilidad: Capacidad, ingenio, disposición y destreza para lograr algún objetivo

Actitud: Disposición consciente o inconsciente, de tono afectivo, ya sea con carácter positivo o negativo con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, persona o grupo de personas. Consiste en la presencia de una cierta constelación subjetiva, combinación determinada de factores o de contenidos psíquicos aprendidos, y que dirigen la interpretación del estímulo externo.

Médico familiar: Especialista médico, cuyo objetivo es la atención de los problemas en el proceso salud- enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico, sin limitar sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.

Adulto mayor: Aquel individuo que posee una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más en quienes viven en países desarrollados.

Depresión: Conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático.

XV. REFERENCIAS

1. García Hernández A, Viniestra Velázquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial sistémica. *Rev Investig Clínica*. 1999;51(2):93–8.
2. Ramírez-Puerta D, González-Béjar M, Zarco-Rodríguez J, Gual-Sala I. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 Comunidades Autónomas españolas. *Educ Médica*. 2006 Dec;9(4-B):234–44.
3. Degollado-Bardales L, Leyva-González FA, Viniestra-Velázquez L, Gonzaga-Juárez R, Zavala-Arenas JA, Sánchez JSV, et al. Competencia clínica de los residentes de anestesiología en pacientes que requieren atención médica en un hospital de especialidades. *Gac Med Mex*. 2009;145(6):481–9.
4. Cabrera Pivaral C, González Gutiérrez T, Luce González E. Clinical competence for autoimmune and non-autoimmune rheumatic disorders in primary care. *Rev Alerg Mex*. 2009;59(1):18–22.
5. Cabrera Pivaral CE, Gabriel Velasco Langer D, Alonso Reynoso C, Grover Páez F, Centeno López Mayarí M. Competencia clínica del médico de familia en la atención a la mujer en etapa de climaterio en unidades de primer contacto. *Atención Primaria*. 2010 Feb;42(2):125–6.
6. Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez GJ, Vega-López MG, Recinos-Girón JJ, Zavala-González MA. Competencia clínica para la atención del climaterio en médicos de atención primaria a la salud de Ciudad de Guatemala, Guatemala. *Arch Med*. 2015;11(2):1–7.
7. Kasten-Monges M de J, Cabrera-Pivaral CE, Lozano-Kasten F, Aguilar-Velasco HM, Hidalgo-Ottolenghi R, Zavala-González MA. Evaluación de la competencia clínica en médicos residentes mexicanos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas. *Gac Med Mex*. 2016;152(4):516–20.
8. General C de S. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. *Secr Salud*. 2011;IMSS-194-1:1–67.
9. Sotelo-Alonso,I; Rojas-Soto, JE; Sánchez-Arenas,C; Irigoyen-coria A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch en Med Fam*. 2012;14(1):5–13.
10. Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin*. 2009;5:363–89.
11. American Academy of Family Physicians. Family Physician, Definition [Internet]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/fp-definition.html>
12. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
13. Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Ochoa Díaz-López H, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: Presente y futuro. *Gac Med Mex*. 2016;152(1):135–40.

14. Frade Rubio L. Planeación por competencias. 2°. González Aragón G, editor. Mexico: Inteligencia educativa; 2009. 1-80 p.
15. Fonseca H, Bencomo M. Teorías del aprendizaje y modelos educativos: Revisión histórica. Salud, Arte y Cuid [Internet]. 2011;4(Suplemento 1):71–93. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3938580>
16. Díaz Plascencia JA. Bases teóricas del portafolio en la educación médica basada en competencias. Educ Médica Super. 2016;30(1):41–53.
17. Dreyfus HL. From Socrates to Expert Systems: The Limits of Calculative Rationality. Am Acad Arts Sci [Internet]. 1987;40(4):15–31. Available from: <http://www.jstor.org/stable/3823297>
18. Larios Mendoza H. Competencia profesional y competencia clínica [Internet]. Seminario sobre medicina y salud. 2006. Available from: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html
19. Rodríguez N. Selección efectiva de personal basada en competencias. Rev do Serviço Público [Internet]. 2000;3:99–120. Available from: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/333/339>
20. Peinado Herreros JM. Educación médica. Educ Médica [Internet]. 2005;8((supl. 2)):04–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000600002
21. Mahtani-Chugani ES-Á. La evaluación cualitativa en la formación médica continuada. Educ Médica. 2008;11(2):77–83.
22. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance [Internet]. Vol. 65, Academic Medicine. 1990. p. S63-7. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-199009000-00045>
23. Durante E. Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. Rev Hosp Ital BAires. 2006;26(2):55–61.
24. Martínez Carretero JM. Los métodos de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). Educ Médica. 2005;8(2):18–22.
25. Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. 1 edición. Aguascalientes: Gobierno del Estado de Aguascalientes; 2017. 230 p.
26. Callahan CM, Nienaber NA, Hendrie HC, Tierney WM. Depression of Elderly Outpatients : J Gen Intern Med. 1992;7(1):26–31.
27. Glasser M, Gravdal JA. Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. Arch Fam Med. 1997;6(5):433–8.
28. Alvidrez J, Areán PA. Physician Willingness to Refer Older Depressed Patients for Psychotherapy. Int J Psychiatry Med. 2002;32(1):21–35.
29. Zylstra RG, Steitz JA. Knowledge of late life depression and aging among primary

- care physicians. *Aging Ment Heal*. 2000;4(1):30–5.
30. Liu S-I, Lu R-B, Lee M-B. Non-psychiatric physicians' knowledge, attitudes and behavior toward depression. *J Formos Med Assoc*. 2008;107(12):921–31.
 31. Banazak DA. Late-Life Depression in Primary Care. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1996;11(3):163–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8667093>
 32. Córdoba Gómez FJ. La evaluación de los estudiantes: una discusión abierta Introducción. *Rev Iberoam Educ*. 2006;39(7):1–9.
 33. Social IM del S. Datos Abiertos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Conjunto de Datos [Internet]. 2017. Available from: <http://datos.imss.gob.mx/dataset/informacion-en-salud>
 34. Memoria Estadística acerca del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016. Available from: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016>
 35. Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Moyeda-Rodríguez J. Efecto de un programa educativo basado en competencias sobre las capacidades clínicas de pediatras para manejar neonatos en estado crítico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005;62(210):329–38.
 36. Objeto Social [Internet]. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. 2017. Available from: <https://consejomedfam.org.mx/objeto-social/>
 37. M. V, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Salud pública de México. *Salud Publica Mex*. 2011;53(1):s220–32.
 38. Título Sexto. In: Ley para la Protección Especial de los Adultos mayores del Estado de Aguascalientes [Internet]. Aguascalientes; 2009. p. 1–32. Available from: <http://www.aguascalientes.gob.mx/Transparencia/Puntos/Obligaciones/Formatos/SANJOSE/1.MARCONORMATIVO-1482014-144518.pdf>
 39. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. In: Diario Oficial de la Federación [Internet]. México; 2002. p. 12. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ldpam.html>
 40. Instituto Mexicano del Seguro Social. Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. 2011;1–83. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>
 41. Koenig HG. Physician attitudes toward treatment of depression in older medical inpatients. *Aging Ment Heal*. 2007 Mar 20;11(2):197–204.
 42. Gallo JJ, Ryan SD, Ford DE. Attitudes, knowledge, and behavior of family physicians regarding depression in late life. *Arch Fam Med*. 1999;8(3):249–56.
 43. Rothera I, Jones R, Gordon C. An examination of the attitudes and practice of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(October 2001):354–8.

44. Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. 5th ed. Vol. 9, Tiempo de Educar. Mexico: GRAÓ; 2008. 159 p.
45. Cabrera-Pivaral CE, Orozco-Valerio M de J, Celis-de la Rosa A, Covarrubias-Bermúdez M de los Á, Zavala-González MA. Competencia clínica de médicos guatemaltecos y Mexicanos para el manejo de la disfunción familiar. Gac Med Mex. 2017;153(6):683–7.
46. Pratt CC, Wilson W, Benthin A, Schmall V. Alcohol problems and depression in later life: Development of two knowledge quizzes. Gerontologist. 1992;32(2):175–83.
47. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
48. Corral. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Rev Ciencias la Educ. 2009;19(33):228–47.
49. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Conamed [Internet]. 2013;1–4. Available from: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
50. Mexico. Artículo 4° De la Constitución Mexicana. 1917;2. Available from: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>
51. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México [Internet]. 2016;1–268. Available from: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_010616.pdf

ANEXO

ANEXO A

		<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p align="center">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>	
Nombre del estudio:	COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES.		
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica		
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Ags Diciembre 2018		
Número de registro institucional:	R- 2018-101-025		
Justificación y objetivo del estudio:	Debido a la evidencia mundial en cuanto al subdiagnóstico de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, este estudio tiene por objetivo identificar la competencia clínica del médico familiar de la UMF 11 en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en base a la guía de práctica clínica IMSS-194-10		
Procedimientos:	Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado como instrumento de evaluación del comportamiento alimentario		
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimiento acerca de la competencia clínica del médico de primer contacto en la depresión en el adulto mayor, de tal manera que se fije un antecedente que sirva de punto de partida para el mejoramiento y/o reforzamiento de la práctica médica, lo cual pretenda mejorar la calidad de la atención a l derechohabiente.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.		
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.		
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se tenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respeto a mi permanencia en el mismo.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	No aplica para este estudio.		
Beneficios al término del estudio:	Desarrollo e implementación de novedosas estrategias educativas, encaminadas potencializar la competencia del familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:			
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes. Adscrita: UMF-11.IMSS Tel 977 42 72 Correo electrónico: acane16@hotmail.com		
Colaboradores:	Dr. José Michelle Cardona Rodríguez. Residente Medicina Familiar IMSS Ags, Sede UMF 1 correo electrónico: dr.cardona_rdz@hotmail.com		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx			
Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx			
<p align="center">_____ Nombre y firma del sujeto</p>		<p align="center">_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	
<p align="center">Testigo 1</p> <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>		<p align="center">Testigo 2</p> <p align="center">_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.			
Clave: 2810-009-013			

ANEXO B

ESTUDIO: COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES

Le agradezco de antemano su valiosa participación en el desarrollo de este estudio. Reitero la confidencialidad de la información obtenida por este instrumento, la cual será empleada únicamente con fines de investigación.

Parte I. Información de carácter demográfico.

Instrucciones: Favor de marcar con una "X" el espacio según corresponda.

1.1 Edad:	<input type="checkbox"/> 30-39 años <input type="checkbox"/> 40-49 años <input type="checkbox"/> >50	1.2 Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
1.3 Turno laboral:	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino	1.4 Antigüedad laboral:	<input type="checkbox"/> <10 años. <input type="checkbox"/> 10-19 años. <input type="checkbox"/> >20 años.
1.5 Certificación en Medicina Familiar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1.6 Ha recibido cursos de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Parte II. Dimensión de conocimiento.

Instrucciones: Lea detenidamente las siguientes preguntas o enunciados y seleccione, SUBRAYANDO la letra (V) verdadero, o (F) falso según considere correcto.

2.1 La irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa y de inutilidad son síntomas que nos hacen sospechar de depresión en el adulto mayor.	<u>(V)</u>	(F)
2.2 La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es indistinta al sexo del paciente.	(V)	<u>(F)</u>
2.3 El apoyo familiar, la convivencia y la práctica de actividades recreativas son considerados factores protectores para no desarrollar depresión.	<u>(V)</u>	(F)
2.4 Existen instrumentos específicos y validados que sirven de escrutinio para la depresión en el anciano.	<u>(V)</u>	(F)
2.5 Una puntuación de 5 en la escala de depresión geriátrica de 15 elementos se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor	(V)	<u>(F)</u>
2.6 Una puntuación de 15 en la escala de Lawton y Brody se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor.	(V)	<u>(F)</u>
2.7 Los antidepresivos tricíclicos están indicados en el tratamiento de la depresión en el anciano con enfermedades cardiovasculares.	(V)	<u>(F)</u>
2.8 En el paciente anciano la terapia farmacológica debe ser continuada por un mínimo de un año después del primer episodio de depresión.	<u>(V)</u>	(F)
2.9 En caso de presentar efectos colaterales al medicamento empleado, este debe ser suspendido de inmediato y esperar una semana para restituir el tratamiento con un antidepresivo distinto.	(V)	<u>(F)</u>
2.10 Se requiere al menos de 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.	<u>(V)</u>	(F)
2.11 Se tiene el conocimiento que más de la mitad de los pacientes adultos mayores presentan recaídas del cuadro depresivo aún con un régimen de tratamiento adecuado.	(V)	<u>(F)</u>
2.12 En cuanto al pronóstico, se sabe que la recuperación del cuadro depresivo es similar en pacientes ancianos y en jóvenes.	<u>(V)</u>	(F)

Parte III. Dimensión de habilidades.

Instrucciones: Lea cuidadosamente el caso clínico que se presenta y a continuación lea detenidamente las siguientes preguntas o enunciados y seleccione, SUBRAYANDO la letra (V) verdadero, o (F) falso según considere correcto.

CASO CLÍNICO Se trata de la Sra Felipa, femenino de 72 años de edad, que acude acompañada por su hija Sahara para surtir sus medicamentos de cada mes, viuda desde hace 3 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 25 años de diagnóstico en tratamiento con losartán 50mg vía oral c/12hrs, metoprolol 100mg vía oral c/12hrs, insomnio en tratamiento con clonazepam 1mg vía oral cada 24hrs por la noche desde hace 2 años. Fractura de cadera derecha hace 1 años secundario a caída de su plano de sustentación, tratada con colocación de DHS, continua con tratamiento a base de gabapentina 300mg vía oral cada 12hrs. Presenta alteración en la marcha que le condiciona al uso de andadera para la Deambulaci3n, sin otros antecedentes. A la EF: Peso: 50 kg Talla: 160 cm TA: 130/85 mmhg FC: 70 x min FR: 19 x min SaTO2 con FiO21%: 95%. Paciente consciente, orientada, poco conversadora, con buena dicci3n y memoria. Cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando depresible asignol3gico, extremidades inferiores hipotr3ficas, fuerza muscular de extremidad inferior derecha 3/5 en la escala de Daniels, con limitaci3n en los arcos de movilidad de cadera ipsilateral, resto de las extremidades sin alteraciones.

Sahara le comenta a usted como m3dico familiar que desde hace aproximadamente 2 meses ella y sus hermanos han notado que la se1ora Felipa se molesta f3cilmente, ha estado comiendo en menor cantidad, adem3s de que quiere estar acostada todo el d3a, ha dejado de tejer y de reunirse con sus vecinas, actividades que anteriormente frecuentaba y se le ve3a feliz haci3ndolas. El m3dico se dirige a la paciente y le interroga si durante el mes pasado, se ha sentido deprimida o que haya perdido el inter3s en hacer las cosas que antes disfrutaba, a lo que le responde, "Pues s3, ¿pues qu3 no me ve?, antes yo caminaba iba de de un lado a otro, ahora con esta andadera y mi pierna mala a penas puedo ir del ba1o a la cama, me siento una in3til, adem3s que he tra3do un dolor de nuca que no me deja tranquila". Niegan presencia de alteraciones de memoria, dicci3n o juicio.

3.1 La paciente cuenta con factores de riesgo que la predisponen a desarrollar un cuadro depresivo.	<u>(V)</u>	(F)
3.2 El g3nero de la paciente la hace menos susceptible para desarrollar depresi3n.	(V)	<u>(F)</u>
3.3 Considero que la paciente cuenta con s3ntomas para establecer el diagn3stico de depresi3n mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV.	<u>(V)</u>	(F)
3.4 Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, iniciaría el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20mg al d3a.	<u>(V)</u>	(F)
3.5 La informaci3n que brinda la cuidadora principal es poco 3til para establecer un diagn3stico y no debe ser tomada en cuenta.	(V)	<u>(F)</u>
3.6 En caso que la paciente no acepte tratamiento farmacol3gico, se debe realizar su env3o a segundo nivel (psiquiatría y/o geriatría).	(V)	<u>(F)</u>
3.7 Continuaría el uso de clonazepam por tiempo indefinido.	(V)	<u>(F)</u>
3.8 No considero necesario realizar el env3o de la paciente a psicoterapia.	(V)	<u>(F)</u>
3.9 C3mo m3dico de primer nivel utilizaría la escala de depresi3n geri3trica como herramienta de escrutinio en este caso.	<u>(V)</u>	(F)
3.10 Considero necesario descartar una patolog3a de origen org3nico o farmacol3gico en la paciente.	<u>(V)</u>	(F)
3.11 Una vez iniciado el tratamiento psicoterap3utico y farmacol3gico en la paciente se espera un pron3stico bueno para la vida y la funci3n.	<u>(V)</u>	(F)
3.12 La presencia de deterioro cognitivo agregado a la sintomatolog3a de la paciente no modificaría su pron3stico.	(V)	<u>(F)</u>

Parte IV. Dimensión de actitud.

Instrucciones: Lea cuidadosamente los enunciados y marque con una “X” en el espacio de cada casilla la afirmación que más se asimile a su percepción acerca de la depresión en el adulto mayor.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.1 La depresión en el anciano es una consecuencia natural del envejecimiento.					x
4.2 Considero más difícil tratar la depresión en el adulto mayor que en pacientes más jóvenes.					x
4.3 Considero que diagnosticar y tratar la depresión en el adulto mayor es mi responsabilidad.	x				
4.4 El tiempo de consulta me es insuficiente para investigar sintomatología de depresión.					x
4.5 Me interesaría recibir información en diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.	x				
4.6 Considero la depresión en el adulto mayor una patología prioritaria en mi consulta.	x				
4.7 Me importa identificar la sintomatología de depresión en el adulto mayor.	x				
4.8 Me siento frustrado cuando atiendo un paciente anciano porque no expresa correctamente su sintomatología.					x
4.9 Considero que el paciente anciano tiene actitudes que disminuyen la efectividad de la psicoterapia.					x
4.10 Me siento confiado tratando la depresión en el adulto mayor.	x				

Agradezco su aportación en nuestro estudio

ANEXO C

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

OBJETIVO	VARIABLE	ITEM	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
	EDAD Años cumplidos al momento del estudio.	1.1	30-39 años 40-49 años >50	Cuantitativa Numérica Discreta
	GENERO Género del médico que contesta el cuestionario.	1.2	Femenino Masculino	Cuantitativa Nominal Dicotómica
	TURNO LABORAL Espacio de tiempo en que se destina al trabajo	1.3	Matutino Vespertino	Cuantitativa Nominal Dicotómica
	ANTIGÜEDAD LABORAL Periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado a una empresa.	1.4	<10 años. 10-19 años. >20 años.	Cuantitativa Numérica Discreta
	CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR El entrevistador contesta si cuenta con la Certificación en Medicina Familiar vigente, otorgado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C.	1.5	Si No	Cuantitativa Nominal Dicotómica
	RECIBIÓ CURSOS El entrevistado contesta si antes ya había realizado algún curso de actualización sobre el tema.	1.6	Si No	Cuantitativa Nominal Dicotómica

OBJETIVO	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	ITEM	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Evaluar la competencia clínica del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.11 Delegación Aguascalientes en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.</p>	<p>Conocimiento.</p>	<p>Información y representaciones abstractas que se tienen y almacenan mediante la experiencia, aprendizaje o la observación sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor</p>	<p>Factores de riesgo.</p> <p>Uso e Interpretación de herramientas de escrutinio</p> <p>Integración Diagnóstica</p> <p>Uso de recurso terapéutico</p>	<p>2.2 La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es indistinta al sexo del paciente.</p> <p>2.3 El apoyo familiar, la convivencia y la práctica de actividades recreativas son considerados factores protectores para no desarrollar depresión.</p> <p>2.4 Existen instrumentos específicos y validados que sirven de escrutinio para la depresión en el anciano.</p> <p>2.5 Una puntuación de 5 en la escala de depresión geriátrica de 15 elementos se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor</p> <p>2.6 Una puntuación de 15 en la escala de Lawton y Brody se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor.</p> <p>2.1 La irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa y de inutilidad son síntomas que nos hacen sospechar de depresión en el adulto mayor.</p> <p>2.7 Los antidepresivos tricíclicos están indicados en el tratamiento de la depresión en el anciano con enfermedades cardiovasculares.</p>	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>Acierto= 1 No acierto= 0</p>

			<p>Seguimiento terapéutico</p> <p>Pronóstico</p>	<p>2.8 En el paciente anciano la terapia farmacológica debe ser continuada por un mínimo de un año después del primer episodio de depresión.</p> <p>2.9 En caso de presentar efectos colaterales al antidepresivo empleado, este debe ser suspendido de inmediato y esperar una semana para restituir el tratamiento con un antidepresivo distinto.</p> <p>2.10 Se requiere al menos de 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.</p> <p>2.11 Se tiene el conocimiento que más de la mitad de los pacientes adultos mayores presentan recaídas del cuadro depresivo aún con un régimen de tratamiento adecuado.</p> <p>2.12 En cuanto al pronóstico, se sabe que la recuperación del cuadro depresivo es similar en pacientes ancianos y en jóvenes.</p>		
	Habilidad.	Acciones que realiza el Médico Familiar para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.	<p>Factores de riesgo.</p> <p>Uso e Interpretación de herramientas de escrutinio</p>	<p>3.1 La paciente cuenta con factores de riesgo que la predisponen a desarrollar un cuadro depresivo.</p> <p>3.2 El género de la paciente la hace menos susceptible para desarrollar depresión.</p> <p>3.9 Cómo médico de primer nivel utilizaría la escala de depresión geriátrica como</p>	Nominal Dicotómica	<p>Acierto= 1</p> <p>No acierto= 0</p>

			<p>Integración Diagnóstica</p> <p>Uso de recurso terapéutico</p> <p>Seguimiento terapéutico</p> <p>Pronóstico</p>	<p>herramienta de escrutinio en este caso.</p> <p>3.3 Considero que la paciente cuenta con síntomas para establecer el diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV.</p> <p>3.5 La información que brinda la cuidadora principal es poco útil para establecer un diagnóstico y no debe ser tomada en cuenta.</p> <p>3.10 Considero necesario descartar una patología de origen orgánico o farmacológico en la paciente.</p> <p>3.4 Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, iniciaría el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20mg al día.</p> <p>3.7 Continuaría el uso de clonazepam por tiempo indefinido.</p> <p>3.8 No considero necesario realizar el envío de la paciente a psicoterapia.</p> <p>3.6 En caso que la paciente no acepte tratamiento farmacológico, se debe realizar su envío a segundo nivel (psiquiatría y/o geriatría).</p> <p>3.11 Una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la paciente se espera un pronóstico bueno para la vida y la función.</p> <p>3.12 La presencia de</p>	
--	--	--	---	--	--

				deterioro cognitivo, agregado a la sintomatología de la paciente no modificaría su pronóstico.		
	Actitud	Disposición, comportamiento o postura frente al diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.	Actitud positiva Actitud neutral Actitud negativa	<p>4.1 La depresión en el anciano es una consecuencia natural del envejecimiento.</p> <p>4.2 Considero más difícil tratar la depresión en el adulto mayor que en pacientes más jóvenes.</p> <p>4.3 Considero que diagnosticar y tratar la depresión en el adulto mayor es mi responsabilidad.</p> <p>4.4 El tiempo de consulta me es insuficiente para investigar sintomatología de depresión.</p> <p>4.5 Me interesaría recibir información en diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor</p> <p>4.6 Considero la depresión en el adulto mayor una patología prioritaria en mi consulta.</p> <p>4.7 Me importa identificar la sintomatología de depresión en el adulto mayor.</p> <p>4.8 Me siento frustrado cuando atiendo un paciente anciano porque no expresa correctamente su sintomatología.</p> <p>4.9 Considero que el paciente anciano tiene actitudes que disminuyen la efectividad de la psicoterapia.</p> <p>4.10 Me siento confiado tratando la depresión en el adulto mayor.</p>	Nominal Policotómica	<p>Tipo Likert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy de acuerdo= 4 • De acuerdo= 3 • Indiferente= 2 • Desacuerdo= 1 • Muy desacuerdo= 0

ANEXO D

MANUAL OPERACIONAL

COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN BASE A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IMSS-194-10 EN LA UMF 11 IMSS AGUASCALIENTES.

El residente de tercer año de medicina familiar entregó a los médicos familiares un cuestionario autoaplicado para la identificación de la competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en la UMF 11, Aguascalientes.

Se realizará un muestreo censal de los médicos familiares de la UMF 11, Aguascalientes, tanto del turno matutino como del turno vespertino. Se les otorgará una carta de consentimiento informado y se les explicará que se le dará un cuestionario para identificar la competencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

El cuestionario consta de 40 Preguntas incluyendo preguntas de información demográfica y como tal las dimensiones de la competencia clínica, conocimiento, habilidad y actitud. Se tiene contemplado un tiempo para su respuesta de 45 minutos. La información que se maneja en esta entrevista es confidencial y no afecta en la atención que se le brinda en la institución. El participante puede llenar el cuestionario ya sea con bolígrafo o lápiz, solo se le pide de favor que la respuesta sea legible y acorde a lo que solicita cada apartado en sus instrucciones. Se le comunicará al participante que en el momento en que no quiera contestar una pregunta, o no quisiera continuar con la entrevista se puede retirar.

PARTE I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

En esta sección tiene como objetivo conocer la distribución de las características sociodemográficas de los médicos familiares de la UMF 11 Aguascalientes. Se le pide al participante que marque con una "X" en la línea situada a lado de la opción que corresponda a su caso particular.

1.1 Edad: Se refiere a los años cumplidos al momento del estudio. Las opciones incluyen intervalos de edades de acuerdo al estimado de la población de médicos que labora en la unidad. **Ejem.** En caso que el médico tenga 35 años, tendrá que marcar con una "X" el intervalo correspondiente al rango de edad de 30- 39 años como muestra la imagen siguiente.

1.1 Edad:	<input checked="" type="checkbox"/> 30-39 años
	<input type="checkbox"/> 40-49 años
	<input type="checkbox"/> >50

1.2 Sexo: Se refiere al género del médico que contesta el cuestionario, condición orgánica, masculina o femenina. Las opciones consideran género femenino o masculino. **Ejm.** En caso que el médico sea mujer, tendrá que marcar con una "X" la opción femenino como se muestra en la imagen siguiente.

1.2 Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Femenino
	<input type="checkbox"/> Masculino

1.3 Turno laboral: Se refiere al espacio de tiempo en que se destina al trabajo. Las opciones que se consideraron fueron los turnos matutino y vespertino. Nos se consideró la jornada acumulada. Para médicos roladores o de contrato se les explicará que marquen la opción según el turno en el cual están desempeñando su labor al día de la encuesta. **Ejem.** En caso

que el médico trabaje por la mañana, tendrá que marcar con una “X” la opción matutino como se muestra en la imagen siguiente.

1.3 Turno laboral:	<input checked="" type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino
--------------------	---

1.4 Turno laboral: Se refiere al periodo de tiempo que un trabajador lleva vinculado al IMSS. Las opciones se colocan en intervalos de 10 años. Se le explicará al médico que marque la opción de acuerdo a los años de antigüedad cumplidos al momento de la encuesta. **Ejem.** En caso que el médico tenga 5 años cumplidos laborando en el IMSS marcar con una “X” la opción que incluya esta respuesta, es este caso sería <10 años, puesto de 5 años< 10 años, como se muestra en la imagen siguiente.

1.4 Antigüedad laboral:	<input checked="" type="checkbox"/> <10 años. <input type="checkbox"/> 10-19 años. <input type="checkbox"/> >20 años.
-------------------------	---

1.5 Certificación en medicina familiar: Se refiere a que si el entrevistado cuenta con la Certificación en Medicina Familiar vigente, otorgado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. **Ejem.** En caso que el médico cuenta certificación vigente deberá marcar con una “X” la opción que incluya esta respuesta, Si como muestra la imagen.

1.5 Certificación en Medicina Familiar	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

1.6 Ha recibido cursos de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor: Este ítem está orientado a conocer si el médico ha cursado con alguna actualización en el tema de la depresión en el adulto mayor. Se consideran únicamente dos opciones una afirmativa y una negativa. **Ejem.** En caso que el médico haya recibido algún curso de actualización en el tema deberá marcar con una “X” la opción Si, como se muestra en la imagen.

1.6 Ha recibido cursos de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

PARTE II. DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTO.

Este apartado está orientado a identificar el nivel del conocimiento del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor de acuerdo a la GPC 194-10 IMSS. Entendiendo conocimiento al grupo de verdades o hechos acumulados del tiempo, la suma de información acumulada, su volumen y naturaleza, en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

Este apartado abarca las dimensiones de identificación de factores de riesgo, uso e interpretación de herramientas de escrutinio, integración diagnóstico, uso de recurso terapéutico, seguimiento terapéutico y pronóstico. Se estructuraron los ítems en formato de respuesta verdadero ó falso pudiendo elegir solamente una opción como correcta. Se codificarán para el análisis de datos de la siguiente manera: las respuestas correctas sumaran un acierto, las incorrectas sumaran 0 aciertos. (Correcta=1, incorrecta=0.)

2.1 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce los síntomas principales que se presentan en el paciente anciano con depresión. Se engloba en la dimensión de integración diagnóstica. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. Según la GPC 194-10 la irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa e inutilidad son síntomas frecuentes que suceden en el paciente anciano y que difieren en comparación con otros grupos más jóvenes de la población. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea

horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

2.1 La irritabilidad, aislamiento, sentimiento de culpa y de inutilidad son síntomas que nos hacen sospechar de depresión en el adulto mayor.	<u>(V)</u>	(F)
---	------------	-----

2.2. Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce la diferencia de la prevalencia para la depresión en el adulto mayor de acuerdo al sexo del paciente. Se engloba en la dimensión de factores de riesgo. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. Según la GPC 194-10 La depresión en mujeres ancianas es más prevalente debido a factores como la mayor susceptibilidad a depresión, mayor persistencia de la depresión una vez instaurada y menor mortalidad. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

2.2 La prevalencia de la depresión en el adulto mayor es indistinta al sexo del paciente.	<u>(V)</u>	(F)
---	------------	-----

2.3 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce los factores protectores para evitar el desarrollo de la depresión en el anciano. Se engloba en la dimensión de factores de riesgo. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. Según la GPC 194-10 Las personas con redes de apoyo social activas tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes. La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer depresión **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

2.3 El apoyo familiar, la convivencia y la práctica de actividades recreativas son considerados factores protectores para no desarrollar depresión.	<u>(V)</u>	(F)
---	------------	-----

2.4 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce la existencia de herramientas de escrutinio para la depresión en el adulto mayor. Se engloba en la dimensión de uso e interpretación de herramientas de escrutinio. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. Según la GPC 194-10 La escala de depresión geriátrica de 30 y 25 reactivos, actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos, con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

2.4 Existen instrumentos específicos y validados que sirven de escrutinio para la depresión en el anciano.	<u>(V)</u>	(F)
--	------------	-----

2.5 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce la interpretación de herramientas de escrutinio para la depresión en el adulto mayor. Se engloba en la dimensión de uso e interpretación de herramientas de escrutinio. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. Según la GPC 194-10 La escala de depresión geriátrica (GDS) se considera positiva para depresión cuando en la GDS de 5 reactivos 2 preguntas son afirmativas, 6 para la GDS de 15 reactivos y 15 para la GDS de 30 reactivos. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará

una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

2.5 Una puntuación de 5 en la escala de depresión geriátrica de 15 elementos se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor	<u>(V)</u>	(F)
--	------------	------------

2.6 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce herramientas de escrutinio para la depresión en el adulto mayor. Se engloba en la dimensión de uso e interpretación de herramientas de escrutinio. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. La GPC 194-10 con considera la escala de Lawton y Brody como herramienta de escrutinio para depresión en el adulto mayor pues está diseñada para valorar las actividades instrumentadas de la vida diaria. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0

2.6 Una puntuación de 15 en la escala de Lawton y Brody se considera positiva para la detección de depresión en el adulto mayor.	<u>(V)</u>	(F)
--	------------	------------

2.7 Este ítem está orientada a identificar si el médico conoce los efectos adversos de medicamentos usados para el tratamiento de la depresión en el adulto mayor. Se engloba en la dimensión uso de recurso terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. La GPC 194-10 refiere que los antidepresivos tricíclicos (ATC) se relacionan con un alto riesgo de eventos cardiovasculares significativos en pacientes con cardiopatía isquémica y muestran mayor frecuencia de los efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1

2.7 Los antidepresivos tricíclicos están indicados en el tratamiento de la depresión en el anciano con enfermedades cardiovasculares.	<u>(V)</u>	(F)
---	------------	------------

2.8 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce las pautas terapéuticas en cuanto a la duración del tratamiento antidepresivo en el paciente adulto mayor. Se engloba en la dimensión uso de seguimiento terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. La GPC 194-10 marca que la terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos dos años después del segundo episodio y tres a cinco años después del tercero. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0

2.8 En el paciente anciano la terapia farmacológica debe ser continuada por un mínimo de un año después del primer episodio de depresión.	<u>(V)</u>	(F)
---	------------	------------

2.9 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce las pautas terapéuticas y acciones del médico familiar en caso al desarrollo de reacciones adversas a antidepresivos en el paciente adulto mayor. Se engloba en la dimensión uso de seguimiento terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falta. La GPC 194-10 marca que cuando los efectos colaterales aparecen, la estrategia inicial es la reducción de la dosis o el cambio por un medicamento que no esté asociado

con ese efecto colateral. Para minimizar los síntomas de discontinuación de los medicamentos, debe avisarse al paciente que no debe discontinuar abruptamente el fármaco. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>2.9 En caso de presentar efectos colaterales al medicamento empleado, este debe ser suspendido de inmediato y esperar una semana para restituir el tratamiento con un antidepresivo distinto.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
---	-------------------	-------------------

2.10 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce las pautas terapéuticas en cuanto a la duración del tratamiento antidepresivo en el paciente adulto mayor. Se engloba en la dimensión uso de seguimiento terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. La GPC 194-10 menciona que la recuperación de un episodio depresivo usualmente toma 6 a 12 meses. Se requieren al menos 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

<p>2.10 Se requiere al menos de 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
---	-------------------	-------------------

2.11 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce el pronóstico en el paciente adulto mayor una vez iniciado el tratamiento médico. Se engloba en la dimensión de pronóstico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. La GPC 194-10 muestra que 54- 84% de los pacientes se recupera, 12-24% recaen y 4 a 28% permanecen enfermos o discapacitados. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>2.11 Se tiene el conocimiento que más de la mitad de los pacientes adultos mayores presentan recaídas del cuadro depresivo aún con un régimen de tratamiento adecuado.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
--	-------------------	-------------------

2.12 Este ítem está orientado a identificar si el médico conoce el pronóstico en el paciente adulto mayor una vez iniciado el tratamiento médico. Se engloba en la dimensión de pronóstico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. La GPC 194-10 plantea como evidencia que la recuperación es similar en ancianos y en jóvenes, sólo algunas remisiones pueden tomar más tiempo en el adulto mayor. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>2.12 En cuanto al pronóstico, se sabe que la recuperación del cuadro depresivo es similar en pacientes ancianos y en jóvenes.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
---	-------------------	-------------------

PARTE III. DIMENSIÓN DE HABILIDAD.

Este apartado está orientado a identificar el nivel de habilidad del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor de acuerdo a la GPC 194-10 IMSS. Entendiendo

habilidad como las acciones que realiza el Médico Familiar para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

Este apartado abarca las dimensiones de identificación de factores de riesgo, uso e interpretación de herramientas de escrutinio, integración diagnóstico, uso de recurso terapéutico, seguimiento terapéutico y pronóstico. Se estructuraron los ítems en formato de respuesta verdadero ó falso en base a un caso clínico de una paciente de sexo femenino con sintomatología de depresión, factores de riesgo para esta y riesgo cardiovascular pudiendo elegir solamente una opción como correcta. Se codificarán para el análisis de datos de la siguiente manera: las respuestas correctas sumaran un acierto, las incorrectas sumaran 0 aciertos. (Correcta=1, incorrecta=0.)

3.1 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad identificar factores de riesgo en el paciente adulto mayor. Se engloba en la dimensión identificación de factores de riesgo. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente es cuenta con redes de apoyo social, sin embargo es mujer, viuda, tuvo un accidente por caída que ocasionó una fractura de cadera y una cirugía con colocación de un sistema dinámico de *cadera* (DHS) que le limita su desplazamiento, insomnio tratado con benzodiazepinas La GPC 194-10 plantea como factores de riesgo el sexo femenino, el aislamiento social, la viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedades médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastorno del sueño (insomnio), abatimiento funcional, duelo económico o familiar, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

3.1 La paciente cuenta con factores de riesgo que la predisponen a desarrollar un cuadro depresivo.	<input checked="" type="checkbox"/> (V)	<input type="checkbox"/> (F)
---	---	------------------------------

3.2 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para identificar factores de riesgo en el paciente adulto mayor. Se engloba en la dimensión identificación de factores de riesgo. Está diseñada a manera de negación. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. En este caso la paciente es de sexo femenino. La GPC 194-10 plantea como factores de riesgo el sexo femenino, el aislamiento social, la viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedades médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastorno del sueño (insomnio), abatimiento funcional, duelo económico o familiar, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

3.2 El género de la paciente la hace menos susceptible para desarrollar depresión.	<input checked="" type="checkbox"/> (V)	<input type="checkbox"/> (F)
--	---	------------------------------

3.3 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para reconocer y relacionar los síntomas de la paciente con los criterios diagnósticos establecidos con el DSM- IV. Se engloba en la dimensión integración diagnóstica. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente satisface 2 de las características necesarias para establecer el diagnóstico. Para mayor detalle los criterios DSM-IV se sugiere consultar ya sea la GPC 194-10 ó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Ejem. En caso que el médico considere la

afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>3.3 Considero que la paciente cuenta con síntomas para establecer el diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
--	-------------------	-------------------

3.4 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para identificar factores de riesgo en la paciente, integrar un diagnóstico y tomar una decisión terapéutica adecuada. Se engloba en la dimensión uso de recurso terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente es de sexo femenino tiene antecedente de hipertensión lo que contribuye a aumentar su riesgo cardiovascular. Según la GPC 194-10 cuando un antidepresivo es prescrito debe elegirse un ISRS, ya que es igualmente efectivo que los tricíclicos pero con menos efectos secundarios, son el medicamento de elección en los adultos mayores por menores efectos secundarios, principalmente cardiovasculares. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

<p>3.4 Tomando en cuenta los antecedentes de la paciente, iniciaría el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20mg al día.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
--	-------------------	-------------------

3.5 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para obtener datos útiles de fuentes útiles que contribuyan a establecer un diagnóstico. Se engloba en la dimensión uso de integración diagnóstica. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. En este caso la cuidadora principal es quién refiere la inquietud sobre el estado de salud de la paciente y da pauta a que se inicie el interrogatorio dirigido. Según la GPC 194-10 Se recomienda obtener información referente a síntomas de depresión, proporcionados por el cuidador primario con el fin de identificar factores de riesgo para depresión, en particular en mayores de 80 años. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>3.5 La información que brinda la cuidadora principal es poco útil para establecer un diagnóstico y no debe ser tomada en cuenta.</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
--	-------------------	-------------------

3.6 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para actuar en situaciones en las que el paciente no acepta un manejo farmacológico. Se engloba en la dimensión seguimiento terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. En este caso la paciente cuenta con indicación de iniciar manejo farmacológico, se plantea la situación hipotética en la cual no acepte la opción farmacológica y se ofrece como medida su envío a segundo nivel. Según la GPC 194-10 el paciente con depresión que rechace tratamiento, deberán tener un seguimiento a las 2 semanas para evaluación y en su caso insistir en el tratamiento. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

<p>3.6 En caso que la paciente no acepte tratamiento farmacológico, se debe realizar su envío a segundo nivel (psiquiatría y/o geriatría).</p>	<p>(V)</p>	<p>(F)</p>
---	-------------------	-------------------

3.7 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para prescribir y/o realizar modificaciones necesarias al tratamiento con el fin de mejorar el estado de salud de la paciente. Se engloba en la dimensión uso de recurso terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso.

En este caso la paciente cuenta antecedente de insomnio, además de síntomas depresivos e historial de una caída de su propia altura. Según la GPC 194-10 no se debe considerar la monoterapia con benzodicepinas. Si coexiste la depresión con la ansiedad, se deben usar dosis bajas de ansiolíticos de vida media corta durante un periodo no mayor a tres meses. Cuando se establece el diagnóstico de depresión no se recomienda el tratamiento a largo plazo con benzodicepinas. El uso a largo plazo de benzodicepinas debe evitarse en los ancianos ya que hay un incremento en el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

3.7 Continuaría el uso de clonazepam por tiempo indefinido.	<u>(V)</u>	<u>(F)</u>
---	------------	------------

3.8 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para prescribir y/o realizar modificaciones necesarias al tratamiento con el fin de mejorar el estado de salud de la paciente. Se engloba en la dimensión uso de recurso terapéutico. Se codifica correcto (1), si contesta (F) Falso. En este caso la paciente cuenta con síntomas depresión. Según la GPC 194-10 La psicoterapia es recomendada en pacientes con depresión y aunada a farmacoterapia debe ser usada como tratamiento inicial para pacientes con depresión mayor **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. Al estar diseñada como pregunta con tendencia negativa la respuesta sería correcta y se codificaría con un 1.

3.8 No considero necesario realizar el envío de la paciente a psicoterapia.	<u>(V)</u>	<u>(F)</u>
---	------------	------------

3.9 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para relacionar la sintomatología del paciente con la necesidad del uso de recurso que permita obtener mayor información que contribuya a establecer un diagnóstico. Se engloba en la dimensión uso e interpretación de herramientas de escrutinio. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente cuenta con síntomas depresión y contestó de manera afirmativa a las dos preguntas de escrutinio recomendadas por la GPC 194-10 (¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza? y ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas? Según la GPC 194-10 cuando la respuesta anterior es afirmativa se recomienda aplicar el GDS 15 reactivos para la detección de depresión en el adulto mayor. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como falsa, colocará una línea horizontal debajo de la opción (F) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0.

3.9 Cómo médico de primer nivel utilizaría la escala de depresión geriátrica como herramienta de escrutinio en este caso.	<u>(V)</u>	<u>(F)</u>
---	------------	------------

3.10 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para relacionar la sintomatología de la paciente con el diagnóstico de depresión y establecer posibles diagnósticos diferenciales. Se engloba en la dimensión integración diagnóstica. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. La paciente cuenta con síntomas depresión sin embargo cuenta con otras patologías aparte de consumir varios fármacos entre ellos benzodicepinas. Previamente no se conocía con otros trastornos. Según la GPC 194-10 se debe excluir trastornos metabólicos, endócrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas y demencia. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1

3.10 Considero necesario descartar una patología de origen orgánico o farmacológico en la paciente.	(V)	(F)
---	------------	------------

3.11 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para establecer un pronóstico en base a la presentación clínica de la paciente, antecedentes y entorno. Se engloba en la dimensión pronóstico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente tiene apoyo familiar y no presenta datos de deterioro neurológico. Según la GPC 194-10 La GPC 194-10 muestra que 54- 84% de los pacientes se recupera. El pronóstico es mejor si se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería correcta y se codificaría con un 1

3.11 Una vez iniciado el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico en la paciente se espera un pronóstico bueno para la vida y la función.	(V)	(F)
---	------------	------------

3.12 Este ítem está orientado a identificar si el médico tiene la habilidad para establecer un pronóstico en base a la presentación clínica de la paciente, antecedentes y entorno. Se engloba en la dimensión pronóstico. Se codifica correcto (1), si contesta (V) Verdadero. En este caso la paciente tiene apoyo familiar y no presenta datos de deterioro neurológico, sin embargo se plantea el supuesto en el que la paciente sí presente datos de deterioro cognitivo para fin de ilustrar la asociación de la depresión con deterioro cognitivo como factores predisponentes de demencia Según la GPC 194-10 La GPC 194-10 La depresión con deterioro cognitivo asociado (pseudodemencia) es un factor predictivo para demencia. La pseudodemencia se observa con mayor frecuencia en mujeres con eventos depresivos previos y nivel socioeconómico elevado. **Ejem.** En caso que el médico considere la afirmación como verdadera, colocará una línea horizontal debajo de la opción (V) como se muestra en el ejemplo. La respuesta sería incorrecta y se codificaría con un 0

3.12 La presencia de deterioro cognitivo agregado a la sintomatología de la paciente no modificaría su pronóstico.	(V)	(F)
--	------------	------------

PARTE III. DIMENSIÓN ACTITUDINAL

Este apartado está orientado a identificar el nivel de actitud del médico familiar referente a la depresión en el adulto mayor en base a la GPC 194-10 IMSS. Entendiendo actitud la disposición, comportamiento o postura frente al diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

Para este apartado. Se estructuraron los ítems en formato de respuesta con escala tipo Likert. Se codificarán para el análisis de datos de la siguiente manera: las respuestas con tendencia positiva tienen mayor puntaje que las negativas.

Se indica al participante que marque con una “x” dentro de la casilla correspondiente la opción que mejor represente lo que cree respecto a la depresión en el adulto mayor. Las opciones a elegir son: Muy de acuerdo que codifica con un 4, de acuerdo que codifica con un 3, indiferente codifica 2, desacuerdo codifica 1 y muy desacuerdo codifica 0. Los ítems 4.1, 4.2, 4.4, 4.8, 4.9 están diseñadas con tendencia negativa por lo que los valores de las respuestas se codificarán de manera inversa, muy de acuerdo 0, de acuerdo 1, indiferente 2, desacuerdo 3 y muy desacuerdo 4. Se hace hincapié en que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que se pide que responda con la mayor sinceridad posible. Solamente se puede marcar una respuesta.

4.1 Este ítem tiene la finalidad de identificar la postura del médico frente ante el proceso de envejecimiento y la presentación de la depresión. La GPC IMSS-194-10 identifica a la depresión

como uno de los principales trastornos psiquiátricos en las personas mayores de 65 años. Considerándola como una entidad ajena al envejecimiento normal de un individuo. Este ítem está diseñado con tendencia negativa, por lo que se codificará de manera inversa de acuerdo a la escala antes mencionada. **Ejem:** Si el médico considera que la depresión es parte normal del envejecimiento marcará con una “x” según su creencia en los apartados muy de acuerdo o de acuerdo, en este ejemplo se marcó como muy de acuerdo por lo que se codifica con un 0.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.1 La depresión en el anciano es una consecuencia natural del envejecimiento.	X				

4.2 Este ítem tiene la finalidad de identificar qué tan confiado se siente el médico tratando a un paciente anciano en comparación con uno joven, se exploran creencias personales del participante. Según la GPC IMSS-194-10 los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuesta positiva que los deprimidos jóvenes. Este ítem está diseñado con tendencia negativa, por lo que se codificará de manera inversa de acuerdo a la escala antes mencionada. **Ejem:** Si el médico considera que la depresión no le parece más difícil de tratar en el anciano que en el joven deberá marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como muy desacuerdo por lo que se codifica con un 4.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.2 Considero más difícil tratar la depresión en el adulto mayor que en pacientes más jóvenes.					x

4.3 Este ítem tiene la finalidad de identificar qué tan responsable se percibe para diagnosticar y tratar la depresión en el paciente anciano. Según la GPC IMSS-194-10 El médico familiar deberá de buscar de manera intencionada y periódica síntomas depresivos en el adulto mayor con la finalidad de realizar un diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno. **Ejem:** Si el médico considera que la responsabilidad es de algún otro personaje de la salud deberá marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como desacuerdo por lo que se codifica con un 1.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.3 Considero que diagnosticar y tratar la depresión en el adulto mayor es mi responsabilidad.				x	

4.4 Este ítem tiene la finalidad de identificar si el médico considera el tiempo de consulta una barrera para identificar síntomas de depresión en el anciano. Este ítem es importante debido al entorno laboral en el que se desempeña el médico familiar. Este ítem está diseñado con tendencia negativa, por lo que se codificará de manera inversa de acuerdo a la escala antes mencionada. **Ejem:** Si al médico considera suficiente el tiempo de consulta para indagar sintomatología depresiva en el anciano deberá marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como muy desacuerdo por lo que se codifica con un 4.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.4 El tiempo de consulta me es insuficiente para investigar sintomatología de depresión.					x

4.5 Este ítem tiene la finalidad de identificar el interés del médico en la depresión en el adulto mayor y su deseo por mantenerse actualizado en el tema. **Ejem:** Si el médico no tiene motivación acerca del tema o le da lo mismo si cuenta con cursos de actualización o no puede marcar con “x” según su creencia en los apartados indiferente, muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como indiferente por lo que se codifica con un 2.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.5 Me interesaría recibir información en diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.			x		

4.6 Este ítem tiene la finalidad de identificar la importancia que le otorga el médico a la depresión en el adulto mayor. En caso necesario realizar la aclaración que no se refiere a la cantidad de pacientes adultos mayores atiende en su consultorio, sino su interés por investigar si el paciente adulto mayor que acuda presenta sintomatología depresiva. **Ejem:** Si el médico se interesa e indaga puede marcar con “x” según su creencia en los apartados muy de acuerdo o de acuerdo, en este ejemplo se marcó como muy de acuerdo por lo que se codifica con un 4.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.6 Considero la depresión en el adulto mayor una patología prioritaria en mi consulta.	x				

4.7 Este ítem tiene la finalidad de identificar la importancia que le otorga el médico a la identificación de datos clínicos que le orienten a sospechar la depresión en el adulto mayor. **Ejem:** Si el médico no siente interés por conocer las presentaciones atípicas o síntomas más frecuentes

de la depresión en el adulto mayor, puede marcar con “x” según su creencia en los apartados muy indiferente, muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como desacuerdo por lo que se codifica con un 1.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.7 Me importa identificar la sintomatología de depresión en el adulto mayor.				x	

4.8 Este ítem tiene la finalidad de identificar si el médico considera la comunicación con el paciente anciano una barrera para identificar su sintomatología. Este ítem está diseñado con tendencia negativa, por lo que se codificará de manera inversa de acuerdo a la escala antes mencionada. **Ejem:** Si al médico no tiene dificultad para la comunicación con el paciente adulto mayor podría marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como muy desacuerdo por lo que se codifica con un 4.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.8 Me siento frustrado cuando atiendo un paciente anciano porque no expresa correctamente su sintomatología.					x

4.9 Este ítem tiene la finalidad de identificar como percibe la psicoterapia como opción para el tratamiento de la depresión en el anciano. Según la GPC IMSS 194-10 en paciente ancianos con enfermedad cardiovascular, la psicoterapia es igualmente efectiva que la farmacoterapia. Solamente 5% de los paciente deprimidos tienen tratamiento psicoterapéutico, posiblemente asociado a que se presume que el anciano tiene menos respuesta que el joven, sin embargo los resultados obtenidos en tratamientos no farmacológicos desafían la creencia generalizada de que los adultos mayores son rígidos e incapaces de alterar los hábitos disfuncionales. Este ítem está diseñado con tendencia negativa, por lo que se codificará de manera inversa de acuerdo a la escala antes mencionada. **Ejem:** Si al médico considera que los paciente ancianos aceptan y tienen buenos resultados con la psicoterapia podría marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como desacuerdo por lo que se codifica con un 3.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.9 Considero que el paciente anciano tiene actitudes que disminuyen la efectividad de la psicoterapia.				x	

4.10 Este ítem tiene la finalidad de identificar qué tan confiado se percibe el médico al momento de instaurar un plan terapéutico a un paciente anciano con depresión. **Ejem:** Si al médico no se siente seguro de su dominio de las pautas terapéuticas establecidas para el manejo de la depresión en el adulto mayor podría marcar con “x” según su creencia en los apartados muy desacuerdo o desacuerdo, en este ejemplo se marcó como muy desacuerdo por lo que se codifica con un 0.

Reactivos.	Muy de acuerdo	De acuerdo	indiferente	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
4.10 Me siento confiado tratando la depresión en el adulto mayor.					x

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

