



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**TESIS**

**EVALUACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL  
ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR  
NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. TREJO FLORES PAOLA JAQUELINE  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/MF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo  
Matrícula: 97385370 Celular:5546888381  
Email: jak.med@hotmail.com Fax: No fax.

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA  
DIRECTOR DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Médico Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 9811386. Celular: 5545000340 Fax: No Fax.  
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO  
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia.  
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.  
Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI IMSS  
Matrícula: 99377278 Celular: 5520671563, Teléfono: 5556276900 Ext. 21742  
E-mail: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx Fax: No fax.

**MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCÍO  
ASESOR CLÍNICO**

Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica,  
Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino.  
Adscrita al HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matrícula: 99126743. Teléfono: 2222395398, Fax: No Fax  
Email: indira.mendiola@imss.gob.mx

**CIUDAD UNIVERSITARIA; CD.MX. SEPTIEMBRE 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# **“EVALUACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

Autores: Trejo Flores Paola Jaqueline<sup>1</sup>, Maravillas Estrada Angélica<sup>2</sup>, Vilchis Chaparro Eduardo<sup>3</sup>, Mendiola Pastrana Indira Rocío<sup>4</sup>

1 Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

2 Médico Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

3. Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, CMN Siglo XXI IMSS.

4 Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino. Adscrita al HGZ/MF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

**OBJETIVO:** Evaluar el apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, en el HGZ/MF No. 8

## **MATERIALES Y METODOS:**

Estudio retrospectivo, transversal. Criterios de inclusión: *Expedientes:* expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia. *Médicos:* médicos familiares adscritos al HGZ/MF No. 8. Criterios exclusión: *Expedientes:* expedientes con diagnóstico de otros trastornos mentales. *Médicos:* médicos familiares sin contratación de base en el HGZ/MF No. 8. Criterios de eliminación: *Expedientes:* expedientes incompletos. *Médicos:* encuesta incompleta. Muestra: 210 expedientes. Intervalo de confianza de 95%. Variables del estudio: Grado de apego a la GPC de Trastorno Depresivo en el adulto. Instrumento de medición: Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la guía de práctica clínica. “Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto”.

## **RESULTADOS:**

Se estudiaron 210 expedientes de pacientes con el diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No. 8, la media del porcentaje de cumplimiento fue de 57.35%; de los 210 expedientes revisados 17.6% mostró apego a la Guía de Práctica Clínica y 82.4% mostró no apego. Se encontraron asociaciones significativas entre género, turno en el que laboran los médicos y antigüedad laboral con el grado de apego a la Guía de Práctica Clínica con una  $p < 0.05$ .

**CONCLUSIONES:**

Se encontraron asociaciones significativas entre rubros sociodemográficos de los médicos adscritos a la consulta externa de medicina familiar y el apego a la guía de práctica clínica, más que asociaciones relacionadas a los conocimientos de los médicos, actualizaciones médicas e incluso la difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica, por lo que es trascendente identificar las barreras y agentes facilitadores que limiten o fomenten el apego a las mismas.

**PALABRAS CLAVES**

Trastorno depresivo, Guía de Práctica Clínica, apego.

**“EVALUACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE  
PRÁCTICA CLÍNICA DE  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL  
TRASTORNO DEPRESIVO EN EL  
ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR  
No. 8 “DR. GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / MEDICINA FAMILIAR No. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. BRAVO MATEOS GUILLERMO  
DIRECTOR DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA  
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/MF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA  
MÉDICA FAMILIAR DEL HGZ/MF No. 8  
DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
DIRECTORA DE TESIS**

---

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO  
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y  
PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE  
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCÍO  
MÉDICA FAMILIAR, MAESTRA EN CIENCIAS EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA,  
COORDINADORA DE MEDICINA FAMILIAR TURNO MATUTINO DEL HGZ/MF NO. 8.  
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres Marina y Serafín por darme la vida, por todas sus enseñanzas y por todo su apoyo para lograr cada propósito en mi vida, por siempre ser mi inspiración y mi impulso para continuar a pesar de las dificultades, por enseñarme a ser constante y resiliente, a nunca rendirme y por siempre creer en mí. Gracias por amarme y por todos los esfuerzos que han hecho para que yo pueda estar en el lugar en el que me encuentro ahora... soy lo que soy gracias a ustedes.

Gracias a mi hermano José Ángel por acompañarme en este largo proceso, por siempre estar a mi lado, por apoyarme con sus conocimientos y habilidades, por ayudarme a no caer y siempre mantener una sonrisa

Gracias a Oscar, mi compañero de vida... gracias por la paciencia, por no dejarme caer, por acompañarme en los momentos de angustia y desesperación, por darme la fuerza y serenidad para continuar con mis proyectos profesionales, por no soltar mi mano durante todos estos años, por darme una familia, por todo tu amor... gracias por motivarme e impulsarme a ser mejor cada día; gracias por ser un ejemplo de constancia y perseverancia, por mostrarme que los sueños sí se cumplen.

Gracias a mi bebé Maximiliano, quien llegó a mi vida cuando menos lo esperaba para mostrarme que puedo ser más fuerte de lo que creía y por ser un impulso para seguir con más ganas a pesar de las adversidades.

Gracias a mis profesores por el trabajo, tiempo, esfuerzo y disposición que me han brindado en esta etapa de formación académica. Gracias en especial al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro que con paciencia me ha compartido sus conocimientos y habilidades, además de siempre estar dispuesto para escucharnos y brindarnos su apoyo, gracias Dr. por ser un gran ser humano, capaz y competente, pero sobre todo gracias por compartirlo con nosotros.

Finalmente gracias a esos amigos, que aunque pocos, siempre estuvieron acompañándome en este camino, que se convirtieron en familia y que gracias a ellos las adversidades pesaron menos.

## ÍNDICE

MARCO TEORICO.....	9
ANTECEDENTES .....	25
JUSTIFICACIÓN .....	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
OBJETIVOS.....	29
HIPÓTESIS.....	30
MATERIALES Y METODOS .....	31
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	32
MUESTRA .....	33
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.....	34
CRITERIOS.....	35
VARIABLES.....	36
DISEÑO ESTADÍSTICO .....	44
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN .....	45
METODO DE RECOLECCIÓN .....	47
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS .....	48
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	49
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO .....	50
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	52
RESULTADOS .....	57
TABLAS Y GRÁFICOS .....	63
DISCUSIÓN.....	107
CONCLUSIONES.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	115
ANEXOS .....	121

## MARCO TEORICO

### Introducción <sup>1</sup>

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:

- *trastorno o episodio depresivo mayor*: que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y
- *distimia*: una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos (al menos dos años).

Se calcula que en el 2015 el número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7.5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015). Aunque la depresión puede afectar, y afecta, a personas de todas las edades y de todas las ocupaciones y condiciones sociales, el riesgo de sufrir depresión se incrementa a causa de la pobreza, el desempleo, acontecimientos vitales importantes como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación sentimental, una afección física o problemas causados por el consumo de alcohol u otras sustancias.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la proporción de la población mundial con depresión en 2015 fue de 4.4% (3.6% en hombres y 5.1% en mujeres).<sup>2</sup>

Además, se prevé que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida y se estimaba que, para 2020, la depresión ocupara el segundo lugar a nivel mundial en causas de discapacidad.<sup>3</sup>

De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental, se estima que, en México, las personas que padecieron algún trastorno grave de salud mental perdieron en promedio 27 días productivos y alrededor de siete días si la gravedad fue moderada.<sup>4</sup>

Diversos estudios epidemiológicos han explorado la prevalencia de trastornos mentales en México, incluidos los trastornos y episodios depresivos y sus factores asociados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada entre 2001 y 2002, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. Además, se estima que una de cada cinco personas llegará a presentar algún trastorno antes de los 75 años. De igual forma, otro estudio realizado en 2002-2003, mostró una prevalencia de depresión de 4.5% (5.8% en mujeres y 2.5% en hombres). Una de las principales limitaciones de estos estudios es la discrepancia notable en la prevalencia de síntomas depresivos (SD) debida a diferencias en la definición de trastorno, la clasificación que se utiliza, los instrumentos para medir SD y la población en la cual se han medido los síntomas. Diversos estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable, y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo; sin embargo, uno de los principales desafíos a nivel mundial es la falta de acceso a tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas de salud mental. A pesar de la existencia de tratamiento psicológico y farmacéutico para depresión moderada y severa, de acuerdo con la OMS, se estima que en países de ingresos bajos y medios, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario, cerca de la mitad de los casos de ansiedad o depresión no se diagnostican y sólo la mitad de los diagnosticados reciben un tratamiento médico.<sup>5</sup>

La OMS reporta que menos del 25% tienen acceso a tratamientos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable

de un gran número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos a escala mundial.

Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030. En los estudios en gemelos reportan una heredabilidad de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado. La prevalencia de la depresión es variable según el país y así, el National Comorbidity Survey Replication observó que un 16,2% de las personas presentan depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada: 12,1%). (Programa de Acción para mejorar la brecha de salud mental OMS). Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad.

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Así mismo al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.

Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres. A pesar de la evidencia, en nuestro país, menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado. Una

de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos.

La incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas. En México la ENEP encontró que los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas.<sup>6</sup>

La depresión es muy frecuente entre la población consultante de Atención Primaria (AP). Pero la accesibilidad de los pacientes con depresión al sistema sanitario, no asegura que sean diagnosticados, tratados y seguidos adecuadamente en AP de acuerdo con la evidencia disponible. En las consultas de AP las tasas de incumplimiento o de abandono precoz de las prescripciones de antidepresivos son altas y, además, el seguimiento clínico de la evolución del paciente deprimido una vez instaurado el tratamiento, a menudo es escaso e inadecuado. De manera que con mucha frecuencia se pierde la oportunidad de monitorizar el cumplimiento terapéutico y la evolución clínica, impidiendo la implementación de medidas para incrementar la adherencia al tratamiento o para ajustar o modificar tratamientos ineficaces. La existencia de una gran variabilidad en la práctica clínica, las dificultades para hacer accesibles tratamientos eficaces que mejoren los resultados en salud, la presión por optimizar el uso eficiente de los recursos y el que se favorezca la continuidad terapéutica y asistencial, justifican la necesidad de desarrollar herramientas de ayuda en la toma de decisiones clínicas como son las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia.<sup>7</sup>

Aunque los síntomas de depresión son frecuentes entre los pacientes de AP, pocos pacientes comentan estos síntomas directamente con sus médicos de AP. En cambio, dos tercios de los pacientes de atención primaria con depresión presentan síntomas somáticos (p. Ej., dolor de cabeza, problemas de espalda o dolor crónico), lo que dificulta la detección de la depresión.

Los pacientes con síndromes depresivos pueden presentar síntomas del estado de ánimo, cognitivos, neurovegetativos o somáticos. Las manifestaciones del estado de ánimo incluyen tristeza, angustia emocional, entumecimiento emocional o, a veces, ansiedad o irritabilidad. Los síntomas neurovegetativos incluyen pérdida de energía, cambios en el sueño, el apetito o el peso. Ciertas poblaciones de pacientes tienen más probabilidades de presentar síntomas somáticos (dolor de cabeza, dolor abdominal o pélvico, dolor de espalda u otras molestias físicas), que pueden impedir el diagnóstico de depresión. Las poblaciones en las que suelen predominar los síntomas somáticos son las mujeres embarazadas, los adultos mayores, las personas encarceladas, algunas etnias culturales, los pacientes de bajos ingresos y los pacientes con enfermedades coexistentes. <sup>8</sup>

### **Taxonomía de la depresión <sup>9</sup>**

El término "depresión" se puede utilizar de múltiples formas, lo que puede resultar confuso. La depresión puede referirse a:

- Estado de ánimo, indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza; no tener sentimientos; o pareciendo lloroso. El estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser una respuesta normal y, a veces, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso percibido. Además, el estado de ánimo deprimido puede ser un síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor o distimia (trastorno depresivo persistente).
- Trastorno mental que es una condición clínica distinta. Por ejemplo, el síndrome de depresión mayor puede ocurrir en varios trastornos, como depresión mayor unipolar (también llamada "trastorno depresivo mayor"), trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos y trastorno depresivo debido a otro (condición médica general).

Se encuentran disponibles múltiples taxonomías para diagnosticar los trastornos depresivos. Actualmente se recomienda diagnosticarlos de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5), los trastornos depresivos que pueden diagnosticarse incluyen:

- Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado (p. Ej., Depresión menor)
- Trastorno depresivo no especificado

Al igual que con otros trastornos psiquiátricos definidos por síndromes, cada trastorno depresivo probablemente representa un grupo etiológicamente heterogéneo de afecciones, con manifestaciones clínicas similares, que actualmente no se pueden distinguir y que aún no tienen tratamientos dirigidos de manera diferencial. Una alternativa razonable al DSM-5 para el diagnóstico de trastornos depresivos es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima revisión (CIE-10). Para la depresión mayor, los dos conjuntos de criterios son básicamente los mismos, mientras que para otros trastornos como la distimia, los criterios difieren sustancialmente.

La CIE-10 menciona el síndrome de tensión premenstrual (llamado trastorno disfórico premenstrual en el DSM-5) como diagnóstico, pero no proporciona criterios de diagnóstico. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se incluye en la CIE-10. El uso de conjuntos de criterios explícitos para diagnosticar la depresión puede ayudar a evitar el diagnóstico excesivo de síndromes depresivos sobre la base de unos pocos síntomas, que pueden atribuirse mejor a otra enfermedad médica (general) o pueden representar síntomas depresivos no diagnosticables ("subumbrales") para lo cual falta la base de evidencia con respecto al tratamiento.

Los metanálisis estiman que entre los pacientes de atención primaria a los que se les diagnostica depresión, la tasa de falsos positivos es del 15 al 20 por ciento; estos hallazgos deben interpretarse reconociendo las presiones de tiempo impuestas a los médicos de atención primaria.

### **Justificación para el cribado de depresión <sup>10</sup>**

Varios factores relacionados con la depresión parecerían conducir a un argumento convincente para el cribado de la población:

- La depresión es a menudo difícil de detectar, ya que los pacientes a menudo presentan una variedad de síntomas somáticos y pueden tener resistencia al reconocimiento de los síntomas de la depresión.
- La depresión no tratada se asocia con una disminución de la calidad de vida, aumento de la mortalidad y aumento de la carga económica.
- La depresión se puede tratar con éxito y el tratamiento es más eficaz cuando se inicia al principio del curso.

Al considerar el cribado de la depresión en la atención primaria, existe buena evidencia de que la depresión es una afección común y con frecuencia no se detecta en ausencia de cribado. Existe evidencia de que las tasas de respuesta al tratamiento son mejores si el tratamiento se inicia antes en el curso de la depresión. Existen instrumentos de detección que son relativamente fáciles de administrar y han sido validados para su uso en atención primaria. Sin embargo, está menos confirmado si el cribado conduce a mejores resultados en los pacientes que superan los daños potenciales de los resultados falsos positivos y el tratamiento innecesario.

Varias revisiones sistemáticas de alta calidad abordan los efectos del cribado de la depresión en entornos de atención primaria para una amplia gama de resultados clínicamente relevantes. Una revisión completada para el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) encontró que la detección en adultos, sin otras mejoras en la práctica para mejorar la atención de la depresión, aumenta la tasa de diagnóstico de depresión (aumento absoluto del 10 al 47 por ciento).<sup>11</sup>

Un metanálisis posterior de 16 estudios con 7576 pacientes encontró que el uso de instrumentos de detección de la depresión o de detección de casos en la atención primaria u otros entornos no relacionados con la salud mental se asoció con un aumento modesto en el reconocimiento de la depresión por parte de los médicos (riesgo relativo [RR] 1,27, IC 95% 1,02-1,59) y un impacto no significativo en el inicio de cualquier tratamiento (RR 1,30; IC 0,97-1,76), sin influencia en la prescripción de antidepresivos (RR 1,20, IC 0,87-1,66).<sup>12</sup>

Aunque es imposible determinar la contribución independiente del cribado en estas intervenciones complejas, estos datos apoyan la conclusión de que el cribado de la depresión, junto con un seguimiento adecuado y un tratamiento eficaz apoyado por el personal, además del médico de atención primaria, es beneficioso. El tratamiento eficaz requiere un control cuidadoso de la adherencia al tratamiento y la respuesta clínica junto con cambios en el tratamiento si la respuesta clínica es mala.<sup>13</sup>

La literatura ha señalado dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión: el infradiagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en personas que realmente sufren depresión, dando lugar por tanto a falsos negativos, y el sobrediagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en personas que realmente no sufren depresión, dando lugar a falsos positivos. En el metanálisis de Mitchell et al. (2009) anteriormente citado, se encontró que los médicos de AP identificaron correctamente la depresión sólo en el 47.3% de los casos y registraron la depresión en sus notas tan sólo en el 33.6%. Además, en este estudio la incidencia de falsos positivos fue mayor a la de falsos negativos. El cribado sistemático tiene el potencial de generar un beneficio sustancial. En ausencia de cribado, se estima que sólo se identifica el 50 por ciento de los pacientes con depresión mayor.<sup>14</sup>

Se ha observado que a menos que se les pregunte directamente sobre su estado de ánimo, los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, incluido el miedo a la estigmatización, la creencia de que la depresión está fuera del ámbito de la atención primaria, la creencia de que la depresión no es una enfermedad "real" sino más bien una enfermedad personal, preocupaciones sobre la confidencialidad de los registros médicos y preocupaciones sobre la prescripción de medicamentos antidepresivos o la derivación a un psiquiatra.<sup>15</sup>

Otra dificultad a tener en cuenta para el diagnóstico del trastorno depresivo es el reconocimiento del impacto de la cultura y las diferencias culturales en la salud física y mental. Hay evidencia de que los grupos raciales y culturales no mayoritarios en los Estados Unidos tienen menos probabilidades de ser tratados por depresión que los europeos. En un estudio epidemiológico que comparó las tasas de diagnóstico y tratamiento de la depresión a principios de los años noventa con seguimiento 10 años después, sólo el 4,9% de las minorías fueron tratados con antidepresivos en comparación con el 12,4% de los caucásicos no hispanos.<sup>16</sup>

Otros estudios, sin embargo, sugieren que la depresión clínicamente importante, con intensidad de moderada a grave, es detectada por los médicos de familia en consultas posteriores gracias a la relación longitudinal médico paciente. Por otra parte, las formas más leves de depresión, que con mayor probabilidad tendrán una recuperación espontánea, son las que no van a ser detectadas ni tratadas.<sup>17,18</sup>

Para asegurar una identificación y un tratamiento más agresivo del trastorno depresivo mayor en los entornos de atención primaria, la *US Preventive Services Task Force* (2009) recomienda el cribado universal de depresión en AP siempre y cuando se asocie a una confirmación posterior del diagnóstico y a un adecuado tratamiento y seguimiento. A su vez, no recomienda el cribado cuando no se garantice un seguimiento posterior.<sup>19</sup>

En la actualidad, no existen resultados concluyentes que confirmen la utilidad de cribar a todos los pacientes de AP. La NICE (*National Institute for Clinical Excellence*, Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido, 2008) considera que solo debería realizarse en poblaciones de alto riesgo específicas, concretamente señala aquellos casos con una historia anterior de depresión o enfermedades físicas crónicas con dificultades funcionales asociadas.<sup>20</sup>

En respuesta a las grandes variaciones en la práctica y con el objetivo de mejorar la calidad del tratamiento, -favoreciendo un punto de encuentro entre la investigación y la práctica clínica-, en los años 90 comenzaron a establecerse GPC para pacientes con depresión tanto en el marco de la AP como la realizada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR, 1993) como en el nivel especializado de salud mental.<sup>21</sup>

Una evidencia abrumadora demuestra que el tratamiento diario de la depresión en la atención primaria está muy por debajo de lo recomendado por todas las guías de práctica. Un porcentaje alto de pacientes con depresión moderada o grave no son reconocidos ni tratados.<sup>22</sup>

De los pacientes que inician la farmacoterapia, sólo la mitad recibe una dosis y duración adecuada del tratamiento en fase aguda, y menos del 25% reciben un seguimiento mínimamente adecuado.<sup>23</sup>

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un elemento cada vez más común dentro de la atención de la salud en todo el mundo. Comenzaron a ser elaboradas por las agencias gubernamentales y sociedades científicas en los años 80 en respuesta a la preocupación creciente por la amplia variabilidad detectada en la asistencia clínica y para la aplicación más segura de la innovación biomédica.<sup>24</sup>

Las GPC se pueden definir como un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes.<sup>25</sup>

En México las GPC son elaboradas con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS), bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Las recomendaciones que en ellas se establecen son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones que en éstas se establecen, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica. La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud. La importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de elaborar una herramienta accesible a todos los profesionales de la salud y en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de la atención a los usuarios; razón por la cual fue creada

la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto.<sup>6</sup>

Las GPC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones que tienen un beneficio probado y desaconsejando las intervenciones inefectivas. Sin embargo, a pesar de estas potenciales ventajas, numerosos estudios demuestran un bajo cumplimiento de las recomendaciones contenidas en GPC realizadas por asociaciones de profesionales o por las administraciones sanitarias, tanto para condiciones de salud agudas como crónicas.<sup>26, 27, 28</sup>

El efecto de las GPC depende de la implementación apropiada. Los datos actuales sobre investigación coinciden que el reto actual está en la implantación o implementación de las guías, es decir, en que los profesionales y las organizaciones sean capaces de usarlas en las decisiones diarias y en la gestión de forma significativa.<sup>26</sup>

Respecto a los estudios realizados en guías psiquiátricas, está claro que deben de ser consideradas como herramientas potencialmente muy útiles, pero como en las demás guías, la diseminación pasiva raramente produce cambios en la conducta de los profesionales.<sup>29, 30, 31</sup>

La mayoría de las GPC se han publicado en artículos y/o como monografías especializadas. En ambos casos el impacto en la práctica clínica es moderado o escaso, ya sea por desconocimiento de los profesionales, por existencia de barreras organizativas o porque no son accesibles durante la prestación de la asistencia. Hasta la fecha, encontramos que son limitadas las evidencias sobre los beneficios de la implementación de guías psiquiátricas específicas en la práctica clínica. Centrándonos en el trastorno depresivo, a lo largo de estos últimos años se han publicado numerosas GPC para el manejo de la depresión en el Adulto a nivel internacional y también en nuestro entorno que han supuesto un costoso esfuerzo de revisión y de desarrollo. Sin embargo, hasta el momento no contamos con evidencias suficientes sobre el impacto en la práctica clínica de estos instrumentos potencialmente muy valiosos. No parece probable que la mera difusión de las GPC de depresión, ya sea en formato de texto o a través de su acceso más fácil a través de internet, pueda mejorar más que modestamente la situación actual

de la asistencia a los pacientes depresivos y, además, que pueda mantenerse en el tiempo.<sup>32</sup>

Esto es probablemente atribuible a las barreras que puedan existir para su apego o a la falta de agentes facilitadores para el mismo fin. Las barreras y los agentes facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. En el caso de las GPC se concreta este cambio en el grado de adherencia a sus recomendaciones.<sup>33, 34</sup>

### **Clasificación de barreras y agentes facilitadores para el apego a GPC**<sup>35</sup>

Existen diferentes propuestas de clasificación y de marcos teóricos para el estudio de barreras y agentes facilitadores. En general todas ellas incluyen elementos similares. Grol y Grimshaw (2003) proponen clasificar las *barreras* en relación con:

- *El / la profesional sanitario/a:* incluyendo el conocimiento, las creencias, habilidades y actitud del profesional.

Los profesionales pueden no utilizar una guía porque desconocen su existencia o carecen del conocimiento necesario para ponerla en práctica (problemas de conocimiento); no poseen las habilidades individuales o de equipo suficientes para implementar las recomendaciones (problemas de habilidades). También puede que no aprueben, en general, el uso de guías de práctica clínica, que perciban las experiencias individuales como más efectivas que las recomendaciones, o incluso que tengan algún rechazo de la guía en particular (creencias y problemas de actitud).

- *El contexto social:* se incluyen las reacciones de los pacientes y de otros profesionales sanitarios.

En el caso de los pacientes, pueden surgir problemas de conocimiento de la guía, de habilidades suficientes para comprender las recomendaciones y seguir el consejo médico o problemas de actitud. Por ejemplo, los valores de los pacientes pueden diferir de los que refleja la guía o realizar demandas sobre un tratamiento

determinado con el que no está de acuerdo, aunque la guía lo recomiende. Puede existir también oposición al cambio por parte de compañeros en el lugar de trabajo, desconfianza de los propios jefes u otros miembros del equipo (por ejemplo, enfermería).

- *El contexto organizativo, dónde se valora la estructura y recursos, incluidas medidas económicas:*

Abarca desde la disponibilidad de las guías en el lugar de trabajo, la limitación de tiempo para la atención, la presión asistencial, hasta diversos factores de tipo económico: entre estos cabe destacar disponibilidad o no de recursos para implementar la guía, los cambios en los ingresos del profesional o posibles cambios en los costos directos para los pacientes.

Existen también aspectos intrínsecos a la propia guía como el formato, la extensión, el mismo contenido de la guía con existencia de recomendaciones complejas o el rigor metodológico con el que se ha desarrollado, que pueden afectar al proceso de implementación.<sup>36</sup>

Las barreras internas consisten en los impedimentos propios al desarrollo y la diseminación de las guías en una organización.

### **Barreras en los profesionales de salud <sup>37</sup>**

Diversos estudios (Gravel et al., 2006), han demostrado que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, las *cinco barreras* más importantes en orden de frecuencias son:

- el tiempo limitado,
- la imposibilidad de aplicabilidad real de la recomendación, debido a las características de los pacientes,
- la falta de aplicabilidad de la recomendación debido a la situación clínica,

- las preferencias de los propios pacientes, si están de acuerdo o en franca oposición y,
- el desacuerdo sobre consultar al paciente acerca de sus preferencias.

También evidenciaron que las principales condiciones favorecedoras son la motivación de los profesionales de la salud y el reconocimiento por parte de los mismos de la importancia que tiene la toma de decisiones en salud de manera compartida con el paciente para el proceso clínico.

Entendamos como condiciones facilitadoras, aquellas circunstancias que pueden afectar favorablemente el proceso y propiciar los cambios necesarios. Se relacionan con situaciones o características propias de los pacientes, de la economía, de la educación, de la comunidad, de los profesionales sanitarios, del sistema de salud y de las políticas de salud.<sup>38</sup>

### **Actitud y experiencia de los médicos ante el uso de GPC <sup>39</sup>**

Una revisión sistemática de estudios cualitativos centrada en conocer las actitudes y la experiencia de los médicos de Atención Primaria en el uso de GPC identifica seis grandes áreas:

- ✓ Cuestionamiento de las GPC: el fundamento científico de las guías produce escepticismo entre los médicos, en concreto la validez externa de los resultados y su extrapolación a pacientes individuales.
- ✓ Contraste entre la práctica médica y las recomendaciones de las GPC: se perciben como instrumentos poco flexibles para evaluar la complejidad de las circunstancias individuales de los pacientes.
- ✓ Miedo a no poder preservar la relación médico-paciente.
- ✓ Responsabilidad profesional: aunque se considera que el seguimiento de una GPC puede proteger al médico de posibles procesos legales, muchos médicos

prefieren seguir su propio criterio, en especial cuando se trata de guías que apoyan el recorte de pruebas diagnósticas o terapéuticas.

- ✓ Aspectos prácticos: falta de tiempo para leer, evaluar y seguir las recomendaciones de las GPC, así como falta de recursos y de habilidades para aplicar con los nuevos procedimientos.
  
- ✓ Formato de la GPC: determinante de la actitud del médico de atención primaria. Hay consenso sobre que deben ser cortas, sencillas e incluir folletos de información a pacientes.

En el resumen de esta revisión también se sugiere que el propósito de la guía puede influir en cómo es recibida y usada por el médico de atención primaria. Así, las guías de práctica clínica de tipo prescriptivo (las que animan a utilizar nuevas intervenciones o actitudes diagnósticas o terapéuticas) serían mejor recibidas por el clínico que las de tipo prohibitivo o restrictivo.

Posteriormente, Carlford et al. (2010), identificaron los factores más significativos que inhibían la implementación de GPC en unidades de AP: los cambios en la organización, la falta de personal, la falta de tiempo, falta de recursos y apoyo.<sup>40</sup>

Como puede observarse, las barreras que limitan el uso de una guía son sumamente variadas, razón por la cual es poco probable que exista una “intervención modelo”. Actualmente, se sugiere que la implementación de las GPC tendría una mayor probabilidad de ser efectiva cuando el diseño de la intervención se realiza sobre la base de la evidencia y de manera contextualizada, considerando aquellos factores locales que podrían actuar como barreras en el uso de la GPC y considerando un abordaje sistemático en el diseño de intervenciones orientadas a la superación de las barreras y el aprovechamiento de los factores facilitadores.<sup>41</sup>

Una revisión de Nutting et al. (2002), mostró que los médicos de atención primaria creen que las barreras para un diagnóstico y tratamiento eficaz en la depresión se deben muy a menudo a factores relacionados con el paciente. Señalaron como las barreras más comunes a las que se enfrentaban para proporcionar tratamiento efectivo ciertas

dificultades centradas en el paciente, como por ejemplo la resistencia al diagnóstico o tratamiento, el incumplimiento de las visitas y los problemas psicosociales.<sup>42</sup>

La depresión ha llegado a convertirse en la actualidad en uno de los problemas psicológicos más prevalentes en la población general y que más carga supone en términos de discapacidad. La mayor parte de las personas que sufren depresión buscan ayuda en las consultas de AP, sin embargo, no siempre son diagnosticadas y tratadas de la forma adecuada. El hecho de que las personas deprimidas no reciban el tratamiento necesario puede dar lugar a importantes consecuencias negativas, tales como la reducción de su calidad de vida, la cronificación de sus problemas emocionales, el incremento del uso de los servicios de salud, o el aumento del riesgo de suicidio. Por tanto, la aplicación de una intervención adecuada para los problemas de depresión debe ser un objetivo principal para la asistencia sanitaria y para ello son necesarios importantes esfuerzos en esta dirección. Algunos de estos esfuerzos deben pasar por mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental.

El hecho de que las personas deprimidas presenten sus problemas psicológicos y/o emocionales como su principal queja se ha mostrado relacionado con una mayor precisión en el diagnóstico. En este sentido, mejorar la educación sobre cómo funcionan los problemas emocionales, cuáles son sus principales síntomas y posibilidades de tratamiento, y reducir la estigmatización en torno a los mismos, puede ser de gran ayuda a la hora de incrementar la probabilidad de que sean expresados y reconocidos en las consultas.

Por otra parte, mejorar la formación en salud mental de los profesionales, así como reducir la presencia de posibles actitudes negativas de éstos hacia la depresión, se ha propuesto como una estrategia eficaz a la hora de aumentar la precisión en el diagnóstico. Realizar el diagnóstico correcto es un paso clave a la hora de proveer el tratamiento más adecuado. Sin embargo, los médicos de AP suelen prescribir antidepresivos sin realizar diagnósticos específicos ni distinguir entre los casos más o menos severos de depresión, cometiendo frecuentemente errores que dan lugar tanto a falsos positivos como negativos. De este modo, el disponer de herramientas diagnósticas validadas puede servir de gran ayuda en las consultas, así como el adecuado uso y apego a las Guías de Práctica Clínica ya existentes.<sup>43</sup>

## ANTECEDENTES

Se calcula que, en el 2015, el número total de personas con depresión a escala mundial superaba los 300 millones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015). Asimismo, la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio.

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. En su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio. Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías principales:

- **trastorno o episodio depresivo mayor**, que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y
- **distimia**, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos.<sup>1</sup>

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la proporción de la población mundial con depresión en 2015 fue de 4.4% (3.6% en hombres y 5.1% en mujeres). Además, se prevé que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida y que, para 2020, la depresión ocupe el segundo lugar a nivel mundial en causas de discapacidad. En México, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias. De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental, se estima que, en México, las personas que padecieron algún trastorno grave de salud mental perdieron en promedio 27 días productivos y alrededor de siete días si la gravedad fue moderada.

Diversos estudios epidemiológicos han explorado la prevalencia de trastornos mentales en México, incluidos los trastornos y episodios depresivos y sus factores asociados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada entre 2001 y 2002, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. Además, se estima que una de cada cinco personas llegará a presentar algún trastorno antes de los 75 años.

Una de las principales limitaciones de estos estudios es la discrepancia notable en la prevalencia de síntomas depresivos (SD) debida a diferencias en la definición de trastorno, la clasificación que se utiliza, los instrumentos para medir SD y la población en la cual se han medido los síntomas.

Diversos estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable, y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo; sin embargo, uno de los principales desafíos a nivel mundial es la falta de acceso a tratamiento oportuno y de calidad para personas con problemas de salud mental. A pesar de la existencia de tratamiento psicológico y farmacéutico para depresión moderada y severa, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en países de ingresos bajos y medios, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario, cerca de la mitad de los casos de ansiedad o depresión no se diagnostican y sólo la mitad de los diagnosticados reciben un tratamiento médico. Asimismo, los resultados sobre desórdenes mentales en México muestran que una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de atención para este problema y más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos no recibieron atención médica o psicológica.

Sin embargo, en México no existen estudios recientes que documenten las prevalencias de SD y la cobertura de diagnóstico y atención. Más aún, las diferencias en metodologías e instrumentos utilizados entre los estudios existentes limitan la capacidad de hacer comparaciones en el tiempo y entre poblaciones.<sup>2</sup>

## JUSTIFICACIÓN

**Magnitud:** La aplicación de la guía de práctica clínica ayuda a establecer un camino que nos pueda apoyar a diagnosticar de manera adecuada a pacientes con trastornos depresivos en cualquier nivel de atención y de esta manera lograr una forma más eficaz de poder cubrir las necesidades del paciente que cursa con este trastorno, impactando en la calidad de vida a través de un diagnóstico oportuno y otorgando un tratamiento más adecuado para el paciente.

**Viabilidad:** El trastorno depresivo es un tema de importancia a nivel mundial, ya que la depresión ocupa el segundo lugar a nivel mundial en causas de discapacidad.

**Vulnerabilidad** Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en el apego a las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la patología que en él se estudiará.

**Factibilidad:** Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados sobre expedientes para evaluar el apego a la guía de práctica clínica y la recolección de datos sociodemográficos de los médicos tratantes.

**Trascendencia:** La importancia de realizar este trabajo radica en el seguimiento adecuado de los lineamientos establecidos en la guía de práctica clínica, respecto al diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto debido a que existen grandes diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se utiliza y los instrumentos para medir los síntomas depresivos, esto es de gran importancia ya que diversos estudios indican que la depresión es prevenible, detectable y tratable, y que es posible minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo. Cabe destacar que en México no existen estudios recientes que documenten la cobertura de diagnóstico y atención del trastorno depresivo en el adulto, punto donde radica la importancia de este trabajo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia del trastorno depresivo cada día va aumentando en muchos países tanto desarrollados como en vías de desarrollo y es un problema de salud pública cuya etiología incluye factores genéticos, psicosociales y ambientales; que se asocia con una elevada morbi-mortalidad.

Una de las principales barreras en la detección del trastorno depresivo en nuestro país es la estigmatización que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato, como por la auto desarticulación social.

Estudios describen que la incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica, por lo que es importante una identificación oportuna y el establecimiento de un tratamiento adecuado.

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta a investigar:

**¿Cuál es el apego a la guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo, en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo?”**

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

### OBJETIVO ESPECIFICO

- Analizar los datos sociodemográficos y las actualizaciones médicas en los médicos de la consulta de Medicina Familiar para el apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, en el HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaran por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

### **Hipótesis nula ( $H_0$ )**

- $H_0$ : El apego a la guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, en el HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" no es bajo.

### **Hipótesis alterna ( $H_1$ )**

- $H_1$ : El apego a la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, en el HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" es bajo.

## MATERIALES Y METODOS

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Este es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional

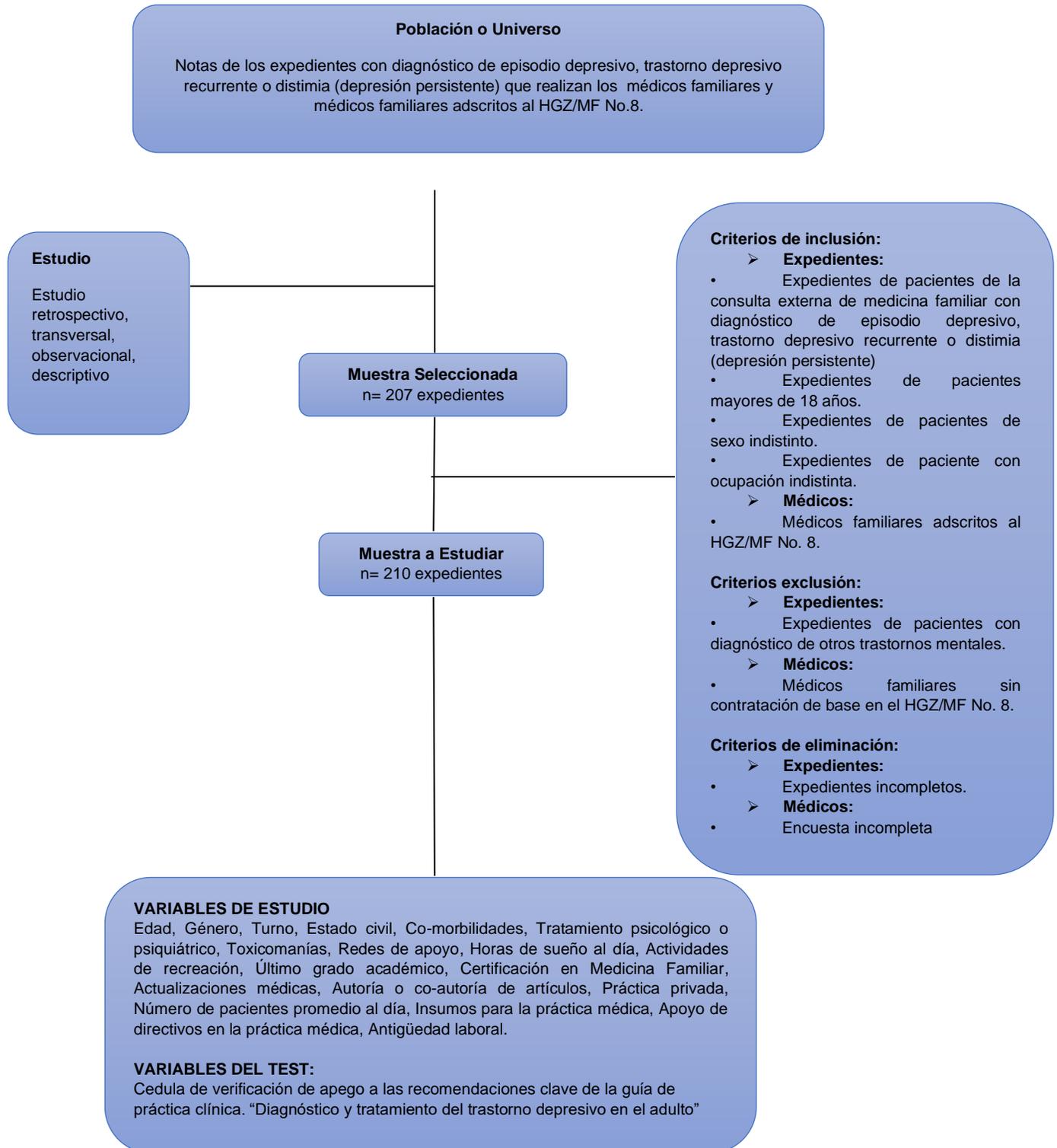
**Transversal:** Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio. Una sola medición.

**Descriptivo:** Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados. Se incluye un grupo de estudio y se narran las variables.

**Observacional:** Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados. Se recaban datos o variables de los fenómenos a estudiar en uno o más grupos.

**Retrospectivo:** Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. Se tiene un grupo de sujetos, donde ya sucedió el desenlace y van a buscar la causa o factores que se relacionan con el desenlace.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Paola Jaqueline Trejo Flores

## MUESTRA

### TAMAÑO DE MUESTRA

Para un estudio descriptivo de una variable dicotómica la muestra necesaria será de 207 pacientes con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción del 0.15, con una amplitud total de confianza de 0.10.

### DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza.

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

$$N = 4 (1.96)^2 * 0.15 (0.90) / 0.10^2$$

$$N = 4 (3.8416) * (0.135) / 0.01$$

$$N = 15.3664 (0.135) / 0.01$$

$$N = 2.074464 / 0.01$$

$$N = 207.44$$

**Total de la muestra= 207 expedientes**

## UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

### **POBLACIÓN O UNIVERSO:**

Expedientes de población urbana, derechohabiente del HGZ/MF No.8, adultos con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia (depresión persistente).

### **LUGAR:**

La investigación se realizó en el HGZ/MF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en la Colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón. Del 1 de marzo del 2020 a febrero 2022.

### **TIEMPO:**

Marzo de 2020 - Febrero de 2022.

## CRITERIOS

### INCLUSIÓN

➤ **Expedientes:**

- Expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia (depresión persistente).
- Expedientes de pacientes mayores de 18 años.
- Expedientes de pacientes de sexo indistinto.
- Expedientes de pacientes con ocupación indistinta.

➤ **Médicos:**

- Médicos familiares adscritos al HGZ/MF No. 8

### EXCLUSION

➤ **Expedientes:**

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de otros trastornos mentales.

➤ **Médicos:**

- Médicos familiares sin contratación de base en el HGZ/MF No. 8

### ELIMINACIÓN

➤ **Expedientes:**

- Expedientes incompletos.

➤ **Médicos:**

- Encuesta incompleta

## VARIABLES

### VARIABLES DEL ESTUDIO

**Variable independiente:** Expedientes con diagnósticos de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia (depresión persistente)

**Variable dependiente:** Apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS AL HGZ/MF No. 8

- Edad
- Género
- Turno
- Estado civil
- Co-morbilidades
- Tratamiento psicológico o psiquiátrico
- Toxicomanías
- Redes de apoyo
- Horas de sueño al día
- Actividades de recreación
- Último grado académico
- Certificaciones médicas
- Actualizaciones médicas
- Autoría o co-autoría de artículos
- Práctica privada
- Número de pacientes promedio al día
- Insumos para la práctica médica
- Apoyo de directivos en la práctica médica
- Antigüedad laboral

## ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Expedientes clínicos

### VARIABLE DEPENDIENTE:

- Apego a la guía de práctica clínica

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### VARIABLE DEPENDIENTE

**Expedientes clínicos:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

**Apego a la guía de práctica clínica:** Medio de verificación para que la atención médica se realice conforme a guías de práctica clínica, con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico asistencial y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente.

## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS AL HGZ/MF No. 8

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Escala de Medición	Valores
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años Números enteros	Discreta	Años, Números enteros
Edad en rangos	Cualitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Hasta 30 años 31 – 40 años 41 o más años	Ordinal	1. Hasta 30 años 2. 31 – 40 años 3. 41 o más años
Género	Cualitativa	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Masculino Femenino	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Turno	Cualitativa	Orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Matutino Vespertino	Nominal	1. Matutino 2. Vespertino
Estado civil	Cualitativa	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado Unión libre	Nominal	1. Soltero 2. Casado/unión libre
Co-morbilidades	Cualitativa	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas	Ninguna enfermedad 1 enfermedad 2 o más enfermedades	Nominal	1. Ninguna enfermedad 2. 1 enfermedad 3. 2 o más enfermedades
Tratamiento psicológico o psiquiátrico	Cualitativa	Tratamiento psicológico: intervención realizada por un profesional de la salud mental, basada en técnicas y teorías psicológicas empíricamente validadas dentro del contexto clínico. Tratamiento psiquiátrico: la psiquiatría es la especialidad médica que se dedica al estudio de las enfermedades mentales, sus tipos, causas, cursos y tratamiento. Su objetivo es prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente	Si No	Nominal	1. Si 2. No

Toxicomanías	Alcohol	Cualitativa	Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor. Incluye la dependencia psíquica acompañada, o no, de dependencia fisiológica a una droga. Hay un consumo de la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos con ella.	Si No	Nominal	1. Si 2. No
	Tabaco	Cualitativa		Si No	Nominal	1. Si 2. No
	Otras drogas	Cualitativa		Si No		1. Si 2. No
Redes de apoyo		Cualitativa	Conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas	Familia Amigos, vecinos, religión Ninguno	Nominal	1. Familia 2. Amigos, vecinos, religión 3. Ninguno
Horas de sueño al día		Cualitativa	Cantidad de horas que un sujeto debe dormir al día	10 – 12 hrs 8 – 10 hrs 6 – 8 hrs Menos de 6 hrs	Ordinal	1. 10 – 12 hrs 2. 8 – 10 hrs 3. 6 -8 hrs 4. Menos de 6 hrs
Actividades de recreación		Cualitativa	Todas las actividades realizadas por el sujeto en el tiempo libre elegidas libremente que le proporcionen placer y desarrollo de la personalidad.	Si No	Nominal	1. Sí 2. No
Último grado académico		Cualitativa	Se refiere al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos	Especialidad Subespecialidad/alta especialidad Maestría Doctorado Posdoctorado	Nominal	1. Especialidad 2. Subespecialidad/alta especialidad 3. Maestría 4. Doctorado 5. Posdoctorado
Certificación en Medicina Familiar		Cualitativa	Documento que garantiza la verdad de un acontecimiento o de un evento. En el caso de medicina familiar comprende la comprobación de ejercer la medicina, actualizaciones en el avance del conocimiento médico, aprobación de cursos y demás actividades de educación médica continua	Si No	Nominal	1. Si 2. No

Actualizaciones médicas	En general	Cualitativa	Conjunto de actividades que permite a los médicos renovar sus conocimientos y garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad	Si No	Nominal	1. Si 2. No
	Relacionadas a trastornos depresivos	Cualitativa		Si No	Nominal	1. Si 2. No
Autoría o co-autoría de artículos		Cualitativa	Se aplica a quien se le reconoce ser el autor, creador o realizador de algo, en éste caso, artículos médico-científicos	Si No	Nominal	1. Si 2. No
Práctica privada		Cualitativa	Modo de ejercicio de la medicina en que el médico percibe sus honorarios directamente del paciente o de una entidad aseguradora que abona sus gastos médicos	Si No	Nominal	1. Si 2. No
Número de pacientes promedio al día		Cualitativa	Concepto que expresa la cantidad de personas que solicitan asistencia médica en un periodo de tiempo	Más de 30 21 – 30 Menos de 20	Ordinal	1. Más de 30 2. 21 – 30 3. Menos de 20
Insumos para la práctica médica (equipo de cómputo, acceso a internet)	En el consultorio	Cualitativa	Diferentes instrumentos que son utilizados por los especialistas de la salud, tanto en consultorios como en cirugías y hospitalización	Si No	Nominal	1. Si 2. No
	En la institución	Cualitativa		Si No	Nominal	1. Si 2. No

Apoyo de directivos en la práctica médica	Cualitativa	Ayuda por parte de figuras representativas de la institución médica para hacer o desarrollar algo	Si No	Nominal	1. Si 2. No
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada. Es por lo tanto el conteo del tiempo que un trabajador ha prestado servicios para una empresa	Años, números enteros	Discreta	Años, números enteros
Antigüedad laboral en rangos	Cuantitativa	Tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada. Es por lo tanto el conteo del tiempo que un trabajador ha prestado servicios para una empresa	1 a 5 años 6 a 10 años 11 a 20 años Más de 20 años	Ordinal	1. 1 a 5 años 2. 6 a 10 años 3. 11 a 20 años 4. Más de 20 años

Elaboro: Dra. Paola Jaqueline Trejo Flores

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto	Medio de verificación para que la atención médica se realice conforme a guías de práctica clínica, con el objetivo de reducir la variabilidad en la toma de decisiones clínico asistencial y mejorar la práctica clínica en bienestar del paciente.	Cualitativa	Nominal	1. Buen apego mayor o igual a 80% 2. Mal apego menor a 80%

Elaboro: Dra. Paola Jaqueline Trejo Flores

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 25 de Windows, usando estadística descriptiva que tiene como función recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las características de cierto evento, en este caso será Apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias, rangos, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza, se calculará distribución de las frecuencias y porcentajes.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia la cual es del 17.9%, la muestra que se estudiará será de 210, con un nivel de confianza del 95%.

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica

Se utilizó la Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto (ANEXO1).

La dirección médica a través de la subdirección de servicios clínicos es responsable de supervisar que la atención medica se lleve a cabo de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica de los diferentes servicios de la Unidad de Medicina Familiar así como hospitalarios siendo esta misma la responsable de analizar y emitir estrategias de mejoras de atención medica de acuerdo con procesos de evaluación.

Interpretación de la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto:

Consta de varios puntos a evaluar que se deben seguir para brindar una atención de calidad en cuanto al Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. Esta cédula consta de 6 rubros: Recomendaciones/factores de riesgo 2 ítems, Diagnóstico 2 ítems, Tratamiento farmacológico 4 ítems, Tratamiento no farmacológico 2 ítems, criterios de referencia y contrarreferencia 4 ítems y Seguimiento con 3 ítems. Con esto se determinará el apego a cada uno de los indicadores colocando en la celda correspondiente a cada ítem “1” cuando la recomendación sugerida sea realizada, “0” cuando la recomendación sugerida no sea realizada y “NA” cuando la recomendación no aplique para ese caso en particular

Puntuación Grado de Apego:

Para su evaluación se considerará el total de recomendaciones cumplidas, el total de recomendaciones no cumplidas y el total de recomendaciones que no apliquen al caso evaluado.

Tomando como base el total de recomendaciones que apliquen al caso evaluado se considerará:

**>o = 80% = Buen apego a la Guía de Práctica Clínica**

**<80% = Mal apego a la Guía de Práctica Clínica**

Se aplicó una encuesta para la recolección de datos sociodemográficos de los médicos adscritos que otorgan atención a los pacientes (ANEXO 2)

## METODO DE RECOLECCIÓN

La recolección de muestra y su procesamiento se llevó a cabo por la investigadora de la tesis, Dra. Trejo Flores Paola Jaqueline en el HGZ/MF No. 8. Previo acuerdo con las autoridades del HGZ/MF No. 8 del IMSS y con la aprobación del proyecto de investigación.

Dentro del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 se identificaron en la consulta externa de Medicina Familiar expedientes de pacientes con diagnóstico de CIE-10: F32 Episodio depresivo, F 33 Trastorno depresivo recurrente o F 34: Distimia (Depresión persistente).

Se explicaron los motivos por los cuales se está realizando el estudio, se explicó sobre la intención, utilidad y beneficios de la investigación. Se solicitó autorización de Jefatura de Medicina Familiar dónde se dio acceso al expediente clínico electrónico; a razón de 10 expedientes por cada médico de base.

Se filtraron los expedientes de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, posterior a lo cual se procedió a aplicar la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto (anexo 1) y la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas de los médicos de base (anexo 2) proporcionando un tiempo de 5 minutos para su llenado, con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 3) para participar en el estudio.

Posteriormente se llevó a cabo la recolección de la información de las variables sociodemográficas de los médicos y el análisis de la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, concentrando la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar su análisis y aplicación de pruebas estadísticas en el programa SPSS 25.

## MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

### **Control de sesgos de información:**

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.
- El formato para la recolección de los datos se sometió a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

### **Control de sesgos de selección:**

- Se eligieron grupos representativos con base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población de 210 pacientes, con un intervalo de confianza del 95%.
- Se consideró que los pacientes no siempre son evaluados por el mismo médico por el proceso de “unifila”, ya que pacientes que asisten a valoración sin cita agendada son asignados con otro médico, quien no es el médico tratante.

### **Control de sesgos de medición:**

- Se aplicó la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto para identificar el grado de apego.

### **Control de sesgos de análisis:**

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Se tuvo suma cautela en la interpretación de los datos que se recabaron.
- Los resultados fueron analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 20 de Windows, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON FAMILIAR No.8  
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO:

**EVALUACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”..**

### 2020- 2021

FECHA	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2021	DIC 2021
TITULO	X									
ANTECEDENTES	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X									
OBJETIVOS	X									
HIPOTESIS	X									
PROPOSITOS	X									
DISEÑO METODOLOGICO		X								
ANALISIS ESTADISTICO			X							
CONSIDERACION ES ETICAS				X						
RECURSOS					X					
BIBLIOGRAFIA						X	X			
ASPECTOS GENERALES								X	X	
ACEPTACION										*

X: Realizado, \*: Pendiente

### 2021-2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVISION FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES												*
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												*
PUBLICACION												*

X: Realizado, \*: Pendiente

Elaboró: Trejo Flores Paola Jaqueline, Maravillas Estrada Angélica, Vilchis Chaparro Eduardo, Mendiola Pastrana Indira Rocío

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

### **Recursos Físicos:**

- Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el área de consulta externa de Medicina Familiar

### **Recursos Materiales:**

- Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto
- Cédula para recolección de datos sociodemográficos de los Médicos Familiares adscritos al HGZ/MF No. 8
- Computadora PC, impresora, fotocopidora
- Memoria USB
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

### **Recursos humanos:**

- Investigadora: Trejo Flores Paola Jaqueline.
- Directora de protocolo: Maravillas Estrada Angélica
- Aplicadora de encuestas: Trejo Flores Paola Jaqueline.
- Recolectora de datos: Trejo Flores Paola Jaqueline.
- Asesor metodológico: Vilchis Chaparro Eduardo.
- Asesor clínico: Mendiola Pastrana Indira Rocío.

### **Financiamiento:**

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador: Residente de Medicina Familiar Dra. Paola Jaqueline Trejo Flores.

<b>TÍTULO</b>	<b>TIPO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>COSTO (\$)</b>
<b>Recursos humanos</b>	Encuestador	1	
<b>Recursos materiales</b>	Computadora	1	20 000
	Impresora	1	5 000
	Tinta para impresora	1	1600
	Hojas blancas	800	1000
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
	Diccionario	1	500
<b>Financiamiento</b>	El estudio fue financiado por la investigadora		37 480

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

### **Declaración de Helsinki**

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los médicos encuestados.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma

anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del consentimiento informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en distintas categorías, para fines de este estudio se considerará sólo la siguiente:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

**PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)**

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos familiares, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico. Se revisarán expedientes médicos de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se

debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

**NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.**

Los beneficios de este estudio es Evaluación de apego a la Guía de Práctica Clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

## RESULTADOS

Se estudiaron 210 expedientes de pacientes con el diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No. 8, la media del porcentaje de cumplimiento fue de 57.35%, con una mediana de 53.9% y moda de 84.6%. Además, cuenta con una desviación estándar de 20.352%, varianza de 414.234%, un rango de 69.3%, un valor mínimo de 23% y un valor máximo de 92.3%

En el apartado de edad considerando números enteros se halló una media de 43.62%, mediana de 45%, moda de 45%, desviación estándar de 10.878%, varianza de 118.323%, un rango de 45%, un valor mínimo de 24% y un máximo de 69%.

En la categoría de antigüedad laboral considerando números enteros, la media fue de 14.02%, con una mediana de 14% y moda de 19%. Además de una desviación estándar de 7.755%, varianza de 60.136%, un rango de 27%, un valor mínimo de 1% y un valor máximo de 28%.

En la cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica en el rubro de investigación de antecedentes como factores de riesgo para depresión se encontró que en 133 (63.3%) si se realizó la investigación de antecedentes y en 77 (36.7%) no. [Ver tabla y gráfica 1]

En el apartado de investigar la presencia de Depresión en pacientes con insomnio se observó que 96 (45.7%) si lo hicieron y 114 (54.3%) no. [Ver tabla y gráfica 2]

Con respecto a la sección de establecer el diagnóstico de acuerdo a preguntas sobre depresión se encontró que 126 (60%) si lo hicieron y 84 (40%) no. [Ver tabla y gráfica 3]

En la categoría de interrogar al paciente con depresión sobre ideas suicidas se halló que 55 (26.2%) si interrogaron y 155 (73.8%) no. [Ver tabla y gráfica 4]

En el ámbito sobre prescripción y mantenimiento del tratamiento se identificó que 194 (92.4%) si cumplió con la recomendación y 16 (7.6%) no. [Ver tabla y gráfica 5]

En el rubro de inicio del tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) se determinó que 209 (99.5%) si lo hicieron y 1 (0.5%) no. [Ver tabla y gráfica 6]

En relación al apartado sobre información para la adherencia al tratamiento se observó que 104 (49.5%) si lo documentaron en el expediente y 106 (50.5%) no. [Ver tabla y gráfica 7]

En la sección que corresponde a referencia a instancias para prevención y promoción de la salud se observó que 97 (46.2%) si cumplieron con la recomendación y 113 (53.8%) no. [Ver tabla y gráfica 8]

De acuerdo a la categoría de utilización de una técnica psicoterapéutica se halló que 1 (0.5%) si lo hizo, mientras que 209 (99.5%) no. [Ver tabla y gráfica 9]

En el apartado relacionado a referir de primer a segundo nivel se encontró que 78 (37.1%) si lo realizaron y 132 (62.9%) no. [Ver tabla y gráfica 10]

Por lo que respecta a las citas para revisión mensual y semestral se identificó que 209 (99.5%) si lo hicieron y 1 (0.5%) no. [Ver tabla y gráfica 11]

Para el rubro relacionado a las citas mensuales o anuales en relación al tratamiento de mantenimiento se determinó que 208 (99%) si cumplió con la recomendación y 2 (1%) no. [Ver tabla y gráfica 12]

En el ámbito sobre referencia a grupo educativo se obtuvo que 57 (27.1%) si refirió a los pacientes, mientras que 153 (72.9%) no lo hizo. [Ver tabla y gráfica 13]

En el apartado de Apego a la Guía de Práctica Clínica se encontró: que 37 (17.6%) si tuvieron apego a la Guía y 173 (82.4%) no. [Ver tabla y gráfica 14].

Cabe mencionar que en el estudio no se consideraron los rubros de la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínicas sobre el uso de terapia convulsiva en el tercer nivel de atención, referencia de segundo a tercer nivel, referencia de tercero a primer nivel y referencia de segundo a primer nivel, ya que estos rubros no corresponden al apego de la guía en el primer nivel de atención.

Con respecto a la sección de rango de edad en los médicos que elaboraron las notas médicas, se observó a 2 (9.5%) con rango de edad hasta 30 años, 7 (33.3%) de 31 a 40 años y 12 (57.1%) de 41 o más años. [Ver tabla y gráfica 15].

En la categoría de género en los médicos que elaboraron las notas médicas, se encontraron 12 (57.1%) correspondiente a masculino y 9 (42.9%) a femenino [Ver tabla y gráfica 16].

Para el rubro de turno al que pertenecen los médicos que elaboraron las notas médicas se apreció, 12 (57.1%) pertenecientes al turno matutino y 9 (42.9%) al turno vespertino. [Ver tabla y gráfica 17].

Por lo que respecta al estado civil se analizó que: 12 (57.1%) son solteros y 9 (42.9%) son casados o se encuentran en unión libre. [Ver tabla y gráfica 18]

En el apartado de co-morbididades en los médicos que elaboraron las notas médicas se observó que 17 (81%) no tienen ninguna enfermedad, 3 (14.3%) tienen una enfermedad y 1 (4.8%) tienen dos o más enfermedades. [Ver tabla y gráfica 19]

En la sección tratamiento psicológico o psiquiátrico de los médicos que elaboraron las notas médicas se identificó que 6 (28.6%) si recibe tratamiento, mientras que 15 (71.4%) no. [Ver tabla y gráfica 20]

En el bloque de toxicomanías en los médicos que elaboraron las notas médicas, hallamos en consumo de alcohol a 6 (28.6%) que si y 15 (71.4%) que no, en consumo de tabaco a 2 (9.5%) que si y 19 (90.5%) que no y en consumo de otras drogas a 21 (100%) que no. [Ver tablas y gráficas 21, 22 y 23]

En la categoría redes de apoyo para los médicos que elaboraron las notas médicas, se visualizó que 20 (95.2%) tienen como red de apoyo a la familia y 1 (4.8%) no cuentan con red de apoyo. [Ver tabla y gráfica 24]

En el apartado de horas de sueño al día en los médicos que elaboraron las notas médicas, se observó: rango de 6 a 8 hrs 16 (76.2%) y menos de 6 hrs 5 (23.8%). [Ver tabla y grafica 25]

Respecto a las actividades de recreación en los médicos que elaboraron las notas médicas se analizó que 18 (85.7%) si realizan actividades de recreación y 3 (14.3%) no. [Ver tabla y grafica 26]

En la valoración del último grado académico de los médicos que elaboraron las notas médicas se observó que 21 (100%) cuentan con especialidad. [Ver tabla y grafica 27]

En el módulo de certificación en medicina familiar se encontró que 18 (85.7%) si cuentan con dicha certificación, mientras que 3 (14.3%) no. [Ver tabla y grafica 28]

En la categoría de actualizaciones de temas en general se describió que 15 (71.4%) si cuentan con ellas en comparación a 6 (28.6%) que no. [Ver tabla y grafica 29]

Con respecto a la sección de actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos se observó que 5 (23.8%) si cuentan con estas certificaciones y 16 (76.2%) no. [Ver tabla y gráfica 30]

Para el rubro de autoría o co-autoría de artículos se apreció que 3 (14.2%) si han participado como autores o co-autores, sin embargo, 18 (85.8%) no cuentan con ello. [Ver tabla y gráfica 31]

En el apartado de práctica privada se observó que 4 (19%) si la realizan, en comparación con 17 (81%) que no. [Ver tabla y gráfica 32]

Por lo que respecta al número de pacientes promedio al día que ven los médicos que elaboraron las notas médicas se analizó que: 1 (4.7%) atienden más de 30 pacientes, 17 (80.9%) atienden de 21 a 30 pacientes y 3 (14.2%) atienden menos de 20 pacientes al día. [Ver tabla y gráfica 33]

En la sección sobre si cuenta con insumos necesarios para la consulta médica en el consultorio se identificó que 13 (61.9%) si consideran contar con insumos suficientes y 8 (38.1%) no lo consideran así. [Ver tabla y gráfica 34]

En el bloque sobre si considera que en la institución se cuenta con insumos suficientes para la práctica médica hallamos que 11 (52.4%) refieren que si, mientras que 10 (47.6%) consideran que no. [Ver tabla y gráfica 35]

En la categoría de apoyo de directivos en la práctica médica se visualizó que 15 (71.4%) refieren si contar con el apoyo de directivos y 6 (28.6%) consideran que no. [Ver tabla y gráfica 36]

Con respecto a la sección de antigüedad laboral en rangos, se observó a 4 (19%) con rango de 1 a 5 años, 4 (19%) de 6 a 10 años, 9 (42.8%) de 11 a 20 años y 4 (19%) de 21 o más años. [Ver tabla y gráfica 37]

En el apartado de apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica y rango de edad de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8 se observó: rango de edad hasta 30 años: 5 (13.5%) con si apego y 15 (8.7%) con no apego, en el rango de edad de 31 a 40 años 17 (45.9%) con si apego y 53 (30.6%) con no apego y en el rango de 41 o más años 15 (40.5%) con si apego y 105 (60.7%) con no apego. [Ver tabla y grafica 38]

En la categoría género y apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8, se visualizó que el sexo femenino 22 (59.5%) tuvieron si apego y 68 (39.3%) no apego, mientras que el sexo masculino 15 (40.5%) tuvieron si apego y 105 (60.7%) no apego. [Ver tabla y gráfica 39]

En el bloque de apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de acuerdo con el turno al que pertenecen los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No. 8, hallamos en el turno matutino 14 (37.8%) con si apego y 106(61.3%) con no apego; en el turno vespertino hallamos 23 (62.2%) con si apego y 67 (38.7%) con no apego. [Ver tabla y gráfica 40]

En el módulo Certificación en Medicina Familiar y apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8, se analizó lo siguiente: de los médicos que si cuentan con certificación en medicina familiar 33 (89.2%) si presentan apego y 147 (85%) no presentan apego y los médicos que no cuentan con certificación en medicina familiar 4 (10.8%) presentan si apego, mientras que 26 (15%) presentan no apego. [Ver tabla y grafica 41]

Respecto a las actualizaciones en general y apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8, se analizó lo siguiente: de los médicos que si cuentan con actualizaciones de temas médicos en general 27 (73%) si presentaron apego y 123 (71.1%) no; de los médicos que no cuentan con actualizaciones de temas médicos en general 10 (27%) si presentaron apego, mientras que 50 (28.9%) no. [Ver tabla y grafica 42]

En la valoración de actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos y apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8, se observó que de los médicos que si tienen actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos 8 (22.2%) si tuvieron apego y 42 (25.5%) no; mientras que de los médicos que no cuentan con actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos 28 (77.8%) si tuvieron apego y 123 (74.5%) no tuvieron apego. [Ver tabla y grafica 43]

En la categoría de antigüedad laboral en rangos y apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica de los médicos que elaboraron las notas médicas de los expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia en el HGZ/MF No.8, se describió lo siguiente: rango de 1 a 5 años 8 (23.5%) si tuvieron apego y 33 (20.9%) no; en el rango de 6 a 10 años 9 (26.5%) si tuvieron apego y 11 (7%) no; en el rango de 11 a 20 años 12 (35.3%) presentaron apego y 79 (50%) no lo presentaron y en el rango de más de 20 años 5 (14.7%) si evidenciaron apego en comparación con 35 (22.2%) que no lo hicieron. [Ver tabla y grafica 44]

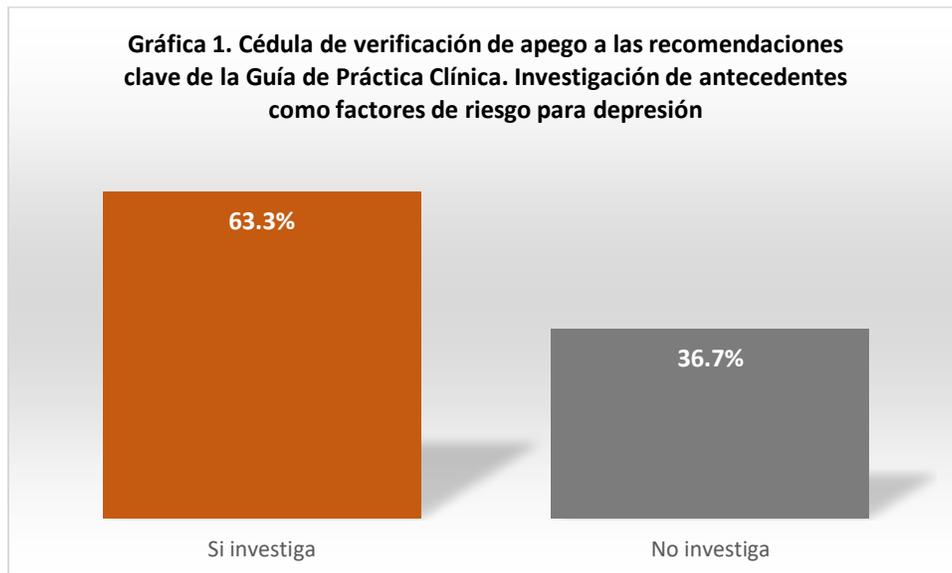
## TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Rubro de investigación de antecedentes como factores de riesgo para depresión**

Investigación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	133	63.3
No	77	36.7
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 1. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Investigación de antecedentes como factores de riesgo para depresión**



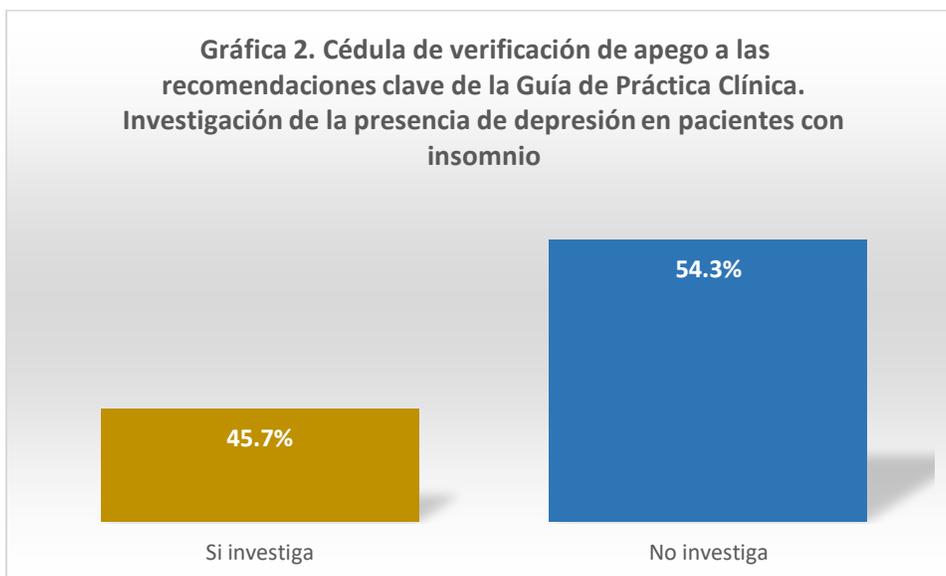
Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 2. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Apartado sobre investigación de la presencia de depresión en pacientes con insomnio**

Investiga en pacientes con insomnio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	96	45.7
No	114	54.3
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F P.J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 2. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Investigación de la presencia de depresión en pacientes con insomnio**



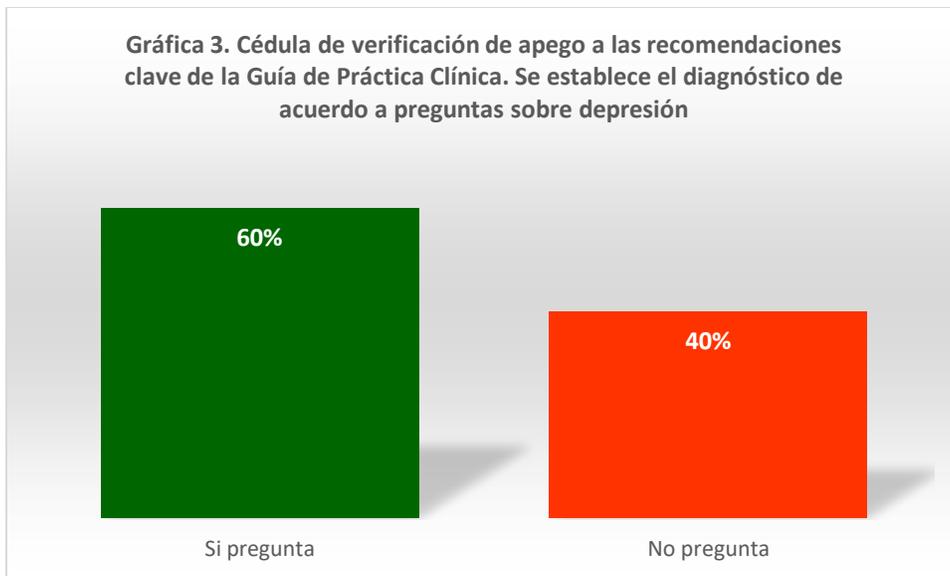
Fuente: n=210 Trejo F P.J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 3. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Sección para establecer el diagnóstico de acuerdo a preguntas sobre depresión**

Diagnóstico por preguntas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	126	60
No	84	40
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 3. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Se establece el diagnóstico de acuerdo a preguntas sobre depresión**



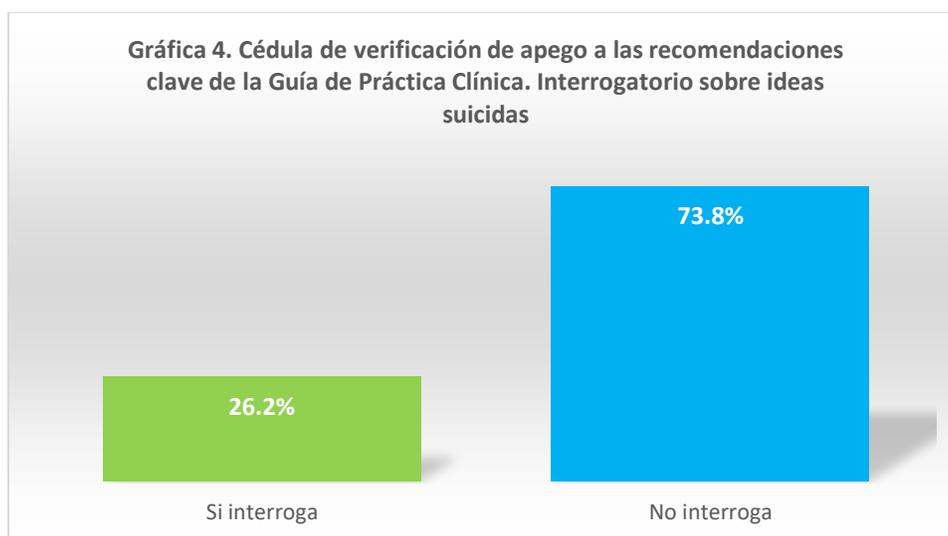
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 4. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Categoría de interrogatorio sobre ideas suicidas**

Interroga sobre ideas suicidas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	55	26.2
No	155	73.8
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 4. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Interrogatorio sobre ideas suicidas**



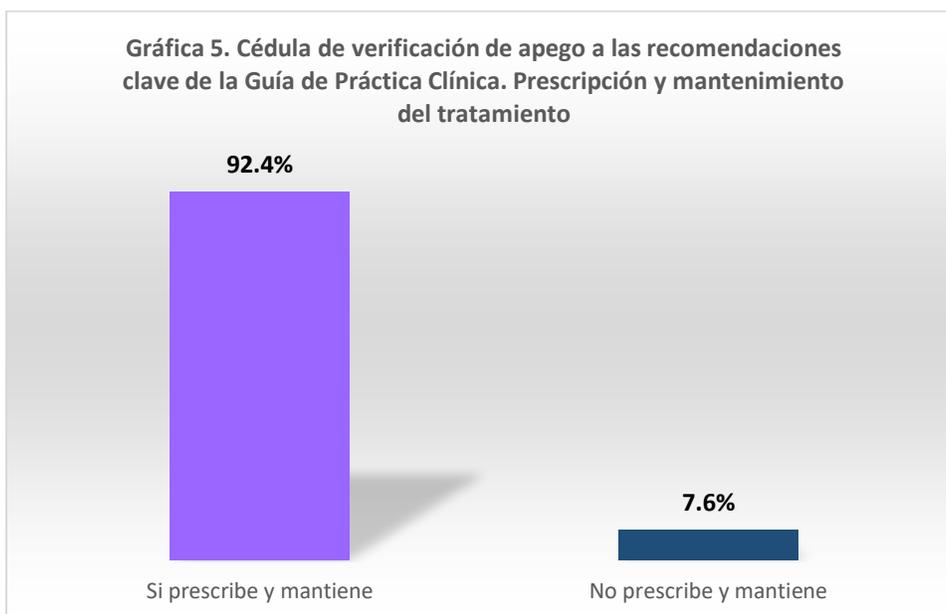
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 5. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Ámbito sobre prescripción y mantenimiento del tratamiento**

Prescripción y mantenimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	194	92.4
No	16	7.6
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 5. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Prescripción y mantenimiento del tratamiento**



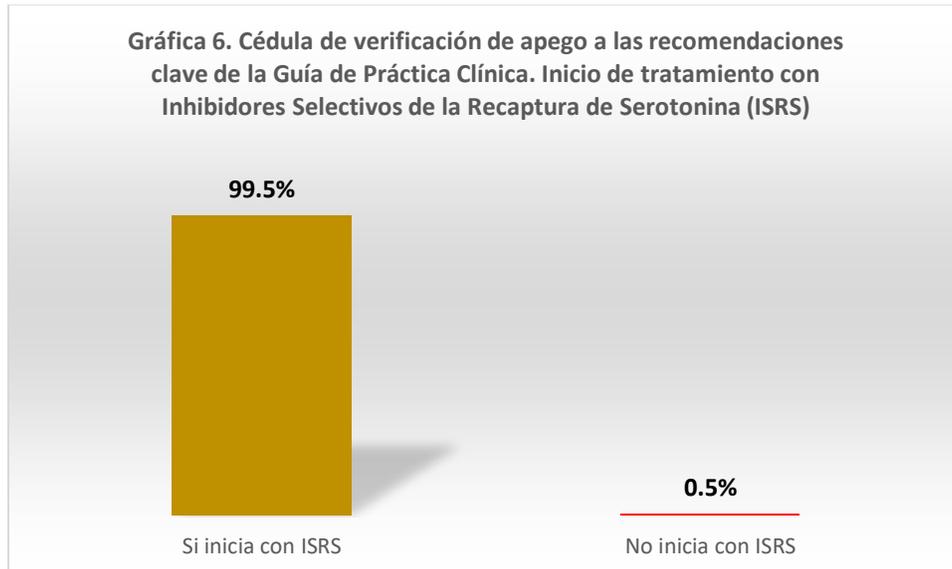
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 6. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Rubro de inicio de tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)**

Inicia con ISRS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	209	99.5
No	1	0.5
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 6. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Inicio de tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)**



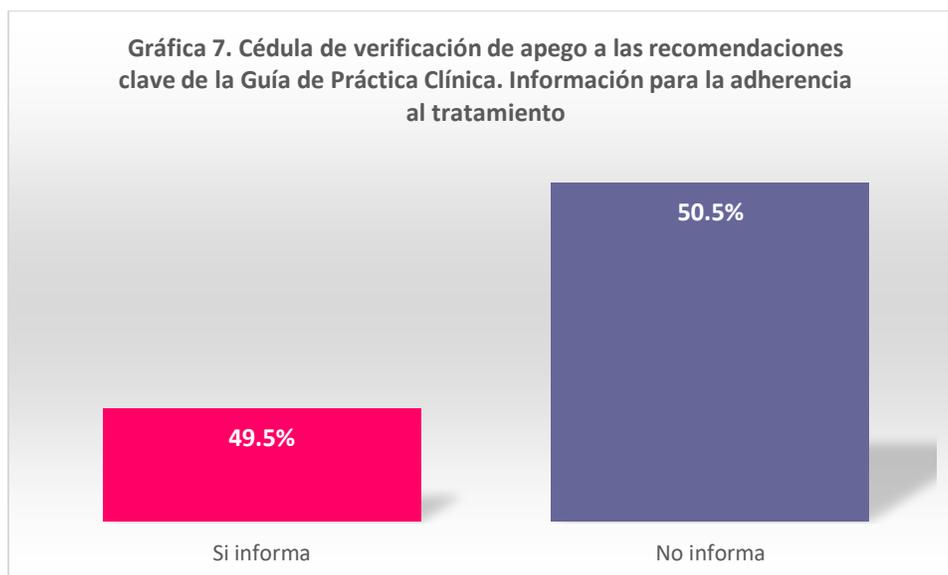
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 7. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Apartado sobre información para la adherencia al tratamiento**

Informa para adherencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	104	49.5
No	106	50.5
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 7. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Información para la adherencia al tratamiento**



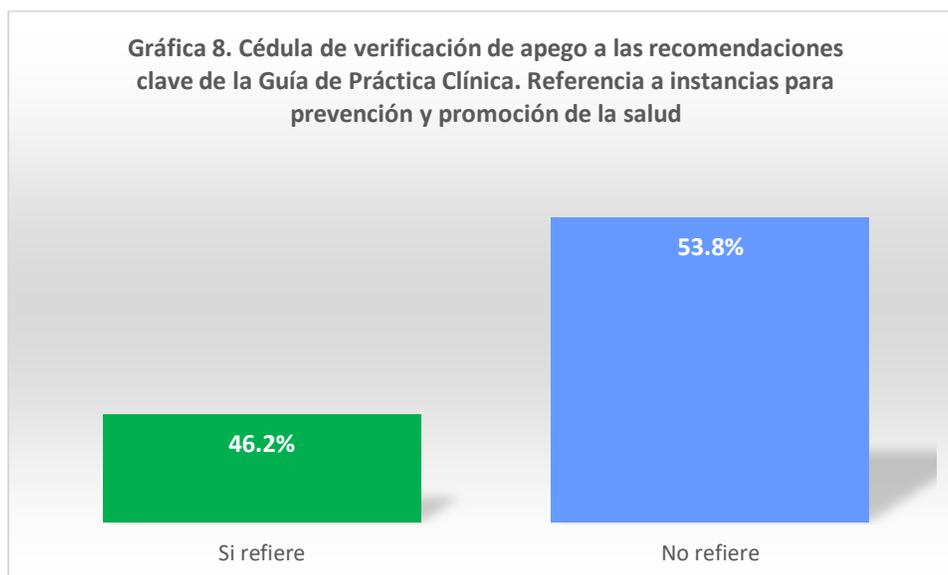
Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 8. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Sección de referencia a instancias para prevención y promoción de la salud**

Refiere	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	97	46.2
No	113	53.8
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

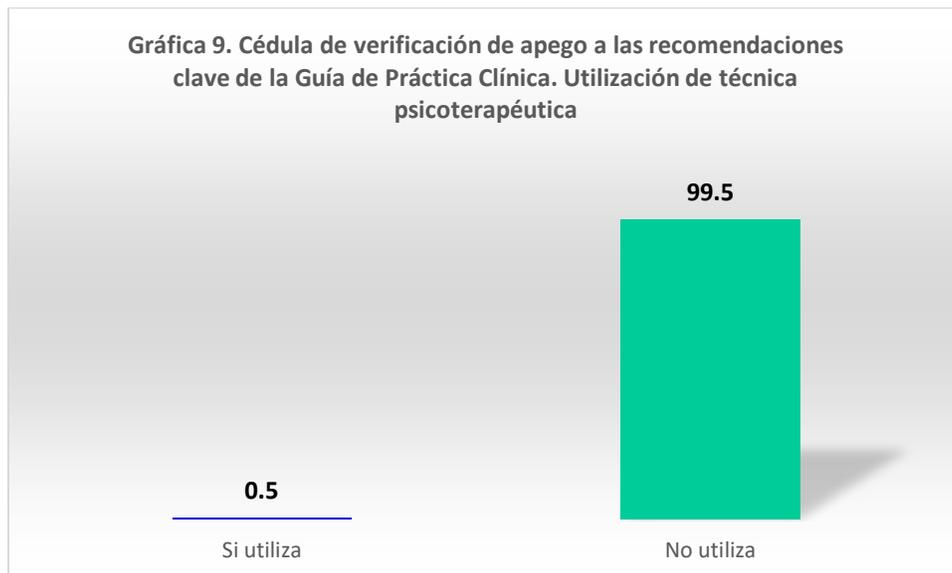
**Gráfica 8. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Referencia a instancias para prevención y promoción de la salud**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 9. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Categoría de utilización de técnica psicoterapéutica</b>		
<b>Utiliza técnica psicoterapéutica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	1	0.5
No	209	99.5
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



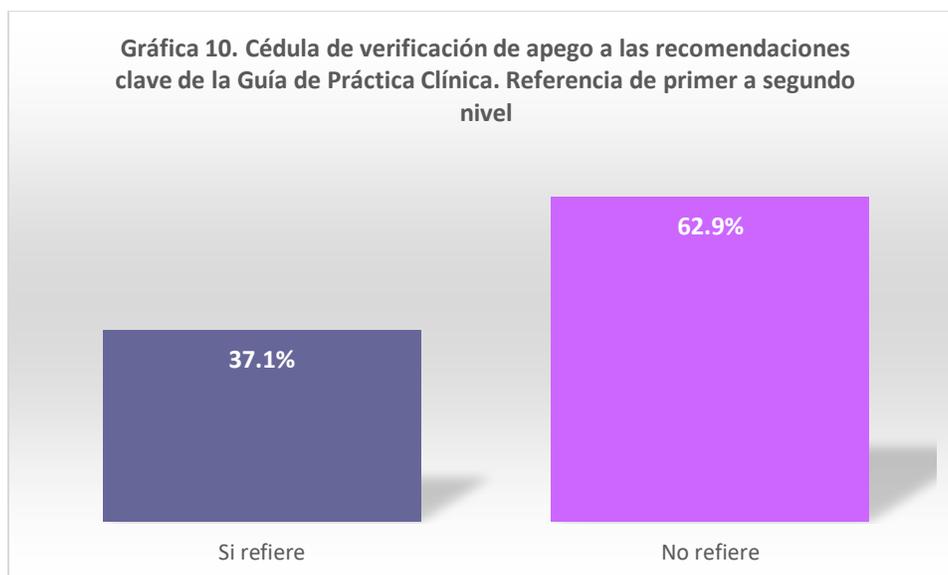
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 10. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Apartado de referencia de primer a segundo nivel**

Refiere	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	78	37.1
No	132	62.9
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 10. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Referencia de primer a segundo nivel**



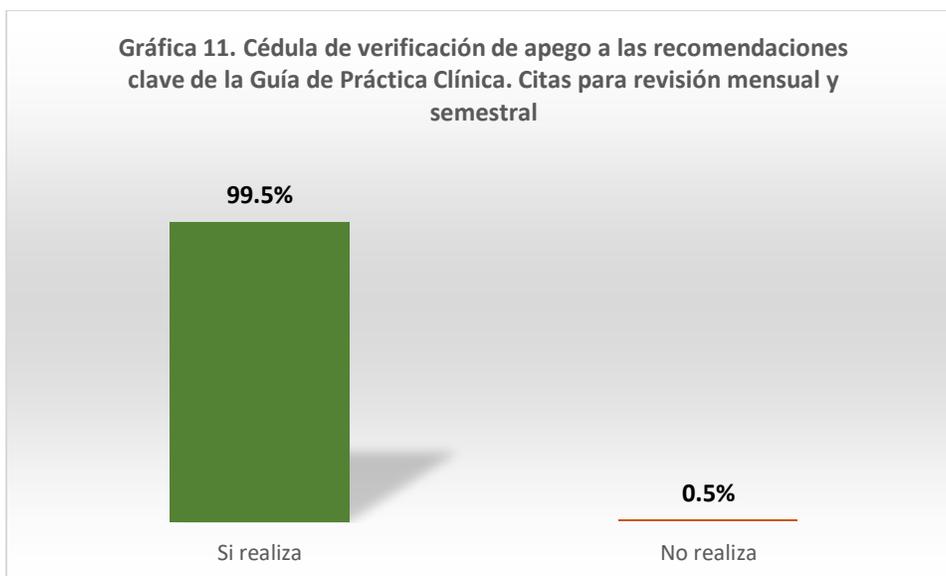
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 11. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Citas para revisión mensual y semestral**

Cita al paciente de forma mensual o semestral	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	209	99.5
No	1	0.5
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 11. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Citas para revisión mensual y semestral**



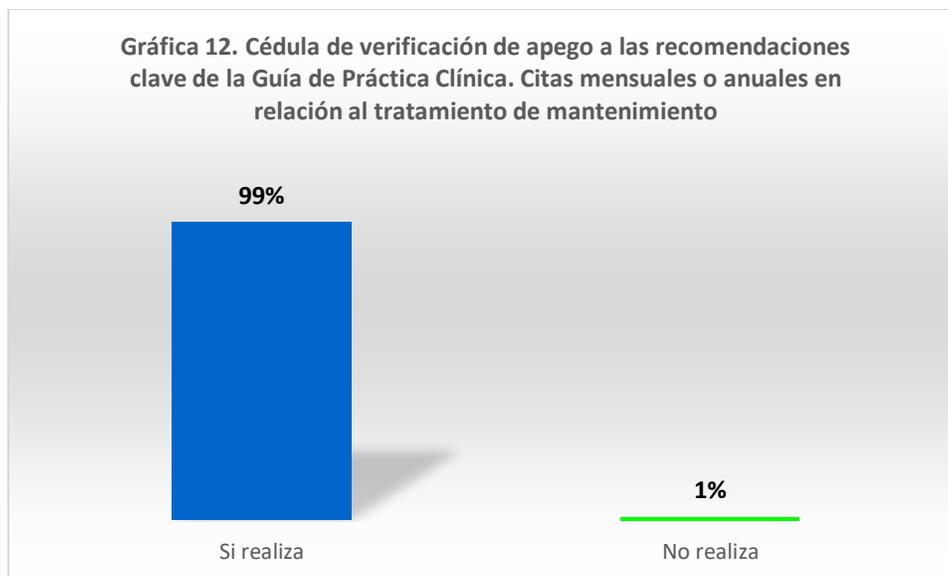
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 12. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Citas mensuales o anuales en relación al tratamiento de mantenimiento**

Cita mensual o anualmente para tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	208	99
No	2	1
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 12. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Citas mensuales o anuales en relación al tratamiento de mantenimiento**



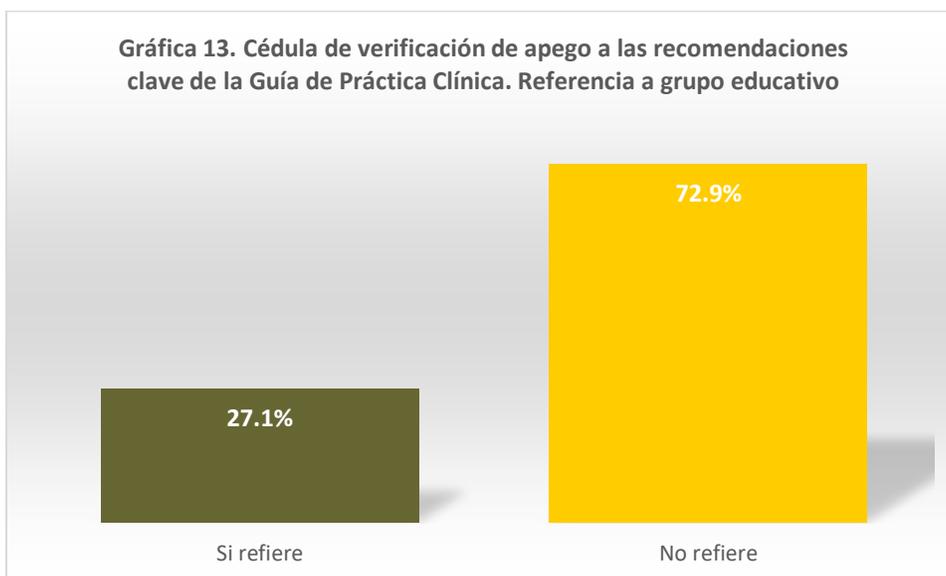
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 13. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Referencia a grupo educativo**

Refiere	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	57	27.1
No	153	72.9
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 13. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Referencia a grupo educativo**



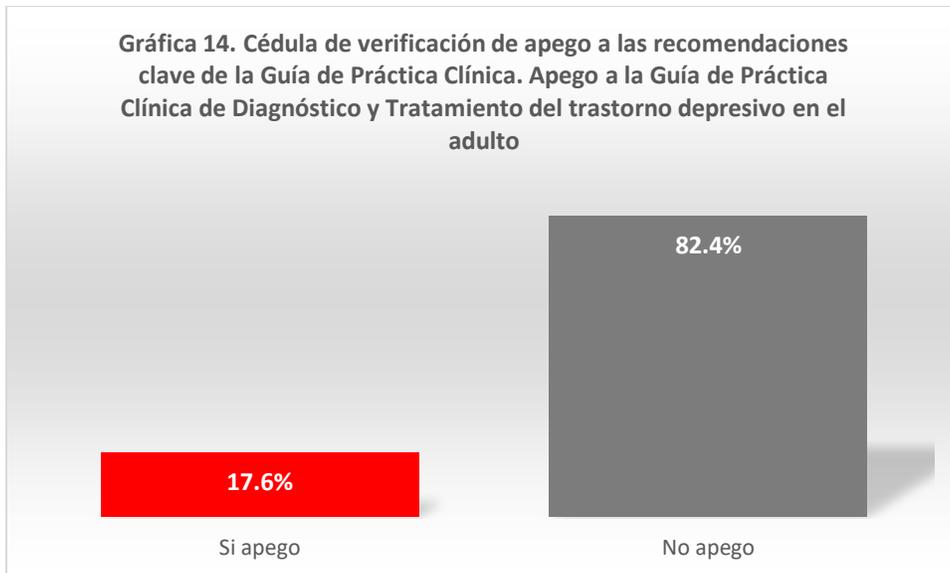
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 14. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto**

Apego	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	37	17.6
No	173	82.4
Total	210	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

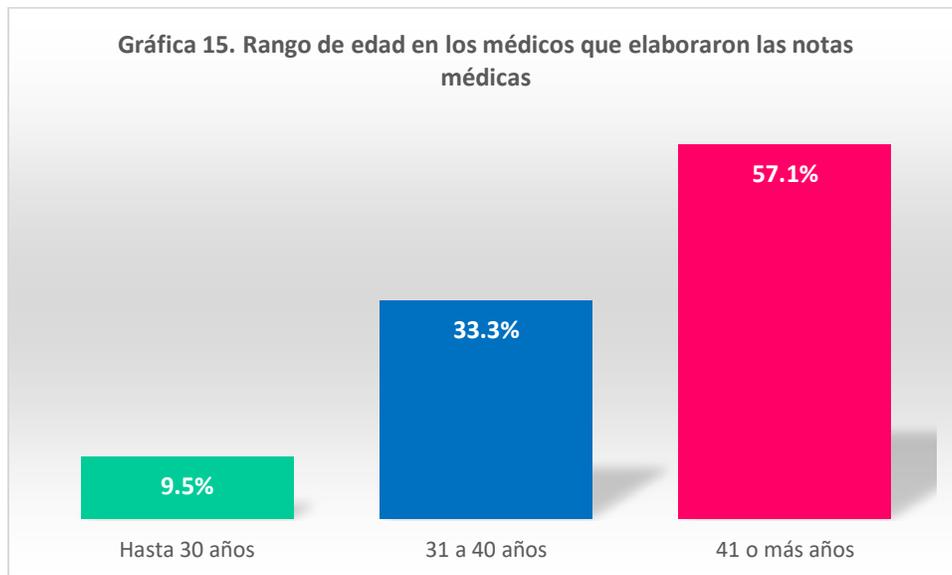
**Gráfica 14. Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica. Apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 15. Rango de edad en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Edad en rangos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Hasta 30 años	2	9.5
31 a 40 años	7	33.3
41 o más años	12	57.1
Total	21	100

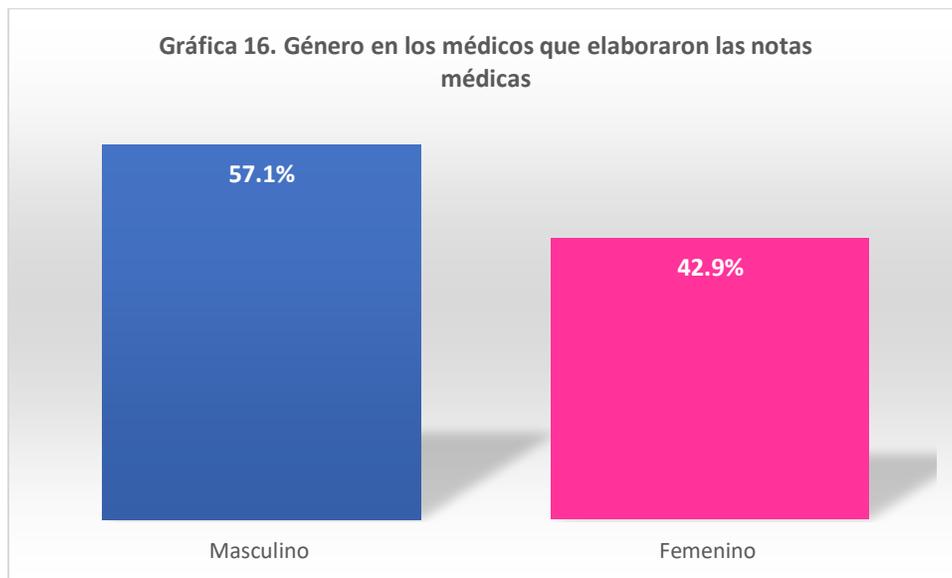
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 16. Género en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Masculino	12	57.1
Femenino	9	42.9
Total	21	100

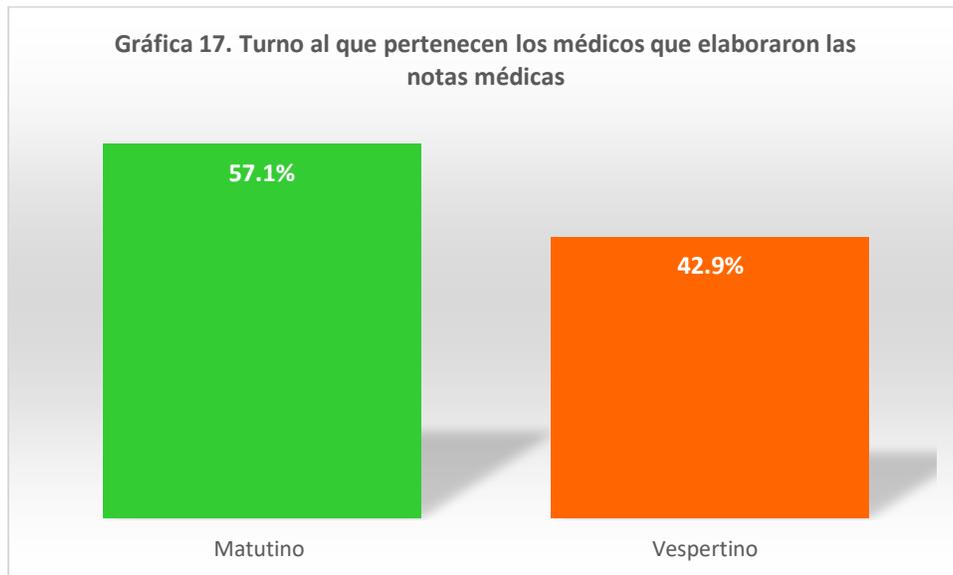
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 17. Turno al que pertenecen los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Turno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Matutino	12	57.1
Vespertino	9	42.9
Total	21	100

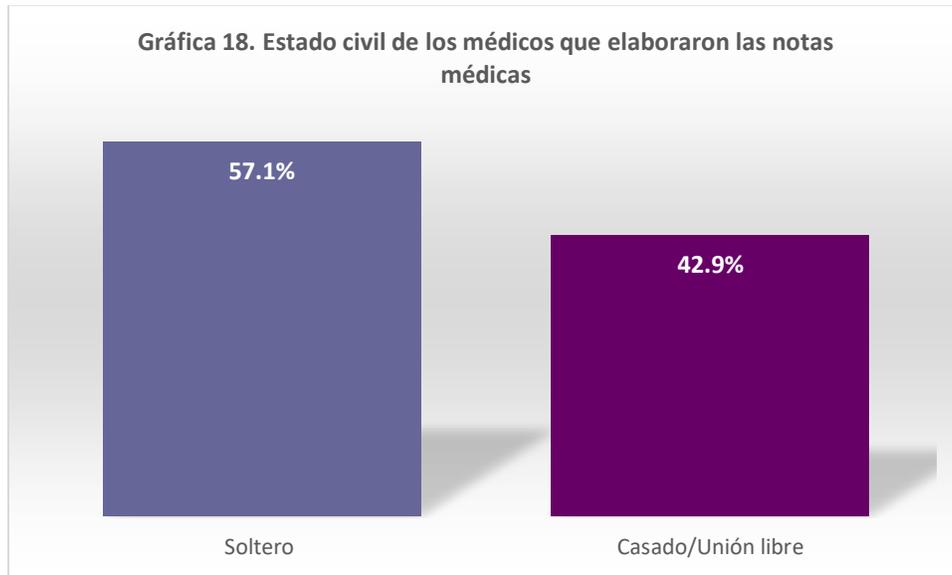
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 18. Estado civil de los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Soltero	12	57.1
Casado/Unión libre	9	42.9
Total	21	100

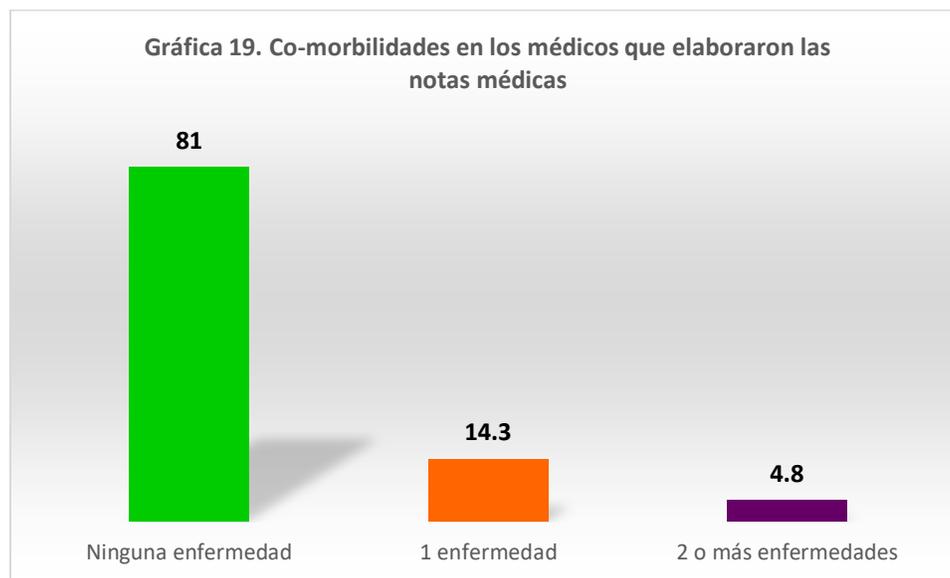
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 19. Co-morbididades en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Co-morbididades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ninguna enfermedad	17	81
1 enfermedad	3	14.3
2 o más enfermedades	1	4.8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



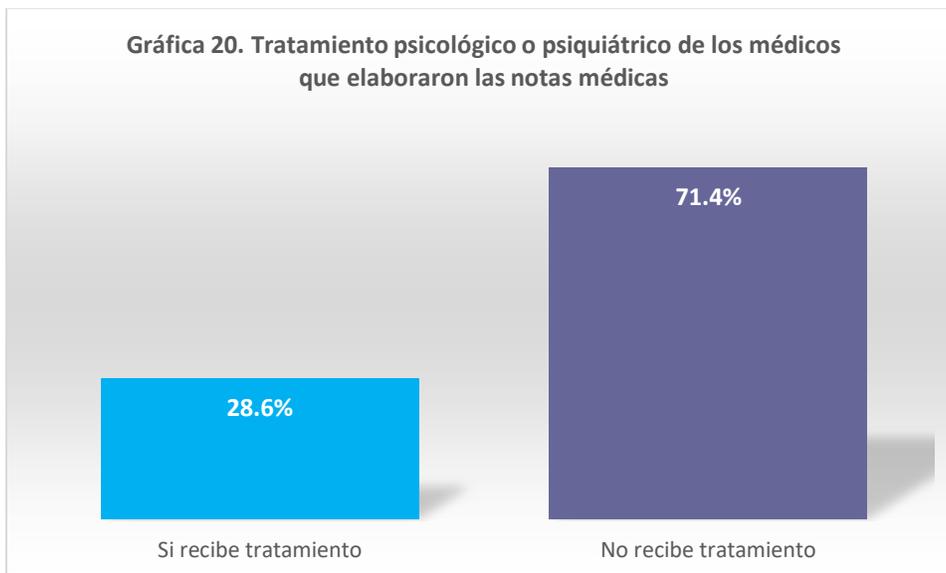
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 20. Tratamiento psicológico o psiquiátrico de los médicos que elaboraron las notas médicas**

Tratamiento psicológico o psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	6	28.6
No	15	71.4
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 20. Tratamiento psicológico o psiquiátrico de los médicos que elaboraron las notas médicas**

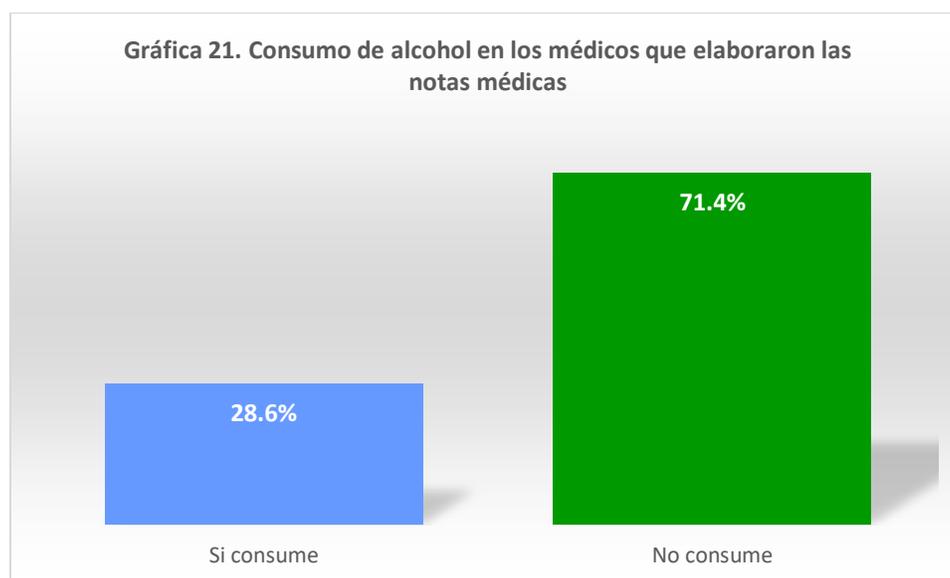


Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Toxicomanías en los médicos que elaboraron las notas médicas** [Tablas y gráficas 21-23]

<b>Tabla 21. Consumo de alcohol en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	6	28.6
No	15	71.4
Total	21	100

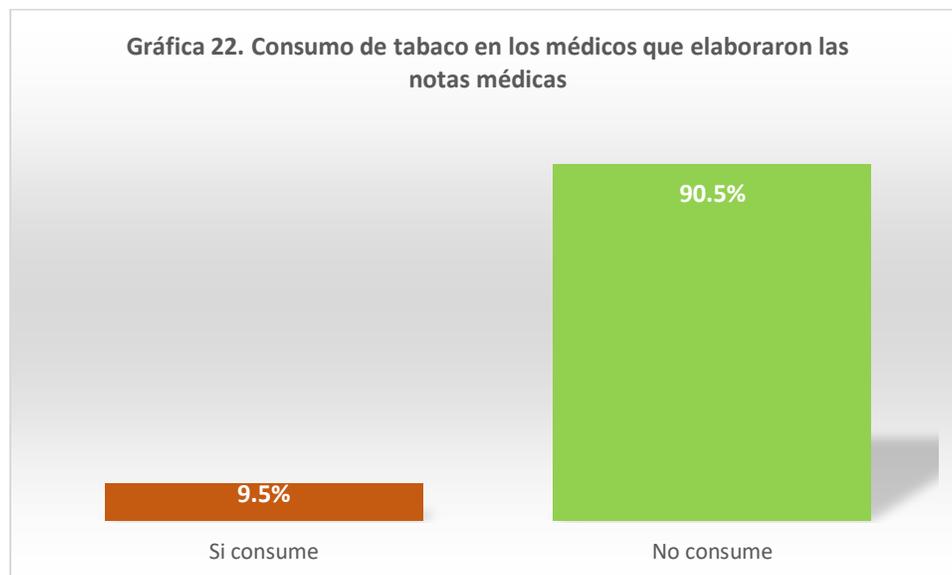
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 22. Consumo de tabaco en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	2	9.5
No	19	90.5
Total	21	100

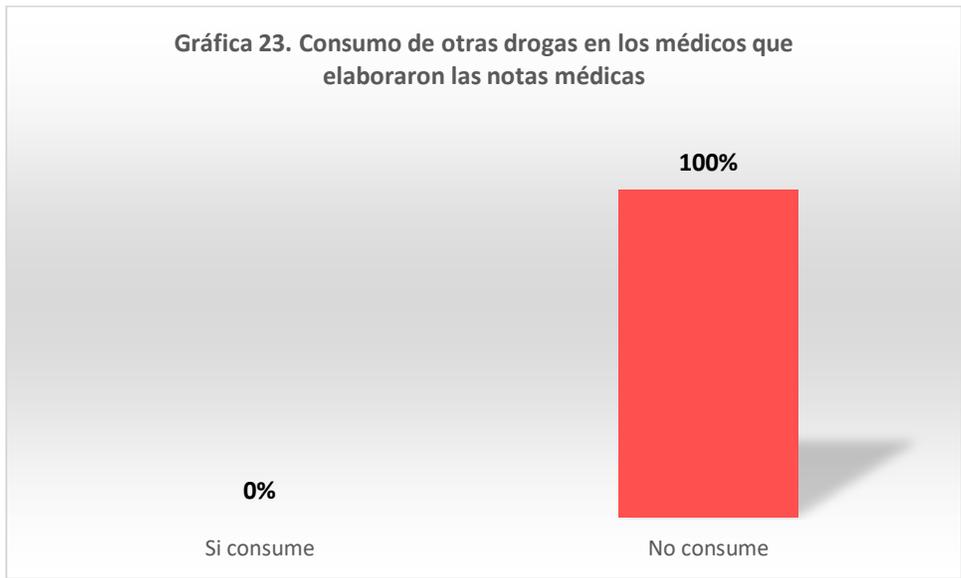
Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 23. Consumo de otras drogas en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Consumo de otras drogas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	0	0
No	21	100
Total	21	100

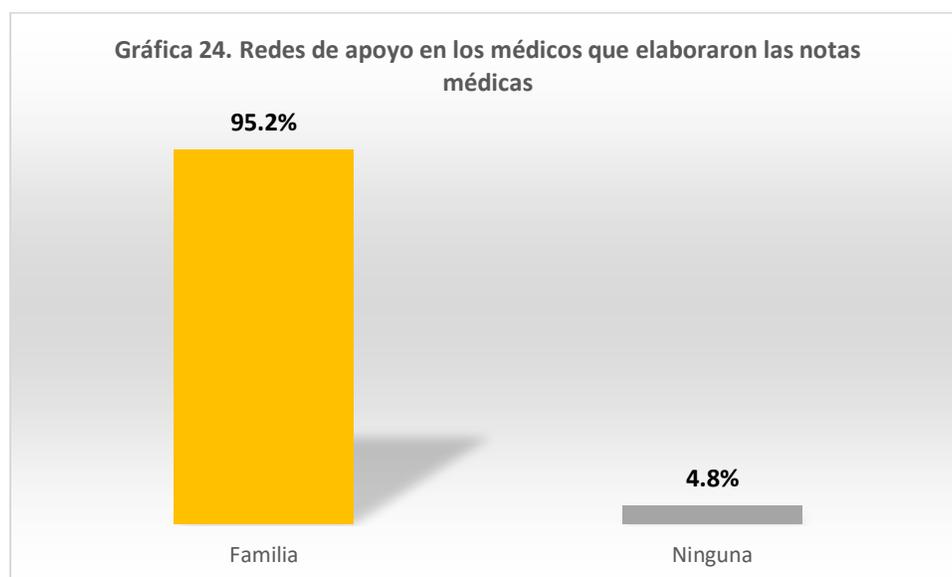
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 24. Redes de apoyo en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Red de apoyo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Familia	20	95.2
Ninguna	1	4.8
Total	21	100

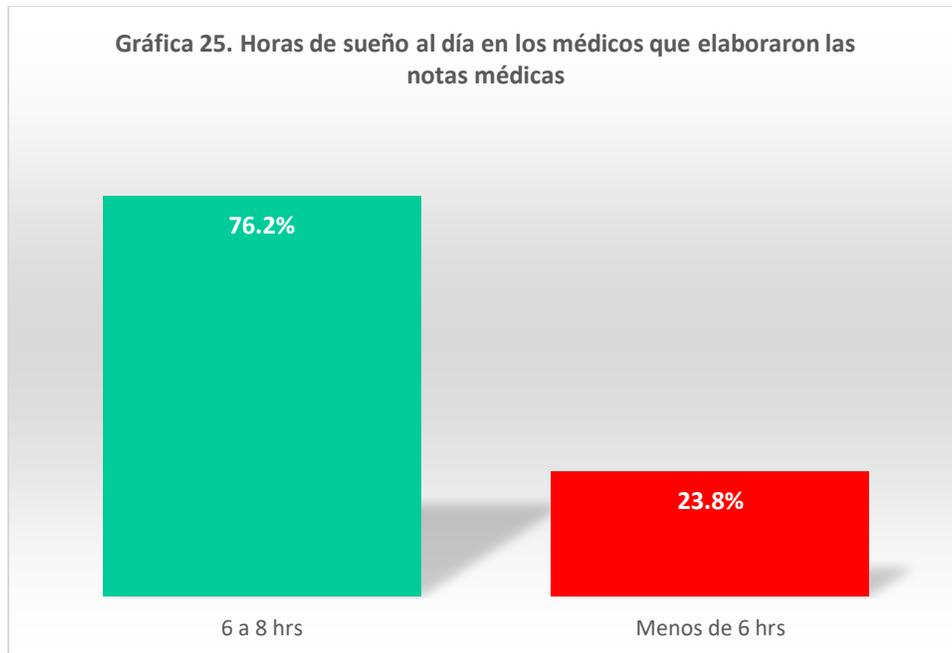
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 25. Horas de sueño al día en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Horas de sueño</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
6 a 8 hrs	16	76.2
Menos de 6 hrs	5	23.8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

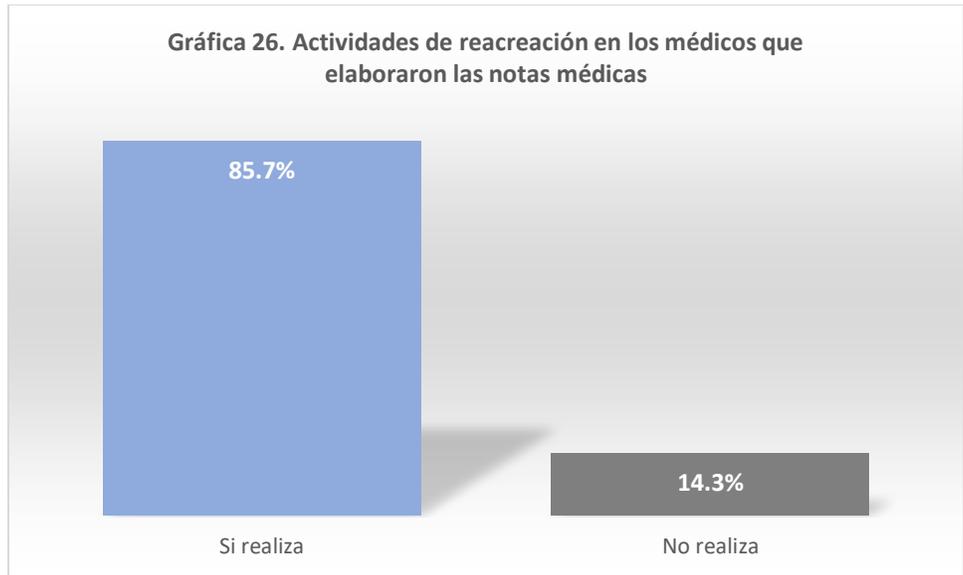
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 26. Actividades de recreación en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Actividades de recreación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	18	85.7
No	3	14.3
Total	21	100

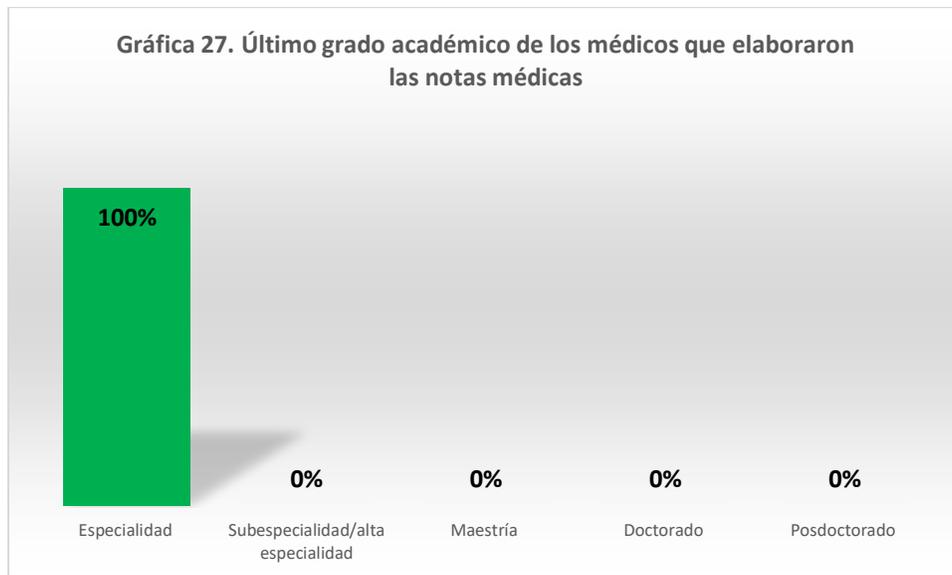
Fuente: n=210 Trejo F P.J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F P.J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 27. Último grado académico de los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Grado académico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Especialidad	210	100
Subespecialidad/alta especialidad	0	0
Maestría	0	0
Doctorado	0	0
Posdoctorado	0	0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

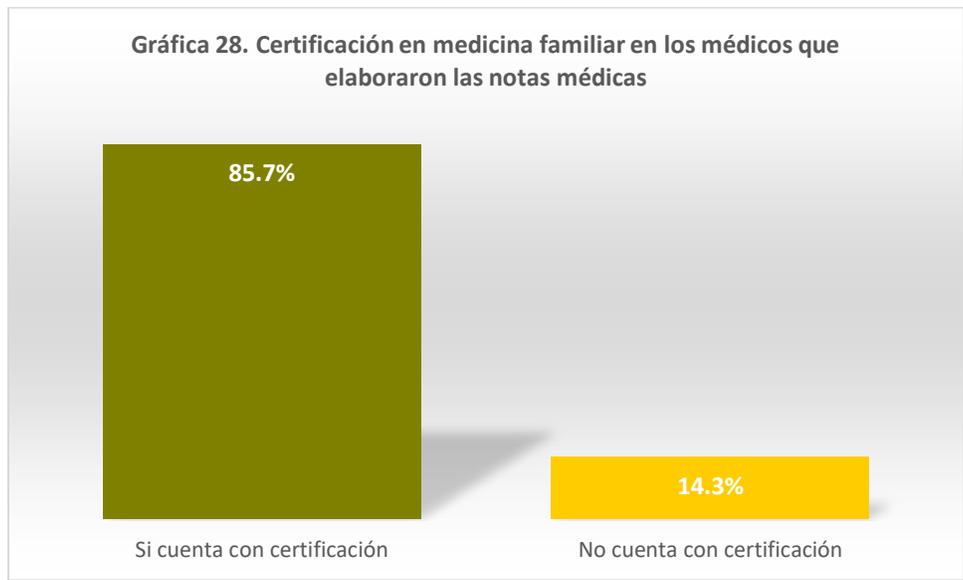
Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 28. Certificación en medicina familiar en los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Certificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	18	85.7
No	3	14.3
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



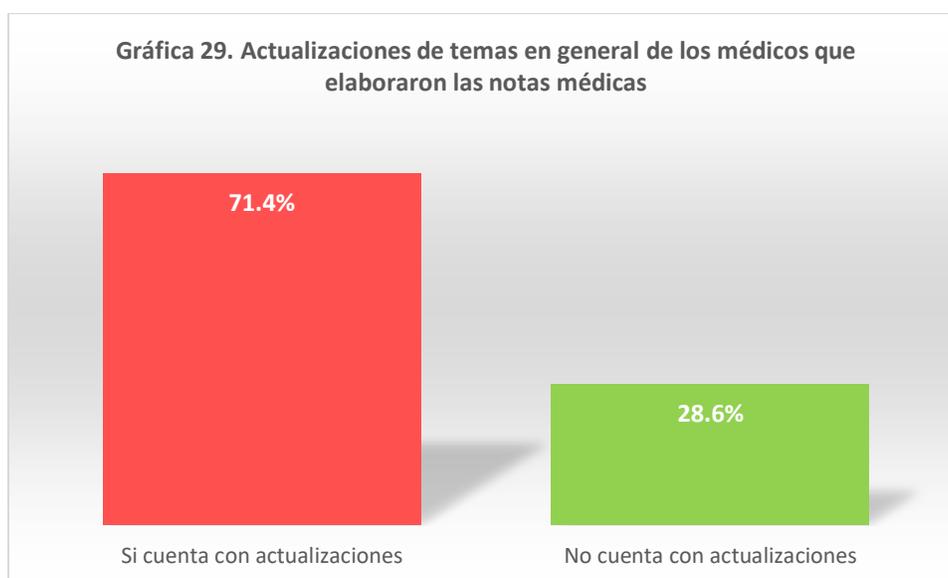
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 29. Actualizaciones de temas en general de los médicos que elaboraron las notas médicas**

<b>Actualizaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	15	71.4
No	6	28.6
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 29. Actualizaciones de temas en general de los médicos que elaboraron las notas médicas**



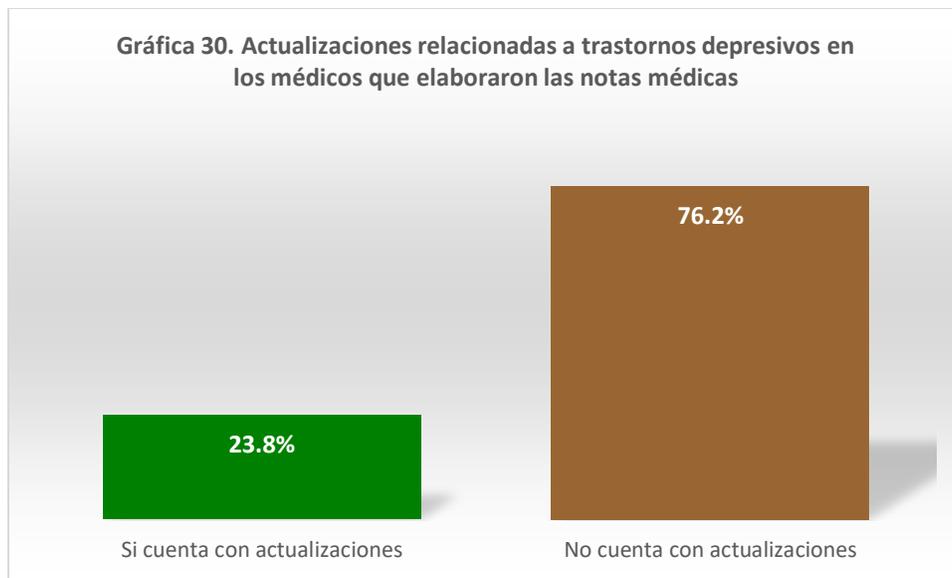
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 30. Actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos en los médicos que elaboraron las notas médicas**

<b>Actualizaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	5	23.8
No	16	76.2
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

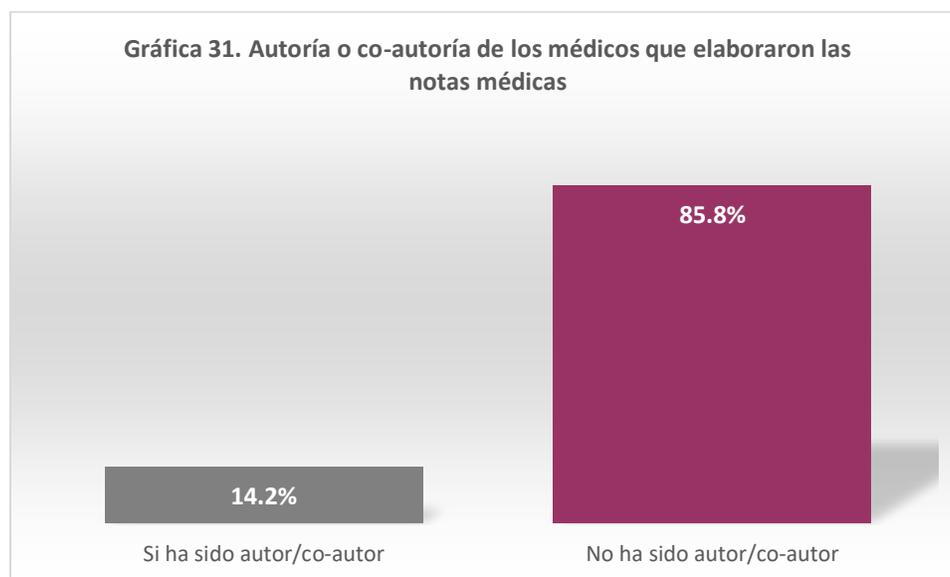
**Gráfica 30. Actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos en los médicos que elaboraron las notas médicas**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 31. Autoría o co-autoría de los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Autoría o co-autoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	3	14.2
No	18	85.8
Total	21	100

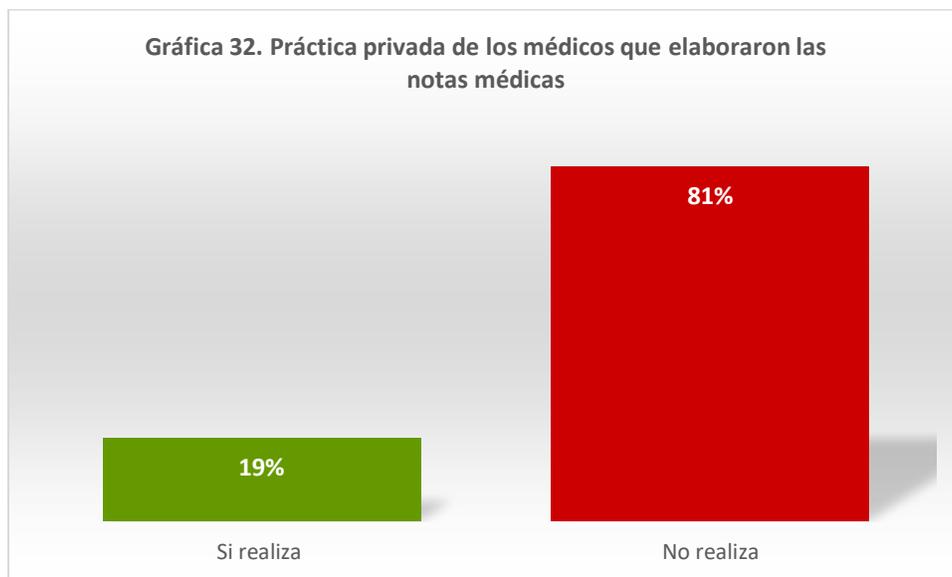
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 32. Práctica privada de los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Práctica privada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	4	19
No	17	81
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



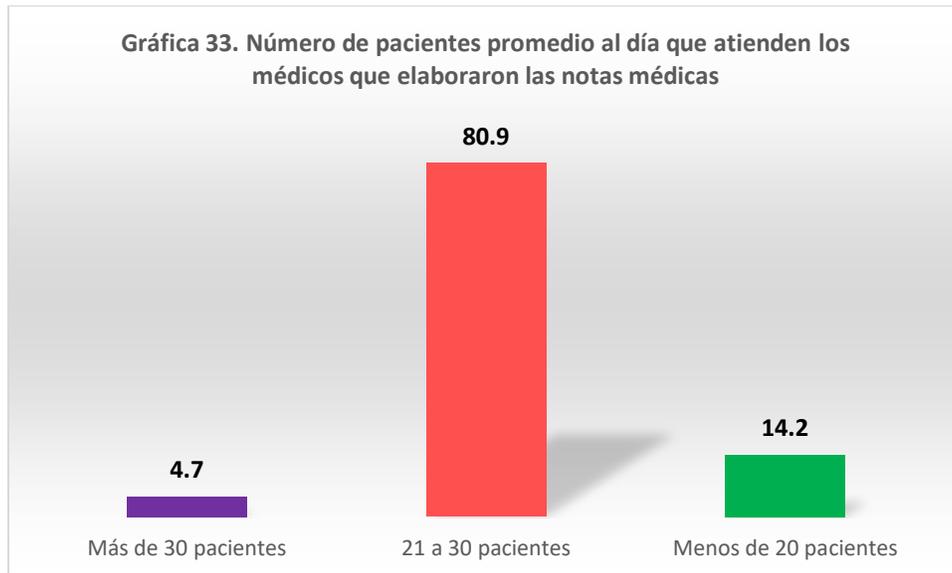
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 33. Número de pacientes promedio al día que atienden los médicos que elaboraron las notas médicas**

Número de pacientes	Frecuencia	Porcentaje (%)
Más de 30 pacientes	1	4.7
21 a 30 pacientes	17	80.9
Menos de 20 pacientes	3	14.2
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 33. Número de pacientes promedio al día que atienden los médicos que elaboraron las notas médicas**



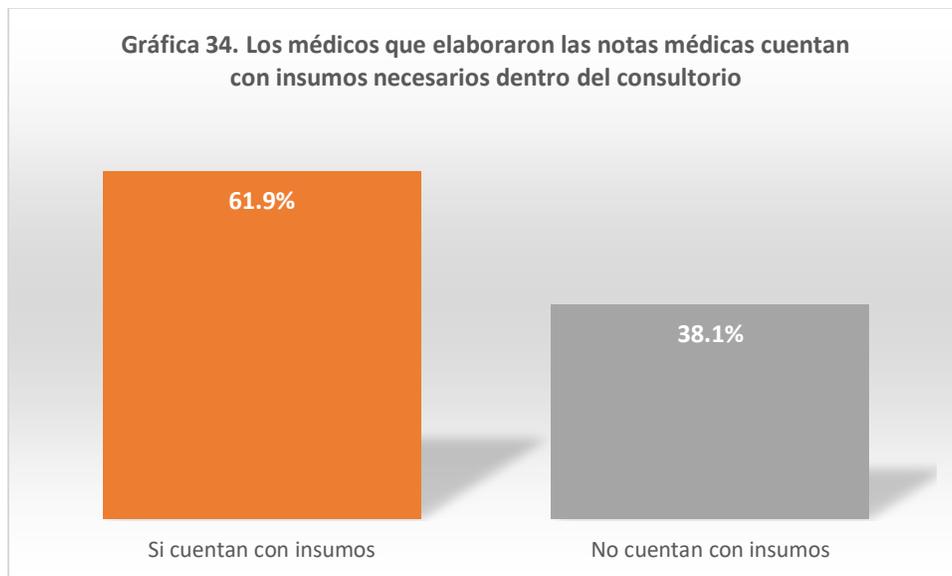
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 34. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con insumos necesarios dentro del consultorio**

Cuenta con insumos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	13	61.9
No	8	38.1
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 34. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con insumos necesarios dentro del consultorio**



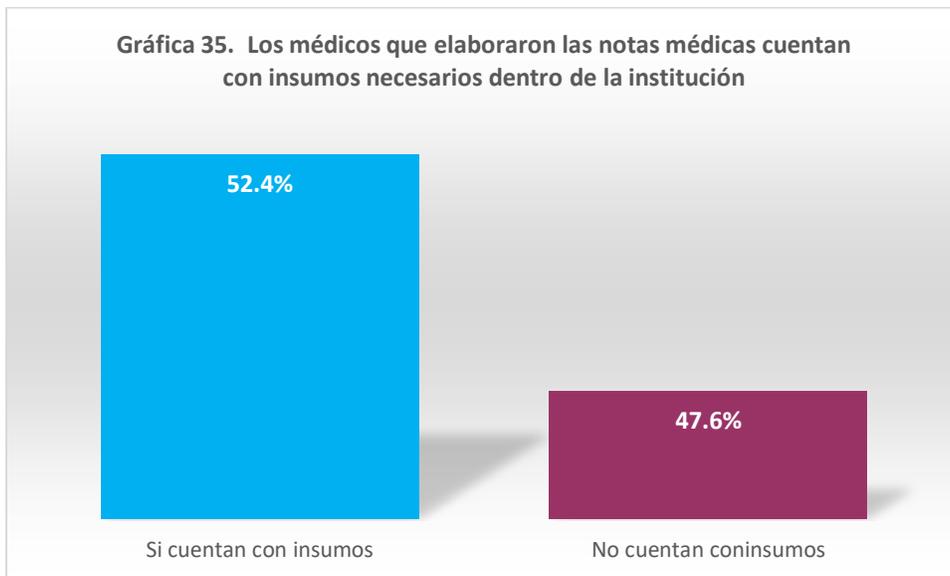
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 35. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con insumos necesarios dentro de la institución**

Práctica privada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	11	52.4
No	10	47.6
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 35. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con insumos necesarios dentro de la institución**



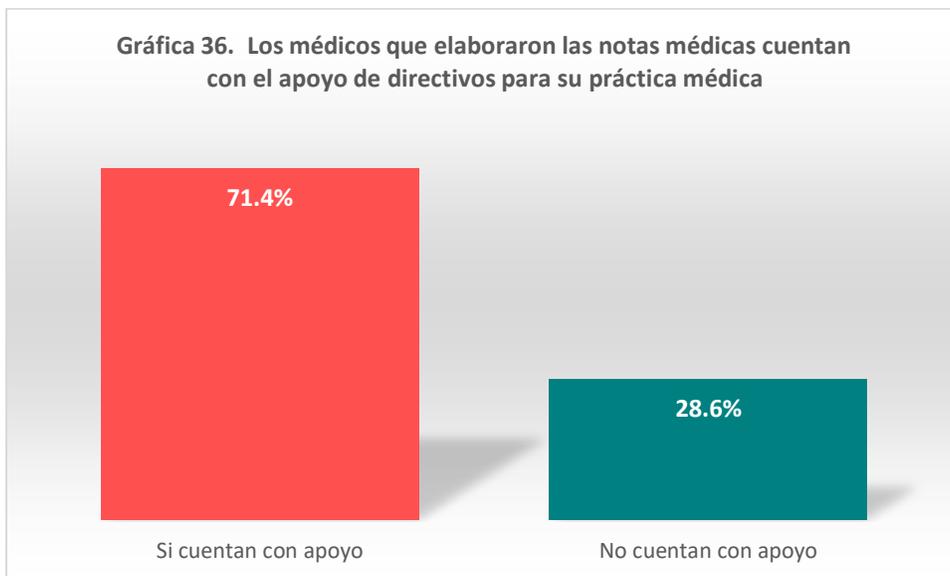
Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 36. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con el apoyo de directivos para su práctica médica**

Práctica privada	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	15	71.4
No	6	28.6
Total	21	100

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

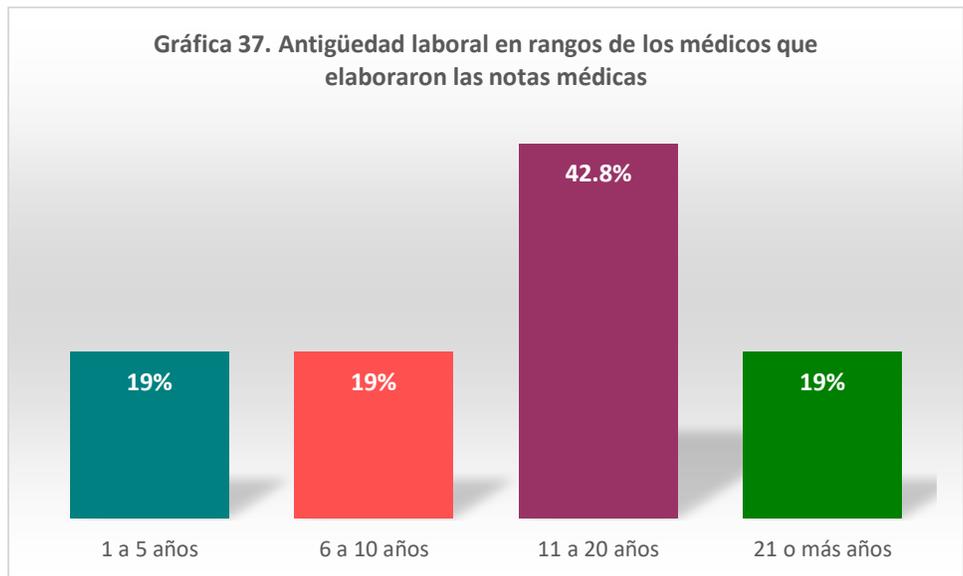
**Gráfica 36. Los médicos que elaboraron las notas médicas cuentan con el apoyo de directivos para su práctica médica**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 37. Antigüedad laboral en rangos de los médicos que elaboraron las notas médicas</b>		
<b>Rango de antigüedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
1 a 5 años	4	19
6 a 10 años	4	19
11 a 20 años	9	42.8
21 o más años	4	19
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

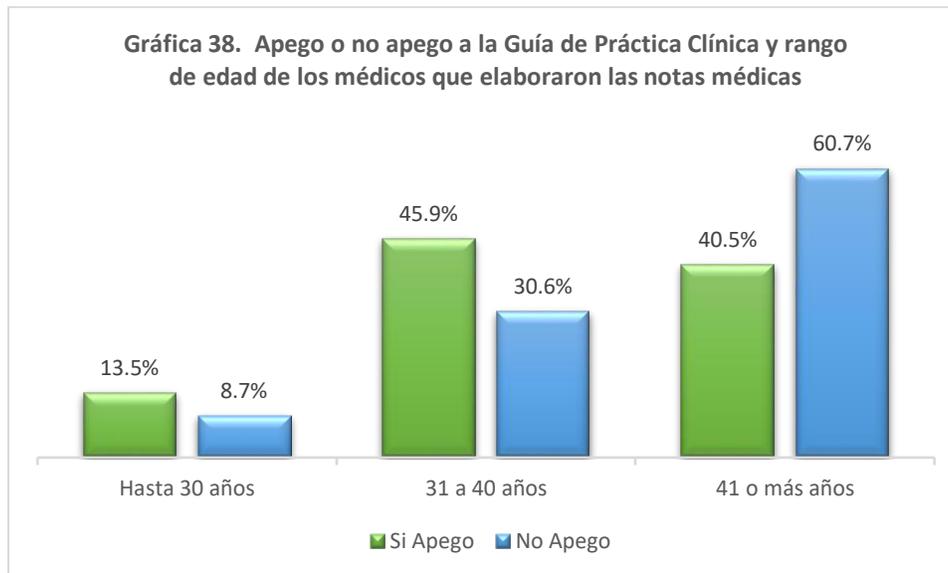
**Tabla 38. Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica y rango de edad de los médicos que elaboraron las notas médicas**

Edad en rangos	Apego / No apego			
	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
Hasta 30 años	5	13.5	15	8.7
31 a 40 años	17	45.9	53	30.6
41 o más años	15	40.5	105	60.7
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.08**

Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 38. Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica y rango de edad de los médicos que elaboraron las notas médicas**



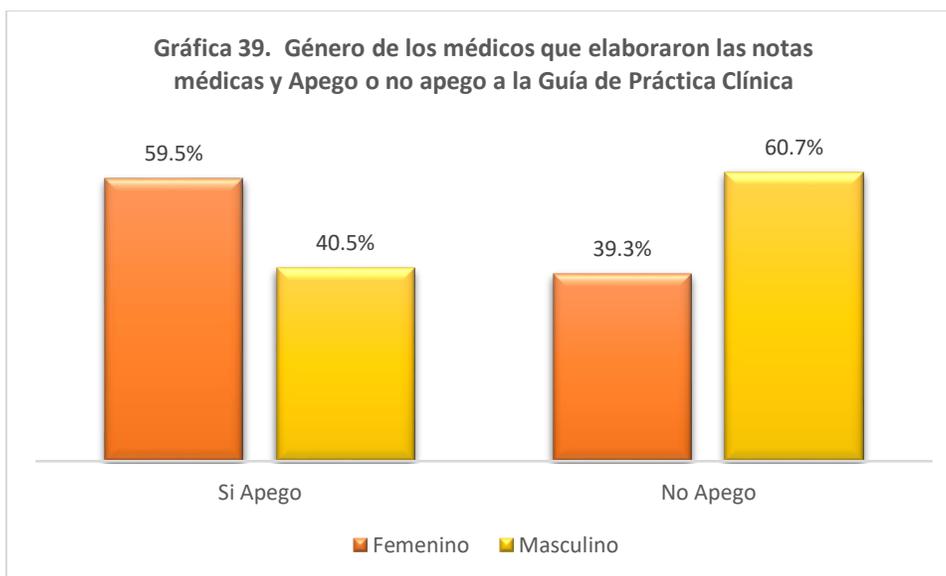
Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Tabla 39. Género de los médicos que elaboraron las notas médicas y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**

Género	Apego / No apego			
	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
Femenino	22	59.5	68	39.3
Masculino	15	40.5	105	60.7
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.2**

Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

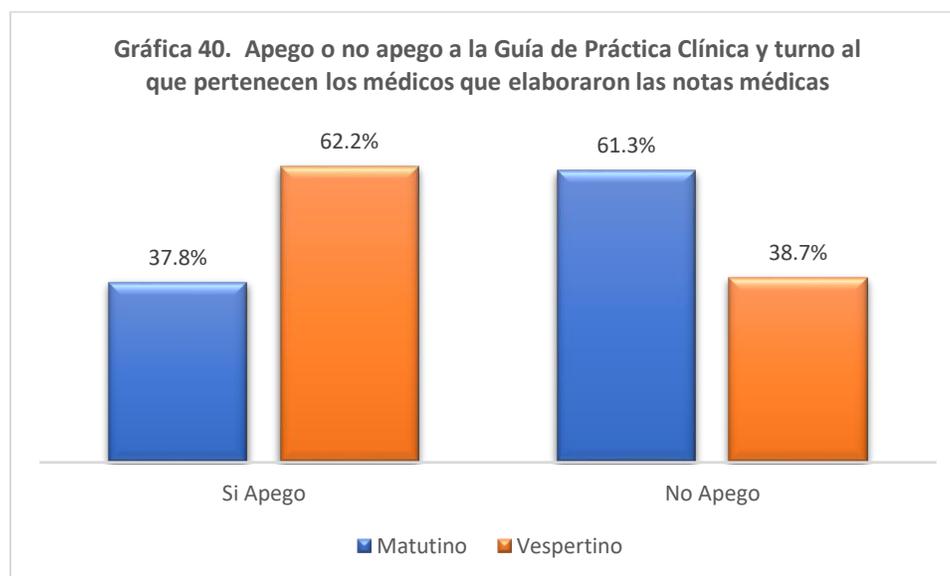


Fuente: n=210 Trejo F P J, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 40. Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica y turno al que pertenecen los médicos que elaboraron las notas médicas</b>				
<b>Turno</b>	<b>Apego / No apego</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Matutino	14	37.8	106	61.3
Vespertino	23	62.2	67	38.7
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.00**

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

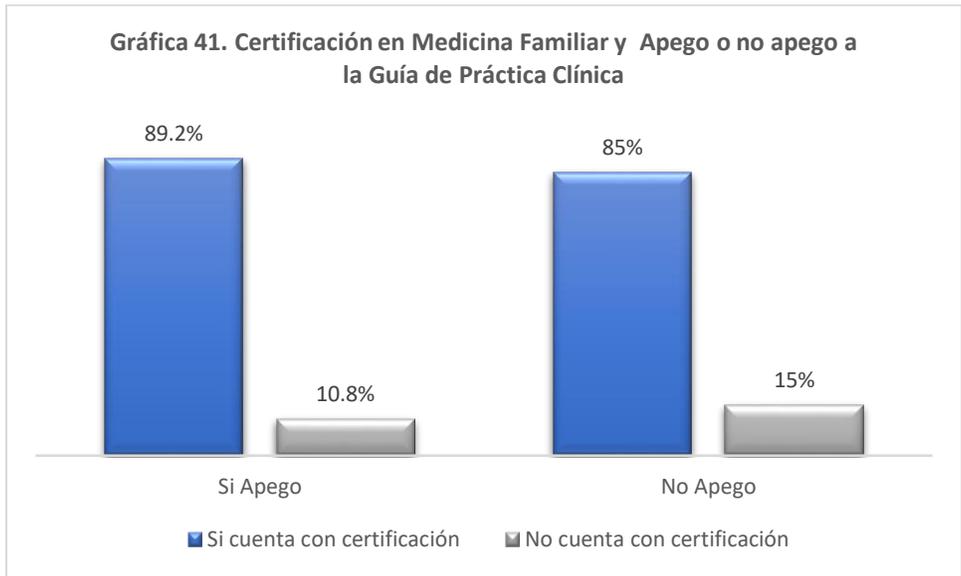


Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

<b>Tabla 41. Certificación en Medicina Familiar y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica</b>				
<b>Certificación</b>	<b>Apego / No apego</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Si	33	89.2	147	85
No	4	10.8	26	15
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.50**

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

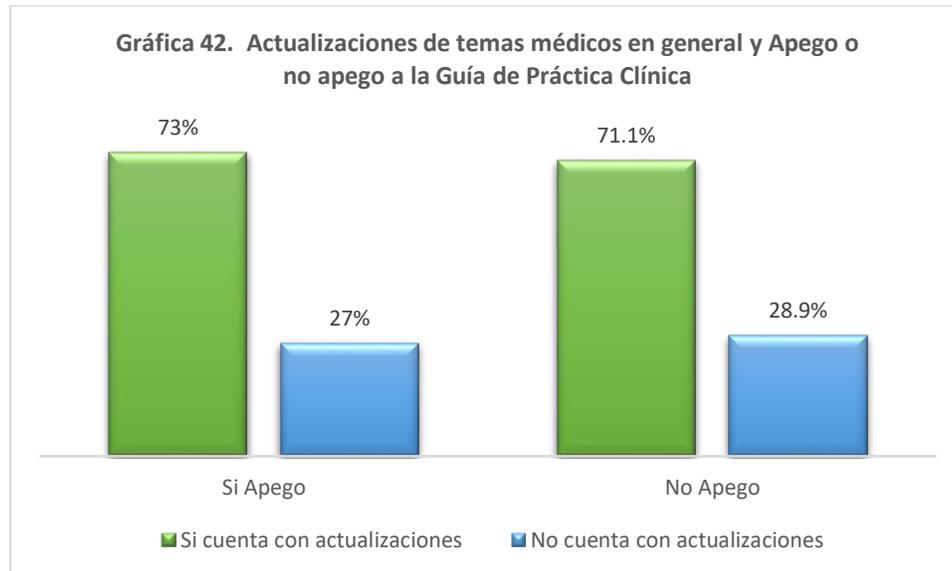
**Tabla 42. Actualizaciones de temas médicos en general y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**

Actualizaciones	Apego / No apego			
	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
Si	27	73	123	71.1
No	10	27	50	28.9
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.81**

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 42. Actualizaciones de temas médicos en general y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

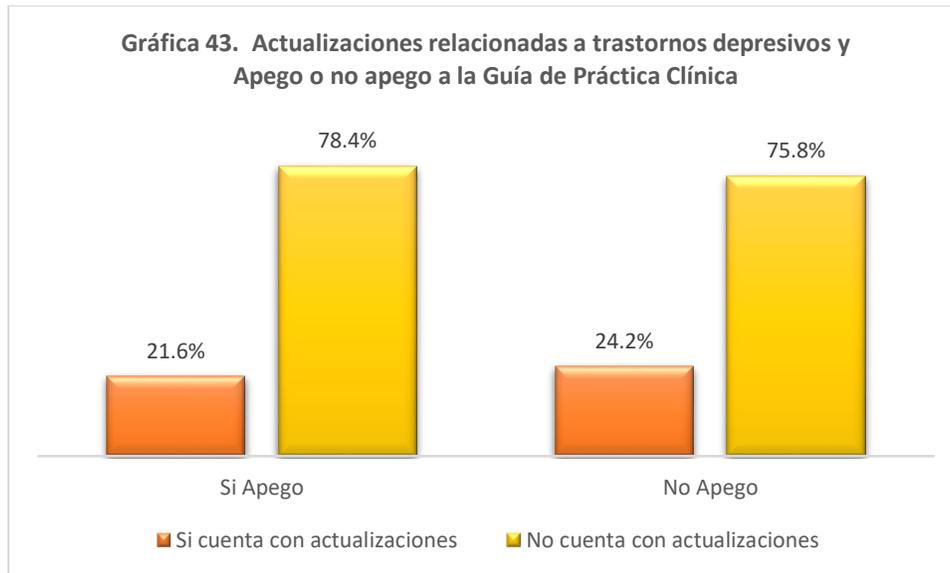
**Tabla 43. Actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**

Actualizaciones	Apego / No apego			
	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
Si	8	21.6	42	24.2
No	29	78.4	131	75.8
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.68**

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

**Gráfica 43. Actualizaciones relacionadas a trastornos depresivos y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

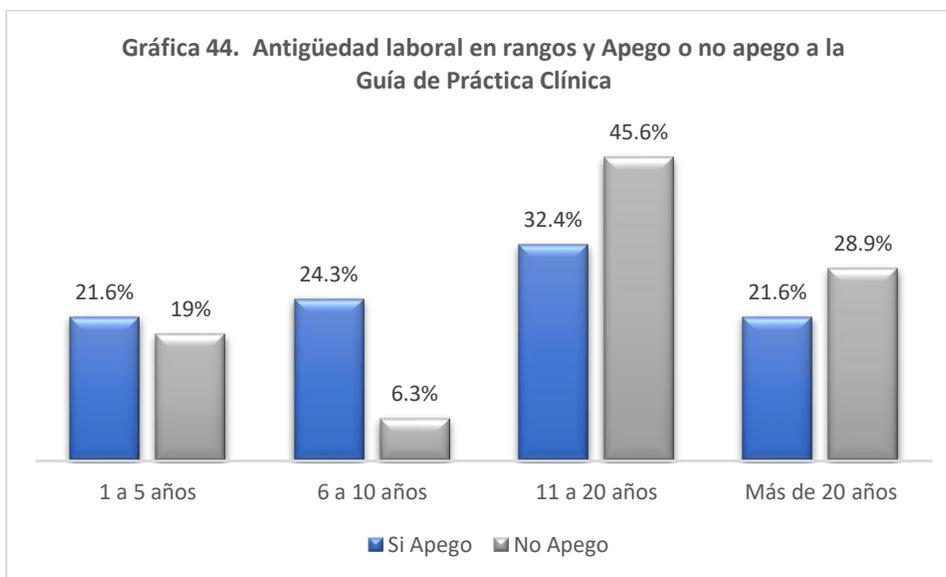
**Tabla 44. Antigüedad laboral en rangos y Apego o no apego a la Guía de Práctica Clínica**

Antigüedad en rangos	Apego / No apego			
	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
1 a 5 años	8	21.6	33	19
6 a 10 años	9	24.3	11	6.3
11 a 20 años	12	32.4	79	45.6
Más de 20 años	8	21.6	50	28.9
Total	37	100	173	100

**Chi cuadrada de Pearson = 0.00**

Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

Chi cuadrada de Pearson= 0.08



Fuente: n=210 Trejo F PJ, Maravillas E A, Vilchis-C E, Mendiola-P IR. Evaluación de apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

## DISCUSIÓN

La existencia de una gran variabilidad en la práctica clínica, las dificultades para hacer accesibles tratamientos eficaces que mejoren los resultados en salud, la presión por optimizar el uso eficiente de los recursos y el que se favorezca la continuidad terapéutica y asistencial, justifican la necesidad de desarrollar herramientas de ayuda en la toma de decisiones clínicas como son las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia.<sup>7</sup>

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud. La importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de elaborar una herramienta accesible a todos los profesionales de la salud y en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de la atención a los usuarios; razón por la cual fue creada la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto.<sup>6</sup>

En el presente estudio, *Evaluación de apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"*, durante el desarrollo de este trabajo no se encontró registro alguno o reporte de estudios previos de temática similar, sin embargo, se evidenció que el 17.6 % de los expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia presentan apego a la guía de práctica clínica IMSS-194-10, este resultado nos plantea que la mayoría de los médicos adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar, quienes son responsables de la atención primaria a la salud dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentran ejerciendo la práctica médica sin apego a esta GPC.

Las GPC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones que tienen un beneficio probado y desaconsejando las intervenciones inefectivas. Sin embargo, a pesar de estas potenciales ventajas, numerosos estudios demuestran un bajo cumplimiento de las recomendaciones

contenidas en GPC realizadas por asociaciones de profesionales o por las administraciones sanitarias, tanto para condiciones de salud agudas como crónicas. <sup>26, 27,</sup>

28

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se encontró que el no apego puede deberse a notas incompletas que carecen de información indispensable para poder diagnosticar este tipo de trastornos y que dificultan el seguimiento longitudinal de los pacientes para así poder evaluar la efectividad del tratamiento y el apego al mismo, retrasan u omiten el envío a segundo nivel, no se considera el uso de técnicas psicoterapéuticas en conjunto con el tratamiento farmacológico, entre otros. Por lo que es importante implementar que en las notas médicas se plasmen todas estas acciones, para saber si en verdad se llevan a cabo o definitivamente se omiten, y si es así poder identificar la causa del incumplimiento para poder diseñar estrategias que permitan otorgar una atención completa e integral al paciente con trastornos depresivos.

Todo esto es probablemente atribuible a las barreras que puedan existir para el apego a las GPC o a la falta de agentes facilitadores para el mismo fin. Las barreras y los agentes facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional. En el caso de las GPC se concreta este cambio en el grado de adherencia a sus recomendaciones. <sup>33, 34</sup>

En relación a los resultados obtenidos en este estudio considerando al personal sanitario pudimos identificar que los médicos del género femenino tuvieron un mayor apego con 59.5%, así como los médicos que corresponden al turno vespertino con el 62.2% de apego, aunado a la antigüedad laboral para la que observamos un mayor grado de apego en los médicos en rango de edad de 11 a 20 años con 32.4%. Dejando de lado a variables como la edad del médico, el grado académico, certificaciones y actualizaciones, insumos para la práctica médica y cantidad de pacientes por turno ya que no se obtuvo una Chi cuadrada de Pearson significativa. Datos con los que podemos inferir que el no apego a la GPC no es meramente por falta de conocimientos, sino, que existen otras barreras a considerar como lo son la distribución de los médicos por turno de acuerdo a la antigüedad laboral, puesto que de acuerdo a este estudio pudimos identificar que los médicos que pertenecen al turno vespertino son en su mayoría los médicos de menor antigüedad.

Del mismo modo pudimos observar que el género femenino tiene tendencia a un mayor apego a la GPC, poniendo en evidencia que las barreras que existen para que haya apego a las GPC no son solamente formativas o relacionadas a insumos para la atención médica, mucho menos de difusión o falta de acceso a las GPC, sino que existen barreras que van más allá, como lo son las características sociodemográficas de la plantilla de médicos que laboran en esta unidad demostrando que los médicos pueden no poseer las habilidades individuales o de equipo suficientes para implementar las recomendaciones.

Dentro de los alcances logrados con esta investigación está la identificación de las barreras que puedan existir para el apego a las GPC o a la falta de agentes facilitadores para el mismo fin y así poder contribuir a la implementación del cambio en la práctica profesional. En el caso de las GPC se concreta este cambio en el grado de adherencia a sus recomendaciones.

Un punto de importancia es considerar que las barreras que limitan el uso de una GPC son sumamente variadas, por lo que podemos inferir que la implementación de las GPC tendría una mayor probabilidad de ser efectiva cuando el diseño de la intervención se realiza sobre la base de la evidencia y de manera contextualizada, considerando aquellos factores locales que podrían actuar como barreras en el uso de la GPC y considerando un abordaje sistemático en el diseño de intervenciones orientadas a la superación de las barreras y el aprovechamiento de los factores facilitadores.

Si bien, sabemos que es poco probable que exista una “intervención modelo”, otro de los alcances obtenidos en este estudio es dar pauta para implementar condiciones facilitadoras que puedan afectar favorablemente el proceso y propiciar los cambios necesarios, considerando situaciones o características propias de los pacientes, de la economía, de la educación, de la comunidad, de los profesionales sanitarios, del sistema de salud y de las políticas de salud.

Que este estudio sirva como pauta para mejorar la formación en salud mental de los profesionales, así como reducir la presencia de posibles actitudes negativas de éstos hacia la depresión, disponer de herramientas diagnósticas validadas y propiciar el adecuado uso y apego a las Guías de Práctica Clínica ya existentes.

Las limitantes que se presentaron para obtener los datos del presente estudio fue la falta de equipos de cómputo en el servicio de medicina familiar, ya que se disponen de acuerdo a los consultorios y el personal; así mismo no todo el personal tiene acceso al catálogo completo del expediente clínico electrónico, motivo por el cual los jefes de servicio deben ser los que proporcionen la autorización para realizar la búsqueda de información.

Otra de las limitantes encontradas durante el desarrollo de la investigación son los rubros considerados en la Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica, la cual consta de 17 rubros, de tal forma que 1 de ellos combina datos a evaluar sobre tratamiento tanto en primer como en tercer nivel de atención, 3 de ellos corresponden específicamente a segundo y tercer nivel y dos más combinan primer y segundo nivel de atención al investigar sobre tratamiento de mantenimiento y seguimiento; lo cual dificulta la evaluación específicamente del primer nivel de atención, al ser una GPC “mixta” con enfoque en los 3 niveles de atención.

Conforme a los sesgos presentes en la investigación, estos pudieron haberse generado por la plantilla que conforman los médicos que atienden la consulta externa de Medicina Familiar, ya que no sólo son médicos con esta especialidad , sino también médicos psiquiatras que se encuentran dando atención primaria a la salud en el servicio de consulta externa de medicina familiar, lo cual, al tratarse de un problema relacionado a la salud mental, es probable que su enfoque y abordaje sea distinto al del médico familiar.

Otro sesgo importante a considerar son las estrategias empleadas para brindar atención a la gran cantidad de pacientes que acuden a consulta de medicina familiar, hablando específicamente de la implementación de la atención médica mediante la consulta por “unifila”, ya que esta estrategia no permite que un médico en particular de seguimiento por tiempo prolongado a los pacientes con trastornos depresivos mermando así la atención integral y referencia oportuna a otro nivel de atención cuando es necesario, lo que entorpece el seguimiento longitudinal de los pacientes generando barreras para la aplicación de las GPC de una manera completa y adecuada.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio podemos enfocar las estrategias a nivel de la práctica de la medicina familiar:

En el ámbito asistencial para el médico familiar el verdadero reto se presenta en poder realizar un abordaje integral de los pacientes con trastornos depresivos, efectuar un diagnóstico oportuno para poder iniciar con el tratamiento adecuado, dar seguimiento y obtener una respuesta de tal manera que mejore la calidad de vida del paciente, todo esto teniendo conocimiento de los rubros que considera la cédula de verificación que se planteó en este trabajo. Por lo que se propone crear una estrategia para poder identificar las barreras tanto internas como externas y los factores favorecedores que puedan entorpecer o mejorar el apego a las GPC y de esta manera mejorar la práctica diaria y la atención longitudinal de los pacientes para obtener una mejor calidad en la atención médica del primer nivel de atención.

En cuanto al aspecto educativo este estudio nos aporta un mayor entendimiento de las áreas de oportunidad que nos permitan mejorar el conocimiento y la evaluación sistemática de la aplicación de las GPC en nuestra práctica clínica, para mejorar nuestro desempeño como profesionales de la salud fortaleciendo los conocimientos propios de la patología y al mismo tiempo brindarnos la oportunidad para llevar a cabo una retroalimentación entre pares y a través de directivos para tener un mejor entendimiento de éstas y aplicar de forma exitosa los puntos expuestos en ellas. Por lo que se propone crear estrategias que permitan la educación médica continua, la difusión para conocimiento y aplicación de las GPC en la práctica diaria, para posteriormente poder someter a los médicos a una evaluación formativa sobre el apego a las GPC.

En el área de la investigación se espera que este trabajo forme parte de los estudios que marcan un punto de referencia para ofrecer planes de mejora en la práctica médica, partiendo de la realización de estudios o investigaciones en las diferentes instituciones médicas, para poder unificar los criterios de Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos depresivos en el adulto, logrando un seguimiento longitudinal en los pacientes con estos trastornos y poder determinar las barreras y agentes facilitadores que propicien o entorpezcan el apego a las guías y así poder crear estrategias para mejora la difusión y aplicabilidad de las mismas, así como realizar un sistema de evaluación que nos permita valorar de manera constante y contigua el apego que tienen o no los médicos a las GPC y

con base a los resultados tomar medidas de acción para la mejora continua de la práctica médica en el primer nivel de atención.

En lo referente al área administrativa se pretende que se gestionen estrategias que permitan la actualización para el personal médico, así como una mejor y más equitativa distribución de médicos en ambos turnos con el objetivo de crear redes más fuertes de conocimiento y entre pares para así fomentar el compromiso de los médicos familiares para el apego a las guías y el compromiso de los jefes de departamento clínico para que se lleven a cabo estas actividades, así como para la evaluación formativa de los resultados de estas acciones.

## CONCLUSIONES

La investigación cumplió con el objetivo de evaluar el apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en donde se concluyó de acuerdo a los resultados del estudio, que sólo 17.6 % de los expedientes de pacientes de la consulta externa de medicina familiar con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia presentan apego, lo que nos indica que existe un mal apego a esta GPC.

De acuerdo con los datos que se obtuvieron se aceptó la hipótesis alterna y se descartó la hipótesis nula que fue planteada con fines educativos, concluyendo que el apego a esta GPC es bajo en el HGZ/MF No. 8.

La literatura ha evidenciado que el impacto de las GPC en la práctica clínica es moderado o escaso, ya sea por desconocimiento de los profesionales, por existencia de barreras organizativas o porque no son accesibles durante la prestación de la asistencia. Otra de las situaciones que contribuyen a la falta de apego a las guías de práctica clínica es el hecho de no realizar un adecuado registro de las acciones efectuadas, provocando la omisión de una gran cantidad de datos importantes para una adecuada valoración.

Los resultados también permiten concluir que la distribución de los médicos de acuerdo al turno en el que laboran puede conducir a una barrera para el adecuado apego a la GPC, esto relacionado a la antigüedad laboral de los médicos. Otro punto importante a considerar es el hecho de la consulta por “unifila” lo que merma el seguimiento longitudinal de los pacientes, lo que puede entorpecer la calidad de la atención médica. Por lo que No parece probable que sólo la difusión de las GPC de depresión, ya sea en formato de texto o a través de internet, pueda mejorar más que modestamente la situación actual de la asistencia a los pacientes depresivos y, además, que pueda mantenerse en el tiempo. Lo que demuestra que las barreras encontradas en este estudio mas que de conocimientos médicos están relacionadas a factores sociodemográficos de los médicos que laboran en esta unidad.

Dentro de los puntos que se lograron identificar para mejorar el apego a la guía de práctica clínica, están la distribución estratégica y equitativa de los médicos que brindan atención en la consulta externa de medicina familiar, considerando su antigüedad laboral y el género de estos de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio. Así como capacitar a los médicos de acuerdo a la evidencia científica sobre instrumentos y estrategias para la detección de depresión ya que dos dificultades principales en el diagnóstico de la depresión son el infradiagnóstico, es decir, el no diagnosticar depresión en personas que realmente sufren depresión, dando lugar por tanto a falsos negativos, y el sobrediagnóstico, es decir, el diagnosticar depresión en personas que realmente no sufren depresión, dando lugar a falsos positivos; sin dejar de lado la actualización respecto a temas de tratamiento, la referencia oportuna al siguiente nivel de atención, el seguimiento longitudinal de los pacientes, la referencia a grupos asistenciales dentro de la misma unidad y la educación en salud relacionada a prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Todo esto realizando capacitación continua y evaluación periódica para identificar las áreas de oportunidad y poder realizar estrategias específicas que ayuden a mejorar el abordaje integral de la patología. Es importante continuar con las investigaciones sobre el apego a las GPC, en este caso la enfocada al diagnóstico y tratamiento de trastornos depresivos en el adulto, puesto que es una enfermedad con alta prevalencia y que se espera que más del 20% de la población mundial padezca de estos trastornos convirtiéndola en un problema de salud pública muchas veces mal diagnosticado y por ende mal tratado.

Se concluye, que esta investigación es trascendente ya que se logró evidenciar el mal apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, lo que demuestra la relevancia que se le debe dar a este trastorno, siendo un padecimiento que va en aumento convirtiéndose en una de las principales causas de atención de consulta de primer nivel de atención, y una de las causas de incapacidad laboral que genera alto gasto de recursos a nivel institucional, lo que nos motiva a fomentar en los médicos de primer nivel la utilización de las guías de práctica clínica para mejorar el abordaje de las patologías, dar una atención médica de calidad y mejorar calidad de vida de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales [internet]. Ginebra: OMS/OPS, 2017 [citado mayo 11, 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease: 2004 update [internet]. Ginebra: OMS, 2008 [citado mayo 11, 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1)
4. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American medical association*. 2004;291(21), 2581-2590.
5. Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *salud pública de México*. 2020; 62(6).
6. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015.
7. Cavero Álvarez, M. (2017). *Impacto de la guía clínica de la depresión informatizada de Cataluña en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en atención primaria: estudio controlado del efecto de un proceso de implementación*.

8. Tylee, A., & Gandhi, P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2005; 7(4), 167.
9. Lyness, J. M. Unipolar depression in Adults: Assessment and diagnosis. *UpToDate*. Waltham, MA: Denise S. Basow. Retrieved from. 2015
10. Williams, J., Nieuwsma, J., Elmore, JG, Roy-Byrne, PP y Melin, JA. Detección de depresión en adultos. *UpToDate (pristupljeno 20.4.2017)*. 2018; dostupno na: [http:// www.A hoy.com](http://www.A hoy.com).
11. Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., & Lohr, K. N. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2002; 136(10), 765-776.
12. Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., & Thomas, R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama*, 2003; 289(23). 3145-3151.
13. Rubenstein, L. V., Williams Jr, J. W., Danz, M., Shekelle, P., Suttorp, M., & Johnsen, B. Determining key features of effective depression interventions [Internet]. 2009.
14. Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. 2009; 374(9690), 609-619.
15. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, et al. Sufrir en silencio: motivos para no revelar la depresión en atención primaria. *Ann Fam Med* 2011; 9: 439.
16. Mojtabai, R., & Olfson, M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *Journal of clinical Psychiatry*. 2008; 69(7), 1064-1074.

17. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 2003; 289(23), 3095-3105.
18. Thompson, C., Kinmonth, AL, Stevens, L., Pevele, RC, Stevens, A., Ostler, KJ, et al. Efectos de una guía de práctica clínica y educación basada en la práctica sobre la detección y el resultado de la depresión en la atención primaria: ensayo controlado aleatorio del Hampshire Depression Project. *The Lancet*, 2000; 355 (9199), 185-191.
19. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression in Adults. Recommendation Statement [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2009. [consulta el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression/addeprrs.htm>.
20. NICE. Developing guidance-related support tools: process and methodology manual for internal NICE teams [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. [consulta el 9 de mayo de 2021]. Disponible en: [www.nice.org.uk/media/656/C4/ImplementationSupportProcessManual.doc](http://www.nice.org.uk/media/656/C4/ImplementationSupportProcessManual.doc).
21. AHCPR. Clinical Practice Guideline Number 5: Depression in Primary Care, vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville, MD: US Dept Health Human Services. Agency for Health Care Policy and Research: April 1993. AHCPR publication 93-0551
22. Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General hospital psychiatry*. 2010; 32(2), 201-209.
23. Simon, G. E., Von Korff, M., Rutter, C. M., & Peterson, D. A. Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant

prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58(4), 395-401.

24. Weisz G, Cambrosio A, Keating P, Knaapen L, Schlich T, Tournay VJ. The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q*. 2007 Dic; 85(4):691–727.
25. Graham, R., Mancher, M., Wolman, DM, Greenfield, S. y Steinberg, E. Instituto de Medicina. Guías de práctica clínica en las que podemos confiar. *Prensa Natl Acad*. 2011.
26. Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible?. *Medical journal of Australia*. 2004; 180, S50-S51.
27. McGlynn, EA, Asch, SM, Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. y Kerr, EA. La calidad de la atención médica que se brinda a los adultos en los Estados Unidos. *Revista de medicina de Nueva Inglaterra*. 2003; 348(26), 2635-2645.
28. Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC medical informatics and decision making*. 2008; 8(1), 1-11.
29. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06
30. Mitchell, C., Dwyer, R., Hagan, T. y Mathers, N. Impacto del QOF y la guía NICE en el diagnóstico y manejo de la depresión: un estudio cualitativo. *Revista británica de práctica general*. 2011; 61(586), e279-e289.
31. Sánchez, A. F., Sánchez-Carracedo, D., Navarro-Rubio, M. D., Pinto-Meza, A., & Moreno-Küstner, B. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y

psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. *Atención Primaria*. 2010; 42(11), 552-558.

32. Weinmann S., Koesters M., & Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: Systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Jun; 115(6):420-33.
33. Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A. C., & Rubin, H. R. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*. 1999; 282(15), 1458-1465.
34. Shaw B, Cheater F, Baker SR, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, & Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library* 2007, Issue 4 Published by JohnWiley & Sons, Ltd
35. Grol, R., & Grimshaw, J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The lancet*. 2003; 362(9391), 1225-1230.
36. Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2006). Organizational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *Implementation science*. 2006; 1(1), 1-9.
37. Gravel, K., Légaré, F. y Graham, ID. Barreras y facilitadores para implementar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica: una revisión sistemática de las percepciones de los profesionales de la salud. *Ciencia de la implementación*. 2006; 1(1), 1-12.
38. Costa C, Etxeberria A. Diseminación e implementación de una GPC. Guías Clínicas [Internet] A Coruña 2007 [consulta el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/implementacion.asp>

39. Carlsen, B., Glenton, C., & Pope, C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British journal of general practice*. 2007; 57(545), 971-978.
40. Carlford, S., Lindberg, M., Bendtsen, P., Nilsen, P. y Andersson, A. Factores clave que influyen en la adopción de una innovación en la atención primaria de salud: un estudio cualitativo basado en la teoría de la implementación. *Práctica familiar de BMC*. 2010; 11(1), 1-11.
41. Van Bokhoven, M. A., Kok, G., & Van der Weijden, T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *BMJ Quality & Safety*. 2003; 12(3), 215-220.
42. Nutting, PA, Rost, K., Dickinson, M., Werner, JJ, Dickinson, P., Smith, JL y Gallovic, B. Barreras para iniciar el tratamiento de la depresión en la práctica de atención primaria. *Revista de Medicina Interna General*. 2002; 17(2), 103-111.
43. Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*. 2012; 33(1), 2-11.

# ANEXOS

**ANEXO 1**

**CÉDULA DE VERIFICACIÓN DE APEGO A LAS RECOMENDACIONES CLAVE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**Delegación/UMAE:**

**Unidad:**

**Número de seguridad social (agregado) del paciente:**

**Edad del paciente:**

**Sexo del paciente:**

**Fecha de la evaluación:**

**Diagnóstico(s) Clínico(s):**

**CIE-9 / CIE-10:**

**No. Catálogo maestro de la GPC:**

**IMSS-194-10**

**Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica**

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>			
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>	Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto		
<b>Código del CMGPC:</b>			
<b>TÍTULO DE LA GPC</b>			
Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto			<b>Calificación de las recomendaciones</b>
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	<b>USUARIOS DE LA GUÍA</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
Mujeres y hombres de 18 a 59 años	Médicos generales, médicos familiares, médicos psiquiatras y otras especialidades, Enfermeras, trabajadores sociales, personal de salud en formación y servicio social, psicólogos	Primero, segundo y tercer nivel de atención	
<b>RECOMENDACIONES</b>			
<b>FACTORES DE RIESGO</b>			
Investiga los siguientes antecedentes como factores de riesgo para la depresión:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiares con Depresión.</li> <li>• Enfermedades Endócrinas, Autoinmunes, Cardiovasculares.</li> <li>• Uso crónico de medicamentos como corticoesteroides, antihipertensivos, benzodiazepinas, etc.</li> <li>• Exposición a adversidades a lo largo de la vida.</li> <li>• Consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Si tiene algún trastorno mental.</li> </ul>			
Pérdida de empleo o de un ser querido recientemente.			
Investiga la presencia de Depresión en pacientes con insomnio			

<b>DIAGNÓSTICO</b>	
<p>Establece diagnóstico de Depresión al presentar positiva alguna de las siguientes preguntas:</p> <p>¿Se ha sentido triste, desanimado, sin ilusiones, sin esperanza o deprimido?</p> <p>¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer como escuchar música, trabajar, pasear, el sexo, convivir con las personas o sus pasatiempos?</p> <p>¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo?</p>	
<p>En el paciente con depresión, interroga y consigna sobre ideas de muerte o suicidas, si presenta desesperanza, si siente que la vida no tiene sentido y si ha presentado intentos suicidas.</p>	
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	
<p>Prescribe tratamiento de 8 a 12 meses, posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continua por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años, y considera mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado depresivo con una duración superior a un año</li> <li>• Dos o más episodios durante los últimos 5 años</li> </ul>	
<p>Inicia el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).</p>	
<p>Documenta en el expediente clínico la información proporcionada al paciente y familiares sobre el tratamiento, para promover la adherencia.</p>	
<p>En tercer nivel de atención, recomienda la terapia electroconvulsiva en casos de depresión refractaria, riesgo suicida y depresión psicótica.</p>	
<b>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</b>	
<p>Una vez que se obtuvo respuesta al tratamiento, refiere a instancias en las que se proporcionen intervenciones de prevención y promoción de la salud, así como actividad física o recreativa supervisada.</p>	
<p>Utiliza una técnica psicoterapéutica en conjunto con el tratamiento farmacológico.</p>	
<b>CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	
<p>Refiere de primer a segundo nivel en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja o nula respuesta al tratamiento posterior a la utilización de la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario durante la fase aguda.</li> <li>• Abuso de sustancias.</li> <li>• Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.</li> </ul>	
<p>Refiere de segundo a tercer nivel a los pacientes con episodio depresivo grave con :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto riesgo de suicidio.</li> <li>• Riesgo de heteroagresividad con o sin psicosis.</li> <li>• Necesidad de manejo en ambiente controlado</li> </ul> <p>En caso de condiciones clínicas que pongan en riesgo la integridad física del paciente o terceros se refiere de manera directa desde el primer nivel.</p>	

Se refiere de tercero a primer nivel pacientes en quienes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haya remitido la ideación suicida y alcanzado la remisión de síntomas agudos.</li> <li>• Haya remitido la sintomatología psicótica.</li> <li>• Pacientes con respuesta y estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento.</li> <li>• Pacientes con máximo beneficio al tratamiento.</li> </ul>	
Se refiere de segundo a primer nivel, los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación y mantenimiento.</li> </ul> Pacientes con máximo beneficio.	
<b>SEGUIMIENTO</b>	
Cita a revisión cada mes en el primer nivel y cada 6 meses con el psiquiatra posterior a contrarreferencia de segundo o tercer nivel.	
Paciente con tratamiento de mantenimiento, cita cada mes con su médico familiar y revaloración anual en psiquiatría, o antes si se considera necesario por inminente riesgo de recurrencia o complicación del caso.	
Una vez obtenida respuesta terapéutica, refiere al paciente a grupo educativo, y de acuerdo con criterio clínico a grupo de ayuda mutua en la unidad de primer contacto.	
<b>EVALUACIÓN</b>	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	0
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	0
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	0
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego a las recomendaciones clave de la GPC (SI / NO)	
OBSERVACIONES:	
Nombre del verificador:	

Grupo de trabajo: Trejo Flores Paola Jaqueline, Maravillas Estrada Angélica,  
Vilchis Chaparro Eduardo, Mendiola Pastrana Indira Rocío



## ANEXO 2

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Evaluación de apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Investigador a cargo: Médico Residente Dra. Paola Jaqueline Trejo Flores

Datos sociodemográficos de los Médicos							
Nombre:				Género:			
Edad		Matrícula					
Número de consultorio		Turno					
Lugar de residencia		Estado civil:	Soltero		Casado / Unión libre		
¿Tiene alguna enfermedad?		Si			No		
Si la respuesta es sí, especifique:							
Cuenta con algún diagnóstico de enfermedad psicológica o psiquiátrica		Si			No		
Actualmente tiene o ha cursado con tratamiento psicológico o psiquiátrico		Si			No		
Si la respuesta es sí, cuál es o fue la razón:							
Toxicomanías	Alcohol	Si (cantidad)		Si (cantidad)		Si (cuáles / cantidad)	
		No		No		No	
Si la respuesta es sí, especifique tipo							
¿Cuenta con redes de apoyo?	Familia		Amigos, vecinos, religión		Ninguno		
¿Cuántas horas de sueño tiene al día?	10 – 12 hrs		8 – 10 hrs		6 – 8 hrs	Menos de 6 hrs	
¿Realiza actividades de recreación?	Si				No		
Si la respuesta es sí, cuáles:							
Universidad de procedencia:							
Año en que se tituló de la licenciatura:	Año de titulación:			Años de egresado:			
Último grado académico	Licenciatura	Especialidad	Subespecialidad Alta especialidad	Maestría	Doctorado	Pos doctorado	
¿Cuenta con certificaciones?	En general	Si		No	Relacionadas a trastornos depresivos	Si	No
		Horas:				Horas:	
¿Cuenta con actualizaciones?	En general	Si		No	Relacionadas a trastornos depresivos	Si	No
		Horas:				Horas:	
Realiza actividades de:	Docencia		Investigación		Ninguna		

Ha sido autor o co-autor de algún artículo	<b>Si</b>			<b>No</b>		
¿Realiza práctica privada?	<b>Si</b>			<b>No</b>		
Número promedio de pacientes que ve al día:	<b>Más de 30</b>		<b>21 – 30</b>		<b>Menos de 20</b>	
Considera que cuenta con insumos necesarios (equipo de cómputo, acceso a internet, etc):	<b>En el consultorio:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>En la institución:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Siente que cuenta con el apoyo de directivos en su práctica médica?	<b>Si</b>			<b>No</b>		
¿Cuál es su antigüedad laboral?						

Grupo de trabajo: Trejo Flores Paola Jaqueline, Maravillas Estrada Angélica, Vilchis Chaparro Eduardo, Mendiola Pastrana Indira Rocío

## ANEXO 3



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

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:	<b>Evaluación de apego a la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Servicio de Medicina Familiar del H.G.Z. / M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Diciembre del 2021
Número de registro institucional:	En Trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en conocer el grado de apego a la GPC: trastornos depresivos en el primer nivel de atención. <b>Objetivo:</b> Evaluar el apego a la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".
Procedimientos:	Se informará a los médicos familiares adscritos al HGZ/MF No. 8 en qué consiste el protocolo de investigación y la necesidad de su participación para dicho estudio. Se proporcionará cédula para recolección de datos sociodemográficos para ser llenada por ellos.
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), sin molestia para el participante.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Elevar el grado de apego de la GPC, para un mejor diagnóstico, control y tratamiento de los pacientes con trastornos del estado del ánimo.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará en caso de datos relevantes, se realizará plática informativa posterior a la entrevista y se dará tríptico informativo sobre el tema.
Participación o retiro:	El médico tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.

#### Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<b>NA</b>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
<b>NA</b>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<b>NA</b>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:	Maravillas Estrada Angélica; Matrícula: 98113661 Médico Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" <a href="mailto:angelica.maravillas@imss.gob.mx">Tel: 55506422</a> , Ext: 28235. Fax: No Fax. Email: <a href="mailto:angelica.maravillas@imss.gob.mx">angelica.maravillas@imss.gob.mx</a>
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo. Matrícula 99377278 Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI. Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: <a href="mailto:lalovilchis@gmail.com">lalovilchis@gmail.com</a> Mendiola Pastrana Indira Rocío. Matrícula: 99126743 Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Jefe de Servicio de Medicina Familiar Turno Matutino. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Teléfono: 222395398. Fax: No Fax. Email: <a href="mailto:indra.mendiola@imss.gob.mx">indra.mendiola@imss.gob.mx</a> Trejo Flores Paola Jaqueline Matrícula 97385370. Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Teléfono: 5546888381. Fax: No Fax. Email: <a href="mailto:jak.med@hotmail.com">jak.med@hotmail.com</a>

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto	Trejo Flores Paola Jaqueline Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

**Oficio: 37.51.02.25.09/001/2021**

## ANEXO 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



Ciudad de México, a 10 de Noviembre del 2021.  
CCEIS/ 502 /2021

**ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matrícula: 98113861, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con Matrícula: 99377278, Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío; Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica con Matrícula: 99126743, realicen la investigación titulada: **“EVALUACIÓN DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/MF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Médico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el periodo comprendido 1º de marzo de 2021 al 28 febrero del 2023. El procedimiento que se llevara a cabo será seleccionando notas de expedientes con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o distimia (depresión persistente) de la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angelica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío y a la Médico Residente Trejo Flores Paola Jaqueline con matrícula 97385370 para que realicen la recolección de información y selección de pacientes en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Atentamente  
“Seguridad y solidaridad Social”

**DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS**  
DIRECTOR HGZ/MF No 8

AV. RÍO MAGDALENA N. 219, COL. TIZAPAN SAN ANGELES, ALCALDIA ALVARO OBREGON, C.P. 01090 TEL. 5555506422 EXT. 28235