

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**

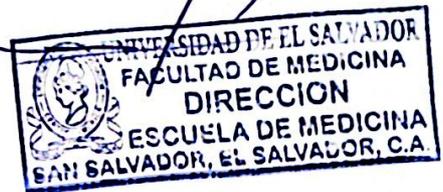


**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y CONDUCTA
SUICIDA EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO EN
EL PERIODO DE MAYO A JULIO 2023.**

Presentado Por:

**MARÍA FERNANDA RIVAS MIRA
MARÍA CELESTE RIVERA MORALES
MIGUEL ALONSO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

**Para optar al grado de:
DOCTOR EN MEDICINA**



Asesor:

DR. MANUEL ALBERTO VALENCIA CUÉLLAR

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, septiembre de 2023.

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
Trastorno depresivo	6
▪ Epidemiología.....	7
▪ Fisiopatología.....	8
▪ Manifestaciones clínicas.....	10
▪ Diagnóstico.....	13
▪ Tratamiento.....	14
▪ Pronóstico.....	16
Trastorno afectivo Bipolar	16
▪ Epidemiología.....	17
▪ Fisiopatología.....	18
▪ Manifestaciones clínicas.....	20
▪ Diagnóstico.....	22
▪ Tratamiento.....	23
▪ Pronóstico.....	25
Conducta Suicida	25
▪ Factores de riesgo.....	26
▪ Suicidio y trastornos mentales.....	28
▪ Subdiagnóstico de patologías mentales.....	28
DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
Definición de variables	31
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	55
CONCLUSIONES.....	58
RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
Anexo 2. Consentimiento informado	67
Anexo 3. Autorización para realización de estudio	71

RESUMEN

Dentro de los trastornos mentales los trastornos afectivos son los de mayor incidencia en la población los cuales actualmente representan un problema de salud pública sin embargo no son identificados adecuadamente por múltiples factores como: falta de capacitación sobre patologías mentales en el personal, desactualización del tema, recursos limitados, por lo que la presente investigación tenía como objetivo indagar el nivel de conocimiento en el personal de primer nivel de atención, para reconocer las deficiencias o capacidades que tienen en el abordaje de dichos trastornos.

El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, se tomó como población al personal que labora en la unidad de salud de Panchimalco con un total de 70 participantes. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario elaborado por el grupo de investigación que consistió en realizar preguntas cerradas basadas en los criterios diagnósticos del CIE-10 sobre trastorno depresivo, trastorno bipolar y conducta suicida, y con base a las respuestas se clasificó su nivel de conocimiento como bajo, medio o alto.

Con base a los resultados obtenidos en relación con el trastorno depresivo y trastorno bipolar se determinó un mayor nivel de conocimiento por parte de la población femenina, personal entre 2 a 5 años de laborar en la unidad y los profesionales médicos; por otra parte, se evidenció en el apartado de conducta suicida que hubo un mayor conocimiento por el género masculino, personas que llevan laborando menos de 2 años y entre 2 a 5 años en el establecimiento y personal de otras áreas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un mayor interés sobre la salud mental y la relevancia que esta implica en diversos ámbitos de la sociedad. Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.¹

Este estado de bienestar al ser alterado puede manifestarse por medio de trastornos mentales, lo cual depende de diversos factores y que son entendidos como determinantes de la salud mental según La Organización Mundial de la salud (OMS): factores psicológicos, biológicos individuales, genéticos, uso de sustancias, exposición contextos sociales, económicos y ambientales adversos que pueden afectar directamente al individuo y volver susceptible al desarrollo de patologías mentales.¹

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año.²

Según la base de datos encontrados en la Organización Mundial de la Salud (OMS) Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Cada año se suicidan más de 700,000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años³. A partir de este realce sobre la importancia de la salud mental y sobre todos los elementos que la constituyen, en la presente investigación se pretende determinar el nivel de conocimientos en el personal de salud de primer nivel de atención sobre los diferentes trastornos afectivos y las conductas suicidas en el periodo de mayo a junio de 2023.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conductas suicidas en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco en el periodo de mayo a julio del 2023.

Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio
2. Indagar el nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco
4. Investigar el nivel de conocimiento sobre conductas suicidas en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco.

MARCO TEÓRICO

Trastorno depresivo

Según Kaplan et al, el trastorno de ánimo puede ser entendido como un tono emocional o sentimental generalizado y permanente que incide en el comportamiento de una persona y le proporciona color a su percepción de cómo entender el mundo del que forma parte. Los trastornos afectivos significan una categoría importante dentro de las enfermedades psiquiátricas que abarcan al trastorno depresivo y trastorno bipolar.⁴

También advierten Kaplan et al, que constantemente se utilizan diferentes términos o adjetivos para describir el estado de ánimo como: deprimido, triste, vacío, melancólico, angustiado, irritable, inconsolable, exultante, eufórico, maníaco, alegre, etc; el estado de ánimo también es fluctuante y lábil que cambia de un extremo a otro. Los signos y síntomas de la alteración del estado de ánimo se manifiestan por medio el cambio en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el habla y las funciones vegetativas; todos estos cambios generalmente suponen un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral.⁴

Fava et al afirman que los trastornos depresivos, específicamente el trastorno depresivo mayor son elementos condicionantes que están asociados con un alto deterioro psicosocial y aumento de la mortalidad. A pesar de la disponibilidad de diferentes tratamientos efectivos, estas patologías son poco reconocidas y tratadas en la sociedad.⁵

Según CIE 10, el episodio depresivo (F32) se define como: “En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves”.⁶

También menciona el CIE 10 sobre el episodio depresivo (F32) que: “El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual,

el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. Incluye: episodios únicos de: Depresión psicógena, Depresión reactiva, Reacción depresiva. Excluye: cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.– (F92.0): Trastornos de adaptación (F43.2), Trastorno depresivo recurrente (F33. –)”⁶

Yepes et al proponen una clasificación del trastorno depresivo, en el cual se divide de acuerdo con su patrón de depresión (episodio único o recurrente, y trastorno persistente); luego la clasificación se subdivide de acuerdo con la intensidad en leve, moderada y persistente (con o sin síntomas psicóticos). ⁷

▪ **Epidemiología**

Según Kaplan et al el trastorno depresivo mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo del transcurso de la vida (5-17%), el trastorno depresivo menor (10%) y el trastorno depresivo breve recidivante (16%). Todos estos datos epidemiológicos se corresponden con la población de Estados Unidos.⁸

Kaplan et al también mencionan que la prevalencia del trastorno depresivo mayor se presenta el doble en las mujeres a comparación de los hombres; esta diferencia de predilección se explica por medio de intervención de factores hormonales, los efectos del parto, diferentes factores psicosociales entre mujeres y hombres.⁸

La edad de presentación según Kaplan et al, el trastorno de depresión puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada; con un promedio de aparición entre los 25 y 30 años Según los últimos datos epidemiológicos, la incidencia del trastorno de depresión mayor parece estar aumentando entre los individuos menores de 20 años de edad, lo que podría estar relacionado con los cambios de estructura familiar, la urbanización creciente y el aumento del consumo de alcohol y sustancias de abuso en este grupo de edad.⁸

Yepes et al también afirman que el aumento de la prevalencia de la depresión puede estar relacionado la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, los antihipertensivos y los anticonceptivos que con frecuencia producen depresiones secundarias.

También se hace mención que existen ciertas profesiones o rubros que son más susceptibles a padecer un trastorno depresivo mayor, en el caso del ámbito médico la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente que ellos diagnostican; y diferentes estudios demuestran que, de todo el personal médico, entre el 12,2% y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo.

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre la carga de los trastornos mentales de la región de las Américas: perfil del país 2018, reporta: Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 35% de todos los años vividos con discapacidad (AVD) y que entre los 5 y 15 años, la carga de los trastornos de conducta (20%), dolores de cabeza (17%) incluyendo migraña y tipo tensional, y trastornos de ansiedad (13%), ganan importancia.⁹

Además, informe de OPS (2018) reporta: alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe) representan el 35% de la carga, los trastornos por consumo de sustancias el 31% (27% debido al alcohol), los dolores de cabeza el 18%, y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) alrededor del 7%.⁹

Finalmente informe de OPS (2018) concluye que en El Salvador los tres trastornos principales en términos de años de vida ajustados por discapacidad representan del 45 al 60% de la carga total de trastornos MNSS: no siendo igual en hombres y mujeres; mientras los hombres se ven afectados principalmente por trastornos debido al consumo de alcohol, autolesión y suicidio, y dolores de cabeza, las mujeres son más afectadas por dolores de cabeza, trastornos depresivos y por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.⁹

▪ **Fisiopatología**

El trastorno depresivo tiene diferentes teorías o bases fisiopatológicas que la explican, teorías que constantemente cambian a partir de las numerosas investigaciones que se realizan sobre el tema. Los factores o teorías que explican el trastorno depresivo son:

- **Factores biológicos**

Según Hasler, la teoría de la deficiencia de las monoaminas consiste en que la mayoría de las neuronas serotoninérgicas, noradrenérgicas y dopaminérgicas están ubicadas en los núcleos del mesencéfalo y del tronco encefálico y se proyectan a grandes áreas de todo el cerebro. Esta anatomía sugiere que los sistemas monoaminérgicos están involucrados en la regulación de una amplia gama de funciones cerebrales, incluido el estado de ánimo, la atención, el procesamiento de recompensas, el sueño, el apetito y la cognición. Esta teoría sobre la deficiencia de monoaminas explica que la base fisiopatológica subyacente de la depresión es un agotamiento de los neurotransmisores: serotonina, norepinefrina o dopamina en el sistema nervioso central.¹⁰

De igual forma se menciona, que la serotonina es el neurotransmisor más ampliamente investigado en el trastorno depresivo, esto es explicado mediante estudios en los cuales se evidencia una función reducida del sistema serotoninérgico cuando se reduce un agotamiento del triptófano, lo cual reduce la síntesis de serotonina a nivel central. Esta disminución se manifiesta con el desarrollo de síntomas depresivos en pacientes con mayor riesgo de desarrollar depresión (sujetos sanos con antecedentes familiares de depresión); otros estudios reportan que en pacientes con trastorno depresivo se observa: disminución de los receptores de serotonina, alteración de la monoaminoxidasa (su aumento implica deficiencia de serotonina).¹⁰

Hasler también advierte sobre la importancia de la dopamina en el cuadro del trastorno depresivo, debido que a partir de investigaciones se observa que los inhibidores de la recaptación de dopamina y los agonistas de los receptores de dopamina tuvieron efectos antidepressivos en estudios controlados con placebo de trastorno depresivo.¹¹

- **Factores neuroendocrinos**

Se reportan varios estudios en los cuales se afirma que existe alteración en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal en el trastorno depresivo, debido a que los niveles de CRH en el líquido cefalorraquídeo están elevados en ciertos pacientes con trastorno depresivo; también, estudios post-mortem reportan un aumento en el número de neuronas secretoras de CRH en las regiones límbicas del cerebro de pacientes con trastorno depresivo, lo que probablemente refleja una respuesta compensatoria al aumento de las concentraciones de CRH.

- **Factores psicosociales**

A partir de estudios y observación se concluye que las situaciones que suponen estrés para el individuo ocurren antes de los episodios de trastorno del estado de ánimo. Entre las teorías para explicar este factor, se propone que el estrés que ocurre en el primer episodio produce cambios en la biología del cerebro, y producen alteraciones funcionales de neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal.

- **Neuroimágenes**

Hasler menciona que un estudio meta analítico sobre anomalías del volumen cerebral en el trastorno depresivo mayor evidenció reducciones de volumen relativamente grandes en la corteza prefrontal ventromedial, específicamente en el cíngulo anterior izquierdo y en la corteza orbitofrontal; además se encontraron reducciones moderadas de volumen en la corteza prefrontal lateral, el hipocampo y el cuerpo estriado.

- **Factores genéticos**

Según refiere Restrepo-Arango, se han realizado múltiples estudios que traten de explicar la heredabilidad del trastorno depresivo mayor; algunos realizados en gemelos no tienden a ser del todo concluyentes, debido a que no se logra vincular el fenómeno hereditario y los componentes genéticos; pero se ha encontrado que algunos de los genes y polimorfismos mejor caracterizados y asociados a los trastornos depresivos son aquellos relacionados con el metabolismo de la serotonina, norepinefrina, gaba, glutamato y neuropéptido Y.

- **Manifestaciones clínicas**

El diagnóstico de trastorno depresivo generalmente se sospecha a partir de ciertos rasgos, como: deterioro en la apariencia, aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, facies de tristeza, susceptibilidad al llanto, disminución de la capacidad de atención, alteración del ciclo de sueño, y trastornos somáticos. Se sospecha sobre un trastorno depresivo cuando existe una persistencia clínica del cuadro, la gravedad y deterioro funcional progresivo. Es importante hacer énfasis en el hecho de que la sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas en el cambio de comportamiento, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.¹²

Generalmente, los episodios depresivos presentan duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (tabla 1 y 2): ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, aumento de la fatigabilidad.¹²

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. -Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. -Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. -Empeoramiento matutino del humor depresivo. -Presencia de enlentecimiento motor o agitación. -Pérdida marcada del apetito. -Pérdida de peso de al menos 5% en último mes. -Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10° edición

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> -El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. -El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, ´presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. -Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. -Falla de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. -Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. -Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. -Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. -Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. -Alteraciones del sueño de cualquier tipo. -Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10º edición

De acuerdo con Fava et al, el trastorno depresivo mayor se entiende como un grupo heterogéneo de trastornos psicológicos, cognitivos, de comportamiento, y físicos. En el caso del trastorno depresivo se constituye principalmente por síntomas depresivos más la pérdida del interés y el placer por las cosas. Según el DSM-V el trastorno depresivo mayor recidivante consiste en presentar episodios diferenciados de depresión, los cuales están separados por lo menos por 2 meses, durante el cual el paciente no presenta síntomas significativos de depresión (tabla 3). El trastorno depresivo mayor puede clasificarse como: con características psicóticas, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, con síntomas catatónicos, Inicio del periparto, con ciclos rápidos y patrón estacional.¹³

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. (Nota: como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10° edición

▪ Diagnóstico

El CIE 10 y el DSM proponen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, estos requisitos diagnósticos deben emplearse para orientar la entrevista y el juicio clínico; generalmente la entrevista clínica es el procedimiento esencial en el diagnóstico de la depresión. La evaluación de la depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas, algunos aspectos que deben ser investigados son: caracterización del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad, evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales), grado de disfunción y/o discapacidad asociados, respuesta previa al tratamiento y riesgo de suicidio.

Para el trastorno depresivo se hace uso de escalas y entrevistas que emplean diferentes grados de estructuración como herramienta de medida de la gravedad de la depresión y su respuesta al tratamiento. El objetivo fundamental es la evaluación sintomática del paciente en un determinado momento, debido a que se le asigna determinado valor al ítem, por lo que la

finalidad de las escalas no es realizar un diagnóstico. Entre las escalas se encuentran: Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression, Montgomery Asberg Depression Rating Scale, Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley, Zung Self-Rating Depression Scale.

- **Tratamiento**

El objetivo principal del tratamiento antidepresivo es lograr la remisión total de los síntomas y restaurar la funcionalidad del paciente, pero a pesar de estar comprobada la efectividad de los tratamientos antidepresivos, su efectividad en remisión alcanza una tasa de 67% aproximadamente.¹⁴

El tratamiento del trastorno depresivo mayor puede ser abordado a partir de diferentes tipos de intervenciones como: farmacológicas, psicoterapéuticas, y estilos de vida. El tratamiento inicial del trastorno depresivo mayor está compuesto por medicamentos y psicoterapia; se ha evidenciado que el tratamiento combinado es más efectivo que tratamientos individualizados.¹⁴

- **Tratamiento farmacológico**

Se desconoce el mecanismo exacto de cómo los antidepresivos modulan el estado de ánimo, generalmente el uso de estos medicamentos se reserva para el trastorno depresivo mayor moderado-severo, además se ha observado que diferentes factores que afectan la evolución y respuesta al tratamiento de la depresión, éstos interactúan de forma compleja, por lo que dificulta la generalización de cómo debe ser como se debe dar el tratamiento a todos los pacientes.¹⁴

Según guías y estudios se establece que el tratamiento farmacológico de un primer episodio depresivo de trastorno depresivo mayor debe extenderse entre 6 y 12 meses; con la finalidad de evitar recurrencia de síntomas y para observar por un periodo de tiempo si existe una respuesta adecuada al tratamiento. Los fármacos para el tratamiento depresivo mayor se encuentran clasificados a partir de su mecanismo de acción:¹⁴

A. Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, paroxetina y fluvoxamina. Se consideran como los fármacos de primera línea

B. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) su mecanismo de acción es similar al de los ISRS, pero se adiciona su capacidad de bloqueo sobre el

transportador de noradrenalina: venlafaxina, duloxetina, desvenlafaxina, levomilnacipran y milnacipran.

C. Los moduladores de serotonina: trazodona, vilazodona y vortioxetina.

D. Los antidepresivos tricíclicos (ATC): amitriptilina, imipramina, clomipramina, doxepina, nortriptilina y desipramina.

E. Los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO): tranilcipromina, fenzelina, selegilina e isocarboxazida.

- **Psicoterapia**

Según European Association for Psychotherapy (EAP), la psicoterapia se define como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomático. Se plantean diferentes tipos psicoterapia, cuya finalidad es mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar.¹⁵

- **Manejo en primer nivel**

Según las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del Ministerio de salud (2017) el manejo del trastorno depresivo mayor varía en el primer nivel dependiendo si la unidad de salud familiar es básica, intermedia y especializada.¹⁶

A. Exploración física y mental: puede ser llevada a cabo en cualquier establecimiento de primer nivel.

B. Diagnóstico del trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, depresión posparto: se realiza en cualquier establecimiento del primer nivel; pero el uso de pruebas psicométricas para evaluar el grado de depresión o respuesta al tratamiento solo se llevan a cabo en unidades de salud familiar especializadas.

C. Tratamiento: el tratamiento farmacológico con antidepresivos (imipramina, Clomipramina, Paroxetina, Sertralina, Fluoxetina) y ansiolíticos (diazepam, Bromazepam, Clonazepam) solo pueden ser brindados en unidades de salud especializadas y a nivel de

segundo y tercer nivel de atención. El abordaje Psicosocial como psicoterapias individuales: cognitivas, conductuales, interpersonales, psicoanalíticas se llevan a cabo en unidades de salud intermedias y especializadas; pero la psicoterapia grupal, grupos de apoyo, terapia familiar y abordaje de los factores psicosociales estresantes se llevan a cabo en cualquier establecimiento de primer nivel de atención.

D. Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención: tratamiento de depresión posparto, resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría), comorbilidad psiquiátrica y casos resistentes a tratamientos establecidos.

▪ **Pronóstico**

Según múltiples estudios, se ha evidenciado que el trastorno depresivo mayor tiende a cronificarse y ser recidivante/recurrente. Aquellos pacientes que son ingresados y permanecen hospitalizados por un primer episodio de trastorno depresivo mayor tienen un 50% de probabilidad de recuperarse en el primer año.¹⁷

En el cuadro del trastorno depresivo mayor, los episodios depresivos no tratados pueden durar aproximadamente de 6-12 meses. Aproximadamente dos tercios de los pacientes con trastorno depresivo mayor contemplan el suicidio, y alrededor de 10-15% cometen suicidio. La tasa de recurrencia es de aproximadamente del 50% después del primer episodio, 70% después del segundo episodio y del 90% después del tercer episodio. Alrededor del 5-10% de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienden a desarrollar trastorno bipolar.¹⁷

El pronóstico del trastorno depresivo mayor es favorable en aquellos pacientes que presentan: episodios depresivos leves, ausencia de síntomas psicóticos, buena adherencia al tratamiento, un adecuado sistema de apoyo (familiar, abordaje psicoterapéutico y farmacológico). El pronóstico tiende a ser desfavorable cuando coexisten otras patologías psiquiátricas, trastorno de personalidad, múltiples hospitalizaciones y edad avanzada al momento del inicio del cuadro.¹⁷

Trastorno afectivo Bipolar

"Trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución

de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares. Incluye: Enfermedad maniaco-depresiva, Psicosis maniaco-depresiva, Reacción maniaco-depresiva. Excluye: Ciclotimia (F34.0) Episodio maníaco único en un trastorno bipolar (F30.-)”

Episodio depresivo: “En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos”.

▪ **Epidemiología**

Los trastornos mentales son una causa importante de morbilidad, discapacidad, traumatismos y muerte prematura, y aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y problemas de salud. La prevalencia a 12 meses de estos trastornos en conjunto varía entre 18,7 y 24,2%; la de los trastornos por ansiedad, entre 9,3 y 16,1%; la de trastornos afectivos, entre 7,0 y 8,7%; y la de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, entre 3,6% y 5,3%. Aunque la salud mental se reconoce como un componente esencial de la salud general, los datos de la Región revelan profundas brechas en el tratamiento entre las personas con trastornos mentales, que alcanzan hasta 73,5% en adultos con trastornos graves o moderados y 82,2% en niños y adolescentes.

Kaplan et al mencionar que las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de las diferentes formas clínicas del trastorno bipolar son 0-2.4% para trastorno bipolar I; 0.3-4.8% para trastorno bipolar II; 0.5-6.3% para ciclotimia y 2.6-7.8% para hipomanía. La incidencia anual de la bipolaridad se considera por lo general inferior al 1%, pero es difícil de calcular porque las formas más leves del trastorno bipolar pasan inadvertidas.

Las estadísticas en otros países revelan una prevalencia del trastorno afectivo bipolar por encima del 4%. El trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida. La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. La prevalencia del trastorno bipolar tipo II está en torno al 0.5% de la población, el cual es más prevalente en mujeres.

- **Fisiopatología**

Trastorno bipolar

- **Factores genéticos:** Desde Kraepelin se ha estudiado más sistemáticamente la incidencia de la enfermedad maniaco-depresiva en los familiares de los pacientes, y se postula una transmisión genética. El riesgo de que un familiar de primer grado de un paciente bipolar sufra el mismo trastorno es del 8%. El trastorno bipolar I es siete veces más frecuente en los familiares de un paciente que en los de los controles, también en los bipolares II hay aumento de riesgo en sus parientes. Todos estos estudios demuestran que hay una predisposición genética importante en el trastorno bipolar I. Perris, claramente demostró que el riesgo es mucho más alto en los familiares de los bipolares que en los de unipolares.¹⁹

Según Rybakowski el método más importante de investigación genética ha sido el estudio de asociación del genoma completo (GWAS). El método, que abarca un gran número de pacientes, permite la identificación de millones de polimorfismos de todo el genoma humano y la detección de genes normalmente “impredecibles” relacionados con una determinada enfermedad. El reciente estudio GWAS realizado en 2019 incluyó 20 mil pacientes con TB y 31 mil sujetos sanos. La asociación con BD se demostró para 30 genes, incluida una confirmación para 10 genes identificados en estudios previos.²⁰

En el trastorno bipolar, también ha habido cambios epigenéticos, como la metilación anormal del ADN y la modificación de histonas que pueden modular la expresión génica sin influir en la estructura del genoma. Estos cambios pueden constituir un mecanismo de mediación de los factores ambientales en el período temprano de la vida y pueden desempeñar un papel en el desarrollo del primer episodio de la enfermedad. El gen EIBDNF es especialmente susceptible a las influencias epigenéticas.²⁰

- **Factores bioquímicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos:** Se postulan los mismos cambios en los neurotransmisores cerebrales, función hipotalámica, y en los registros polisomnográficos que en el episodio depresivo. Específicamente en el bipolar se reporta aumento de la transmisión dopaminérgica con niveles elevados de su metabolito el ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo (LCR), alteraciones gabaérgicas, aumento de la respuesta de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) a la

estimulación con la hormona liberadora de tirotrópina (TRH), pero en la manía una curva aplanada.²⁰

También se ha demostrado que las fases maníacas están precedidas por un aumento de la hormona adrenocorticotropa (ACTH). Se postulan mecanismos de sensibilización y kindling con alteraciones en los mecanismos de transducción y transcripción intraneuronal que llevarían a alteración de la expresión de los oncogenes y daño celular a largo plazo.²⁰

El kindling se trata básicamente de modelos animales en los que un estímulo subumbral repetido acaba desencadenando una respuesta conductual. Esto implica que en sujetos vulnerables un estímulo psicosocial desencadenaría una crisis bipolar, pero que luego adquiere autonomía neurobiológica, y que a medida que hay más recaídas ya no se necesitaría el estímulo externo. Los cambios del ritmo sueño-vigilia pueden provocar recaídas.²⁰

- **Factores psicológicos:** La mayoría de los autores consideran que los factores genéticos, a través de la neuroquímica, son los más importantes en la etiología del trastorno bipolar, sin embargo, otros sostienen que factores del desarrollo psicológico del niño, especialmente durante los dos primeros años, predisponen a las depresiones más severas incluso las psicóticas, y a la manía.²⁰

Freud postula que en la melancolía el paciente sufre una pérdida marcada de la autoestima, se acusa de faltas muy exageradas o inexistentes cometidas contra la persona que ha desaparecido y exhibe comportamiento destructivo y autodestructivo; sostiene que estos reproches son realmente contra el muerto, y que la confusión se debe al fenómeno de identificación y a la ambivalencia que el niño en los períodos oral y anal siente hacia sus padres.²⁰

Abraham teoriza que la manía es una negación psicológica de la depresión. La manía, según algunos, sería como un estado compensatorio de una depresión subyacente. La culpa y el miedo son reemplazados de manera temporal por la omnipotencia o invulnerabilidad. Conflictos de tipo oral y negación masiva son los mecanismos aducidos por las teorías dinámicas para explicar el episodio maníaco.²⁰

- **Factores psicosociales:** Toro Yepes expresa que en muchos casos las crisis son precipitadas por eventos externos, en general de tipo negativo y desagradable (problemas laborales, pérdida del amado, de un logro importante, etc.); pero también el precipitante puede ser un éxito profesional, un golpe de fortuna o el logro de una meta.

Los factores precipitantes tienen mayor importancia en los pacientes cuya enfermedad se inicia en forma tardía. Por otra parte, y en relación con las diferentes crisis en un determinado paciente, se observa que hay una mayor frecuencia de eventos desencadenantes en el primer episodio, pero que en los subsiguientes ya no son ni tan necesarios ni tan importantes estos precipitantes externos. Post atribuye esto a cambios en los protooncogenes que alteran la expresión genética.²¹

▪ **Manifestaciones clínicas**

La característica esencial de estos trastornos es la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en exaltación del ánimo y de aumento de la actividad, y en otros de disminución del estado de ánimo y de la vitalidad. El patrón más común es que la manía preceda a la depresión. Sin embargo, en la depresión del bipolar predomina la apatía sobre la tristeza, y la inhibición psicomotriz sobre la ansiedad, hay mayor labilidad, menos anorexia y más hipersomnía.²¹

• **Episodio hipomaniaco**

Se caracteriza por un estado de ánimo persistente, anormalmente elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos cuatro días. Además, debe estar acompañado por lo menos por tres síntomas de una lista que incluye autoestima inflada o grandiosidad no delirante, disminución de la necesidad de dormir, presión del lenguaje, fuga de ideas, distraído, involucrimiento en actividades orientadas a una meta o agitación psicomotora, y excesivo involucrimiento en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas.²¹

Tabla 4. Criterios diagnósticos de hipomanía CIE-10

A. Humor elevado o irritable hasta un grado anormal para el individuo afectado, está presente al menos cuatro días consecutivos.
B. Al menos tres de los siguientes signos ocasionando interferencia con el funcionamiento normal: - Aumento de la actividad o inquietud física - Aumento de la locuacidad. - Dificultad para concentrarse o distraibilidad. - Disminución de las necesidades de sueño. - Aumento del vigor sexual. - Leve aumento de los gastos u otro tipo de comportamiento temerario. - Aumento de la sociabilidad o familiaridad.
C. El episodio no cumple criterios de manía, trastorno bipolar, episodio depresivo, ciclotimia ni anorexia nerviosa.
D. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni de trastorno mental orgánico.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10° edición

- **Episodio maniaco**

El humor elevado se caracteriza por euforia, alegría y sensación de bienestar exagerado. El expansivo por la interacción entusiasta, incesante y a menudo inapropiada con otra gente y con el ambiente. La irritabilidad se manifiesta sobre todo cuando los deseos del paciente no son gratificados de inmediato. El paciente maniaco es muy lábil o inestable en su estado de ánimo. A pesar de que predomina su humor elevado o expansivo, puede bruscamente romper en llanto y expresar ideación depresiva, pero estos síntomas depresivos duran menos de 24 horas.²¹

Tabla 5. Criterios diagnósticos de manía no psicótica CIE-10

A. Humor predominantemente exaltado, expansivo o irritable, anormal para el individuo afectado. Debe ser prominente y sostenido al menos una semana.
B. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes signos o cuatro si el humor es solamente irritable, interfieren gravemente con el funcionamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la actividad o inquietud física - Aumento de la locuacidad. - Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado. - Pérdida de las inhibiciones sociales normales, comportamiento inapropiado. - Disminución de las necesidades de sueño. - Autoestima exagerada o ideas de grandeza. - Distrabilidad o cambios constantes de planes - Conducta imprudente o temeraria, los riesgos el individuo no reconoce, gastos disparatados, proyectos insensatos, conducción temeraria.
C. No hay alucinaciones ni ideas delirantes, aunque pueden existir alteraciones perceptuales (hiperacusia, colores vivos).
D. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni a trastorno mental orgánico.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10ª edición

Tabla 6. Criterios diagnósticos de manía psicótica CIE-10

A. El episodio cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos, con la excepción del criterio C.
B. El episodio no cumple simultáneamente los criterios de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo tipo maniaco.
C. Presencia de ideas delirantes o alucinaciones, diferentes de las descritas como típicas de esquizofrenia.
D. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10ª edición

- **Episodio mixto**

La manía mixta se caracteriza por un período que dura por lo menos una semana en el cual se cumplen tanto los criterios del episodio maníaco, como del episodio depresivo mayor (tabla 15-5). El sujeto experimenta estados anímicos que alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de los síntomas maníacos y depresivos.²¹

Tabla 7. Criterios diagnósticos de episodio mixto CIE-10

A. El episodio se caracteriza por una mezcla o sucesión rápida, (en pocas horas) de síntomas hipomaniacos, maníacos y depresivos.
B. Ambos tipos de síntomas deben ser prominentes la mayor parte del tiempo al menos dos semanas.
C. Ha existido al menos un episodio en el pasado de hipomanía o manía, depresivo o de trastorno del humor.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud 10° edición

- **Diagnóstico**

Toro Yepes nos menciona que el diagnóstico del trastorno bipolar se realiza con facilidad cuando se encuentran los síntomas de los episodios maníacos o mixtos ya descritos. Pueden o no existir episodios depresivos mayores. Es importante recalcar, sin embargo, que la historia del paciente es de vital importancia para diagnosticar. Por ejemplo, el antecedente de un episodio maníaco, en un paciente que presenta actualmente una depresión moderada, inmediatamente establece el diagnóstico de un trastorno bipolar.²¹

Para la clasificación del CIE 10, se codifica de acuerdo al episodio actual que puede ser hipomaniaco, manía sin psicosis, manía con psicosis, además con depresión leve o moderada, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos o mixtos. Además, se usa el calificativo de actualmente en remisión.

Según las Guías Clínicas para la Atención en Salud Mental y Psiquiatría, el diagnóstico es eminentemente clínico y se pueden realizar las siguientes evaluaciones:

- Escala de Young para la evaluación de la manía (YMRS).
- Escala de Hamilton para depresión.
- Pruebas que descarten uso de sustancias psicoactivas.
- Pruebas tiroideas.
- Hemograma y química sanguínea.

- Electroencefalograma.
- TAC cerebral.

- **Tratamiento**

- **Psicoterapia.**

Según Yepes et al. La psicoeducación es muy importante tanto para el paciente como su familia. Su utilidad ha sido demostrada en estudios controlados y es por consiguiente una parte fundamental del tratamiento.²¹

En cuanto a la terapia cognitivo conductual se conoce su utilidad en porvenir recaídas en pacientes unipolares y también parece ser útil en el bipolar. Aumenta el cumplimiento del tratamiento. Sirve para enseñar habilidades sociales que ayudarían a afrontar los problemas psicosociales y el estrés que precipitan las recaídas.²¹

- **Farmacológico.**

Según las Guías Clínicas para la Atención en Salud Mental y Psiquiatría, el tratamiento se divide de acuerdo el tipo de episodio que la persona esté presentando en el momento de la evaluación.

Episodios agudos o mixtos de manía, objetivos:

1. Controlar los síntomas para permitir el retorno a los niveles normales de funcionamiento psicosocial.
2. Controlar rápidamente la agitación, la agresividad y la impulsividad.
3. Antes del inicio de medicación con estabilizadores de ánimo y antipsicóticos, se recomienda realizar exámenes de laboratorio: hemograma, electrolitos, pruebas renales y hepáticas, pruebas tiroideas y toxicológicas, idealmente.

Medicamentos:

- Carbonato de litio.
- Ácido valproico.
- Carbamazepina
- Topiramato

- En algunos casos puede requerir tratamiento complementario y breve con benzodiacepinas: Clonazepam, Bromazepam, diazepam

Episodios depresivos agudos.

Objetivos.

1. Conseguir la remisión de los síntomas de depresión grave y que el paciente recupere su funcionamiento psicosocial normal.

2. Evitar que se precipite la aparición de un episodio maníaco o hipomaníaco.

- No se está indicada la monoterapia con antidepresivos.
- En los casos más graves puede iniciarse tratamiento combinado con un estabilizador del estado de ánimo y un antidepresivo.
- Los antidepresivos tricíclicos pueden conllevar un riesgo más elevado de precipitar un viraje y no están recomendados. por lo que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como sertralina o paroxetina son los de primera elección.

- **Terapia electroconvulsiva (TEC)**

En la manía severa la TEC es definitivamente más efectiva que el litio, está indicada cuando se requiere acción muy rápida, en los casos refractarios a la farmacoterapia, o en aquellos con complicaciones médicas que contraindican los psicofármacos. Es el tratamiento de elección en las depresiones psicóticas o con alto riesgo de suicidio.²¹

- **Manejo en primer nivel**

Según las Guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría del Ministerio de salud (2017) el manejo del trastorno bipolar varía en el primer nivel dependiendo si la unidad de salud familiar es básica, intermedia y especializada.

A. Exploración física y mental: puede ser llevada a cabo en cualquier establecimiento de primer nivel.

B. Diagnóstico de episodio depresivo, episodio maníaco, episodio hipomaníaco, episodio mixto: se realiza en cualquier establecimiento del primer nivel; pero el uso de pruebas psicométricas (escala de Young para la evaluación de la manía y escala de

Hamilton para depresión) solo se llevan a cabo en unidades de salud familiar especializadas y en segundo o tercer nivel de atención.

C. Tratamiento: el manejo farmacológico de los episodios agudos o mixtos de manía solo se llevan a cabo en establecimientos de segundo y tercer nivel, al igual que el tratamiento de los episodios depresivos agudos.

D. Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención: tratamiento farmacológico, resistencia a tratamiento farmacológico, comorbilidad psiquiátrica, casos resistentes a tratamientos establecidos, terapias electroconvulsivas.

▪ **Pronóstico**

Sanders menciona que el resultado a largo plazo del trastorno bipolar se ha investigado en varios estudios de cohortes, en los cuales se concluye que el trastorno bipolar se mantiene latente por el resto de la vida. También menciona que las persistencias de los síntomas depresivos predicen un mal pronóstico. En un estudio de cohorte de 40 años en Zurich se reportó que el 16% se recuperó (sin ningún episodio en los 5 años previos), pero que más del 50 % todavía presentaba episodios recurrentes.²²

Ankit reporta que el trastorno bipolar es una de las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo, según un metanálisis se observa que los pacientes con trastorno experimentaron una esperanza de vida reducida en relación con la población general, con una pérdida de aproximadamente 13 años de vida potencial. Además, los pacientes con trastorno bipolar mostraron una mayor reducción en la esperanza de vida en relación con la población general que los pacientes con trastornos de salud mental comunes, incluidos los trastornos de ansiedad y depresión, y la esperanza de vida fue significativamente menor en los hombres con trastorno bipolar que en las mujeres.²³

Conducta Suicida

Según Ma, el suicidio es un fenómeno complejo que implica un gran impacto en la salud pública a nivel mundial. Según un reporte de la OMS en el 2014 se estima que cada año aproximadamente 800,000 personas muere por suicidio, por lo que posiciona al suicidio como la segunda causa principal de muerte entre los 15 y 29 años. El fenómeno es prevenible en cierto grado, pero los pensamientos y conductas suicidas son condiciones influenciadas por

varios factores que interactúan entre sí, tales como: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales.²⁴

También es de interés mencionar la teoría “The Interpersonal Psychological Theory of Suicide (IPTTS)”, la cual consiste en un postulado que trata de explicar la conducta/comportamiento suicida. La teoría consolida una amplia gama de factores de riesgo de suicidio y proporciona predicciones comprobables de quién desarrollará deseo de suicidio (ideación), por lo tanto, identificar quien intentará cometer suicidio.²⁵

De acuerdo con la IPTTS, la ideación suicida es causada por la coexistencia simultánea de dos factores de riesgo: (1) pertenencia frustrada y (2) carga percibida y desesperanza. La pertenencia frustrada se refiere a la experiencia en la cual el paciente se encuentra vinculado/alienado de amigos, familiares y otros círculos sociales valiosos; y es entendido como un estado cognitivo-afectivo dinámico que está influenciado por factores inter e intrapersonales como experimentar conflictos familiares, vivir solo, carecer de redes de apoyo, etc.

Por otro lado, la carga percibida y desesperanza se refiere a la idea en la cual la existencia del paciente supone una carga para la familia, los amigos, y consta de dos facetas: el odio a uno mismo y los sentimientos de responsabilidad. La hipótesis plantea que experimentar una carga percibida o una pertenencia frustrada solo, provocará una ideación suicida pasiva, pero cuando ambas interactúan provocarán una ideación suicida activa.

▪ **Factores de riesgo**

Téllez menciona que la conducta suicida es un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales, entre los cuales se pueden observar:²⁶

- **Factores sociodemográficos:** Las tasas de suicidio varían en cada país y en cada década como respuesta a los múltiples factores que se asocian con la conducta suicida. Se estima un subregistro cercano al 50% en la mayoría de los países, lo que resta confiabilidad a las estadísticas, pero a pesar de ello, se considera que por cada suicidio se presentan entre 10 y 25 intentos o tentativas de suicidio y que el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo.

- **Sexo:** según reportes, en la mayor parte del mundo la prevalencia es más alta en hombres que en mujeres, se observa que los hombres menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que sus pares mujeres, aunque en el sexo masculino la incidencia del suicidio se incrementa con la edad con una máxima incidencia alrededor de los 75 años. Por otro lado, se observa que las mujeres intentan cometer suicidio 3-4 veces más que los hombres, pero los hombres utilizan en sus intentos suicidas métodos más letales y logran el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.
- **Edad:** generalmente, los grupos con edades mayores 65 años y los menores de 30 años presentan mayor frecuencia de comportamientos suicidas, ya se trate de suicidios consumados o intentos de autoeliminación.
- **Estado civil:** son más frecuentes las conductas suicidas en las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. también es importante mencionar que las rupturas o la separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.
- **Ocupación:** la frecuencia de presentación de las conductas suicidas es alta en los desempleados y en los jubilados; también se observa en algunas ocupaciones o empleos como: cirujanos, veterinarios, farmacéutas, dentistas, granjeros y estudiantes de medicina.
- **Desempleo:** no se observa una relación altamente vinculante, pero sí existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio. Los efectos del desempleo probablemente se encuentran vinculados con: la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza.
- **Migración y violencia:** todo el fenómeno de la migración significa: pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas, lo cual aumenta el riesgo de suicidio.
- **Antecedentes familiares:** la conducta suicida es más en los familiares de primer grado de los individuos que han muerto por suicidio y de quienes los han intentado.
- **Abuso sexual y físico:** se ha evidenciado que los adolescentes que han sido víctimas de maltrato físico o abuso sexual presentan con frecuencia: conducta sexual riesgosa, abuso de sustancias, comportamientos agresivos e ideación suicida.
- **Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas:** se considera como uno de los más importantes factores de riesgo relacionados con la conducta suicida.

- **Violencia intrafamiliar:** en múltiples investigaciones se han observado relación entre el abuso sexual y el maltrato físico de los padres hacia sus hijos y el desarrollo de síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza y comportamiento suicida.

- **Suicidio y trastornos mentales**

El factor más determinante para el suicidio es la presencia de una patología mental, incluido el abuso de sustancias, porque según estudios, se estima que el 90% de los suicidios están asociados con algún tipo de trastorno psiquiátrico.²⁶

Aproximadamente el 60% de todos los suicidios asociados con patologías mentales se producen en pacientes con trastornos afectivos, pero el riesgo de por vida para el suicidio en el trastorno depresivo mayor y la enfermedad bipolar tiende a ser similar. Las altas tasas de suicidios en pacientes con trastornos afectivos se relacionan con: con la intensidad del cuadro depresivo, la menor edad de aparición de los síntomas depresivos, el género femenino, el estado civil, la intensidad de las ideas de suicidio y la historia familiar de trastornos afectivos o de comportamiento suicida.²⁶

La conducta suicida también se relaciona con otros trastornos como: la esquizofrenia, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad del llamado cluster B. Según investigaciones, en el cuadro de esquizofrenia se han identificado como factores de riesgo para el suicidio el género masculino, la raza blanca, la falta de apoyo social, el pobre funcionamiento psicosocial, las pérdidas afectivas, la presencia de depresión y los intentos previos de suicidio.²⁶

- **Subdiagnóstico de patologías mentales**

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud aún no han respondido adecuadamente a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales, y no cuentan con los recursos necesarios para ello. Se menciona que hay una divergencia considerable en todo el mundo entre la necesidad de tratamiento y su prestación, que, cuando se da, suele ser de mala calidad. De acuerdo con las cifras, sólo el 29% de las personas que padecen psicosis y solo un tercio de las que sufren depresión reciben atención sanitaria de la salud mental en el ámbito del sistema de salud formal.

Los trastornos mentales son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de

salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental.²⁷

Las personas que padecen trastornos mentales también requieren apoyo social, en particular para desarrollar y mantener relaciones personales, familiares y sociales. También pueden necesitar apoyo en materia de programas educativos, empleo, vivienda y participación en otras actividades significativas.

El Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 de la OMS reconoce el papel esencial de la salud mental para lograr la salud para todas las personas. Tiene cuatro objetivos principales:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Según el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), el cual se apoya en orientaciones, instrumentos y métodos de capacitación basados en datos científicos para ampliar los servicios en los países, especialmente en entornos de escasos recursos. Se centra en un conjunto prioritario de trastornos y orienta de forma integrada el fortalecimiento de la capacidad hacia los proveedores de atención de la salud no especializados, con el fin de promover la salud mental en todos los niveles asistenciales.²⁷

La Guía de Intervención 2.0 del Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental forma parte de este programa y proporciona orientación a médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud en el nivel de atención de la salud no especializada sobre la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales.²⁷

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo Descriptivo, cualitativo de corte transversal

- Cualitativa: se utilizó un instrumento que evaluara el nivel de conocimiento del personal de la Unidad de Salud de Panchimalco sobre: trastorno depresivo, trastorno bipolar y conducta suicida.
- Descriptiva: se estudió el conocimiento básico del personal de la Unidad de Salud de Panchimalco sobre: trastorno depresivo, trastorno bipolar y conducta suicida.
- Transversal: las variables se obtuvieron en un punto específico del tiempo

Periodo de investigación

Período de diseño de la investigación: febrero a mayo 2023

Período de ejecución de la investigación: junio a septiembre 2023

Periodo de procesamiento y análisis de información: septiembre 2023

Período de redacción del informe final y presentación de resultados: septiembre a noviembre 2023

Área de estudio

Unidad de Salud de Panchimalco

Universo, población y muestra

- **Universo:** personal que labora en la Unidad de Salud de Panchimalco de mayo a julio 2023.
- **Población:** personal que labora en la Unidad de Salud de Panchimalco de mayo a julio 2023. En total son: 70 personas que laboran en diferentes áreas del establecimiento.
- **Muestra:** En la presente investigación no se utilizó muestra debido al tamaño reducido de la población

Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

-Personal que labora en cualquier área de la Unidad de Salud de Panchimalco

-Personal que labora en cualquier área de la Unidad de Salud de Panchimalco que acepte voluntariamente participar en el estudio.

· Criterios de exclusión

- Personal con contrato temporal o cubriendo interinato o servicio social.
- Personal que curse con trastornos mentales actualmente a pesar de llevar tratamiento.
- Personal que se encuentra incapacitado durante el periodo de ejecución del estudio.

Definición de variables

Variables

Objetivos específicos	Variables
Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio	Edad Sexo Nivel académico Años laborando en Unidad de Salud
Conocer el nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo en el personal de la Unidad de Salud en Panchimalco	Tiempo Criterios mayores Criterios menores
Determinar el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco.	Criterios diagnósticos de trastorno Bipolar tipo I Criterios diagnósticos de trastorno Bipolar tipo II Presencia de depresión
Investigar el nivel de conocimiento sobre conductas suicida en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco	Términos que conforman la ideación y comportamiento suicida Factores de riesgo Factores protectores

Operacionalización de Variables

Objetivos específicos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Valor	Instrumento
Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo en años cumplidos por los participantes del estudio	Años cumplidos	Cuestionario
	Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino	Identificación del sexo por los participantes del estudio	Masculino Femenino	Cuestionario
	Nivel académico	Distinción dada por alguna institución educativa, después de la terminación exitosa del programa de estudios; ya sea terciario, universitario o de posgrado	Identificación del nivel académico por los participantes del estudio	Básica Bachillerato Universitario	Cuestionario
	Años laborando en unidad de salud	Tiempo que ha laborado una persona en el establecimiento de salud	Tiempo en años cumplidos laborando en el establecimiento por los participantes del estudio	Menos de 2 años De 2 a 5 años Más de 5 años	Cuestionario
	Ocupación	Tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Identificación de la ocupación o puesto por los participantes del estudio	Médico Enfermería Administrativo Otros	Cuestionario
Conocer el nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo en el personal de la Unidad de Salud en Panchimalco	Tiempo de evolución	Tiempo reconocido dentro de la clasificación del CIE como el necesario para ser diagnóstico de trastorno depresivo	Identificación al menos 2 semanas	2 semana (1 pt) Otro resultado (0 pt)	Cuestionario
	Criterios mayores	Todos los criterios mayores propuestos para el diagnóstico de trastorno depresivo según el CIE10	Identificación de al menos tres criterios diagnósticos	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario

	Criterios menores	Todos los criterios menores propuestos para el diagnóstico de trastorno depresivo según el CIE10	Identificación de al menos tres criterios diagnósticos	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario
Determinar el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco	Criterios diagnósticos de Trastorno Bipolar tipo I	Conocer los criterios de episodio maníaco o mixto según CIE-10	Identificación de al menos tres criterios diagnósticos	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario
	Criterios diagnósticos de trastorno Bipolar tipo II	Conocer los criterios de episodio hipomaniaco según CIE-10	Identificación de al menos tres criterios diagnósticos	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario
	Presencia de depresión	Conocer los criterios según CIE-10 para diagnosticar trastorno bipolar.	Diferenciar cuadro depresivo de trastorno bipolar	Bajo 0 pts Alto 1 pt	Cuestionario
	Términos que conforman la ideación y comportamiento suicida	Conceptos de: ideación suicida, intento de suicidio, suicidio	Identificar los distintos conceptos de: ideación suicida, intento de suicidio, suicidio	Bajo 0 pts Alto 1 pt	Cuestionario
Investigar el nivel de conocimiento sobre conductas suicida en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco	Factores de riesgo	Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida: edad, sexo, estado civil, empleo, trastornos mentales asociados	Identificar los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida: edad, sexo, estado civil, empleo, trastornos mentales asociados	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario
	Factores protectores	Situación o circunstancia que genere una reducción del riesgo al que está sometida una persona de incurrir en conductas suicidas.	Identificar los factores protectores relacionados con la conducta suicida: edad, sexo, estado civil, empleo	Bajo (1 o ninguno) 1 pt Medio (2) 2 pt Alto (3) 3 pt	Cuestionario

Fuentes de información

La fuente de información que se empleó para el desarrollo de la investigación fue de tipo primaria, debido a que los datos se obtuvieron de manera directa del personal de la Unidad de Salud de Panchimalco. Esta información se obtuvo por medio de un cuestionario propio (elaborado por el grupo de investigación), que consistía en preguntas creadas a partir de los criterios diagnósticos del CIE 10 sobre el trastorno depresivo y bipolar, y también se realizaron preguntas sobre la conducta suicida. El cuestionario se aplicó de forma física mediante páginas impresas con las preguntas; luego se llevó a cabo una revisión de cada cuestionario y se tabularon los datos en Excel y posteriormente se realizó la discusión de los resultados.

La fuente secundaria de información se llevó a cabo por medio de una amplia revisión bibliográfica de lecturas de libros, artículos médicos y páginas web médicas.

Técnicas de obtención de información

Esta se llevó a cabo por medio de un cuestionario propio (elaborado por el grupo de investigación) que se proporcionó impreso a todo el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco, el cual consistía en el llenado de preguntas cerradas de opción múltiple. Este cuestionario evaluó el nivel de conocimiento del personal sobre: trastornos afectivos y conducta suicida; el cual estaba constituido de 9 preguntas de opción múltiple. (Anexo 1)

Mecanismos de confidencialidad y resguardo datos, al momento de aplicar el instrumento se le preguntó a cada uno de los participantes por una autorización personal mediante un consentimiento informado (Anexo 2), en el cual se explicaba la finalidad de la recolección de información, que sería utilizada con propósitos académicos y que no se divulgarían o compartirían los datos personales de cada uno de los participantes que realizaron la encuesta. Los datos obtenidos se tabularon en Excel solo por los integrantes del grupo de investigación.

Procesamiento y análisis de información

Se llevó a cabo por medio de un instrumento elaborado para esta investigación iniciando con las características sociodemográficas de la población: edad, sexo, nivel académico, tiempo de laborar en centro de salud. El instrumento consistía en una serie de preguntas, en las cuales se colocaron los criterios diagnósticos extraídos del CIE10 sobre el trastorno depresivo y trastorno bipolar, además se incluyeron preguntas sobre los factores de riesgo y protectores de la conducta suicida. A partir de las respuestas obtenidas en cada cuestionario, se logró clasificar

el nivel de conocimiento en: bajo, medio y alto. Luego de la recolección de datos se realizó la tabulación en el programa de Excel para realizar el procesamiento de datos, caracterizar los datos, realizar esquemas y gráficas con la información recolectada. Por último, después del procesamiento de datos se llevó a cabo la discusión y análisis de datos.

Consideraciones éticas

El proceso de recolección de información de la presente investigación se llevó a cabo en base a las consideraciones de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 en la Asamblea número 64.

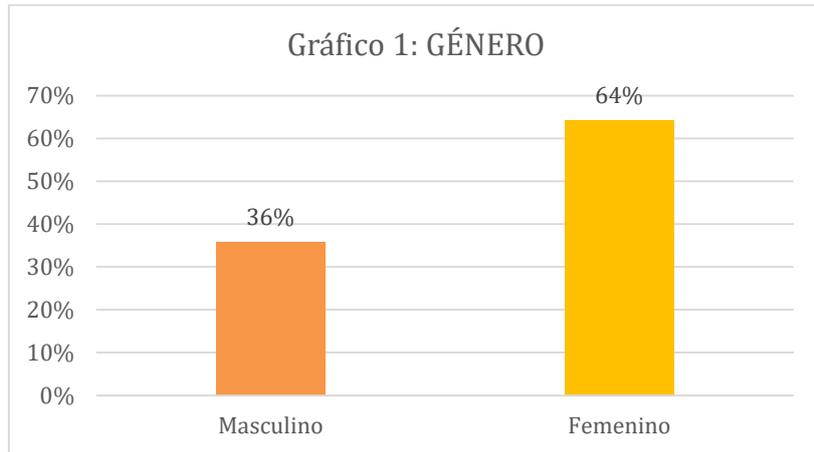
Los resultados obtenidos del trabajo de investigación se divulgaron por medio de la última fase del trabajo de tesis (investigación de tipo Descriptivo, cualitativo de corte transversal) en el apartado de análisis de datos; con el objetivo de aportar información sobre los principales trastornos afectivos en el país y el nivel de conocimiento de dichos trastornos en el personal de primer nivel de atención.

Toda la información y datos que se obtuvieron del personal del personal que labora en la Unidad de Salud de Panchimalco son de carácter confidencial. Se pretendía dar a conocer todos los aspectos que comprende el proceso de investigación y se hizo énfasis en que los resultados recolectados son de carácter anónimo.

Previo a pasar el instrumento, se informó a cada uno de los participantes los objetivos que pretende la investigación y los beneficios del estudio. Posterior a la explicación breve del estudio y objetivos, se presentó en cada instrumento un consentimiento informado (Anexo 2) en el cual se solicitaba la autorización de participación en el estudio por medio de firma.

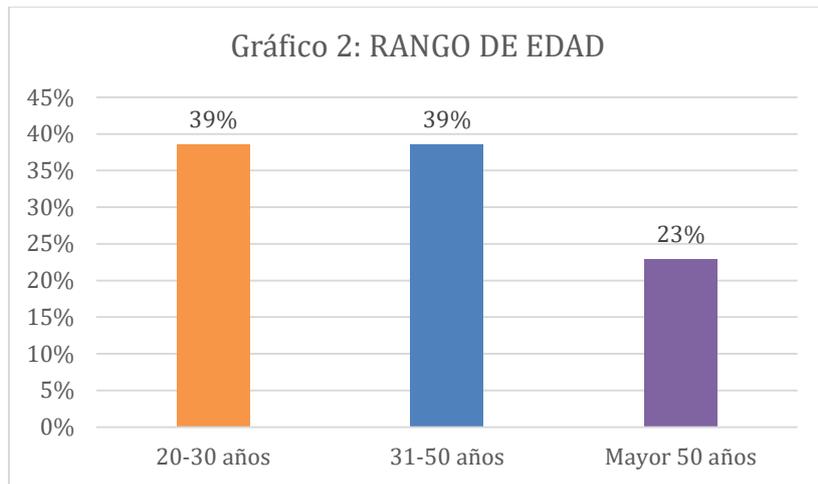
RESULTADOS

Objetivo 1: Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio



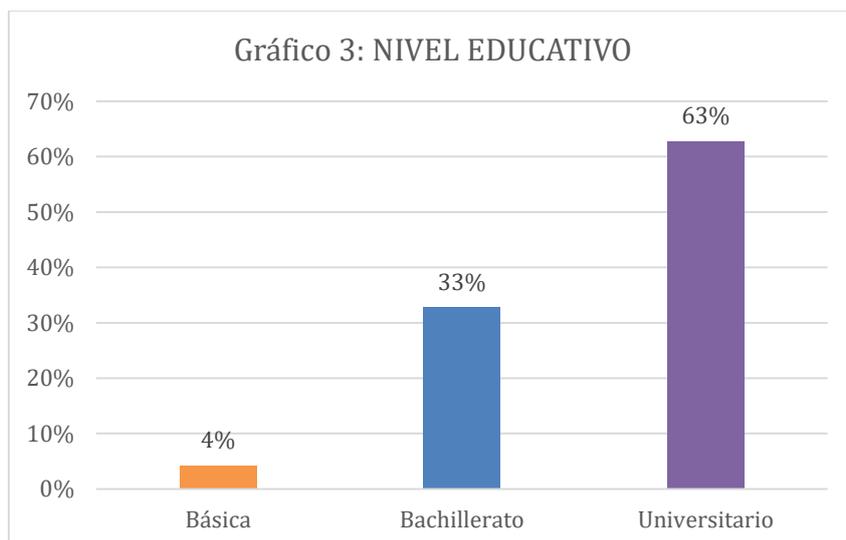
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

A partir de los resultados obtenidos en las encuestas se puede destacar que del 100% de participantes hay predominio del sexo femenino dentro de la población en estudio, obteniendo un 64% mientras que el sexo masculino fue de un 36%.



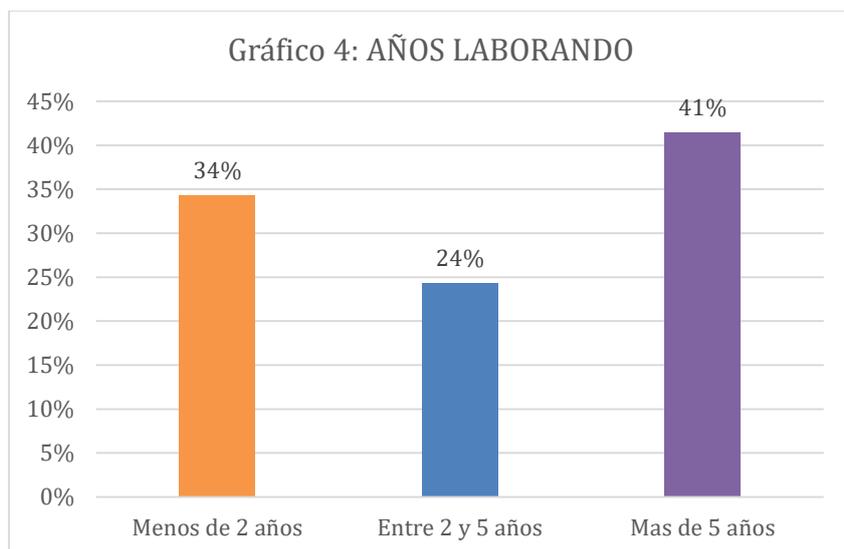
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

En cuanto al grupo por edades se observa que un 39% oscila entre los 20 a 30 años, 39% tienen entre 31 a 50 años y solo un 22% son mayores de 50 años.



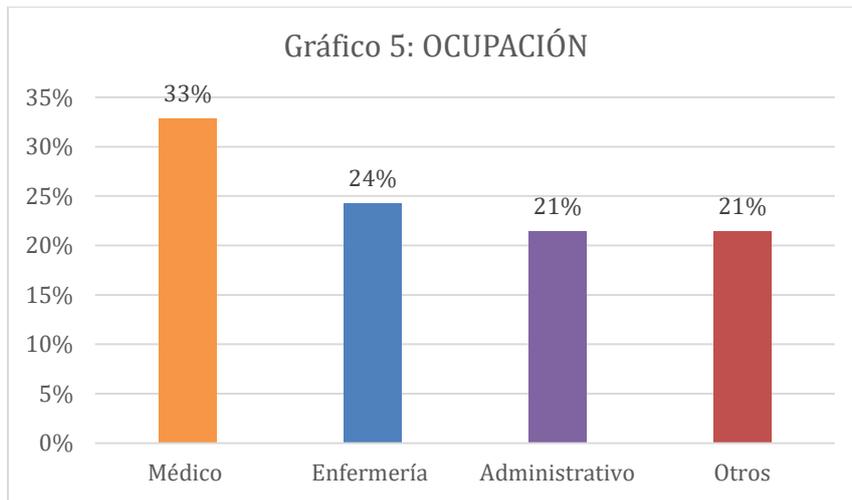
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

En cuanto al nivel académico 63% de los encuestados tienen un título universitario, 33% estudiaron hasta bachillerato y 4% educación básica.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

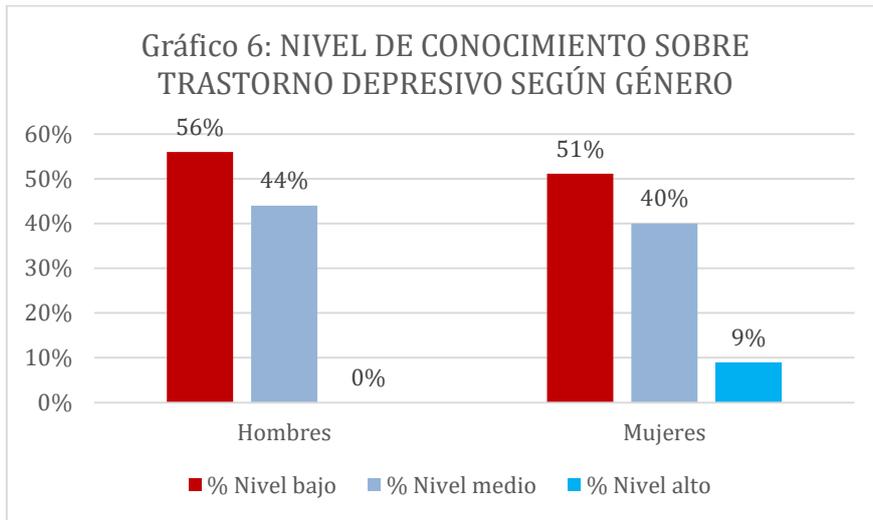
Podemos observar que un 24% posee entre 2 y 5 años laborando en el establecimiento, 34% tiene menos de 2 años laborando y 41% más de 5 años de trabajo en la unidad de salud en estudio



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

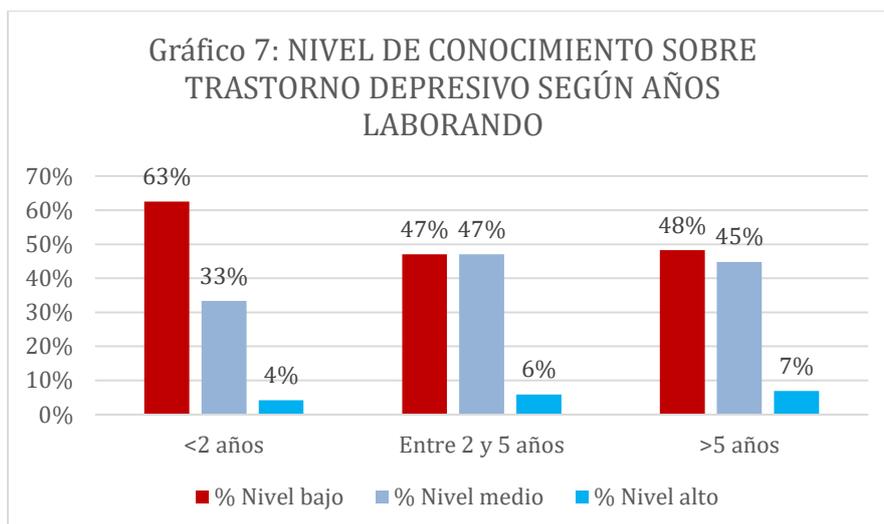
Para culminar con respecto a la ocupación de los encuestados 33% fueron médicos, 24% pertenece al personal de enfermería, 21% son del área administrativa y 21% se encuentra en otras áreas (promotores de salud, polivalentes, ordenanzas, dependiente de farmacia, laboratorista, saneamiento)

Objetivo 2: Indagar el nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco



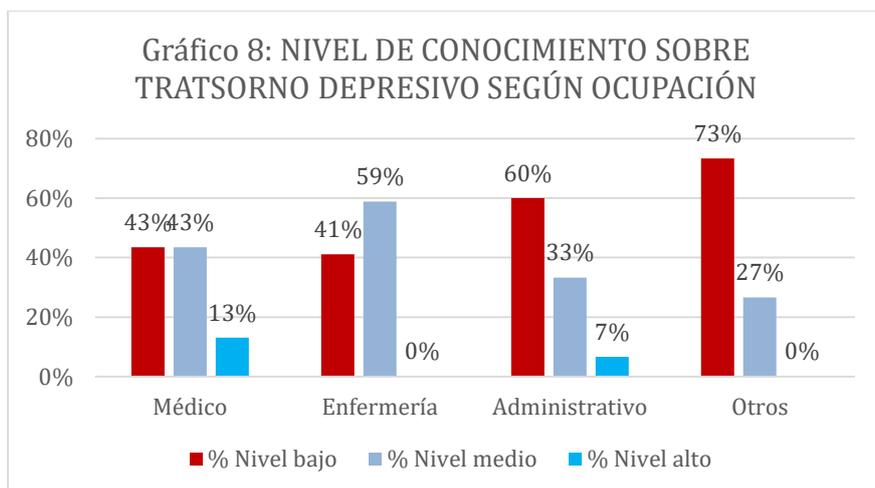
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

En los resultados del segundo objetivo sobre trastorno depresivo podemos observar que del total de hombres encuestados 56% obtuvieron un nivel bajo de conocimiento, 44% un nivel medio y ningún participante alcanzó un nivel alto; mientras que de las mujeres 45% obtuvieron un nivel alto de conocimiento, 40% un nivel medio y 9% un nivel alto de conocimiento.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

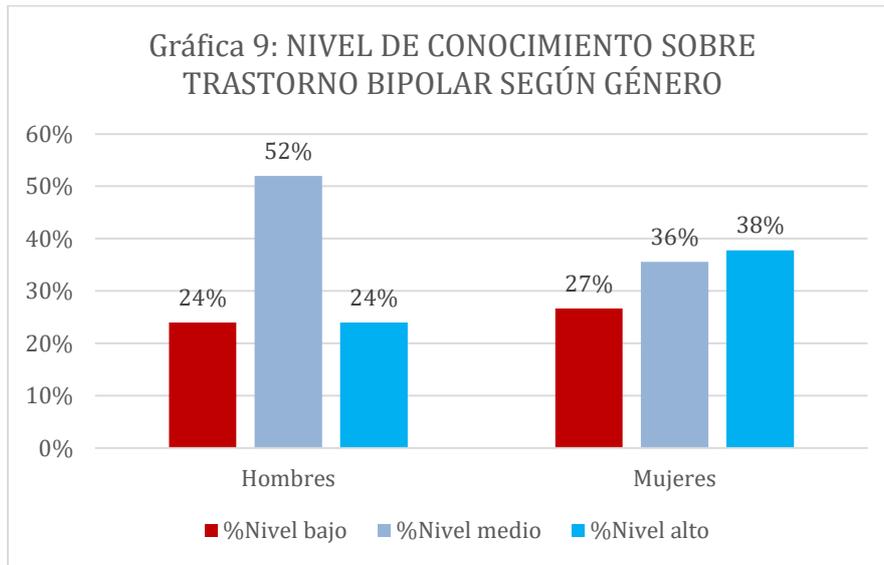
De acuerdo con los años laborando entre las personas que tienen menos de 2 años 63% obtuvieron un nivel bajo de conocimiento, 33% un nivel medio y 4% un nivel alto; las personas que llevan entre 2 y 5 años 47% alcanzaron un nivel bajo de conocimiento, 47% un nivel medio y 6% un nivel alto; para finalizar aquellas personas que tienen más de 5 años laborando en la unidad obtuvieron 48% un nivel bajo, 45% un nivel medio y 7% un nivel alto de conocimiento.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

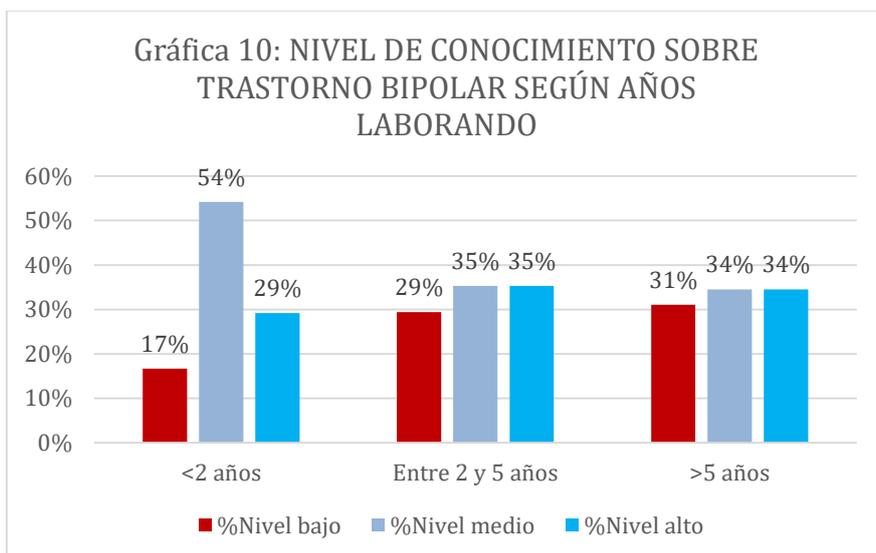
En cuanto a la ocupación, se puede observar que del total de médicos 43% obtuvo un nivel bajo, 43% un nivel medio y 13% un nivel alto; las enfermeras obtuvieron 41% un nivel bajo, 59% nivel medio y nadie del personal de enfermería alcanzó un nivel alto de conocimiento. Del personal administrativo 60% obtuvo nivel bajo, 33% un nivel medio y 7% nivel bajo de conocimiento; finalmente con las personas encuestadas de otras áreas se encontraron 73% con nivel bajo, 27% con nivel medio y nadie con nivel alto de conocimiento.

Objetivo 3: Determinar el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco.



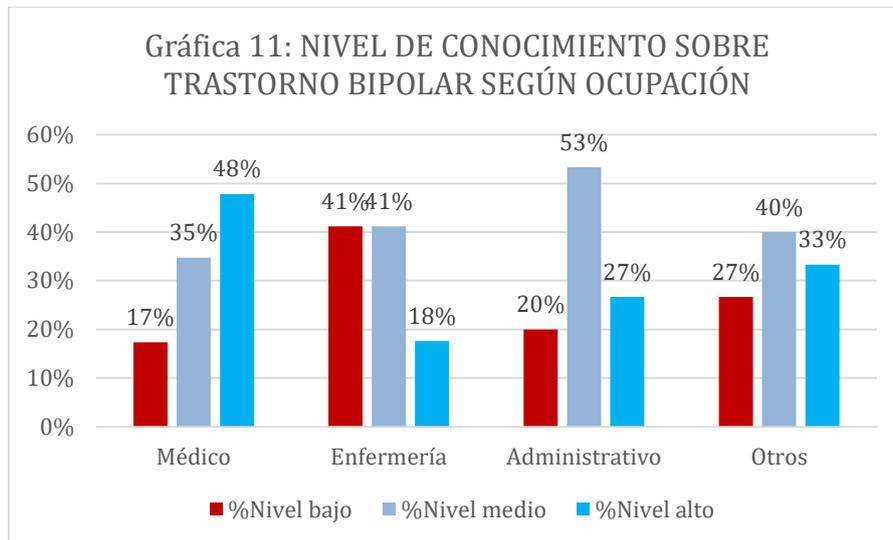
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

A partir de la recopilación de datos del personal de salud encuestado, se observa que: los hombres presentan 24% de conocimiento bajo, 52% nivel medio y el 24% nivel de conocimiento alto; por otro lado, las mujeres obtuvieron 27% de nivel de conocimiento de nivel bajo, 36% nivel medio y 38% nivel de conocimiento alto.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

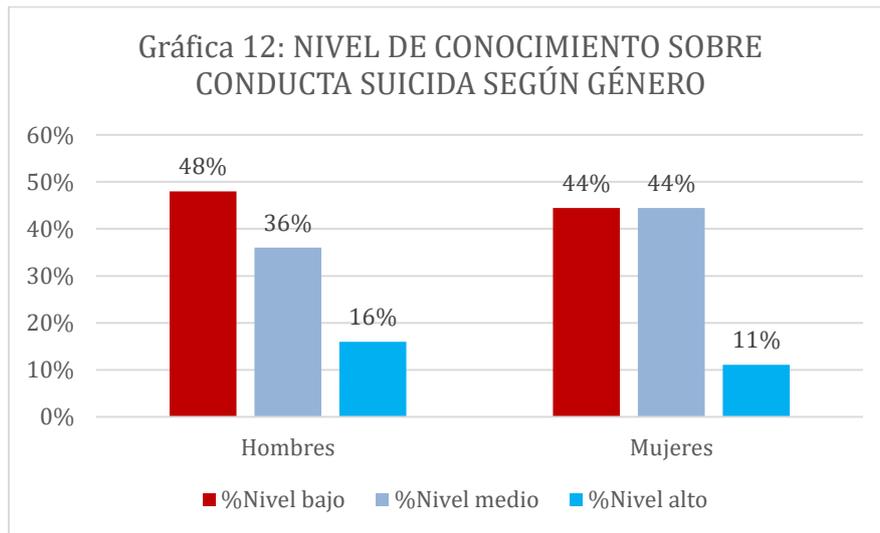
En el apartado de los años laborando, se observan los siguientes resultados: en el periodo de menos de 2 años obtuvieron 17% de conocimiento bajo, 54% nivel medio y el 29% un nivel de conocimiento alto; entre 2 y 5 años el 29% presenta un nivel de conocimiento bajo, 35% de nivel medio y el otro 35% presenta un nivel de conocimiento alto. La población que ha laborado por más de 5 años presenta: 31% de nivel bajo, 34% de nivel medio y un 34% presenta nivel de conocimiento alto.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

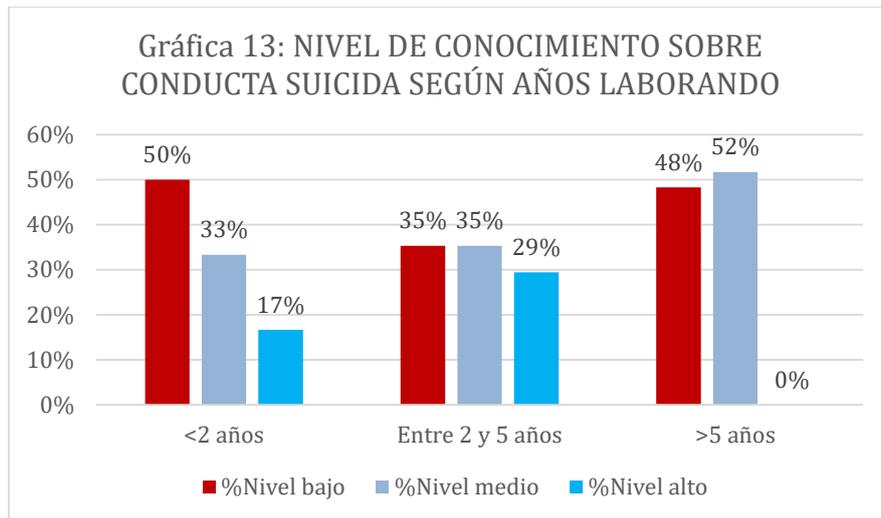
En los resultados obtenidos de las encuestas se evidencia que: la población médica presenta 17% nivel de conocimiento bajo, 35% nivel medio, y 48% nivel de conocimiento alto. La disciplina de enfermería un 41% de conocimiento bajo, 41% de nivel de conocimiento medio y el 18 % obtiene un nivel de conocimiento alto. El área administrativa presenta un 20% de nivel de conocimiento bajo, 53% nivel de conocimiento medio y 27% nivel de conocimiento alto. Finalmente, otras disciplinas presentan 27% de nivel de conocimiento bajo, 40% de nivel de conocimiento medio y 33% nivel de conocimiento alto.

Objetivo 4: Investigar el nivel de conocimiento sobre conductas suicidas en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco.



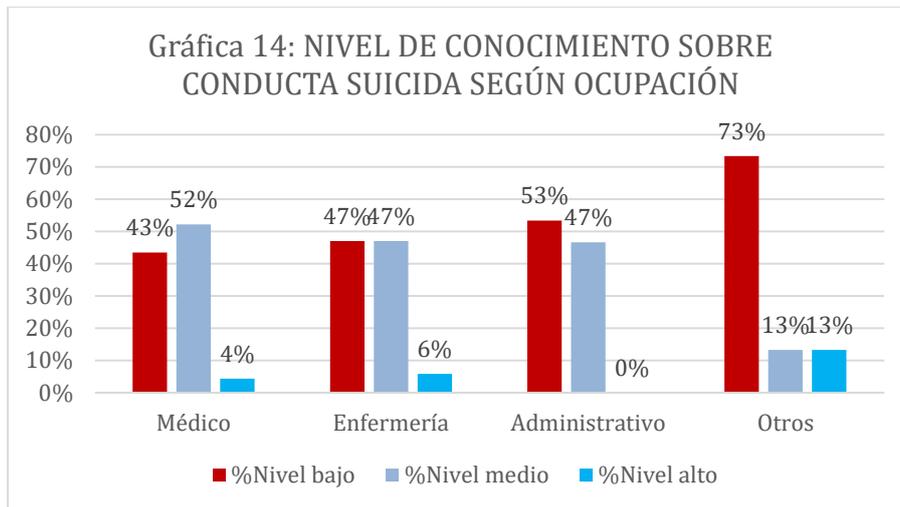
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

Con respecto a los resultados del último objetivo sobre conducta suicida, se obtuvieron los siguientes datos: la población masculina obtuvo 48% nivel bajo de conocimiento, 36% nivel medio y 16% nivel alto de conocimiento, mientras que el género femenino presentó 44% nivel bajo, 44% nivel medio y 11% nivel alto de conocimiento.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

De acuerdo con los años laborando en la unidad de salud, aquellas personas con menos de dos años laborando obtuvieron 50% nivel bajo, 33% nivel medio y 17% nivel alto. Los encuestados con 2 a 5 años de laborar en el establecimiento obtuvieron 35% nivel bajo, 35% nivel medio y 29% nivel alto. Mientras que el personal que lleva más de 5 años laborando se encontró: 48% con nivel bajo, 52% nivel medio y nadie alcanzó un nivel alto de conocimiento.



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, periodo mayo-julio 2023.

Respecto a la ocupación del personal encuestado, se obtuvieron los siguientes resultados: los médicos alcanzaron 43% nivel bajo, 52% nivel medio y 4% nivel alto; la disciplina de enfermería 47% nivel bajo, 47% nivel medio y 6% nivel alto; el personal administrativo 53% nivel bajo, 47% nivel medio y nadie de este grupo obtuvo un nivel alto de conocimiento; finalmente el personal de otras áreas 73% nivel bajo, 13% nivel medio y 13% nivel alto.

DISCUSIÓN

Los trastornos afectivos presentan una mayor incidencia en la población, por lo que el nivel de conocimiento acerca de estas afecciones es un factor determinante en el diagnóstico y manejo. El personal de salud que se encuentra en primer nivel de atención debe estar capacitado para abordar y diagnosticar trastornos afectivos oportunamente. Como parte de las capacitaciones al personal, se deben actualizar y seguir los lineamientos correspondientes al manejo de los trastornos afectivos. De forma que, la atención en las unidades de salud se apege a las directrices, brindando un servicio más eficiente.

La población encuestada fue de 70 personas, siendo estos el personal de salud en primer nivel de atención en Panchimalco. Se realizó una segregación del personal, donde se excluyó personal temporal como internos, médicos de año social y personal diagnosticado con trastornos afectivos.

Previo al estudio se realizó una prueba piloto con la finalidad de conocer la interpretación que la población daba a las preguntas del cuestionario. Se tomó una muestra de 10 personas, incluyendo 3 médicos, 2 enfermeras, 2 administrativos y 3 de otras áreas. Donde se identificó confusión con la redacción de algunas preguntas, las cuales fueron modificadas para que el instrumento fuese lo más claro posible.

En cuanto a las características sociodemográficas el resultado obtenido para el objetivo uno, se observó un predominio de la población femenina con un 64% sobre la población masculina con un 36%. La participación femenina fue más alta debido a que en la unidad de salud representan un mayor porcentaje de la población total. Se tomaron en cuenta factores como edad, nivel académico, años laborando en la unidad y ocupación para determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos.

Como resultado del rango de edad de los encuestados se obtuvo que el 39% se encuentra en un rango de edad entre 20 y 30 años, el 39% entre 31 y 50 años; y el 23% eran mayores de 50 años. En cuanto al nivel académico se obtuvo que un 4% de los encuestados cuentan con un nivel de estudio de educación básica, un 33% con bachillerato y un 63% con estudios universitarios. Por último, con respecto a la ocupación se obtuvo que un 33% de los

encuestados eran médicos, el 24% era personal de enfermería, el 21% era personal administrativo y el 21% restante pertenecía a otras áreas de la unidad de salud.

En cuanto al objetivo dos, el género femenino mostró un nivel alto de conocimiento sobre trastorno depresivo con un 9%, mientras que el género masculino se mantuvo en un nivel bajo y medio. Sin embargo, la población femenina es mayor que la masculina, por lo que incide en el resultado global de la evaluación generando desigualdad; evidenciando que el género no es un factor determinante que afecte el nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo.

El nivel de conocimiento en relación con los años laborando en el establecimiento de salud tuvo una relación proporcional directa, es decir, mientras más años tenían laborando, mayor nivel conocimiento poseían. El personal de salud que tenía más de 5 años laborando alcanzó el 7% del nivel alto de conocimiento sobre dichos trastornos, mientras que el personal con menos de 2 años de experiencia ocupó el mayor porcentaje dentro de la categoría de nivel de conocimiento bajo. Por lo que, la experiencia adquirida en los años de trabajo repercute en el nivel de conocimiento del personal de salud.

La ocupación de la población encuestada demostró tener incidencia en el nivel de conocimiento del personal de salud, ya que el conocimiento es consecuente de la formación académica recibida. Los médicos representaron el 13% del nivel alto de conocimiento, mientras que personal de otras áreas representó el 73% del nivel bajo de conocimiento; se puede deducir que la ocupación y formación académica afecta directamente el conocimiento sobre trastorno depresivo.

En cuanto al conocimiento sobre trastorno bipolar, se obtuvo como resultado para el objetivo 3 que la población femenina representó un 38% del nivel alto de conocimiento y la población masculina se mantuvo mayoritariamente en un rango de conocimiento medio. Debido a que el género era desigual en proporción a la población encuestada, se concluyó que este no es un factor determinante en el nivel de conocimiento.

Los años laborados demostraron ser determinantes para el nivel de conocimiento del personal de salud. Siendo los trabajadores con más de 5 años de experiencia los que alcanzaron un nivel alto de conocimiento, representando el 34% de esta categoría. Por otra parte, el personal con menos años laborados se posicionó en un nivel de conocimiento de medio a alto. Esto indica

que los años de experiencia influyen positivamente el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar.

Respecto a la variable de ocupación los médicos se sitúan en un nivel alto de conocimiento representando el 48% de esta categoría. Mientras que el personal de enfermería se sitúa en un nivel bajo a medio de conocimiento, representando el 41% de ambas categorías. Esto puede deberse a vacíos académicos o desactualización en el pensum de las carreras de pregrado en salud.

El objetivo 4 que busca indagar el nivel de conocimiento sobre conducta suicida, el género masculino obtuvo el nivel más alto de conocimiento con un 16% mientras que el género femenino se mantuvo en un nivel bajo a medio con un 44% para ambos niveles. Cabe señalar que es interesante ya que las estadísticas marcan una relación de suicidios entre hombres a mujeres es de 4:1.

Con relación a los años laborando el nivel más alto de conocimiento fue alcanzado por el personal que tiene entre 2 y 5 años en el establecimiento con un 29% y aquellos con menos de 2 años obtuvieron un 17%, mientras que el personal que ha laborado por más de 5 años ocupó un nivel bajo a medio; se puede considerar que a pesar de la mayor experiencia son las generaciones nuevas quienes le prestan más importancia e interés al comportamiento suicida o que hay una falta de actualización de conocimiento después de un periodo de laborar en el sistema de salud por lo que debe darse un seguimiento a la capacitación y actualización de conocimientos, específicamente los médicos debido a que al transcurso de los años no se actualizan y suele haber cierta renuencia.

CONCLUSIONES

- Se concluye de acuerdo con los datos sociodemográficos que existe una prevalencia de la población femenina, así como más participantes con edades entre 20 a 50 años, personal con nivel académico universitario, personas con más de 5 años laborando en el establecimiento y profesionales médicos. Por otra parte, las poblaciones menos predominantes fueron hombres, personas con más de 50 años, personal con nivel académico básico, participantes que tienen entre 2 a 5 años de laborar en el establecimiento y personal administrativo y de otras áreas de la unidad.
- Con respecto al nivel de conocimiento sobre trastorno depresivo presentaron un nivel de conocimiento alto el género femenino, personal de salud con más de 5 años laborando y profesionales médicos y en cuanto al nivel de conocimiento bajo fueron el género masculino, personal con menos de 2 años de laborar en la unidad y aquellos que laboran en otras áreas del establecimiento. El nivel de conocimiento alto sobre trastorno depresivo en determinadas categorías puede correlacionarse con el hecho que es una patología altamente prevalente a nivel mundial y que se ha visto en auge en los últimos años debido a múltiples factores como: factores psicológicos, biológicos individuales, genéticos, uso de sustancias, exposición contextos sociales, económicos, entre otros; por lo que es fundamental que el personal de salud del primer nivel de atención conocer esta patología para lograr un adecuado diagnóstico y posteriormente remitir a estos pacientes para un manejo especializado.
- En relación con el nivel de conocimiento sobre trastorno bipolar obtuvieron un nivel alto de conocimiento la población femenina, personal entre 2 a 5 años de laborar en la unidad y los médicos, y el nivel bajo lo presentaron el género femenino, el personal con más de 5 años y el personal de enfermería. El trastorno bipolar tiende a ser una patología subdiagnosticada o pasa desapercibida porque los síntomas del cuadro son cambiantes y se confunde el trastorno bipolar tipo II con trastornos depresivos resistentes a tratamiento; al existir desconocimiento sobre esta patología es de vital importancia que el personal de salud en el primer nivel de atención conozcan más sobre el cuadro para así realizar un buen diagnóstico de entrada y posteriormente referir a estos pacientes con psiquiatras o psicólogos para un manejo integral.

- A partir de los resultados obtenidos, en cuanto al nivel de conocimiento sobre conducta suicida se alcanzó un nivel alto por parte del género masculino, personal entre 2 a 5 años y menos de 2 años de laborar en la unidad y el personal de otras áreas del establecimiento, por otra parte, el nivel bajo fue presentado por el género masculino, personal con menos de 2 años laborando y personal de otras áreas de trabajo. Las categorías que presentaron un nivel de conocimiento alto sobre las conductas suicidas se podría relacionar con el hecho que en los últimos años se ha observado un aumento de conductas suicidas (junto al trastorno depresivo) que necesita especial atención por parte del sistema de salud, para que este capacite al personal en los diferentes niveles de atención sobre el tema y permita identificar las señales de alarma y poder atender de forma adecuada a todos los pacientes que presentan este cuadro.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de Salud promover temas sobre salud mental como trastorno depresivo, trastorno bipolar y conducta suicida al personal de salud que labora en el primer nivel de atención: médicos, enfermería, laboratoristas clínicos, odontólogos, promotores de salud, administrativos, etc., con el fin de mejorar la captación, manejo, seguimiento y derivación oportuna de usuarios con dichas patologías.
- Al Ministerio de Educación incentivar la promoción de temas de salud mental en niveles de educación básica, intermedia, bachillerato y técnicos.
- A las universidades que cuentan con carreras relacionadas al área de salud a revisar y actualizar el plan de estudios, con especial atención a las materias de psicología y psiquiatría, además de mejorar la forma de impartir y el proceso de enseñanza.
- A la Unidad de Salud de Panchimalco brindar capacitaciones sobre los trastornos afectivos en estudio a todo el personal que labora en el establecimiento para un adecuado diagnóstico y abordaje en el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial De La Salud. ““No Hay Salud Sin Salud Mental” - OPS/OMS | Organización Panamericana de La Salud.” *Www.paho.org*, 2022, www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental.
2. World Health Organization: WHO. Trastornos mentales. *Who.int*. World Health Organization: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
3. World Health Organization: WHO. Depresión. *Who.int*. World Health Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Sadock BJ. Manual De Psiquiatría Clínica. In: Manual De Psiquiatría Clínica. 4° ed. New York: Wolters Kluwer; 2018. p. 172-76.
5. Stern, Theodore A, et al. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 2016. 2° ed., vol. 1, London, Elsevier, 2016, pp. 324–329.
6. Organización Panamericana de la Salud . *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados Con La Salud*. 1994. 10° ed., vol. 1, Washington D.C., International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, 1994, p. 315-317, ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf. Accessed 1 May 2023.
7. Toro, Ricardo, et al. *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. 2010. 5° ed., vol. 1, Medellín, Colombia, Corporación Para Investigaciones Biológicas., 2010, p. 168-170.
8. Sadock BJ. Manual De Psiquiatría Clínica. In: Manual De Psiquiatría Clínica. 4° ed. New York: Wolters Kluwer; 2018. p. 174–6.
9. Organización Panamericana De La Salud. “Salud En Las Américas 2018.” *Www.paho.org*, Oficina Regional Para Las Américas De La Organización Mundial De La Salud, 2017, www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html. Accessed 27 Nov. 2021.
10. Hasler, Gregor. “PATHOPHYSIOLOGY of DEPRESSION: DO WE HAVE ANY SOLID EVIDENCE of INTEREST to CLINICIANS?” *World Psychiatry*, vol. 9, no. 3, Oct. 2010, pp. 155–161, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950973/, <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x>.
11. Restrepo-Arango, Marcos, et al. “Trastorno Depresivo Mayor: Una Mirada Genética* Major Depressive Disorder: A Genetic View.” *Trastorno Depresivo Mayor: Una*

- Mirada Genética*, vol. 13, no. 1794-9998, 2017, www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00279.pdf, <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>. Accessed 2 May 2023.
12. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto*. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad., 2014.pp. 38-42.
 13. American Psychiatric Association. *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5® : Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5®*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing, 2014.
 14. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto*. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad., 2014. pp. 53-63.
 15. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 4 de mayo de 2023];5(12):e610. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>.
 16. European Association For Psychotherapy. “European Association for Psychotherapy | EAP | Welcome.” *European Association for Psychotherapy*, European Association for Psychotherapy (EAP) , Oct. 2020, www.europsyche.org/. Accessed 6 Nov. 2022.
 17. Ministerio De Salud. *Ministerio de Salud*. Ministerio De Salud Gobierno De El Salvador, 2017.
 18. National Library Of Medicine. “Major Depressive Disorder.” *PubMed*, StatPearls Publishing, 1 June 2022, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/. Accessed 2 May 2023.
 19. Rybakowski, Janusz. “Etiopathogenesis of Bipolar Affective Disorder the State of the Art for 2021.” *Psychiatria Polska*, vol. 55, no. 3, 30 June 2021, pp. 481–496, <https://doi.org/10.12740/pp/132961>. Accessed 27 Mar. 2023.
 20. Perris C. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: I: Genetic investigation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1966; 42(Suppl 194): 15–44.
 21. Toro, Ricardo, et al. *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. 2010. 5° ed., vol. 1, Medellín, Colombia, Corporación Para Investigaciones Biológicas., 2010, p. 195-207.
 22. Saunders, Kate E. A., and Guy M. Goodwin. “The Course of Bipolar Disorder.” *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 16, no. 5, 1 Sept. 2010, pp. 318–328,

www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/course-of-bipolar-disorder/58EDBBA7422C12C4D4FB52306446E971,
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004903>. Accessed 2 May 2023.

23. Jain, Ankit, and Paroma Mitra. "Bipolar Affective Disorder." *PubMed*, StatPearls Publishing, 20 Feb. 2023, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/. Accessed 2 May 2023.
24. Ma, Jennifer, et al. "A Systematic Review of the Predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior." *Clinical Psychology Review*, vol. 46, June 2016, pp. 34–45, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>. Accessed 2 May 2023.
25. Paashaus, Laura, et al. "Do Suicide Attempters and Suicide Ideators Differ in Capability for Suicide?" *Psychiatry Research*, vol. 275, May 2019, pp. 304–309, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.038>. Accessed 14 Jan. 2021.
26. Téllez, Jorge, et al. *Psicopatología Del Comportamiento*. 2016. 1st ed., vol. 1, Bogotá, Colombia, Asociación Colombiana De Psiquiatría Biológica, 2016, pp. 721–776.
27. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE MEDICINA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y CONDUCTA SUICIDA EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO 2023.”

Ficha de datos				
Edad				
Sexo	Masculino		Femenino	
Nivel académico	Básica	Bachillerato		Universitario
Años laborando en la unidad	Menos de 2 años	Entre 2 y 5 años		Más de 5 años
Ocupación	Médico	Enfermería	Administrativo	Otros

Indicaciones: El siguiente cuestionario tiene por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de salud de Panchimalco, los resultados serán confidenciales para fines únicamente investigativos.

1. ¿Cuáles de los siguientes signos y síntomas considera usted necesarios para identificar a una persona con trastorno depresivo? Señale 3 criterios que considere necesarios:
 - a. Humor depresivo la mayor parte del día casi todos los días.
 - b. Ganas de llorar.
 - c. Necesidad de dormir la mayor parte del día.
 - d. Pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras.
 - e. Aislamiento.
 - f. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
2. A su criterio, ¿cuánto es el tiempo de duración de un trastorno depresivo?

- a. 1 mes
 - b. 6 meses
 - c. 15 días
 - d. No importa el tiempo de duración
3. De los siguientes síntomas, señale los 3 que considera más relevantes para identificar a una persona con trastorno depresivo:
- a. Cualquier tipo de alteración del sueño
 - b. Necesidad de aislarse del resto la mayor parte del tiempo
 - c. Cambios en el apetito con el correspondiente cambio de peso
 - d. Comportamiento agresivo sin motivos aparentes
 - e. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima
 - f. Necesidad de ingerir sustancias psicoactivas para mejorar el estado de ánimo
4. De los siguientes síntomas, señale los 3 que considera más relevantes en una persona con episodio maníaco:
- a. Menos necesidad de sueño
 - b. Mayor necesidad de sueño
 - c. Aumento del autoestima o sentimiento de grandeza
 - d. Sensación de culpa o autorreproche
 - e. Facilidad para la distracción e incapacidad de concentrarse
 - f. Pensamientos recurrentes de muerte
5. ¿Para identificar un trastorno bipolar es necesario el antecedente de un episodio depresivo cuando alguien presenta un episodio maniaco o hipomaniaco?
- a. Verdadero
 - b. Falso
6. Identifique aquellos signos y síntomas que comprenden un episodio de hipomanía:
- a. Dedicación y gasto excesivo en actividades placenteras
 - b. Alucinaciones
 - c. Verborrea y deseos de seguir hablando
 - d. Baja autoestima
 - e. Estado de ánimo expansivo, elevado o irritable
 - f. Conducta paranoica la mayor parte de los días

7. Según su criterio, ¿cuál es la definición correcta de “suicidio”?
 - a. Es la consecuencia final de todo trastorno depresivo
 - b. Muerte autoinfligida con evidencias de que la persona pretendía morir.
 - c. Comportamiento autolesivo a repetición que finalmente culmina en la muerte
 - d. Es el resultado de no recibir diagnóstico y tratamiento oportuno del trastorno depresivo

8. Según su criterio, ¿qué es la “ideación suicida”?
 - a. Planificación detallada de actos que pongan en riesgo la vida
 - b. Pensamiento que sirve de agente para la propia muerte
 - c. Deseos y pensamientos de muerte todos los días

9. Seleccione 3 factores que constituyen un riesgo para la conducta suicida
 - a. Sexo masculino
 - b. Sexo femenino
 - c. Edad avanzada
 - d. Adolescencia
 - e. Presencia de una enfermedad mental
 - f. Raza negra

Anexo 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y
CONDUCTA SUICIDA EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE
PANCHIMALCO EN EL PERIODO DE MAYO A JULIO 2023.”**

INVESTIGADORES:

María Fernanda Rivas Mira

María Celeste Rivera Morales

Miguel Alonso Sánchez Martínez

DOCENTE ASESOR:

Dr. Manuel Alberto Valencia Cuellar

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE PANCHIMALCO

Nombre de la institución: Universidad de El Salvador

Tema: Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco en el periodo de mayo a julio 2023.

Este documento de consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información
- Formulario de Consentimiento

PARTE I: Información

Introducción

Nosotros como estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. Estamos investigando el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la Unidad de salud de Panchimalco a través de un cuestionario que puntúa su conocimiento respecto al tema.

No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación; puede que haya dudas sobre algunos términos, pero no dude en preguntar a los investigadores ya que estarán a su disposición para resolver cualquier duda que surja.

Propósito: Esta investigación se realiza con el propósito de determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la Unidad de salud de Panchimalco, a partir de un cuestionario identificar las características sociodemográficas de la población en estudio e indagar respecto al conocimiento en trastornos afectivos y conducta suicida a través de preguntas que tienen puntaje, al finalizar el cuestionario se obtendrá la sumatoria de preguntas buenas y se clasificará el conocimiento como bajo, medio y alto.

Tipo de intervención de investigación: La investigación consistirá en la recolección de información a través de los participantes que hayan aceptado previamente formar parte de la investigación, posteriormente se brindará un cuestionario que constará de dos partes: características sociodemográficas y el cuestionario conformado por 10 preguntas, tres preguntas sobre depresión, 3 preguntas sobre trastorno bipolar y 4 sobre conducta suicida. Luego de la recolección de la información guardando la confidencialidad de los participantes se procederá al procesamiento y análisis de la información a través de programas informáticos. Por último, se dará a conocer los resultados y conclusiones a los participantes y al comité del jurado calificador de la investigación.

Selección de participantes: La población de estudio será todo el personal de la Unidad de salud de Panchimalco que labora en horario del Ministerio de Salud, que acepte

voluntariamente la participación en la investigación, y que se encuentre en el momento de la ejecución de la investigación

Participación voluntaria: La participación en esta investigación es totalmente voluntaria por tanto se respetará la decisión de los participantes aun cuando estos hayan aceptado formar parte de la investigación previamente.

Procedimientos y protocolo: La investigación se llevará a cabo en la Unidad de salud de Panchimalco. En cuanto a la recolección de información se hará por medio de un cuestionario que abordará: las características sociodemográficas de la población, el cuestionario conformado por 10 preguntas; a partir de este cuestionario se determinará el nivel de conocimiento por parte del personal de la unidad de salud.

La información será procesada en tablas y plasmados en gráficos de columnas utilizando Microsoft Excel y Word; de los cuales cada uno será analizado en base a porcentajes y a lo propuesto a largo del marco teórico, contrastando los resultados con la teoría expuesta.

Se realizará un análisis interpretativo según los datos obtenidos en la recopilación de la información.

Duración: 1 mes

Molestias: Interrupción temporal de las actividades laborales que se encuentra realizando el participante en el momento de la ejecución de la investigación

Beneficios:

- No se otorgará ningún tipo de incentivo por formar parte de dicha investigación.
- La información que se recoja durante la investigación será confidencial y no será compartida con nadie.
- La información que se brinde no será expuesta a los demás, salvo a los investigadores.
- Cualquier información, se adjudicará un número en lugar del nombre del participante y solamente los investigadores sabrán el número y mantendrá la información confidencial.

Compartiendo los resultados: No se compartirá información confidencial. Solamente se compartirá los resultados para que otras personas puedan aprender de la investigación desarrollada.

Derecho a negarse o retirarse: Si el participante desea, no tiene por qué formar parte de dicha investigación, será su elección y todos sus derechos serán respetados como tal. Negarse a participar no le afectará en ningún momento.

A quien contactar: Si tiene cualquier duda o pregunta puede hacerlo con el grupo investigador ya sea en el momento, durante o después de iniciado el estudio.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Yo _____ (iniciales del participante) se me ha informado que esta investigación se centra en determinar nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco, a través de un cuestionario conformado por 10 preguntas relacionadas a la temática.

He sido invitado/a a participar en la investigación de “nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la unidad de salud de Panchimalco”, a través de un cuestionario en el periodo de mayo a julio de 2023.

Entiendo que en esta sección me explicarán a lo que se someterá el sujeto que participa en la investigación, el cual se enfocará en identificar las características sociodemográficas y determinar el nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida.

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante	
Firma del participante	

Nombre de los investigadores	Firma
María Fernanda Rivas Mira	
María Celeste Rivera Morales	
Miguel Alonso Sánchez Martínez	
Fecha	

Anexo 3. Autorización para realización de estudio

Notificación de trámite de autorización del centro donde se realizará el estudio

Ciudad Universitaria, 11 de mayo, 2023

Dr. José Ernesto Flores González

Respetable director de la Unidad de Salud de Panchimalco, Nosotros, María Fernanda Rivas Mira, María Celeste Rivera Morales y Miguel Alonso Sánchez Martínez, estudiantes de la Carrera de Doctorado en Medicina, solicitamos se nos permita desarrollar en esta institución el proyecto de investigación titulado "Nivel de conocimiento sobre trastornos afectivos y conducta suicida en el personal de la Unidad de Salud de Panchimalco en el periodo de mayo a junio 2023," ya que estará involucrando seres humanos y sus respectivos datos personales. Posteriormente se presentará el protocolo completo para que sea evaluado por las instancias correspondientes y sea aprobado ya definitivamente por su institución.

Atte.

María Fernanda Rivas Mira

María Celeste Rivera Morales

Miguel Alonso Sánchez Martínez



Dr. José Ernesto Flores González
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 13378