**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**IHADFA**

**SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS**

****

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES RELACIONADOS EN MUJERES ≥ 18 - 49 AÑOS**

**EN XXX, MUNICIPIO DE XXX DEPARTAMENTO DE XXX, AÑO 2019-2020.**

**PRESENTADA POR:**

**MSS SU NOMBRE**

**No. de cuenta**

**Tegucigalpa, Honduras, CA Marzo 2020**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN**

**Asesores Metodológicos**

Dra. Eleonora Espinoza, Dr. Manuel Sierra, Lic. Mauricio Gonzales, Docentes, Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH

**Asesores Temáticos**

Dr. Carlos Antonio Sosa Mendoza

Médico Psiquiatra, IHADFA, Hospital Santa Rosita

Dr. Dagoberto Espinoza Murra

Médico Psiquiatra, Profesor Emérito FCM-UNAH.

**MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL PERIODO 2019-2020**

Estudiantes de 8avo Año, Carrera de Medicina FCM UNAH

**INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS **(UNAH)**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS GRUPO DE SALUD MENTAL **(FCM)**

INSTITUTO HONDUREÑO PARA LA PREVENCION DEL ALCOHOLISMO, DROGADICCION Y FARMACODEPENDENCIA **(IHADFA)**

SECRETARIA DE SALUD **(SESAL)**

**DEDICATORIA**

(opcional)

AGRADECIMIENTO

(opcional)

**PRESENTACIÓN**

A propuesta del grupo de Salud Mental de la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), me he adherido al trabajo de investigación nacional titulado “Prevalencia de Depresión, Ansiedad y Consumo de alcohol y factores relacionados en Mujeres ≥ 18 - 49 Años en las áreas de Influencia de los Médicos en Servicio Social, Año 2019-2020.

Este estudio fue diseñado siguiendo parámetros de calidad científica y éticos por el Grupo de Investigadores (Grupo de investigación de Salud Mental de la FCM) que está constituido por Dra. Eleonora Espinoza, Dr. Manuel Sierra, Lic. Mauricio Gonzáles docentes de la UIC, FCM, UNAH;Dr. Carlos Antonio Sosa Mendoza Médico Psiquiatra, IHADFA, Hospital Santa Rosita, Dr. Dagoberto Espinoza Murra Médico Psiquiatra, Profesor Emérito FCM-UNAH. Como parte del estudio nacional, el presente trabajo de investigación fue desarrollado en XXX, Municipio de XXX, Departamento de XXX. Este trabajo fue desarrollado bajo la supervisión del equipo coordinador y el Informe Final fue revisado y aprobado, posterior a una serie de tutorías brindadas por XXX docente de la FCM, en cumplimiento del reglamento vigente de la FCM, UNAH, previa opción al título de Doctor en Medicina y Cirugía, una vez concluido el servicio médico social obligatorio.

# DECLARACIÓN DE CONDUCTA RESPONSABLE EN INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación Prevalencia de Depresión, Ansiedad y Consumo de alcohol y factores relacionados en Mujeres ≥ 18 - 49 Años en las áreas de Influencia de los Médicos en Servicio Social, Año 2019-2020.

Fue diseñado por el Grupo de Investigación de Salud Mental de la FCM constituido por la Dra. Eleonora Espinoza, Dr. Manuel Sierra, Lic. Mauricio Gonzáles, docentes de la Unidad de Investigación Científica (UIC), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH); Dr**.** Dr. Carlos Antonio Sosa Mendoza Médico Psiquiatra, IHADFA, Hospital Santa Rosita, Dr. Dagoberto Espinoza Murra Médico Psiquiatra, Profesor Emérito FCM-UNAH.

En vista de lo anterior, Yo, XXX , Médico en Servicio Social y estudiante del último año de la Carrera de Medicina con número de cuenta XXX , declaro bajo juramento que he desarrollado este estudio en apego a la ética de la investigación y siguiendo las instrucciones brindadas por el Grupo Coordinador de Investigación, desde la elaboración del marco teórico, recolección de la información y análisis e interpretación de resultados, hasta la elaboración del Informe Final. Declaro que la información contenida en este Informe Final es producto de mi trabajo personal, apegándome a la legislación sobre propiedad intelectual, sin haber incurrido en fabricación, falsificación o plagio de la información, por lo cual me someto a las normas disciplinarias establecidas en la FCM, UNAH.

**Nombre y apellido/Sello**

**RECOMENDACIONES GENERALES**

1. Revisar todo lo que escribe antes de enviar su trabajo a revisión por el tutor. Utilizar el corrector automático de su procesador de palabras para hacer una revisión ortográfica y gramatical.
2. Cuando presente datos, siempre debe incluir número y porcentaje con un decimal (aun el decimal siendo cero). En Honduras se utiliza punto (no coma) para separar decimales.
3. Revise cuidadosamente y siga las instrucciones, si tiene dudas, haga las consultas necesarias con su tutor.

**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

1. Cada Médico en Servicio Social (MSS) **debe adaptar el protocolo al lugar donde realizó el estudio en las secciones que corresponden (Título, Presentación, Declaración de compromiso ético, Introducción, Objetivos, Diseño Metodológico, otras).**
2. Deberá utilizar papel tamaño carta y su transcripción deberá realizarla en letra Arial No. 12, con espacio interlineal de 1.5, excepto en los cuadros donde puede utilizar Arial No. 11 y espacio interlineal sencillo.
3. Los márgenes del documento deben ser: Margen Superior 3.0cm, Margen Inferior 2.5cm, Margen Derecho 2.5cm y Margen Izquierdo 3.0cm.
4. El formato del documento debe ser sencillo igual a este documento

(sin recuadros, sin subrayar, sin viñetas, sin ningún tipo de efecto visual)

1. Las paginas se enumeran utilizando números arábigos a partir del capítulo de introducción en el borde inferior derecho.
2. Cada MSS deberá saber la modalidad de revisión que prefiere su Revisor asignado, ya que algunos revisan de manera presencial o por correo electrónico.

Establecer contacto con su revisor.

**CONTENIDO**

Portada

Dedicatoria

Agradecimiento

Declaración de compromiso ético

Presentación

Índice (Todas las anteriores en páginas sin enumerar. Se enumera a partir de Introducción).

Índice (ejemplo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Pág**. |
| **I.** | Introducción……………………………………….. |  |
| **II.** | Planteamiento del problema…………………….. |  |
| **III.** | Objetivos |  |
| **IV.** | Marco teórico: |  |
| **V.** | Variables……………………………………………. |  |
| **VI.** | Operacionalización de variables………………… |  |
| **VII.** | Diseño metodológico |  |
| **VIII.** | Resultados…………………………………………. |  |
| **IX.** | Discusión…………………………………………... |  |
| **X.** | Conclusiones……………………………………… |  |
| **XI.** | Recomendaciones……………………………….. |  |
| **XII.** | Bibliografía………………………………………… |  |
| **XIII.** | Anexos…………………………………………….. |  |
|  | Anexo 1. Croquis de la comunidad  Anexo 2. Instrumentos  Anexo 3. Consentimiento informado  Anexo 4. Constancia de Socialización  Anexo 5. Constancia de TGHN |  |

**DESCRIPCIÓN DE LOS CAPITULOS DEL INFORME FINAL**

**I. Introducción:**

Es un resumen ejecutivo del contenido del Informe Final. Contiene información relacionada a antecedentes, justificación, objetivo general, diseño metodológico, principales resultados, principal conclusión y principal recomendación (máximo 2 páginas).

Se sugiere presentar la información en cuatro párrafos:

-definición, estadísticas, factores relacionados

-Justificación, metodología

-Resultados

-Principal conclusión y recomendación

**II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El problema al ser planteado deberá expresar una relación de variables (2 ó más), incluyendo la variable principal y otras que se relacionan con dicha variable. Puede expresar la problemática de manera general (mundial, latinoamericano, nacional) y luego describir la situación de manera particular en el municipio donde realiza el servicio social. Además, debe ser posible la comprobación empírica de las variables y deberá dimensionarse el problema en tiempo y espacio. Deberá describirse qué tipo de información se espera obtener con el proyecto y como se usará esta información. El expresar el problema en forma interrogativa ayuda a mejorar la visualización del problema que debe ser resuelto, por lo que puede finalizar la expresión del problema con una pregunta de investigación que corresponde al objetivo general ¿ Cuál es la prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol (SRQ) y factores relacionados en mujeres ≥ 18-49 años en las áreas de influencia de los MSS, marzo 2019-marzo 2020? con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población.

(máximo 1 ½ páginas).

1. **OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol (SRQ) y factores relacionados en mujeres ≥ 18-49 años en las áreas de influencia de los MSS, marzo 2019-marzo 2020, con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población.

## B. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol (SRQ) en mujeres ≥ 18-49 años en las zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social.
2. Caracterizar a la población de estudio por edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia.
3. Identificar algunos factores relacionados para depresión, ansiedad y consumo de alcohol en esta población (violencia intrafamiliar, fuentes de ingresos económicos, antecedentes familiares de enfermedades mentales, consumo de alcohol u otras drogas).
4. Identificar co-morbilidad de depresión, ansiedad y consumo de alcohol (problemas orgánicos: HTA, Cardiopatía, DM II, Cáncer, Artropatía, ECV, EPOC, Otras
5. Determinar diferencias en la distribución de factores relacionados entre grupos con y sin depresión ansiedad y consumo de alcohol

IV. MARCO TEÓRICO

**A. Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como «un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad.1

Los trastornos mentales y del comportamiento son un conjunto de cuadros clínicos agrupados en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), en el Capítulo V; La OMS define a estas entidades como ―una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. 2

Los trastornos mentales más frecuentes son: El episodio depresivo mayor y los trastornos ansiosos, seguido de dependencia alcohólica.

Clasificación (CIF) Las depresiones se definen como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. 3

Según el CIE 10 de “Trastornos mentales y del comportamiento” divide a los episodios depresivos típicos en leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3). Para el diagnóstico de episodios depresivos habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.4

Depresión leve: el ánimo depresivo, la pérdida de interés, la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Depresión moderada: deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Depresión grave: deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Es probable que el enfermo no sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Trastornos de Ansiedad: Se definen como la ansiedad persistente y preocupaciones desmesuradas respeto a acontecimientos o circunstancias reales. 4 Los TA se cuentan entre los más prevalentes, invalidantes y crónicos de los trastornos psiquiátricos. El sub-diagnóstico y el tratamiento inadecuado o postergado de los mismos implican grandes costos personales y económicos. 5,6

La ansiedad por otra parte, siguiendo a Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1982), pertenece siempre al ámbito de las relaciones interpersonales y puede en ocasiones, combinarse el miedo y la ansiedad por periodos breves o prologados. 7

Entre los TA más prevalentes se encuentran:

1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

2. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

3. Trastorno de pánico (TDP) y agorafobia

4. Trastorno de ansiedad social (TAS)

5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Trastorno de ansiedad generalizada: se ha enfatizado los aspectos cognitivos de esta condición, aunque la presentación más frecuente del TAG es con síntomas físicos.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): los estudios muestran un lapso notablemente largo (hasta 17 años) entre el diagnóstico y un tratamiento Apropiado. 8

**Consumo de alcohol**

Los trastornos relacionados con el alcohol, pertenecen a un grupo de problemas relacionados con el uso de sustancias (181 en el DSM-IV), principalmente si se presentan con dependencia física a la sustancia o no. Tal como se indica allí no se debe clasificar a las personas sino a los trastornos; por lo tanto, se evita decir ―alcohólico y se prefiere utilizar la expresión ―individuo con trastorno por dependencia al alcohol. 9

Se presentan dos grupos de problemáticas con relación al alcohol: 1. Los trastornos por consumo: Abuso y Dependencia al alcohol, 2. Los trastornos inducidos por alcohol, que van desde la intoxicación hasta los problemas por abstinencia o consecuencia del abuso como delirium, trastornos del humor, amnesia, psicosis y otros.

La dependencia se define como ―un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia (alcohol) que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por la presencia de tres (o más) de estos problemas en algún momento, de un período continuado de 12 meses: Tolerancia, abstinencia, uso de alcohol con frecuencia y en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos, reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo, continuidad del consumo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo.

El abuso de alcohol por el contrario, se define en forma similar a la dependencia pero con la presencia de uno o más de los siguiente síntomas: Consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa, consumo recurrente en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, presentar problemas legales repetidos relacionados con su consumo, consumo continuado a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol. No debe comprenderse la dependencia entre los síntomas de abuso.9

B. Epidemiologia

1. Datos estadísticos mundiales A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12.2% y 48.6%, mientras que la prevalencia anual rondaría entre 8.4% y 29.1%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de bajos y medianos ingresos.10

Es un problema de salud pública ya que son causa de sufrimiento importante para el paciente, su familia y el entorno, repercutiendo en aumento en el tiempo de incapacidad, disminución en la producción, predisposición a otras enfermedades, cronificación de patologías ya existentes y enmascaramiento de otras .11

La depresión es la cuarta enfermedad discapacitante a nivel mundial. Se estima que para el año 2020 será la segunda, y significará entre 12 y 20% de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD); la depresión representa 36.5% del total, y el alcoholismo, el 11.3%. 12

2. Datos estadísticos regionales

Cada año la depresión afecta a más de 19 millones de habitantes de Estados Unidos mayores de 18 años, lo que la hace a la depresión el desorden mental más prevalerte de dicho país. La prevalencia en Chile (Santiago) y Estados Unidos se estiman en 11.3% y 17% respectivamente. 13

Los Trastornos de Ansiedad son considerados, en la actualidad, como los trastornos mentales más comunes en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se provee que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.14

En México, se ha observado un incremento de los trastornos mentales entre la población general: las mujeres, presentan una prevalencia de depresión del 6.5% los hombres es el consumo de alcohol 4.8%.los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes. 15

En un estudio sobre trastornos mentales en el Perú urbanos e encontró que la prevalencia de vida de al menos un trastorno mental fue 29% (Error Estándar, EE 1.2), y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10.5% (EE 0,7) y 4% (EE 0.4), respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14.9% (EE 0,9), seguidos por los trastornos del humor con 8,2% (EE 0.5), trastornos de control de impulsos con 8.1% (EE 0,8) y trastornos por consumo de sustancias (5.8%; EE, 0,3).16 Con relación a los desórdenes causados por el alcohol representan el 1.3% de los DALY´s en el mundo, presentándose cuatro veces más en los hombres que en las mujeres.17

3. **Datos estadísticos nacionales** En Honduras, en el estudio Prevalencia de Trastornos Mentales en la Comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana se encontró ansiedad con un 20.5%, una prevalencia puntual para depresión de 13.2%. La mujer en la familia es la más afectada, colocando a cada uno de sus miembros dependientes en situación riesgosa; para alcoholismo se encontró una prevalencia de 6.2%. 18

En un estudio sobre La prevalencia de trastornos mentales en 33 comunidades rurales en Honduras se encontró un 35% Del total de mujeres entrevistadas, los trastornos más frecuentes fueron: Episodio Depresivo Mayor (24%), Agorafobia (9.3%) y Fobia social (6%); En los 923 varones encuestados encontramos: Dependencia a Alcohol (16.1%), Episodio Depresivo Mayor (13.2%) y Fobia social (6%), Trastornos de Ansiedad encontramos: Fobia social (6%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada 5%. 19

C. Causas de enfermedades de Salud Mental las causas por las que se desarrollan los trastornos mentales no son del todo bien conocidas, pero se ha reconocido que la etiología es multifactorial y así se tienen referentes para corroborar un diagnóstico de ansiedad o depresión con factores biológicos.20,21 y psicosociales. 22-24

Entre los factores ambientales estresantes se mencionan la aglomeración urbana, la pobreza perenne o las condiciones de trabajo inadecuadas, pueden ser causa de ansiedad, depresión o stress crónico.25

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. 26 Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (DSM; IV)

En la ansiedad se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

D. Factores asociados Las conductas violentas como las delincuenciales están fuertemente relacionadas con problemas de salud mental, dentro de los que prevalecen los problemas relacionados al alcohol y las drogas ilegales, pero también otras patologías de salud mental como los trastornos de personalidad severos, la psicosis y los cuadros orgánico cerebrales (retardo mental). 27

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2003, hallaron que entre el 40 a 70% de las mujeres asesinadas lo fueron por sus esposos. En Estados Unidos, los estudios más representativos indican que entre el 25% y el 50% de los casos de violencia doméstica están relacionados con alcohol/drogas en el agresor que en la mayoría de los casos como en el Perú es la pareja/cónyuge. De otro lado, cada 15 segundos es agredida físicamente una mujer y cerca del 30% de las mujeres atendidas en Centros de Trauma (exceptuando los casos de accidentes de tránsito) proceden de violencia doméstica. Del mismo modo, los estudios poblacionales americanos consignan que entre el 8% y el 13% de todos los matrimonios americanos se da la agresión física severa y en dos tercios la agresión se repite. 28

El ambiente familiar adverso, con desatención por parte de los padres, maltrato infantil y/o abuso físico, cuando hay padres drogodependientes o con historias de alcoholismo sea en uno o en ambos progenitores, o psicopatología parental severa y/o situaciones de conflicto o violencia doméstica, separaciones matrimoniales, etc. y/o un contexto ambiental de barrio tipo marginal, donde estas situaciones son “habituales”, se constituyen en gestores de esquemas de valores trastocados, proclives a conductas desviadas, como el consumo de droga, con el consiguiente impacto adverso como lo es el fracaso escolar, problemas de conducta o conducta delincuencial y desestructuración progresiva de la dinámica familiar.29

E. Co-Morbilidad

En las enfermedades neurológicas son frecuentes los síntomas depresivos, sucede tanto en las demencias como en los accidentes cerebrovasculares o ictus, en los que hasta en un 25% de los casos se cumplen criterios de depresión mayor.

En enfermedades metabólicas como la diabetes, la incidencia de depresión es tres veces superior a la de la población general.

Se sabe que los pacientes depresivos tienen una mortalidad de origen cardiovascular aumentada, los criterios de depresión mayor se cumplen en un 25% de los sujetos con un infarto de miocardio reciente.

Por otra parte, dentro de las enfermedades infecciosas, los pacientes con SIDA sufren con frecuencia cuadros depresivos mayores además de los trastornos adaptativos. Los pacientes oncológicos presentan clínica de depresión en un 25% de los casos, la frecuencia es mayor en determinados tumores (cabeza de páncreas, digestivos). Los fármacos, en especial algunos fármacos cardiovasculares (como betabloqueantes) y hormonales (anticonceptivos orales y corticoides), neurolépticos y anticolinérgicos son capaces de causar clínica depresiva. Dentro de las sustancias, el abuso de alcohol, es por su frecuente consumo una causa importante de sintomatología depresiva.

La fibromialgia es una patología que cursa con dolor crónico y que está asociada a patología psiquiátrica. Dicha asociación puede ser causal, co-morbilidad secundaria a dicho proceso. Asimismo, influye negativamente en el proceso retrasando la mejoría del paciente.31

El 56.7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.32

F. Tratamiento El Tratamiento es el conjunto de medidas terapéuticas que se orientan a disminución de la morbilidad, la recuperación de la salud y la minimización de las posibles secuelas. La detección temprana de los trastornos psiquiátricos, disminuye el impacto social de estos trastornos, prevenir su empeoramiento y cronificación y aliviar a los servicios de salud mental de una carga asistencial y económica excesiva.

El tratamiento incluir el aspecto farmacológico, la información al paciente y su familia, aspectos psicoterapéuticos y la derivación a los servicios especializados de salud mental cuando esté indicado.

The American College of Physicians recomienda a los médicos continuar el tratamiento durante 4 a 9 meses después de una respuesta satisfactoria en pacientes con un primer episodio de trastorno depresivo mayor. Para los pacientes que han tenido 2 ó más episodios de depresión, incluso una mayor duración de la terapia puede ser beneficiosa.

1.Tratamiento Depresión

Tratamientos biológicos:

• Manejo de la noxa orgánica conocida • Psicofarmacológico: – antidepresivos: isrs, isrns, tricíclicos. imao – potenciadores: litio, tiroideas, psicoestimulantes lamotrigina.

• Terapia electroconvulsiva y otras Tratamientos psicoterapéuticos:

• Recomendaciones higiénicas y de manejo • Psicoterapia interpersonal. cognitivo conductual

Tratamientos sociales

2.Tratamiento Trastornos de Ansiedad

Pasos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad

Paso 1. Relación médico-paciente. Establecer una comunicación afectuosa y de respeto.

Paso 2. Alianza terapéutica. Establecer una alianza terapéutica basada en la confianza y comprensión.

Paso 3. Psico- educación. Dar explicaciones sencillas del trastorno, de los factores que intervienen en la situación y del tratamiento.

Paso 4. Técnicas de relajación. Enseñar la técnica de relajación respiratoria.

Paso 5. Psicoterapia. Proporcionar psicoterapia de apoyo.

Paso 6. Tratamiento farmacológico. Uso racional de medicamentos de acuerdo al trastorno.

Tratamiento farmacológico, el tratamiento farmacológico está indicado para pacientes que tienen síntomas ansiosos persistentes o severos. Deben instituirse ensayos fármaco-terapéuticos de corto plazo 54 (semanas) y mediano plazo (3 a 6 meses) en combinación con las intervenciones no farmacológicas, con intentos periódicos de disminuir y suspender la medicación. 26

3.Tratamiento del Alcoholismo

De manera genérica, todo programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional previo, pero también continuado y concomitante con los diversos programas específicos. Conceptos como técnicas motivacionales y estadios de cambio son básicos para el trabajo en alcoholismo, cualquiera que sea la orientación y opción terapéutica elegida.

En relación con la patología psiquiátrica que se deriva del abuso y dependencia de alcohol, la primera de las opciones terapéuticas es la abstinencia absoluta. El consumo de alcohol puede ocasionar por sí solo cuadros de contenido depresivo y ansioso, también psicótico, que mejoran y desaparecen con la abstinencia. Para aquellos episodios que persisten no obstante la misma, se propone el empleo de fármacos antidepresivos (ISRS, ADT...) y ansiolíticos, procurando evitar aquellos que como los benzodiacepinas supongan riesgo de abuso.33

G. Prevención y Rehabilitación A nivel mundial los programas nacionales del control de enfermedades de salud mental están poniendo mucho énfasis en las acciones de prevención, lo cual implica eliminar o reducir al mínimo la exposición a las causas frente a los efectos de tales causas, así como dar un diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir la cronicidad de dicha enfermedad.

En Honduras en un estudio se plantean las siguientes líneas de prevención:

1. Orientar los programas hacia la utilización adecuada del tiempo libre a través de la promoción de conducta sana, dotando a las comunidades de infraestructuras recreativas y educativas ya que la población joven en edad productiva es la más afectada es necesario.

2. Reorientación de la atención psiquiátrica del esquema hospitalario asilar hacia la atención de la salud mental en la comunidad.

3. La detección precoz y tratamiento oportuno va encaminado a disminuir la cronicidad e incapacidad de la misma.

4. fortalecer y ampliar la proyección comunitaria de los programas de educación médica del pre y postgrado y de carreras afines.

5. Modificaran estilo de vida (consumo de tabaco, stress, alcohol) podría contribuir reducir el riesgo individual de presentar un cuadro de ansiedad, depresivo.

Las instituciones de salud pública, los proveedores de servicios de salud y las comunidades deben unirse en un esfuerzo nacional

Capacitar al personal de atención primaria en detección y manejo de las enfermedades de salud mental. 18

1. **IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

**Identificación de variables**

A. Variable dependiente

1. Depresión, Ansiedad y consumo de alcohol

B. Variables independientes

1. Prevalencia
2. Características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia)
3. Factores relacionados violencia intrafamiliar, fuentes de ingresos económicos, antecedentes familiares enfermedades mentales.
4. Antecedentes personales patológicos (HTA, Cardiopatía, DM II , Cáncer, ECV , Otras
5. **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Definición** | **Dimensiones** | **Indicador** | **Índice** |
| Depresión | Las depresiones un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida | Depresión leve  Depresión moderada  Depresión grave | Según Escala de Hamilton para Depresión | Si/No |
| Ansiedad | Estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente. | Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)  2. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)  3. Trastorno de pánico (TDP) y agorafobia  4. Trastorno de ansiedad social (TAS)  5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT | Según Escala de Hamilton para Ansiedad | Si/No |
| Consumo de alcohol | uso o consumo, aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno | 1. Abuso y Dependencia al alcohol, 2. Los trastornos inducidos por alcohol, | Instrumento de Tamizaje SRQ | Si/No  Si/No |
| Características socio-demográficas. | Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población general | -Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.    -Nivel de instrucción: El número de años de educación formal.  -Estado civil situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el estado o Nación a que pertenece.  -Ocupación: Actividad remunerada o no del sujeto  -Procedencia: | Referido por el paciente o cuidador y observación | -Años    Años de estudio:  Analfabeta  Primaria\_\_  Secundaria\_\_  Universidad \_\_  Casado  Unión libre  Soltero  Viudo  Divorciada  Pregunta abierta: (Describir en que se ocupa)  Urbano\_  Rural\_ |
| Antecedentes personales patológicos | Patologías previas y actuales del entrevistado con depresión, ansiedad, consumidor de alcohol. | -- | Referido por el paciente o cuidador. | HTA, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, ECV, ,Cáncer, Otras. |
| Factores relacionados | Violencia intrafamiliar -comportamiento que causa daño físico o psicológico a un compañero íntimo –ocurre muy frecuentemente en el seno de los hogares.  -Fuentes de ingresos económicos Capacidad y fuente para ganar ingresos, para su manutención.  -Antecedentes familiares. | Verbal  Física  Sexual  Alguien en la familia recibe salario  Alguien en la familia recibe dinero del exterior  Tiene negocio pequeño  Recibe ayuda del gobierno  Otro  Patologías previas y actuales delos familiares |  | Antecedentes de violencia intrafamiliar (Si/No  Fuente de ingresos (Si/No  Antecedente familiares (Si/No): |
| Prevalencia. | Es la proporción mujeres ≥ 18-49 años con depresión/ alcohol/ consumo de alcohol incluidos en el estudio, que se encuentran en las áreas de influencia de los médicos en servicio social del período 2019-2020. | Número de ≥18 -49 años con depresión/ansiedad/ consumo de alcohol.  -Número total de personas ≥ 18 -49 años incluidos en el estudio. | Instrumentos. | Número de casos/población total. |

2. **DISEÑO METODOLÓGICO**

**Esta sección debe de redactarse en pasado, es algo que ya se realizó.** Debe describirse paso a paso para que otros investigadores puedan repetir, verificar los datos del estudio.

## A. Área de estudio

Describa brevemente su área de estudio: Refiera al anexo (ver mapa o croquis en anexo1)

Debe incluir Ubicación , población total, ocupaciones mas frecuentes de la población, enfermedades prevalentes de la zona

## B. Tipo de estudio

Tipo descriptivo transversal de asociación.

## C. Universo, Muestra, Unidad de Análisis, Muestreo y Definición de Caso.

**1) Universo:** **1) Universo:** mujer con edad ≥ 18 a 49 años en las áreas geográficas de influencia los MSS del periodo marzo 2019– marzo 2020 **2) Muestra:** Se estimo una población total de 8 millones de hondureños (2012) con aproximadamente 54.0% de ellos con edad igual o mayor a 18 años. Para el cálculo de la muestra se estima una población de 4 millones de personas que viven en zonas rurales y semirurales, lo que nos da una población de 2.2 millones de personas mayores o iguales a 18 años. En las áreas geográficas de influencia de los MSS viven aproximadamente 10,000 personas, de las cuales 5,400 son personas ≥ 18 años. Tomando una prevalencia máxima de depresión de 30 % y un valor mínimo de 10%, con un 80% de poder estadístico y 95% de nivel de confianza, se requiere de 80 personas ≥ 18-49 años por cada MSS. En vista de contar con más de 164 MSS, la muestra total es de 13,120 encuestas.3) Muestreo: No probabilístico. Se determino el muestreo de manera coordinada a través de los siguientes pasos:

A) Se elaboró un listado enumerado de todas las localidades del área de influencia con los siguientes criterios de inclusión:

1) Contar con una población total que asegure que la población de personas ≥ 18 -49 años sean 50 o más.

2) Contar con condiciones de seguridad aceptables que permitieron la realización de la búsqueda activa con el menor riesgo posible.

B) Se hizo una selección aleatoria de una localidad asignada a la Unidad de Salud, escogiendo de un recipiente (frasco) un papel doblado conteniendo un número correspondiente a los números de las localidades identificadas.

C) Se Obtuvo un croquis de la localidad seleccionada y verificación de la distribución de las viviendas, identificando sectores. Si la localidad tenía más de un sector, se usó el mismo procedimiento ya descrito para seleccionar el sector.

D) Una vez seleccionado el sector, se hizo una búsqueda activa, dando cobertura de manera continua, visitas casa a casa (barrido), hasta cumplir con el tamaño muestral de 80 mujeres ≥ 18 -49 años.

**4) Unidad de análisis:** Mujeres edad ≥18 -49 años residentes en las áreas geográficas de influencia captados mediante búsqueda activa.

**5) Definición de caso mujer ≥ 18 -49 años:** Toda mujer ≥ 18 -49 años de edad que fueron diagnosticada positiva según el instrumento de tamizaje SRQ , y confirmado por Escala de Hamilton para Ansiedad y para Depresión.

**6) Criterios de inclusión:** mujeres ≥ 18-49 años, que viva en el área de influencia , que cuente con su tarjeta de identidad o partida de nacimiento y contar con el Consentimiento informado.

**7) Criterios de exclusión**: mujer < 18 años o > 49 años adolecer de alguna enfermedad mental que imposibilite dar la información, estar en estado de ebriedad o haber consumido drogas durante la entrevista, que no hablen español, y que tengan problemas de discapacidad que les sea una limitante para llenar una encuesta o responder a una entrevista, o que no quieran participar.

En caso de que en una casa hubiera más de 2 mujeres ≥ 18-49 años, la selección se hizo al azar.

**D. Técnica y procedimiento de recolección de datos**. Se realizo una búsqueda activa de personas con depresión, ansiedad y consumo de alcohol mediante encuesta tipo entrevista. 1) Búsqueda Activa de Personas con depresión, ansiedad y consumo de alcohol: con apoyo del personal de salud y líderes comunitarios se realizó un barrido casa a casa hasta completar el tamaño muestral. El Instrumento No. 1 (Anexo 2) registro la siguiente información: nombres y apellidos, N° de identidad 1. datos generales, 2. factores relacionados 3. Tamizaje inicial con SRQ 27 (SelfReportingQuestionnaire) , validado en cuatro países incluyendo Colombia en 1982 y utilizado en 16 artículos de revistas psiquiátricas, Instrumento de registro para prevalencia Instrumento N1.b (Anexo 3), 2) Entrevista a Personas positivas según Tamizaje SRQ : la información obtenida a través del instrumento de tamizaje da positiva se pasó al Instrumento No. 3 y No 4 (Anexo 4 y 5) Escala de Hamilton para Depresión, Escala de Hamilton para Ansiedad ( Anexo 4) una escala hetero-administrada por entrevista. Su versión original consta de 21 ítems con tres y 5 opciones de respuesta ordinal, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La escala evalúa la gravedad de los síntomas depresivos durante la semana previa a la entrevista. La puntuación total de la escala oscila entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 66 (síntomas depresivos graves). Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS, Anexo 5). Es una escala hetero-administrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplicó mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítemes, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad).

3) Validación de los instrumentos: Los instrumentos fueron validados mediante entrevista a 5 mujeres ≥ 18 -49 años en una localidad diferente a las seleccionadas. Las inconsistencias y recomendaciones fueron informadas al grupo coordinador y se realizaron los cambios pertinentes. 4) Capacitación de los MSS: Los MSS fueron capacitados en Metodología de Investigación, Depresión, Ansiedad y Consumo de alcohol, Análisis de la información incluyendo el uso del programa de EpiInfo 7 versión 7.1.4.0, con el fin de adquirir conocimientos que les permitieron identificar personas con depresión, ansiedad y consumo de alcohol y el adecuado registro de la información. 5) Supervisión y atención a pacientes depresión, ansiedad y consumo de alcohol: Los miembros del grupo coordinador, tutores metodológicos como temáticos, supervisaron la recolección de la información a través de la revisión de los instrumentos previa la digitalización de las mismas. Los pacientes que fueron confirmado según la escala de padecer de una patología fueron remitidos para su manejo según la gravedad del caso.

**E. Tabulación y análisis de la información**. 1) Entrega de Encuestas: Se entrego en la FCM UNAH, los instrumentos completos previamente revisados. En el momento de la recepción se revisó cada uno de los instrumentos y aquellos incompletos no fueron aceptados. Se presento un Instrumento No. 2 con información de las 80 personas ≥18-49 años encuestado según el SRQ información consolidada y el número correspondiente de Instrumentos No. 3 y 4 de acuerdo al número de personas ≥ 18-49 años con depresión, ansiedad y consumo de alcohol identificados y el listado del total de mujeres ≥ 18 -49 años por casa 2) Base de datos: La elaboración de la máscara o ficha (base de datos) fue responsabilidad del grupo coordinador. La digitación fue ejecutada por cada médico en servicio social bajo supervisión de los asesores metodológicos. Los datos se procesaron con el paquete estadístico EPI-INFO 7 (versión 7.1.4.0 para Windows). 3) Análisis de la información: Se realizo un análisis univariado y bivariado de las variables del estudio aplicando pruebas estadísticas (frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central). La prevalencia se estimó utilizando la fórmula: P= Número de personas con depresión, ansiedad, consumo de alcohol (individual) / número de personas ≥ 18 años-49 años de edad multiplicado por 100. Para determinar la distribución de algunos factores en relación a la edad y a la presencia o ausencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol, se prepararán cuadros con distribución dicotómica.4) Promoción de la salud y divulgación de resultados. Se desarrollaron actividades de promoción de la salud mental y prevención de depresión ansiedad y consumo de alcohol en sus respectivas unidades de salud.

**F. Aspectos Éticos.** El protocolo fue presentado para dictamen ético al Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), FCM, UNAH. A cada participante se le explico el propósito del estudio y previo Consentimiento Informado escrito asegurando la confidencialidad de la información resaltando que no había ningún riesgo por participar y que no había ninguna compensación económica. Si la persona no era capaz de comprender la información brindada y responder por ellos mismos, un familiar o encargado mayor de 18 años tomo la decisión de su participación (Anexo 1). Al encontrar personas ≥ 18 -49 años con Depresión, Ansiedad, Consumo de Alcohol sin manejo médico o que necesitaba recibir soporte psicosocial se remitió al Centro de Salud u Hospital más cercano para su evaluación y manejo según el caso. En preparación a la participación en esta investigación se recibió un curso en línea de Buenas Prácticas Clínicas the Global health Network,(www.tghn.org).

**VIII. RESULTADOS**

1. La redacción debe ser en pasado.
2. Puede organizar este capítulo en apartados conforme a los objetivos del estudio o a la estructura de los instrumentos de recolección de la información.
3. Todos los datos recolectados, deberán ser expresados en los resultados.
4. Esta sección debe seguir el orden de los objetivos y su plan de análisis.
5. Se presentan en forma **descriptiva y narrativa** dando respuesta a los objetivos del estudio.
6. Los cuadros y figuras deberán consignarse inmediatamente después del texto que expresa los resultados de la variable analizada, evitando en la medida de lo posible ser repetitivo en la presentación de resultados. Cada uno debe constar con un título.
7. Si el numero de casos , de depresión, ansiedad y consumo de alcohol fueron de 4 y menos , se presentaran como cas Caso N1, Caso N2 etc.

Cuadros con formato científico

* Solo tienen tres líneas. No tienen efectos de color, fondo, etc.
* El titulo debe contener información completa: que, donde, cuando, cuantos.
* Los porcentajes contienen un decimal
* El tamaño de la letra puede reducirse un punto (arial 11)

**Dificultades metodológicas**

DESCRIBIR LAS DIFICULTADES METODOLICAS QUE PRESENTO Y COMO LAS SUPERO

**H. Socialización de Resultados**

DESCRIBIR FECHA, LUGAR, PARTICIPANTES EN LA REUNION DE SOCIALIZACION DE RESULTADOS.

**VII. RESULTADOS**

1. Como primer paso, preparar los cuadros a partir de la base de datos proporcionada (Archivo Excel y base de datos EpiInfo).

2. U**na misma persona puede adolecer de las tres enfermedades**

3. SI el INSTRUMENTO SRQ en la primera parte la suma dio > 11 puntos, la segunda parte más de 1 punto o la tercera parte > 3 tenía que pasarle los dos instrumentos la escala de depresión y ansiedad de HAMILTON,

Cuadros: 7 cuadros

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas y antecedentes de las personas ≥ 18 -49 años.

**Cuadro 2.** SRQ The Self Reporting Questionnaire, pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

**Cuadro 3.** Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) en pacientes ≥ 18-49 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el SRQ.

**Cuadro 4.** Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) en pacientes ≥ 18 -49 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el SRQ.

**Cuadro 5.** Características de DEPRESION de acuerdo al grado de severidad en sujetos ≥ 18-49 años de edad, Honduras.

**Cuadro 6.** Características de ANSIEDAD de acuerdo al grado de severidad en sujetos ≥ 18-49 años de edad, Honduras.

**Cuadro 7.** Factores asociados a enfermedades mentales depresión, ansiedad, alcohol en sujetos por grupos de edad ≥ 18 -40 años y 41 > años de edad.

4. Una vez que complete los cuadros, revise el formato para completar un formato de cuadro que sea de tres líneas, dos en la primera fila y una en la última fila (formato científico).

5. Para cada sección de Resultados, preparar texto que sea complementario al cuadro o cuadros respectivos. Todos los resultados deben presentarse como número y porcentaje. Todos los porcentajes deben presentarse con un decimal (aun siendo cero).

6. A continuación se presenta una guía de como presentar los resultados. Tomar nota que habrá variaciones individuales de acuerdo a sus resultados. Debe consultar aspectos específicos a su tutor.

**RESULTADOS**

A continuación, se presentan los resultados de una búsqueda activa de mujeres ≥18 – 49 años con enfermedades de salud mental y su caracterización, durante el periodo marzo 2019 - marzo 2020 en la localidad (barrio/colonia/aldea) \_\_\_\_, municipio \_\_\_\_, departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**A. Prevalencia de Depresión, Ansiedad y Alcoholismo**

Se visitó un total de \_\_\_\_\_ casas, encontrándose un total de mujeres ≥ 18 – 49 años \_\_\_\_\_. El total de mujeres ≥18 - 49 con depresión fue \_\_\_\_\_ para una prevalencia de depresión de xx.x% con ansiedad fue \_\_\_\_\_ para una prevalencia de ansiedad de xx.x% , consumidoras de alcohol fue \_\_\_\_\_ para una prevalencia de alcoholismo de xx.x%

**B. Características socio demográficas y antecedentes de mujeres ≥ 18 - 49 años de edad, del estudio Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol en XXXX, 2019-2020, n= 80.**

Del total de mujeres ≥ 18 – 49 años entrevistadas, el promedio de edad fue xx.x (rango xx – xx). Predominó el estado civil de xxxxxxx con xx (xx.x%) y el nivel de instrucción de mayor proporción fue xxxx con xx (xx.x%), procedencia xx (xx.x%) fue la más reportada, la ocupación más frecuente xx (xx.x%), Los antecedentes personales patológicos incluyeron xxxxxxxxxx xx (xx.x%), xxxxxxxxxx xx (xx.x%) y xxxxxxx xx (xx.x%), y Los antecedentes de violencia en los últimos 6 meses fueron Físico xx (xx.x), Verbal xx (xx.x%), Sexual xx (xx.x%) y Psicológico xx (xx.x%). (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Características socio demográficas y antecedentes de mujeres ≥ 18 – 49 años de edad, del estudio Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol en XXXX, 2019-2020, n= 80

|  |  |
| --- | --- |
| **Características** | **N (%)** |
| **Edad (años)**  18-30  31 -49 |  |
| **Grado de instrucción (Promedio en años)**  Ninguno  Primaria  Secundaria  Universidad |  |
| **Antecedentes personales patológicos**  Si  No |  |
| **Antecedentes de Violencia**  Si  No |  |
| **Antecedente familiares: enfermedades mentales**  Si  No |  |

**C. Mujeres con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el Instrumento de Tamizaje SRQ y Escalas de Hamilton para Depresión y Ansiedad**

Del total de mujeres ≥ 18 – 49 años entrevistadas, xx (xx.x%) en inciso de SINTOMAS tuvieron alto riesgo (≥11), con relación a segundo inciso xx (xx.x%) respondieron más de 1 pregunta del 21 a la 25 y con relación al tercer inciso dirigido para identificar alcoholismo xx (xx.x%) tuvieron ≥ 3 puntos.(Ver Cuadro 2).

Cuadro2. SRQ The Self Reporting Questionnaire. Mujeres con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental en la comunidad XXX 2019-2020, n= 80

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parámetro** | **N** | **(%)** |
| **≥ 11 = “Alto Riesgo” (Preguntas 1 a la 20)** |  |  |
| ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? |  |  |
| ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? |  |  |
| ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? |  |  |
| ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? |  |  |
| ¿Ha tenido convulsiones, ataques, o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento? |  |  |
| **≥ 3 = “Alto Riesgo” (Preguntas26 a la 30)** |  |  |

De las mujeres que dieron positivo en cualquiera de los tres incisos del Instrumento SRQ The Self Reporting Questionnaire, el xx (xx.x%) fueron diagnosticados con Depresión ( Ver cuadro N 3)

Cuadro 3. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) en mujeres ≥ 18 - 49 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el Instrumento de Tamizaje SRQ en (lugar) n=

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parámetro** | **N** | **(%)** |
| 0-7 normal |  |  |
| 8-13 depresión leve |  |  |
| 14-18 depresión moderada |  |  |
| 19-22 depresión severa |  |  |
| ≥ 23 depresión muy severa |  |  |

De las mujeres que dieron positivo en cualquiera de los tres incisos del Instrumento SRQ The Self Reporting Questionnaire , el xx (xx.x%) fueron diagnosticados con Ansiedad.( Ver cuadro N 4)

Cuadro 4. Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) en mujeres ≥ 18 - 49 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el Instrumento de Tamizaje SRQ en (lugar) n=

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parámetro** | **N** | **(%)** |
| <17 ansiedad leve |  |  |
| 18–24 ansiedad moderada |  |  |
| 25-30 ansiedad severa |  |  |
| 31-56 ansiedad muy severa |  |  |

Con relación al grado de severidad xx (xx.x%) presentaron depresión severa y xx (xx.x%) depresión muy severa (ver cuadro N 5)

Cuadro 5 Características de DEPRESION de acuerdo al grado de severidad en mujeres ≥ 18 – 49 años de edad, en (lugar) Honduras.n=

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUJETOS CON PROBLEMAS EN** | **DEPRESIÓN GRADO DE SEVERIDAD** | | | | |
| **Normal**  **N (%)** | **Leve**  **N (%)** | **Moderar**  **N (%)** | **Severa**  **N (%)** | **Muy severa**  **N (%)** |
| ≥ 11 = “Alto Riesgo” (Preguntas 1 a la 20) |  |  |  |  |  |
| ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? |  |  |  |  |  |
| ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? |  |  |  |  |  |
| ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? |  |  |  |  |  |
| ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? |  |  |  |  |  |
| ¿Ha tenido convulsiones, ataques, o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento? |  |  |  |  |  |
| ≥ 3 = “Alto Riesgo” (Preguntas 26 a la 30) |  |  |  |  |  |

Con relación al grado de severidad xx (xx.x%) presentaron Ansiedad severa y xx (xx.x%) Ansiedad muy severa (ver cuadro N 6)

**Cuadro 6**. Características de ANSIEDAD de acuerdo al grado de severidad en mujeres ≥ 18 – 49 años de edad, en (lugar) Honduras.n=

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUJETOS CON PROBLEMAS EN** | **ANSIEDAD GRADO DE SEVERIDAD** | | | |
| **Leve**  **N (%)** | **Moderada**  **N (%)** | **Severa**  **N (%)** | **Muy severa**  **N (%)** |
| ≥ 11 = “Alto Riesgo” (Preguntas 1 a la 20) |  |  |  |  |
| ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? |  |  |  |  |
| ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? |  |  |  |  |
| ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? |  |  |  |  |
| ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? |  |  |  |  |
| ¿Ha tenido convulsiones, ataques, o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento? |  |  |  |  |
| ≥ 3 = “Alto Riesgo” (Preguntas 26 a la 30) |  |  |  |  |

**D. Factores asociados**

Al comparar la distribución de diferentes factores entre mujeres con y sin enfermedad mental (depresión, ansiedad y consumo de alcohol), se identificó que los factores xxxxxxxx, xxxxxxx y xxxxxxxxx presentaron un mayor porcentaje entre las mujeres con enfermedad mental. Los factores xxxxx, xxxxxx y xxxxxxx presentaron un mayor porcentaje entre las mujeres sin enfemedad de salud mental (depresión, ansiedad y consumo de alcohol).

**Cuadro 7.** Factores asociados a enfermedades mentales depresión, ansiedad, alcohol en mujeres ≥ 18 - 49 años de edad, en (lugar), 2019-2020, n= 80.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACTORES** | **Personas con: Depresión, Ansiedad o alcoholismo**  **N (%)** | **Personas sin: Depresión, Ansiedad o alcoholismo**  **N (%)** |
| **Edad (años)**  18-30  31 -49 |  |  |
| **Grado de instrucción (Promedio en años)**  Ninguno  Primaria  Secundaria  Universidad |  |  |
| **Antecedentes personales patológicos**  Si  No |  |  |
| **Antecedentes de Violencia**  Si  No |  |  |
| **Antecedente familiares: enfermedades mentales**  Si  No |  |  |

**VIII. DISCUSIÓN**

En esta sección debe comparar y contrastar los resultados del estudio con los resultados de estudios similares a nivel nacional o internacional. Debe tratar de dar una explicación, discutiendo cada uno de los ítems de los resultados, utilizando referencias bibliográficas respectivas de su marco teórico y al menos cinco referencias nuevas (no utilizadas en el marco teórico). (Desarrollada por usted, de acuerdo a sus resultados. Máximo 3 páginas).

Comienza por su resultado más importante. Luego sigue con su segundo resultado más importante, y así sucesivamente en orden de importancia. Primero presenta brevemente su resultado. Luego lo compara (encuentra similitud) o lo contrasta (encuentra diferencias), con otros estudios nacionales o internacionales. Debe respaldar la información con referencias. Finaliza con un párrafo sobre la importancia global de su investigación.

**IX. CONCLUSIONES**

Estarán constituidas por las apreciaciones en relación a los objetivos del estudio, deben ser la opinión que se desprende en forma lógica del trabajo, poniendo de relieve los resultados obtenidos. Deben incluir datos (no solo opinión). (Desarrollada por usted, de acuerdo a sus resultados Máximo 1 página).

**X. RECOMENDACIONES**

Estas son producto del análisis realizado y de las experiencias encontradas en su estudio y que a juicio suyo deben mejorarse en los diferentes niveles (a nivel de la Secretaría de Salud, Región de Salud, FCM, etc). Plantea alternativas de solución a la problemática encontrada. Al hacer una recomendación debe quedar bien claro a quién se le recomienda, a quién debe ir dirigida y quién debe ponerla en práctica. (Desarrollada por usted, de acuerdo a sus resultados. Máximo 1 página).

**XI. BIBLIOGRAFÍA**

Un mínimo de 20 referencias en total, actualizadas (última década). Se sugiere 10 referencias para el Marco Teórico y 10 referencias adicionales para la Discusión. No menos de 15 en total

1. Formato de citar referencias en texto:

…... La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2008 un tercio de la población estaba infectada, la prevalencia de la enfermedad ascendía a 16 millones de personas, la incidencia a 9 millones de personas y la mortalidad de 1.65 millones, afectando especialmente los jóvenes de los países pobres.4

2. Formato para escribir referencias en capítulo de Bibliografía

**Artículo de revista**

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347:284-7.

2. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance.Hypertension. 2002;40(5):679-86.

3. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

**Libro**

1. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

2. Breedlove GK, SchorfheideAM. Adolescent pregnancy.2nd ed. Wieczorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

3. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming.EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

**Documentosen Internet**

1. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [acceso 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Disponibleen: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle.

2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acceso 2002 Jul 9]. Disponibleen: http://www.nap.edu/books/0309074029/html/.

3. Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; acceso 2002 Jul 9]. Disponible en: http://www.cancer-pain.org/.

**XI. ANEXOS**

Se enumeran. Se hace referencia a los anexos en el texto de las secciones donde corresponden. Pueden incluir información o material de apoyo al trabajo presentado, fotografías, etc. Se sugieren los siguientes anexos.

Anexo 1. Croquis o Mapa de la comunidad

Anexo 2. Instrumentos

Anexo 3. Consentimiento informado

Anexo 4. Curso Buenas Prácticas Clínicas, Programa TGHN.

Anexo 5. Constancia de Socialización