

Anexo I
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 Departamento de Psiquiatría / Dpto. Salud Pública
 Facultad de Ciencias Médicas / Universidad Nacional Autónoma de Honduras

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS Y SITUACIÓN ANÍMICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS RELACIONADO CON EL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL ZIKA EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR LOS MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL, AÑO 2016-2017.}

Iniciales MSS: _____ Código de encuesta: _____ Departamento _____
 Municipio _____ Barrio o Colonia: _____
 Fecha de la Entrevista: ___/___/___

I. Datos Socio-demográficos de la persona entrevistada

Nombre y Apellidos: _____ N° Identidad _____
 Edad en años: _____ Años de escolaridad: (años de estudio): ninguno: ___ primaria: ___
 secundaria: ___ universidad: Estado civil: casado: ___ unión libre: ___ soltero: ___ divorciado:
 ___ viudo: ___ Procedencia: urbano: ___ rural: ___ Ocupación: _____
 ¿Trabaja actualmente? Si ___ No ___ ¿Cuánto gana al mes? _____ No responde

II. Antecedentes ginecoobstétricos (Menarquia, FUM, Gesta, Partos, Abortos, cesáreas, Planificación familiar) y factores asociados (Ingresos, Hacinaamiento Menarquia años.
 ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: _____ No sabe ___ ¿Ha planificado? Sí ___ No ___
 ¿Con qué? _____

G			P:			A:		C		H		H		FUM
:								:		V		M		

No recuerda _____

III. Hacinaamiento:

IV. ¿Cuántos cuartos para dormir/habitaciones tiene la casa?: _____
 ¿Cuántas personas viven en la casa?: _____
 La casa donde vive actualmente es (marque la opción que corresponde):
 a. Rentada ___ b. Prestada ___ c. Propia / de la familia ___ d. Otro ___

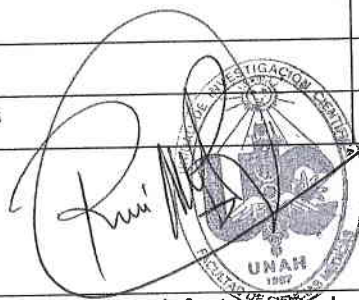
Al reunir o juntar todos los ingresos de las personas que viven en esta casa, ¿Cuál es el ingreso total de la familia al mes?

- a. ≤ 500 Lempiras
- b. 501 - 1,799 Lempiras
- c. 1,800 Lempiras
- d. 1,801 – 3,599 Lempiras
- e. 3,600 – 5,399 Lempiras
- f. 5,400 – 5,199 Lempiras
- g. ≥ 5,200 Lempiras



Síndrome dengue en embarazo: durante este embarazo ha tenido usted en cualquier momento (por más de 24 horas) alguno de los síntomas / signos siguientes:

a. Fiebre	Si	No	NS
b. Alergia con picazón	Si	No	NS
c. Ojos enrojecidos	Si	No	NS
d. Hinchazón de manos y pies	Si	No	NS



V. CCA en embarazadas

a. La manera principal en que las mujeres embarazadas se infectan con el virus del Zika es a través de la picadura de un mosquito infectado	Si	No	NS
b. El virus del Zika puede ser transmitido por un hombre a su pareja por las relaciones sexuales	Si	No	NS
c. El virus del Zika puede pasar de una mujer embarazada a su feto durante el embarazo o en el parto	Si	No	NS
d. Si una mujer embarazada se expone al virus del Zika, las probabilidades de que se infecte con el virus del Zika son bien altas (casi 100%)	Si	No	NS
e. Si una mujer embarazada se infecta con el virus del Zika, es casi seguro que el virus afectará a la mujer y afectará a su embarazo (al feto y a la mujer)	Si	No	NS
f. Si una mujer embarazada se infecta con el virus del Zika y el feto además está infectado con el virus del Zika, es seguro que el feto desarrollará defectos congénitos.	Si	No	NS
g. La microcefalia puede darse por muchos motivos además del virus del Zika	Si	No	NS
h. Además de la microcefalia, el virus del Zika puede causar otros problemas entre los fetos y bebés que contraen el virus antes de nacer, como los defectos en los ojos, pérdida de audición y trastornos de crecimiento.	Si	No	NS
i. La infección por el virus del Zika en una mujer no embarazada supone un riesgo de defectos congénitos en embarazos futuros	Si	No	NS
j. Un bebé que nazca infectado con el virus del Zika puede transmitirle el virus al resto de su familia al tener contacto cercano con el bebé	Si	No	NS
k. Una mujer embarazada está en riesgo de contraer el virus del Zika durante todo el embarazo	Si	No	NS
l. La gran mayoría de las personas que se infectan con el virus del Zika no presentan signos ni síntomas ("no les da nada")	Si	No	NS
m. Si su pareja actual de sexo masculino tiene una infección por el virus del Zika, usted puede prevenir infectarse por el virus	Si	No	NS

14. ¿Sabe Usted cómo se transmite (se pasa) el Zika?

Si	No
----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 15, Si contesta que **Si/NS** haga la pregunta siguiente:

14a. ¿Cómo se transmite?

- a. Por picadura de un mosquito (*Aedes aegypti*) que tiene el virus
- b. Por contacto directo de una persona a otra
- c. Por transfusiones de sangre
- d. Por relaciones sexuales
- e. Otro (especifique): _____



Si	No
----	----

15. ¿Piensa Usted que el Zika representa un riesgo para su salud y la de su bebé?

Si contesta que sí,

En una escala de 1 a 5, en la que 1 es "Muy Poco" y 5 es "Mucho", ¿Cómo valora el riesgo que el Zika representa para su salud y la de su bebé?

15a. Valoración del Riesgo para la salud	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

16. ¿Piensa Usted que tener mosquitos (zancudos) Aedes en las pilas y recipientes de agua de su casa representa un riesgo para su salud y la de su bebé?

Si	No
----	----

Si contesta que sí,

En una escala de 1 a 5, en la que 1 es "Muy Poco" y 5 es "Mucho", ¿Cómo valora el riesgo de tener mosquitos (zancudos) Aedes en su casa para su salud y la de su bebé?

16a. Valoración del Riesgo para la salud	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

17. ¿Sabe Usted cómo se puede prevenir el riesgo de infectarse con el virus del Zika durante el embarazo?

Si	No	NS
----	----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 19, Si contesta que **Si/NS** haga la pregunta siguiente:

18. ¿Cómo se puede prevenir el riesgo de infectarse con Zika en el embarazo?

Forma de Prevención (primero espere respuesta espontánea y luego lea las opciones)	Si / No	
	Si	No
a. Vigilar que no haya larvas en las pilas y en recipientes de agua en su casa	Si	No
b. Usar camisas de manga larga y pantalones largos	Si	No
c. Permanecer en lugares con aire acondicionado	Si	No
d. Uso de mosquiteros en puertas y ventanas para evitar entrada de mosquitos	Si	No
e. Dormir con mosquitero	Si	No
f. Uso de repelentes	Si	No
g. Elimine o aléjese de los sitios donde se crían los mosquitos, como recipientes con agua estancada	Si	No
h. Otro (indique):		

19. ¿Cree Usted que el Zika es un invento del gobierno para distraer a la gente?

Si	No	NS
----	----	----

20. Usando una escala de 1 a 5, en su opinión ¿cómo valora las campañas que realiza el Ministerio de Salud / Centro de Salud para combatir el Aedes en el barrio o colonia donde vive?

1	2	3	4	5
Muy Malas		Intermedio	Muy Buenas	

21. ¿En relación al Zika, se ha sentido triste o preocupado por sus consecuencias?

Si	No	NS
----	----	----

A continuación, se le harán en serie de preguntas en relación a su estado anímico en las últimas dos semanas.



Anexo II

Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

Iniciales EFCM: _____

Código de encuesta: _____

Instrucciones: Para las últimas dos semanas, queremos valorar el grado y/o intensidad de ansiedad que ha experimentado.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Interpretación (máximo puntaje es 56): <17 ansiedad leve; 18-24 ansiedad moderada; 25-30 ansiedad severa; 31-56 ansiedad muy severa



Anexo III

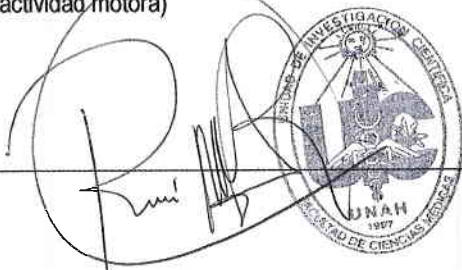
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)

Iniciales EFCM: _____

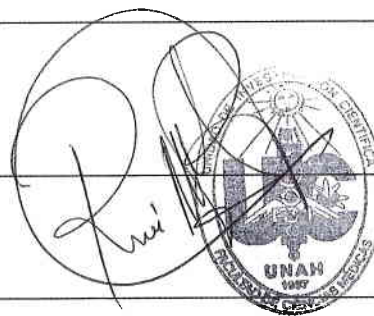
Código de encuesta: _____

Instrucciones: Para la última semana, queremos valorar el grado y/o intensidad de tristeza / depresión que ha experimentado.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave Incapacitante
1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	0	1	2	3	4
2. Sentimientos de culpa - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	0	1	2	3	4
3. Suicidio - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0	1	2	3	4
4. Insomnio precoz - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche	0	1	2	3	4
5. Insomnio intermedio - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	0	1	2	3	4
6. Insomnio tardío - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	0	1	2	3	4
7. Trabajo y actividades - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	0	1	2	3	4
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse	0	1	2	3	4



Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave Incapacitante
9. Agitación psicomotora - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	0	1	2	3	4
10. Ansiedad psíquica - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten	0	1	2	3	4
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante	0	1	2	3	4
12. Síntomas somáticos gastrointestinales - Ninguno - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0	1	2	3	4
13. Síntomas somáticos generales - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	0	1	2	3	4
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	0	1	2	3	4
15. Hipocondría - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0	1	2	3	4
16. Pérdida de peso - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	0	1	2	3	4
17. Introspección (insight) - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	0	1	2	3	4



Interpretación (máximo puntaje es 68):

0-7 normal;

19-22 depresión severa;

8-13 depresión leve;

≥ 23 depresión muy severa

14-18 depresión moderada;

Anexo IV

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS / UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA
POSTGRADO DE PSIQUIATRIA / SECRETARIA DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mi nombre es: _____ soy Médico en servicio social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Honduras, le quiero decir que la Unidad de Investigación Científica y el Postgrado de Psiquiatría están realizando una investigación para saber cuál es la situación anímica en depresión y ansiedad, nivel de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el control y prevención del Zika en embarazadas, en las zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social.

Este estudio va a proporcionar información que sirva para conocer cómo se siente la mujer embarazada en relación a estas virosis y el riesgo a su salud y el hijo. Solamente le vamos hacer unas preguntas sobre cómo está su embarazo y cómo se siente ahora que hay en el país enfermedades como el ZIKA. Esta información nos permitirán contribuir al desarrollo de políticas públicas necesarias para la implementación de programas de diagnóstico y manejo oportuno para mejorar la calidad de vida y participación de esa población. Esta información está siendo recolectada por personal de salud debidamente capacitado en el tema.

Si usted decide colaborar deberá firmar un documento donde se dice que usted entendió lo que se le explico y accede a contestar preguntas sobre su salud, su vida personal. Se le dará la copia de este documento. Estas evaluaciones se harán únicamente para dar cumplimiento a los objetivos del estudio y no se utilizarán para investigaciones posteriores.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin sufrir de ningún tipo de represalia. Los beneficios que obtendrá en este estudio son: conocer cómo está su condición de salud, referirlo a un nivel superior de atención si fuera necesario.

Por participar no recibirá ninguna retribución económica, pero si recibirá información y orientación sobre su estado de salud y si requiere se le remitirá al Centro de Salud o Hospital para su evaluación. El estudio no tiene riesgo alguno. Se le hará una entrevista de 20 minutos que nos orientara sobre su estado de salud mental para saber si tiene depresión o ansiedad

Toda la información que dé será confidencial y solo será conocida por las personas que trabajen en el estudio; además si se llegaran a publicar los resultados del estudio su identidad no será revelada. Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes.

Yo, _____ identificado con el Número de cedula _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas que se me hagan. Entiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas y evaluaciones que me harán.

Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio se puede comunicar con el Dr. Manuel Sierra Coordinador del Proyecto, Facultad de Medicina al teléfono 22 39 01 31

Firma o huella del Participante

Firma o huella del Responsable

Lugar _____ Fecha _____

Testigos

Firma o Huella

