

Tegucigalpa, enero 2017

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, CONSUMO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAS \geq 18 AÑOS EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA ATENDIDAS POR LOS MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL, AÑO 2016-2017

RECOMENDACIONES GENERALES

- 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.
- 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.
- Revise cuidadosamente y siga las instrucciones.
- Si tiene dudas, haga las consultas necesarias con su tutor.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 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, etc.).
- 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.
- Los márgenes del documento deben ser Superior e izquierdo: 3 cm, Inferior y derecho: 2.5 cm.
- El formato del documento debe ser sencillo igual a este documento (sin recuadros, sin subrayar, sin viñetas, sin ningún tipo de efecto visual)
- Las paginas se enumeran utilizando números arábigos a partir del capítulo de Introducción en el borde inferior derecho.

- Cada MSS deberá saber la modalidad de revisión que prefiere su Revisor Asignado, ya que algunos revisan de manera presencial y otra vía correo electrónico. Establecer contacto con su revisor.

PARTES, CAPITULOS Y SECCIONES DEL INFORME

El Informe Final consta de:

Portada

Dedicatoria (opcional)

Agradecimiento (opcional)

Declaración de compromiso ético

Presentación

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

Índice (ejemplo elaborado a partir de un cuadro de tres columnas).

	Pág
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del Problema.....	2
III. Objetivos.....	3
IV. Marco Teórico.....	4
V. Identificación Y Operacionalización de variables.....	
VI. Diseño Metodológico.....	
VII. Resultados.....	
VIII. Discusión.....	
IX. Conclusiones.....	
X. Recomendaciones.....	
XI. Bibliografía.....	
XII. Anexos	

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). El que lo lee, comprende todo el estudio. Usted lo completa hasta que tiene Resultados completos, Discusión completa y Conclusiones y Recomendaciones completas. Esta sección se completa hasta el final.

PRIMER PARRAFO DE LA INTRODUCCION - ANTECEDENTES

- Definición de Salud mental, depresión, ansiedad y consumo de alcohol
- Estadísticas mundiales y regionales en personas ≥ 18 años
- Estadísticas de Honduras

SEGUNDO PARRAFO DE LA INTRODUCCION – METODOLOGÍA

Fundamentado en lo anterior, los docentes de la Unidad de Investigación Científica en coordinación con los Médicos en Servicio Social del periodo 2016–2017, desarrollaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas ≥ 18 .

El presente estudio se realizó en **xxxxxx, municipio xxxxxxx, Departamento xxxxxx**. Se identificó aleatoriamente una localidad asegurando la captación de personas ≥ 18 años mediante visita casa a casa hasta completar una muestra de 80, previo consentimiento informado escrito. Se utilizaron tres instrumentos. El Instrumento 1 registró información de la búsqueda activa, datos generales, antecedentes personales y familiares y el instrumento de Tamizaje SRQ y si resultaba positivo se aplicó la escala de Hamilton para Depresión y Ansiedad (instrumento 2 y 3). Los resultados se presentan como frecuencia y porcentaje de variables que describen depresión, ansiedad y consumo de alcohol. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) FCM UNAH.

TERCER PARRAFO DE LA INTRODUCCION - RESULTADOS

De las 80 personas \geq 18 años evaluados, xx (xx.x%) hombres y xx (xx.x%) mujeres, según el SRQ se identificaron personas que tenían algún síntoma de depresión, ansiedad o consumo de alcohol a los cuales se les paso las escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton con las que se identificaron xx casos de depresión, xx casos de ansiedad y xx casos de consumidores de alcohol para una prevalencia de xx.x%, xx.x%, xx.xx%.

De los xx casos de depresión , xx (xx.x%) hombres y xx (xx.x%) mujeres, edad promedio xx años (rango xx-xx), escolaridad años de estudio, estado civil, ocupación , procedencia, De los xx casos de ansiedad , xx (xx.x%) hombres y xx (xx.x%) mujeres, edad promedio xx años (rango xx-xx), escolaridad años de estudio, estado civil, ocupación ,procedencia, De los xx casos de Consumidores de alcohol , xx (xx.x%) hombres y xx (xx.x%) mujeres, edad promedio xx años (rango xx-xx), escolaridad años de estudio, estado civil, ocupación ,procedencia.

Al comparar las personas con y sin alguna de las enfermedades mentales de estudio (depresión, ansiedad, y consumo de alcohol), se identificó que antecedentes de violencia (xx.x%), antecedentes patológicos (xx.x%) y antecedentes de enfermedades mentales fueron más frecuentes en personas con enfermedad mental (xx.x%), xxxxxxxx (xx.x%) y xxxxxxxx (xx.x%) fueron más frecuentes en personas sin enfermedad de salud mental.

CUARTO PARRAFO de la introducción – CONCLUSION Y RECOMENDACION

Principal Conclusión y Principal Recomendación en base a sus resultados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades mentales afectan a millones de personas en el mundo y muchas veces pasan desapercibidas y su evolución posterior puede o no complicar la situación de una persona por no identificarse tempranamente.

La etiología de las enfermedades mentales es multifactorial, se habla de factores genéticos como psicosociales. 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. Entre enfermedades más frecuentes del área de salud mental, se encuentran la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y drogas, suicidio, entre otras.

Los trastornos de ansiedad (TA) se cuentan entre los más prevalentes, invalidantes y crónicos de los trastornos psiquiátricos, así mismo, la Depresión Mayor Monopolar (DMM) es la enfermedad mental más frecuente dentro de la población general, y es además una de las enfermedades más frecuentes como totalidad de las enfermedades, de acuerdo a ciertos criterios de clasificación. En términos amplios, se acepta que entre un 2.0% y un 15.0% de las personas presentan una DMM alguna vez en su vida.

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 20.0% de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD); la depresión representa 36.5% del total, y el alcoholismo, el 11.3%.

En un estudio sobre trastornos mentales en el Perú urbano se encontró la prevalencia de vida de al menos un trastorno mental fue 29.0% y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10.5% y 4.0% respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes, con una prevalencia de 14.9% seguidos por los trastornos del humor con 8.2%, trastornos de control de impulsos con 8.1% y trastornos por consumo de sustancias (5.8%)

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, y para alcoholismo una prevalencia de 6.2%.

Es importante abordar el problema de salud mental en el país ya que por la situación de stress que vive la población, la violencia, la crisis económica, la pobreza vuelve a la población hondureña vulnerable, aunada a ello, no se cuenta con una respuesta institucional eficiente, las formas crecientes de estrés, más frecuentes en varones, pueden trascender los cuadros ansioso-depresivos habituales y dar lugar a una clínica psiquiátrica más severa con riesgo para la propia vida.

El tema de salud mental debe ser abordado también desde la perspectiva de género ya que la inequidad de género, que conlleva discriminación y violencia, también permea las instituciones dedicadas a atender la salud mental.

En vista de lo anterior nos proponemos la siguiente pregunta problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas ≥ 18 años en las zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social, año 2016-2017? Esta investigación tiene el propósito de contribuir en la elaboración de políticas públicas para programas de diagnóstico y manejo temprano de las enfermedades de salud mental, que va orientado a mejorar la calidad de vida de esa población y evitar la cronicidad de esas patologías.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y factores asociados en personas \geq 18 años en **XXXX COMUNIDAD XXXX MUNICIPIO XXXX XXX** DEPARTAMENTO. Con el propósito de influir en políticas públicas que beneficien a esta población y proponer estrategias de una diagnóstico y manejo oportuno.

B. Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol en personas \geq de 18 años en las **XXXXX** COMUNIDAD .
2. Caracterizar a la población de estudio por edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia.
3. Identificar algunos factores asociados a un cuadro depresivo, un cuadro de ansiedad y consumo de alcohol en esta población (violencia intrafamiliar, fuentes de ingresos económicos, antecedentes familiares).
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 asociados entre hombres y mujeres con depresión ansiedad y consumo de alcohol

IV. MARCO TEÓRICO

Extensión máxima: 5 páginas. Tomar en cuenta:

1) Referencias en texto se citan en superíndice. Se citan según orden de aparición: la primera es la número 1, la segunda es la número 2, etc.

Ejemplo

I. 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

2) Enumerar secciones y subsecciones

3) No usar viñetas cuando presenta una lista de ítems: describir de forma narrativa o enumerar de manera diferente a la enumeración de las secciones y subsecciones. Por ejemplo: 1) xxxx, 2) xxxxx, y 3) xxxxx.

Se sugieren las siguientes secciones para completar el marco teórico

A. Salud mental (depresión ansiedad y alcoholismo)

1. Definición
2. Clasificación (CIE 10)

B. Epidemiología

1. Datos estadísticos mundiales
2. Datos estadísticos regionales
3. Datos estadísticos nacionales

C. Causas de enfermedades de Salud Mental

- D. Factores asociados
- E. Co-Morbilidad
- F. Tratamiento
- G. Prevención y Rehabilitación

III. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Identificación de variables

A. Variable dependiente

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Consumo de alcohol

B. Variables independientes

1. Prevalencia
2. Características sociodemográficas (edad, sexo, 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, Artropatía, ECV, EPOC , Otras

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Índice
Depresión	pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad	Episodio depresivo leve Episodio depresivo moderado Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Según escala de Hamilton para depresión	Si No

Ansiedad	La ansiedad pertenece siempre al ámbito de las relaciones interpersonales y puede en ocasiones, combinarse el miedo y la ansiedad por periodos breves o prologados	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) Trastorno de pánico (TDP) y agorafobia Trastorno de ansiedad social (TAS)	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.	Los trastornos por consumo: Abuso y Dependencia al alcohol. Los trastornos inducidos por alcohol: intoxicación hasta los problemas por abstinencia o consecuencia del abuso como delirium, trastornos del humor, amnesia, psicosis y otros.	Instrumento de Tamizaje SRQ	Si No
Características socio-demográficas.	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población ≥ 18 años.	-Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha. -Sexo: Característica física que diferencia a un hombre de una mujer. -Nivel de instrucción: El número de años de educación formal. -Estado civil situación jurídica concreta que	Referido por el paciente o cuidador y observación	-Años -Hombre -Mujer. Años de estudio: Analfabeta Primaria__ Secundaria__ Universidad __ Casada Unión libre Soltera

		<p>posee un individuo con respecto a la familia, el estado o Nación a que pertenece.</p> <p>-Ocupación -Procedencia:</p>		<p>viuda Divorciada</p> <p>Urbano_ Rural_</p>
Antecedentes personales patológicos	Patologías previas y actuales del entrevistado con depresión, ansiedad, consumidor de alcohol.	HTA, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, Artropatía, ECV, EPOC, Cáncer, Otras.	Referido por el paciente o cuidador.	SI No
Factores asociados	<p>Violencia intrafamiliar - comportamiento que causa daño físico o psicológico a un compañero íntimo - ocurre muy frecuentemente en el seno de los hogares.</p> <p>-Fuentes de ingresos económicos Capacidad y fuente para ganar ingresos, para su manutención.</p> <p>-Antecedentes familiares.</p>	<p>Verbal Física Sexual</p> <p>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</p>		<p>Antecedentes de violencia intrafamiliar (Si/No)</p> <p>Fuente de ingresos(Si/No)</p> <p>Antecedente familiares (Si/No):</p>
Prevalencia.	Es la proporción personas ≥ 18 años con depresión, ansiedad, consumo de alcohol en relación al total de personas ≥ 18 años incluidos en el estudio, que se encuentran en las áreas de influencia de los médicos en servicio social del período 2016-2017.	<p>-Número de ≥ 18 años con depresión, ansiedad, consumo de alcohol.</p> <p>-Número total de personas ≥ 18 años incluidos en el estudio.</p>	Instrumentos.	Número de casos/población total.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Área de estudio

Describa brevemente su área de estudio. Refiera al anexo (Ver Mapa o Croquis en Anexo 1).

B. Tipo de estudio

Tipo descriptivo transversal.

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

1) Universo: Toda persona con edad ≥ 18 años en las áreas geográficas de influencia los MSS del periodo marzo 2016 – marzo 2017. **2) Muestra:** Se estimó una población total de 8 millones de hondureños (2012) con aproximadamente 54.0% de ellos con edad \geq a 18 años. Para el cálculo de la muestra se estimó una población de 4 millones de personas que vivían en zonas rurales y semirurales, lo que nos da una población de 2.2 millones de personas \geq a 18 años. En las áreas geográficas de influencia de los MSS vivían aproximadamente 10,000 personas, de las cuales 5,400 eran personas \geq 18 años. Tomando una prevalencia máxima de depresión y/o ansiedad de 30% y un valor mínimo de 10%, con un 80% de poder estadístico y 95% de nivel de confianza, el estudio requiere de 80 personas \geq 18 años por cada MSS. En vista de contar con más de 144 MSS, la muestra total fue de 11,000 encuestas. **3) Muestreo:** No probabilístico. Todos los MSS asignados a la Unidad de Salud determinaron 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) Se contó con una población total que aseguró que la población de personas \geq 18 años fuera 80 o más.
- 2) Se contó con condiciones de seguridad aceptables que permitieron la realización de la búsqueda activa con el menor riesgo posible para los investigadores.

B) Se hizo una selección aleatoria de una localidad asignado 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 su 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 personas ≥ 18 años.

4) Unidad de análisis: Personas con edad igual ≥ 18 años residentes en las áreas geográficas de influencia de los MSS captados mediante búsqueda activa.

5) Definición de caso de persona ≥ 18 años con enfermedad de salud mental : Toda persona igual ≥ 18 años de edad que fue diagnosticada según el instrumento de Tamizaje SRQ y confirmado según la escala de Hamilton para Depresión y ansiedad.

6) Criterios de inclusión: personas ≥ 18 años, ambos sexos, que vivía en el área de influencia de los MSS, que contaba con su tarjeta de identidad o partida de nacimiento y contaba con el Consentimiento informado.

7) Criterios de exclusión: personas < 18 años, adolecer de alguna enfermedad mental que imposibilitaba dar la información, estar en estado de ebriedad o haber consumido drogas durante la entrevista.

En caso de que en una casa hubo más de 2 personas ≥ 18 años, la selección se hizo al azar.

D. Técnica y procedimiento de recolección de datos. Se realizó 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: El MSS con apoyo del personal de salud y líderes comunitarios realizó un barrido casa a casa hasta completar el tamaño muestral. El **Instrumento No. 1** (Anexo 2) registró la siguiente información:

nombres y apellidos, N° de identidad 1. Datos generales, 2. Factores asociados, 3. antecedentes personales, 4. antecedentes familiares, 5. Co-morbilidad, 7. 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 por el MSS a través del instrumento de tamizaje dio positiva se pasó el **Instrumento No. 3 y No 4** (Anexo 4 y 5) Escala de Hamilton para Depresión, Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS 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 evaluó 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 semi-estructurada, 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 ítems, 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 por cada MSS mediante entrevista a 5 personas \geq 18 años mayores 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 5 talleres sobre temas de Metodología de Investigación, Depresión, Ansiedad y Consumo de alcohol, Análisis de la información incluyendo el uso del programa de EpilInfo 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 en sitios seleccionados aleatoriamente de acuerdo a un cronograma de actividades. Los pacientes que

sea confirmado según la escalas 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: Cada MSS entrego a la UIC 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. Cada MSS presentó un Instrumento No. 2 con información de las 80 personas ≥ 18 años encuestados según el SRQ información consolidada y el número correspondiente de Instrumentos No. 3 y 4 de acuerdo al número de personas ≥ 18 años con depresión, ansiedad y consumo de alcohol identificados y el listado del total de personas mayores de 18 años por casa **2) Base de datos:** La elaboración de la máscara o ficha (base de datos) fue responsabilidad de la UIC. La digitación fue ejecutada por personal contratado bajo supervisión de los asesores metodológicos UIC. Los datos se procesaron con el paquete estadístico EPI-INFO 7 (versión 7.1.4.0 para Windows). **3) Análisis de la información:** Se realizó 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: $P = \frac{\text{Número de personas con depresión, ansiedad, consumo de alcohol (individual)}}{\text{número de personas } \geq 18 \text{ años de edad}} \times 100$. Para determinar la distribución de algunos factores en relación al sexo y a la presencia o ausencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol, se prepararon cuadros con distribución dicotómica. **4) Promoción de la salud y divulgación de resultados.** Los MSS 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 explicó el propósito del estudio y previo Consentimiento Informado escrito asegurando la confidencialidad de la información resaltando que no habría ningún riesgo por participar y que no habría 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 años con Depresión, Ansiedad, Consumo de Alcohol sin manejo médico o que necesitara 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 Los MSS recibieron un curso en línea de Buenas Prácticas Clínicas the Global healthNetwork.

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. En Anexo 5 se adjunta Constancia de Socialización de Resultados.

VII. RESULTADOS

1. Como primer paso, preparar los cuadros a partir de la base de datos proporcionada por UIC FCM UNAH (Archivo Excel y base de datos EpilInfo).
2. **Una 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 mayores de 18 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 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el SRQ.

Cuadro 4. Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) en pacientes ≥ 18 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 \geq 18años de edad, Honduras.

Cuadro 6. Características de ANSIEDAD de acuerdo al grado de severidad en sujetos \geq 18años de edad, Honduras.

Cuadro 7. Factores asociados a enfermedades mentales depresión, ansiedad, alcohol en sujetos \geq 18 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 sujetos ≥ 18 años con enfermedades de salud mental y su caracterización, durante el periodo diciembre 2016- enero 2017 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 habitantes ≥ 18 años _____. De las 80 personas ≥ 18 años, ____ (xx.x%) hombres y ____ (xx.x%) mujeres. El total de las personas ≥ 18 con depresión fue ____ (xx.x%) hombres y ____ (xx.x%) mujeres para una prevalencia de depresión de xx.x% (xxx/xxx), con ansiedad fue ____ (xx.x%) hombres y ____ (xx.x%) mujeres para una prevalencia de ansiedad de xx.x% (xxx/xxx), consumidores de alcohol fue ____ (xx.x%) hombres y ____ (xx.x%) para una prevalencia de alcoholismo de xx.x% (xxx/xxx).

B. Características socio demográficas y antecedentes de sujetos ≥ 18 años de edad, del estudio Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol en XXXX, 2016-2017, N= 80

Del total de personas ≥ 18 entrevistadas el promedio de edad fue xx.x (rango xx – xx). Predominó el estado civil de xxxxxxxx con xx (xx.x%) y el nivel de instrucción de 6 años con xx (xx.x%), procedencia xx(xx.x%) fue la más reportada, la ocupación más frecuente xx(xx%), Los antecedentes personales patológicos incluyeron xxxxxxxxxx xx (xx.x%), xxxxxxxxxx xx (xx.x%) y xxxxxxxx xx (xx.x%).

Los antecedentes de violencia en los últimos 6 meses son Físicos 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 sujetos ≥ 18 años de edad Honduras, del estudio Prevalencia de depresión, ansiedad y consumo de alcohol en XXXX , 2016-2017, N= 80

Características	N (%)
Sexo Femenino Masculino	
Edad (años) 18-40 41 >	
Grado de instrucción (Promedio en años) Ninguno Primaria Secundaria Universidad	
Antecedentes personales patológicos Si No	
Antecedentes de Violencia Si No Físico Verbal Sexual Psicológico	
Antecedente familiares: enfermedades mentales Si No	

C. pacientes 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 personas ≥ 18 años entrevistadas xx (xx.x%) en inciso de SINTOMAS tuvieron alto riesgo (≥ 11) , con relación a segundo inciso el 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. Pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental en la comunidad XXX 2016-2017, 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” (Preguntas 26 a la 30)		

De los pacientes 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 pacientes ≥ 18 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el Instrumento de Tamizaje SRQ

Parámetro	N	%
8-13 depresión leve		
14-18 depresión moderada		
19-22 depresión severa		
≥ 23 depresión muy severa		
Total		

De los pacientes 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 pacientes ≥ 18 años con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental según el Instrumento de Tamizaje SRQ

Parámetro	N	%
<17 ansiedad leve		
18–24 ansiedad moderada		
25-30 ansiedad severa		
31-56 ansiedad muy severa		
Total		

Con relación al grado de severidad el 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 sujetos ≥ 18 años de edad, Honduras.

SUJETOS CON PROBLEMAS EN	DEPRESION GRADO DE SEVERIDAD				
	Normal N (%)	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)					

Con relación al grado de severidad el 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 sujetos ≥ 18años de edad, Honduras.

SUJETOS CON PROBLEMAS EN	ANSIEDAD GRADO DE SEVERIDAD				
	Normal Resultado cero N (%)	Leve N (%)	Moderad a 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 sujetos con y sin enfermedad mental (depresión, ansiedad y consumo de alcohol), se identificó que los factores xxxxxxxx, xxxxxxxx y xxxxxxxx presentaron un mayor porcentaje entre los sujetos con enfermedad mental. Los factores xxxxx, xxxxxxx y xxxxxxx presentaron un mayor porcentaje entre los sujetos sin enfermedad de salud mental (depresión, ansiedad y consumo de alcohol)

Cuadro 7. Factores asociados a enfermedades mentales depresión, ansiedad, alcohol en sujetos ≥ 18 años de edad, en xxx , 2016-2017, n= 80.

FACTORES	Personas con: Depresión, Ansiedad o alcoholismo	Personas sin: Depresión, Ansiedad o alcoholismo
	N (%)	N (%)
Sexo Femenino Masculino		
Edad (años) 18-40 41 >		
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, UIC, 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.

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, Schorfheide AM. *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.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article.

2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acceso 2002 Jul 9]. Disponible en: <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

Anexo 1. Croquis? Mapa?

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos.

Anexo 3. Consentimiento Informado

Anexo 4. Curso Buenas Prácticas Clínicas, Programa THE GLOBAL HEALTH NETWORK (TGHN). Lista de módulos cursados

Anexo 5. Constancia de socialización de resultados al personal de la Unidad de Salud.