

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
IHADFA
SECRETARIA DE SALUD**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**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.**

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Asesores Temáticos

Dr. Carlos Antonio Sosa Mendoza
Médico Psiquiatra, IHADFA, Hospital Santa Rosita

Dr. Dagoberto Espinoza Murra
Médico Psiquiatra, Profesor Emérito FCM-UNAH.

Asesores Metodológicos

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

Personal de apoyo

Br. Reinaldo Argueta Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH

MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL PERIODO 2016-2017

Estudiantes de 8avo Año, Carrera de Medicina FCM UNAH

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

UNAH
IHADFA
Secretaría de Salud

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% y un 15% 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% 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% y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10.5% y 4% 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 ≥ 18 años en las zonas de influencia atendida por los médicos en servicio social, año 2016-2017. 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 zonas de influencia atendidas por los médicos en servicio social (MSS).
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

III. 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 respecto 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. Epidemiología

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 prevalente 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 anomalías 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 delincencial 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:
 - antidepressivos: 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 las 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

IV. 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			Según escala de Hamilton para depresión	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.		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.	<p>-Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.</p> <p>-Sexo: Característica física que diferencia a un hombre de una mujer.</p> <p>-Nivel de instrucción: El número de años de educación formal.</p> <p>-Estado civil situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el estado o Nación a que pertenece.</p> <p>-Ocupación</p> <p>-Procedencia:</p>	Referido por el paciente o cuidador y observación	<p>-Años</p> <p>-Hombre -Mujer.</p> <p>Años de estudio: Analfabeta Primaria__ Secundaria__ Universidad __</p> <p>Casada Unión libre Soltera viuda Divorciada</p> <p>Urbano_ Rural_</p>
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, Artropatía, ECV, EPOC , Cáncer, Otras.

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 de los 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 o de alcohol.</p> <p>-Número total de personas ≥ 18 años incluidos en el estudio.</p>	Instrumentos.	Número de casos/población total.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

A. Área de estudio

Nivel Nacional (Áreas de influencia donde se encuentren asignados los Médicos en Servicio Social, MSS)

B. Tipo de estudio

Tipo descriptivo transversal de asociación.

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

1) Universo: Toda persona con edad igual o mayor a 18 años en las áreas geográficas de influencia los MSS del periodo marzo 2016 – marzo 2017. **2) Muestra:** Se estima 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 \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 es 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 elaborara 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 \geq 18 años sean 80 o más.
- 2) Contar con condiciones de seguridad aceptables que permitan la realización de la búsqueda activa con el menor riesgo posible para los MSS.

B) Se hará una selección aleatoria de una localidad por cada MSS 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 Obtendrá por cada MSS de un croquis de su localidad seleccionada y verificación de la distribución de las viviendas, identificando sectores. Si la localidad tiene más de un sector, se usó el mismo procedimiento ya descrito para seleccionar el sector.

D) Una vez seleccionado el sector, se hará una búsqueda activa, dando cobertura de manera continua, visitas casa a casa (barrido), hasta cumplir con el tamaño muestral de 80 personas \geq 18 años.

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

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

6) Criterios de inclusión: personas \geq 18 años, ambos sexos, que viva en el área de influencia de los MSS, que cuente con su tarjeta de identidad o partida de nacimiento y contar con el Consentimiento informado.

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

En caso de que en una casa hubieran más de 2 personas \geq 18 años, la selección será al azar.

D. Técnica y procedimiento de recolección de datos. Se realizará 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 realizará un barrido casa a casa hasta completar el tamaño muestral. El **Instrumento No. 1** (Anexo 2) registra 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 da positiva se pasara al **Instrumento No. 3 y No 4** (Anexo 4 y 5) Escala de Hamilton para Depresión, Escala de Hamilton para Ansiedad Escala de Hamilton para la Depresión . Escala de Hamilton para Depresión (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 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 aplica 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 serán validados por cada MSS mediante entrevista a 5 personas \geq 18 años mayores en una localidad diferente

a las seleccionadas. Las inconsistencias y recomendaciones serán informadas al grupo coordinador y se realizarán los cambios pertinentes. **4) Capacitación de los MSS:** Los MSS serán 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 EpiInfo 7 versión 7.1.4.0, con el fin de adquirir conocimientos que les permitieran 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, supervisarán 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 serán remitidos para su manejo según la gravedad del caso.

E. Tabulación y análisis de la información.

1) Entrega de Encuestas: Cada MSS entregará en la UIC FCM UNAH, los instrumentos completos previamente revisados. En el momento de la recepción se revisará cada uno de los instrumentos y aquellos incompletos no serán aceptados. Cada MSS presentará 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) es responsabilidad de la UIC. La digitación será 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 realizará 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 prepararan 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 será presentado para dictamen ético al Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB), FCM, UNAH. A cada participante se le explicara el propósito del estudio y previo Consentimiento Informado escrito asegurando la confidencialidad de la información resaltando que no habrá ningún riesgo por participar y que no habrá ninguna compensación económica Si la persona no es capaz de comprender la información brindada y responder por ellos mismos, un familiar o encargado mayor de 18 años tomara 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 remitirá 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 recibirán un curso en línea de Buenas Prácticas Clínicas the Global health Network, (www.citiprogram.org).

I. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Strengthening mental health promotion [Factsheet 220]. Geneva: WHO, 2001; p. 1.
2. ¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales ? Preguntas y respuestas en línea, 27 de abril de 2006. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>. (acceso 20 junio 2016)
3. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina Psiquiatría. Fondo editorial CIB 2004. Pág. 152

4. CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS (1992)
5. Stein DJ, Seedat S, Carey P, Harvey B. Precursors, Early Detection and Prevention of Anxiety Disorders. En: Maj M, López-Ibor JJ, Sartorius N, Sato M, Okasha A. Early Detection and Management of Mental Disorders. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2005.
6. Erazo R. HACIA UN MODELO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LAS ENFERMEDADES MENTALES. (Spanish). Revista MédicaClínica Las Condes [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited April 9, 2016]; 21(5): 684-695.
7. Freedman, A.M., Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría, Salvat Editores, Barcelona, 1982.
8. Hollander E, Stein DJ, Broatch J, Himelein C, Rowland C. A pharmacoeconomic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. CNS Spectrums 1997; 2:16-25.
9. DSM-IV-TR. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publicada por la American Psychiatric Association de Washington, traducción al español, 1995
10. Patel V. Mental health in low- and middle income countries. Br Med Bull. 2007;81–82(1):81–96.
11. Vásquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P. Díez-Manrique JF. Peña C: Mental health and mental consultation in primary care settings. Psychol Med 1990; 20:681-694.
12. Campuzano Rincón J, Hernández-Álvarez A, González Robledo M, Hernández-Girón C. Tendencia de la mortalidad por trastornos mentales: un panorama epidemiológico en México (1980-2011). (Spanish). Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM [serial on the Internet]. (2014, May), [cited April 9, 2016]; 57(3): 22-30.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=97082670&lang=es&site=ehost-live>
13. Aguilar R. Trastornos de ansiedad y depresión. EPIDEMIOLOGÍA Septiembre 2005.

14. Puchol Esparza D. Los trastornos de ansiedad: la epidemia silenciosa del siglo XXI. *Psicología Clínica y psicoterapia* 2003. <http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>
15. Vargas Terrez B, Villamil Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental* 2016; 39(1):3-9
16. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. (Spanish). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [serial on the Internet]. (2014, Jan), [cited April 10, 2016]; 31(1): 39-47. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95212430&lang=es&site=ehost-live>
17. The World Health Report 2001. OMS. Página 150. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/annex3_en.pdf
18. Alicia Paz-Fonseca A, Moncada-Landa R, Sosa-Mendoza C, Romero M, Murcia H, Reyes-Ticas A. Prevalencia de Trastornos Mentales en la Comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *REV MED POST UNAH* Vol. 4 No. 1 Enero-Abril, 1999.
19. Chirinos A, Munguía A, Lagos A, Salgado J, Reyes A, Padgett D, Donaire I. Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, 2001. *REV MED POST UNAH* Vol. 7 No. 1 Enero-Abril, 2002. <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-1-2002-10.pdf>.
20. Davies W, Isles A, Wilkinson L. Imprinted genes and mental dysfunction. *Ann Med* 2001;33: 428-436.
21. Rin JL, Zinder M. Sexual dimorphism in mammalian gene expression. *Trend Genetics* 2005; 21:298-305
22. Kendler K, Gatz M, Gardner C, Pedersen N. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(10):1113-1120.
23. Álvaro J, Garrido A, Schweiger I. Causas sociales de la depresión: una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional Sociología* 2010; 68(2):333-348.

24. Kendler K, Gardner Ch, Prescott C. Toward a Comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006; 163(1):115-124.

25. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A, Salud mental en el mundo Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. PALTEX OPS 1997

26. Trastornos de ansiedad guia practica para diagnostico y tratamiento. Reyes-Ticas A.<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf> (Acceso 25 06 16)

http://200.62.146.19/BVRevistas/acta_medica/2004_n1/Pdf/a06.pdf

27. Violencia y Salud Mental . Saavedra-Castillo A

Revisado 26 junio 2016 ACTA MÉDICA PERUANA VOL XXI N 39 O 1

28. U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol and Violence. En: Alcohol and Health. From de Secretary of Health and Human Services, 10th Special Report to the US Congress; 2000. p. 54-66

29. Delgado S. Delincuencia y Drogas. En: Cabrera J.(Editores). Medicina Legal en Drogodependencias. Madrid: Agencia Antidroga; 1999. p. 415-64.

30. López Ibor M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad Evolution of anxiety and depression detected during hospitalization in an Internal Medicine service. An. Med. Interna (Madrid) vol.24 no.5 may. 2007

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001(Acceso 20 junio 2016)

31. Revuelta Evrard E , Segura Escobar E, Paulino Tevar J. .Depresión, ansiedad y Fibromialgia Depression, anxiety and fibromyalgia ·Revista de la Sociedad Española del Dolor Volume 17, Issue 7, October 2010, Pages 326–332

32. Páez A, Jofré M , Azpiroz C, De Bortol M. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Un i v e r s i t a s Psychologica V.

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/267/284> Acceso 26
06 16.

33. Ochoa Mangado E, Madoz-Gúrpide A; Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. Med. segur. trab. vol.55 no.214 ene./mar. 2009.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003

(Acceso 20 junio 2016)