

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES
MILITARES VARONES SEGÚN SU RANGO EN
ACTIVIDAD DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL SUR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ,
AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por el Bachiller:

Begazo Flores, Juan Andrés

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Fuentes Fuentes, Dante

Arequipa- Perú

2019



31

Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ucsm@ucsm.edu.pe 🌐http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERU

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 121 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES MILITARES VARONES EN ACTIVIDAD DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ, AREQUIPA 2019"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

JUAN ANDRES BEGAZO FLORES

Nuestro dictamen es:

OBSERVACIONES:

Favorable

Arequipa, *2019-03-13*

DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. Jose Alvarado Aco
MEDICO - PSIQUIATRA
CMP: 14051 - RNE: 9805

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SAUDES
HOSPITAL III GOYNECHE

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
PSIQUIATRA
DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRRIGUEZ

DR. MIGUEL FERNANDO FARFÁN
DELGADO

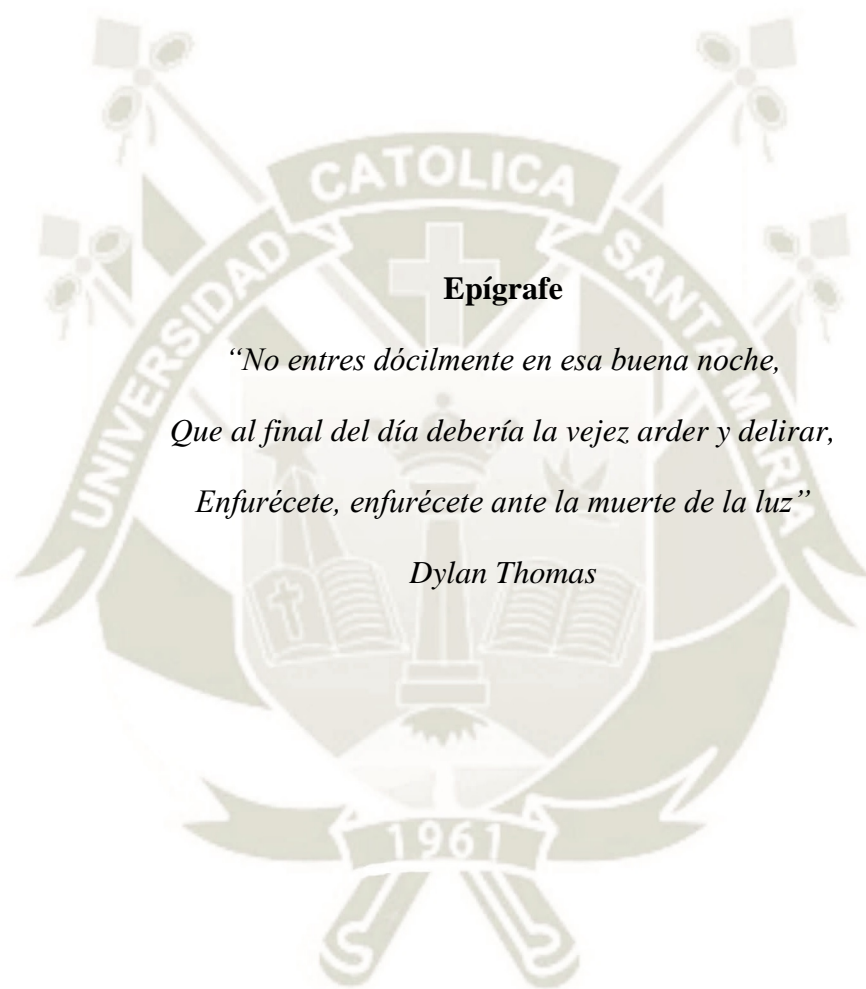
AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que me apoyaron sin importar las circunstancias y también a aquellas que siempre creyeron en mí para poder cumplir el objetivo final que es éste, tengo para agradecer a muchas personas; entre ellas mi novia Fernanda que a pesar de sus grandes dificultades y problemas que tuvo durante todo el tiempo que permaneció en Perú siempre dio todo de ella para apoyarme en esto y en las otras cosas que también necesité apoyo, a mis amigos que también siempre tenían un mensaje de aliento en cualquier momento, y sobre todo a mis padres, Juan y Beatriz; que a pesar todos los problemas y adversidades que tuve y que, además, yo mismo representé en varios momentos de mi formación universitaria, decidieron apoyarme en todo lo que decidí hacer sin importar absolutamente nada. Muchísimas gracias también a mi familia en general por colaborar en todo esto y con mención especial a mis dos hermanos, Percy y Luciana, que están conmigo a muerte en todo lo que hago y haré, gracias.



DEDICATORIA

A todas las personas que creyeron y confiaron en mí, mamá, papá, Fernanda, Percy, Luciana, Antonio, mis abuelos, mis amigos, y a todos aquellos que depositaron su confianza en mí, muchísimas gracias por estar siempre conmigo.



Epígrafe

*“No entres dócilmente en esa buena noche,
Que al final del día debería la vejez arder y delirar,
Enfurécete, enfurécete ante la muerte de la luz”*

Dylan Thomas

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha visto un aumento de los casos de enfermedades psicopatológicas relacionadas a la depresión en nuestro medio. Por esta razón es que la sociedad ha decidido tomar en cuenta y dar la relevancia debida a este conjunto de enfermedades que durante mucho tiempo han sido pasadas por alto tanto como por todo el personal de salud y la población que no tiene relación con el ámbito de la salud.

Este tipo de situaciones se ven con una frecuencia relativamente alta en muchos de los lugares donde he tenido la oportunidad de realizar mis practicas como estudiante de medicina y también como interno de medicina. Estas situaciones son de forma muy frecuente desconocidas o pasadas por alto por el resto del personal de salud con el cual se tiene la oportunidad de compartir la mayor parte del tiempo, pero es difícil reconocer si alguno de ellos está padeciendo alguna alteración psicopatológica relacionada con la depresión.

Muchas veces se piensa que, por las condiciones, características y rasgos emocionales de las personas, algunas son menos declives a padecer trastornos depresivos, por citar algunos ejemplos; personas que muestran mucha fuerza psicológica, personas que se muestran con un carácter fuerte o que incluso manifiestan su “fortaleza mental” con otras acciones que los hacen destacar por sobre los otros. Varios de estos pensamientos entran incluso en el campo de los prejuicios, ya que hay la tendencia de asociar todo esto con “personas que nunca sufrirán de depresión.”

Una de mis grandes inquietudes con esta tesis es encontrar si existe alguna asociación entre los síntomas depresivos y el hecho de ser militar varón, ya que existen muchos pensamientos alrededor del hecho de seguir la carrera militar y la tendencia a relacionarlo tanto con fortaleza mental como física, pero viéndolo desde un punto de vista mas humano, nos daremos cuenta que estas personas, y al igual que las otras, también poseen problemas y están sometidos a algunos factores negativos que los pueden hacer susceptibles de experimentar algún trastorno depresivo.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que el 15% del total de los militares varones evaluados tienen síntomas depresivos y en todos ellos del tipo leve, y además se halló que hay una influencia significativa entre el menor grado militar y el número de síntomas depresivos que poseen, lo cual hace que se cumpla la hipótesis planteada previamente en este estudio.

RESUMEN

Antecedentes: La depresión es un trastorno psicopatológico que afecta a los militares varones y esto les afecta en su vida diaria.

Objetivo: Determinar la frecuencia y el nivel de los síntomas depresivos en pacientes militares varones según su rango en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 100 pacientes militares varones atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante los 3 meses de estudio, aplicando un cuestionario sociodemográfico y la encuesta del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se consideró al menos 20 pacientes atendidos de cada uno de los rangos militares que se tuvo en cuenta para la subescala respectiva. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: el 18% de militares participantes fueron menores de 20 años, 21% tenían de 20 a 29 años, y 36% entre 30 y 34 años; un 25% de casos tuvieron de 40 años a más. El 35% eran solteros, 64% casados y 1% convivientes; la procedencia fue de Arequipa en 36% de casos, de provincias de Arequipa en 30% y fuera de Arequipa en 34%. El 68% de militares tuvieron sus familias en Arequipa, 13% en provincias de Arequipa y 19% fuera del departamento de Arequipa. Además de la profesión militar, el 15% se encuentran estudiando, 30% tienen una profesión técnica y 28% educación universitaria. El 27% tienen menos de 5 años de servicio, 15% tiene de 5 a 9 años, 23% entre 10 y 14 años de servicio, 16% trabaja entre 15 y 19 años, y 19% de 20 a más años. Un 59% de casos ha recibido sanciones, de ellos 20% por 1 a 5 días, 24% de 6 a 10 días, 12% de 11 a 15 días, y 3% más de 15 días. El motivo de la consulta al hospital militar fue en consultorio de medicina general en 63%, para traumatología en 27%, y para cirugía en 10% de casos. El rango militar de los pacientes fue de una cuarta parte (25%) para personal de tropa, técnicos militares, suboficiales y oficiales, el 15% del personal militar evaluado tuvo síntomas depresivos, en todos los casos leves

Conclusiones: Se encontró una relación significativa entre la depresión en pacientes de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú y el menor rango militar de los mismos que acuden a dichos consultorios.

PALABRAS CLAVE: Depresión – Síntomas depresivos – Depresión en militares varones

ABSTRACT

Background: Depression is a psychopathological disorder that affects the male military and this affects them in their daily lives.

Objective: Determine the frequency and level of depressive symptoms in male military patients according to their rank in the outpatient clinic of the Southern Regional Hospital of the Peruvian Air Force, Arequipa 2019

Methods: A representative sample of 100 male military patients attended in the outpatient clinic of the Southern Regional Hospital of the Peruvian Air Force was surveyed during the 3 months of the study, applying a sociodemographic questionnaire and the Beck Depression Inventory (BDI). We considered at least 20 patients attended from each of the military ranks that was taken into account for the respective subscale. Results are shown by descriptive statistics.

Results: 18% of military participants were under 20 years old, 21% were between 20 and 29 years old, and 36% between 30 and 34 years old; 25% of cases were 40 years old or older. 35% were single, 64% married and 1% cohabitants; the origin was from Arequipa in 36% of cases, from Arequipa provinces in 30% and outside Arequipa in 34%. 68% of the military had their families in Arequipa, 13% in the provinces of Arequipa and 19% outside the department of Arequipa. In addition to the military profession, 15% are studying, 30% have a technical profession and 28% have a university education. 27% have less than 5 years of service, 15% have from 5 to 9 years, 23% between 10 and 14 years of service, 16% work between 15 and 19 years, and 19% from 20 to more years. 59% of cases have received sanctions, of them 20% for 1 to 5 days, 24% for 6 to 10 days, 12% for 11 to 15 days, and 3% for more than 15 days. The reason for the consultation was in the general medicine office in 63%, for traumatology in 27%, and for surgery in 10% of cases. The military rank of the patients was one quarter (25%) for troop personnel, military technicians, non-commissioned officers and officers, 15% of the military personnel evaluated had depressive symptoms, all of them were mild cases.

Conclusions: A significant relationship was found between the depression in outpatient patients of the Southern Regional Hospital of the Peruvian Air Force and the lower military rank of the same ones that go to these offices.

KEY WORDS: Depression - Depressive symptoms - Depression in male military

ÍNDICE GENERAL

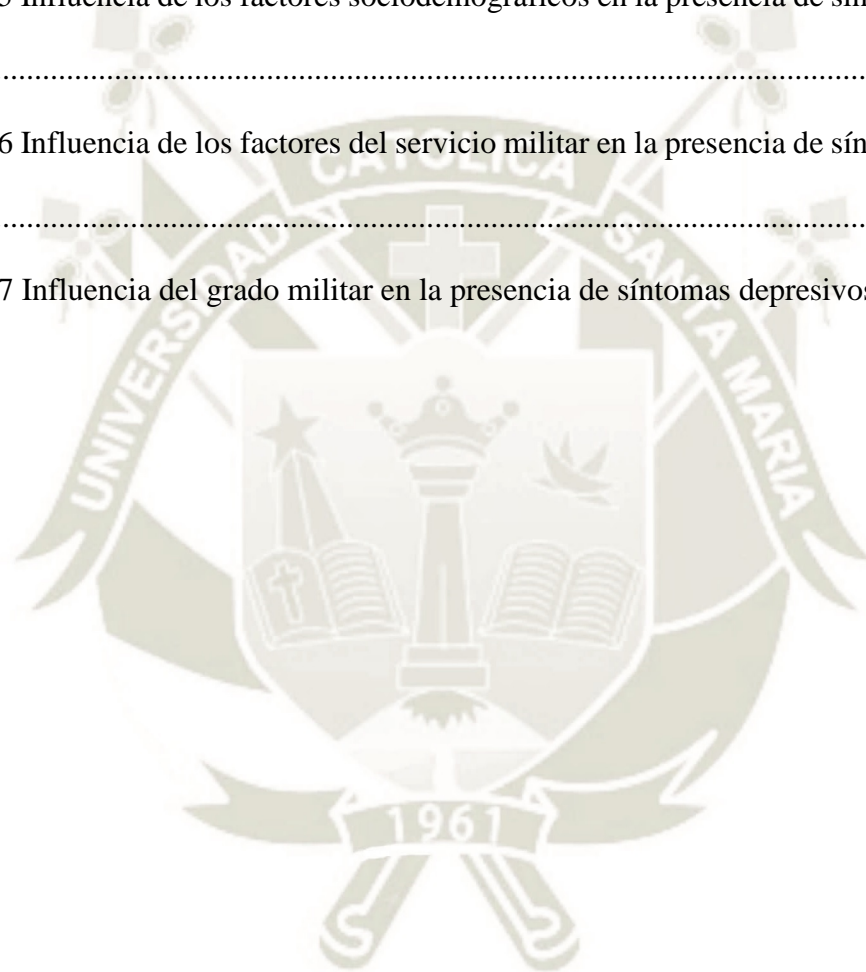
INTRODUCCIÓN	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	1
1.1. Técnicas	1
1.2. Instrumentos.....	1
1.3. Materiales:	1
2. Campo de verificación	1
2.1. Ubicación espacial	1
2.2. Ubicación temporal.....	1
2.3. Unidades de estudio	1
2.4. Población	1
2.5. Muestra	2
2.6. Criterios de selección:.....	2
3. Tipo de investigación	2
4. Nivel de investigación.....	2
5. Estrategia de Recolección de datos	3
5.1. Organización.....	3
5.2. Validación de los instrumentos.....	3
5.3. Criterios para manejo de resultados.....	4
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	5
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS.....	31

Anexo 1: Ficha de recolección de datos	32
Anexo 2. Consentimiento informado para la investigación clínica.....	36
Anexo 3 Matriz de sistematización de información	37
Anexo 4 Proyecto de investigación	41



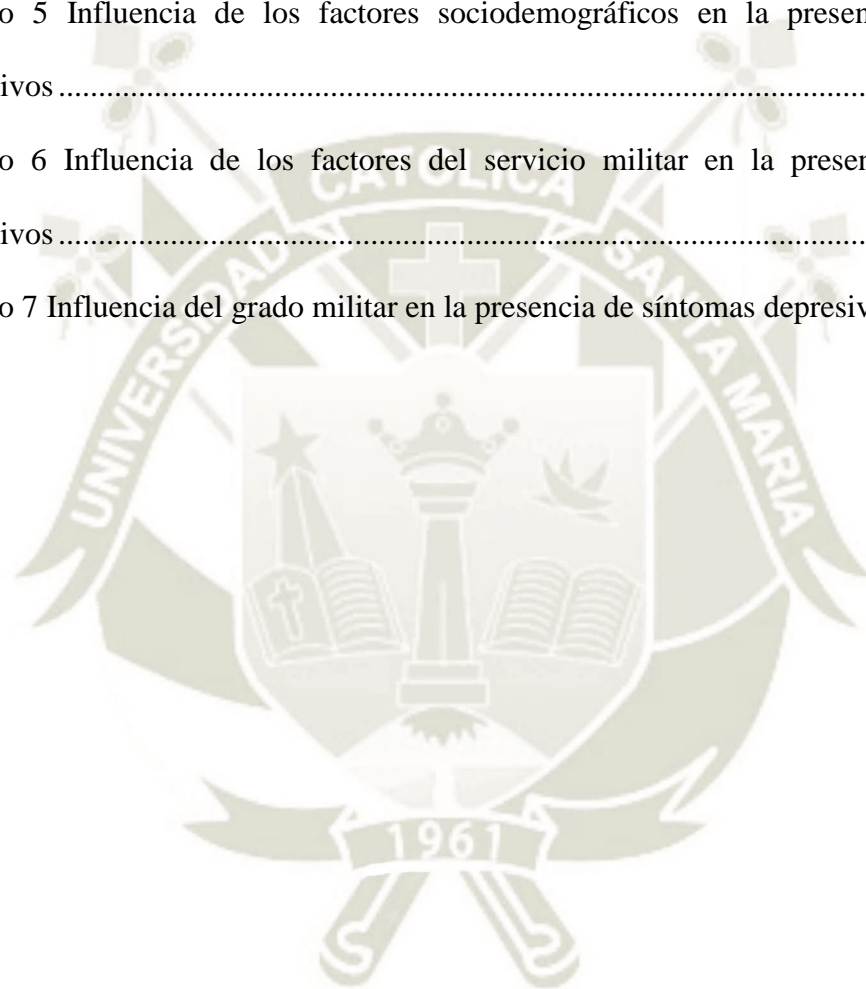
INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas del personal militar evaluado	6
Tabla 2 Características del servicio militar en el personal evaluado.....	8
Tabla 3 Rango militar el personal evaluado	10
Tabla 4 Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en el personal evaluado	12
Tabla 5 Influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de síntomas depresivos	14
Tabla 6 Influencia de los factores del servicio militar en la presencia de síntomas depresivos	16
Tabla 7 Influencia del grado militar en la presencia de síntomas depresivos	18



INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Características sociodemográficas del personal militar evaluado.....	7
Gráfico 2 Características del servicio militar en el personal evaluado.....	9
Gráfico 3 Rango militar el personal evaluado	11
Gráfico 4 Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en el personal evaluado	13
Gráfico 5 Influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de síntomas depresivos	15
Gráfico 6 Influencia de los factores del servicio militar en la presencia de síntomas depresivos	17
Gráfico 7 Influencia del grado militar en la presencia de síntomas depresivos	19



CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

1.2. Instrumentos

El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), y el Inventario de depresión de Beck, elaborado por Aaron Beck en 1961 y validada y traducida al español por Conde y cols en 1975 (22).

1.3. Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de octubre a diciembre 2018.

2.3. Unidades de estudio

Pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú.

2.4. Población

Los pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo de recolección de datos.

2.5. Muestra

Se estudió una muestra de 100 pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante los 3 meses de estudio, aplicando la encuesta y el cuestionario, y que cumplieron todos los criterios de inclusión y exclusión. El número de muestras fue determinado por elección propia. Se consideró al menos 20 pacientes atendidos de cada uno de los rangos militares que se tuvieron en cuenta para la subescala respectiva.

2.6. Criterios de selección:

◆ Criterios de Inclusión

- Pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante los meses de estudio.
- Pacientes que hayan aceptado por medio del consentimiento informado.

◆ Criterios de Exclusión

- Pacientes no militares que también acuden a la consulta externa.
- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 60 años.
- Pacientes militares varones que no se encuentren activos.
- Pacientes que brinden datos incompletos a los cuestionarios.
- Pacientes que por alguna condición física estén impedidos de llenar el test.
- Pacientes que hayan sido previamente evaluados por psiquiatría y que tengan el diagnóstico de depresión.

3. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación

La presente investigación se trata de un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú para el acceso a las unidades de estudio, así como la preparación de aquellos y formalización física de la muestra.

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

Además, se le solicitó la firma del consentimiento informado a los pacientes a participar en este estudio. El instrumento se contestó en un lapso entre 10 y 20 minutos, al acudir los pacientes a la consulta externa.

Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos se organizaron para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Validación de los instrumentos

Se utilizó un cuestionario validado internacionalmente para la medición de síntomas depresivos y depresión en pacientes de consulta externa utilizado en diversos estudios mencionados en este trabajo.

El inventario de depresión de Beck tiene 21 ítems para la evaluación de la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto evaluado eligió cada una de la frase que mejor se ajusta a la descripción de su estado de ánimo actual durante la última semana, incluyendo el día en el que llena el inventario. Cada ítem tiene una valoración de 0 a 3 puntos en relación a la respuesta marcada. El rango de puntuación va de 0 – 63 y la graduación de los de los síntomas depresivos se dará de acuerdo a las recomendaciones de la APA al no haber un consenso en este punto. El test tiene una gran sensibilidad al cambio y una correlación aceptable con la mejoría clínica, todo esto comprobado y evaluado por expertos. Su validez predictiva y diagnóstico de cribado fue recientemente evaluada en nuestro país con una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, mostrando un buen rendimiento (21).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



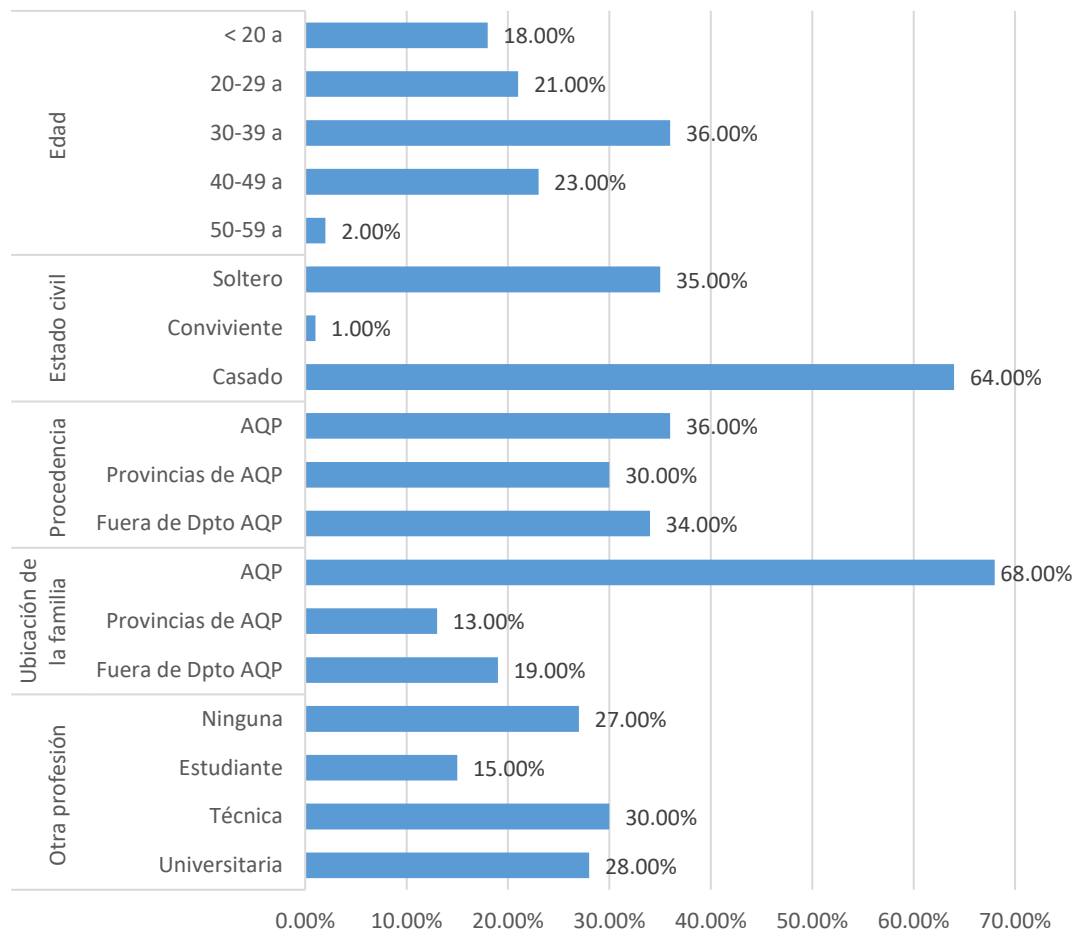
Tabla 1
Características sociodemográficas del personal militar evaluado

		N°	%
Edad	< 20 a	18	18.00%
	20-29 a	21	21.00%
	30-39 a	36	36.00%
	40-49 a	23	23.00%
	50-59 a	2	2.00%
Estado civil	Soltero	35	35.00%
	Conviviente	1	1.00%
	Casado	64	64.00%
Procedencia	Arequipa	36	36.00%
	Provincias de AQP	30	30.00%
	Fuera de Dpto AQP	34	34.00%
Ubicación de la familia	Arequipa	68	68.00%
	Provincias de AQP	13	13.00%
	Fuera de Dpto AQP	19	19.00%
Otra profesión	Ninguna	27	27.00%
	Estudiante	15	15.00%
	Técnica	30	30.00%
	Universitaria	28	28.00%
Total		100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1

Características sociodemográficas del personal militar evaluado



Fuente: Elaboración propia

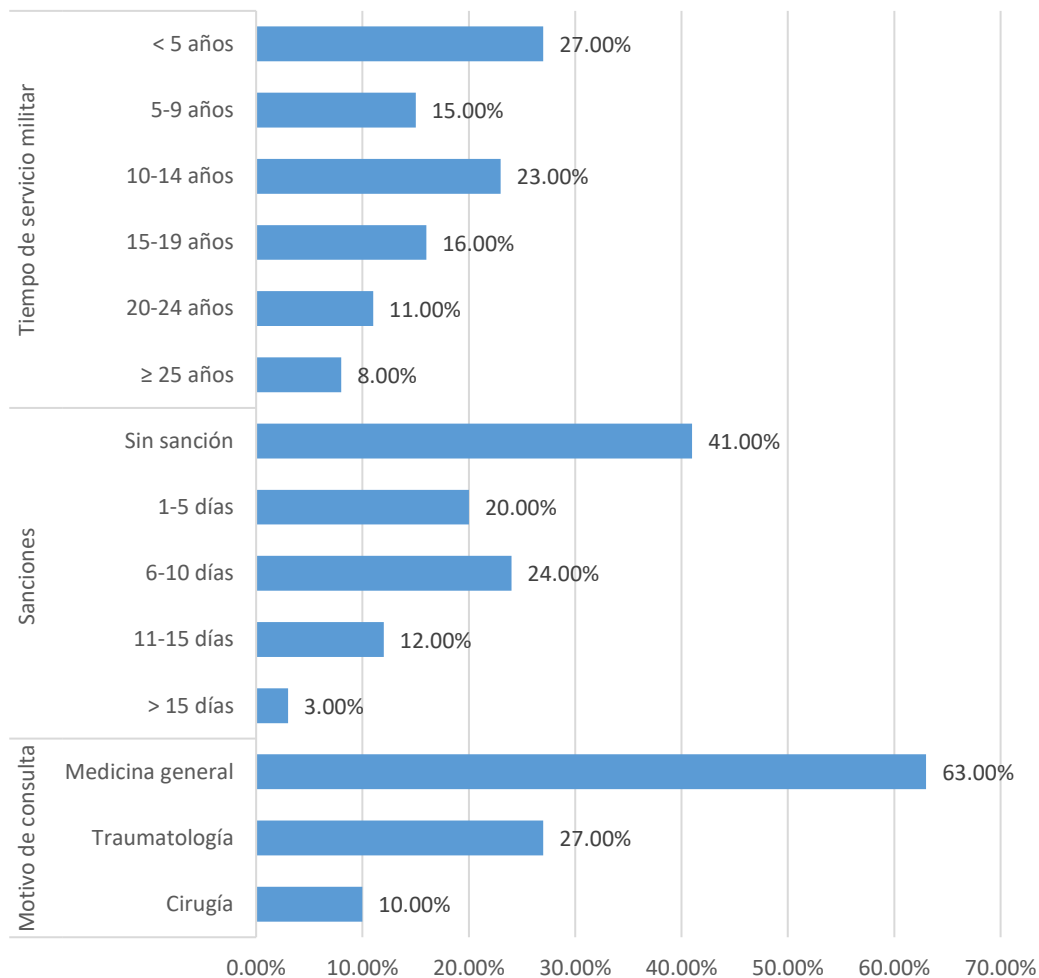


Tabla 2
Características del servicio militar en el personal evaluado

		N°	%
Tiempo de servicio militar	< 5 años	27	27.00%
	5-9 años	15	15.00%
	10-14 años	23	23.00%
	15-19 años	16	16.00%
	20-24 años	11	11.00%
	≥ 25 años	8	8.00%
Sanciones	Sin sanción	41	41.00%
	1-5 días	20	20.00%
	6-10 días	24	24.00%
	11-15 días	12	12.00%
	> 15 días	3	3.00%
Motivo de consulta	Medicina general	63	63.00%
	Traumatología	27	27.00%
	Cirugía	10	10.00%
Total		100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2
Características del servicio militar en el personal evaluado



Fuente: Elaboración propia

Tabla 3
Rango militar el personal evaluado

	Nº	%
Tropa	25	25.00%
Suboficial	25	25.00%
Técnicos	25	25.00%
Oficial	25	25.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

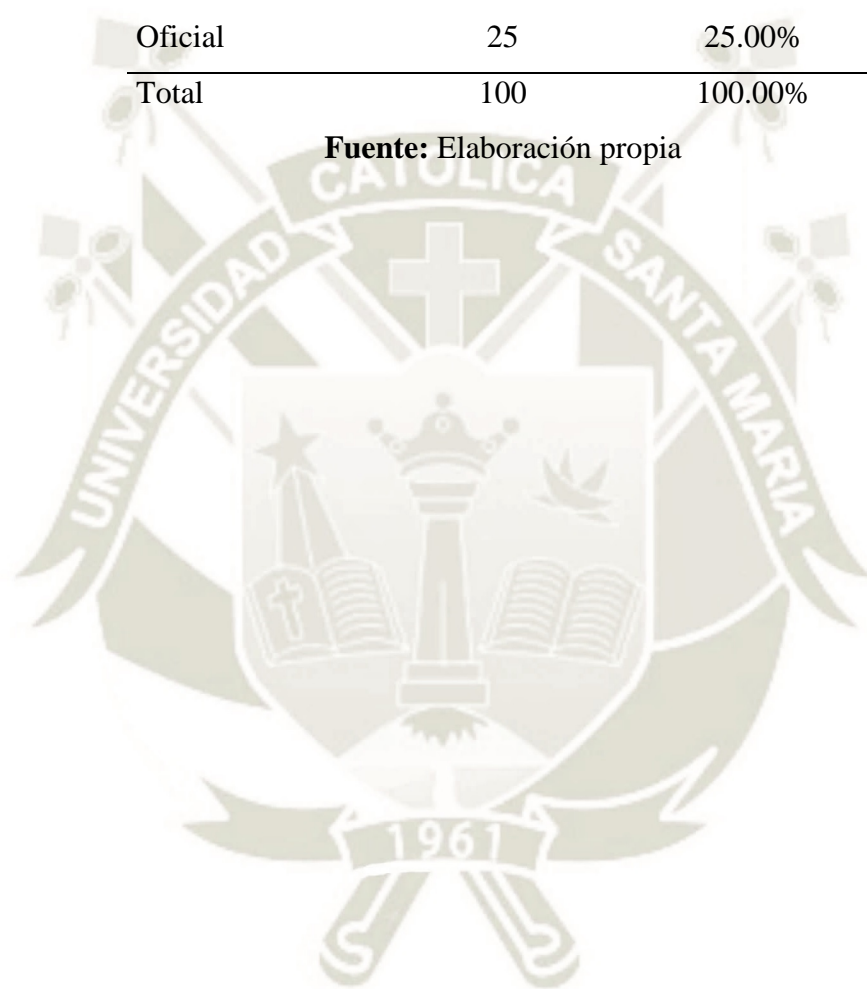
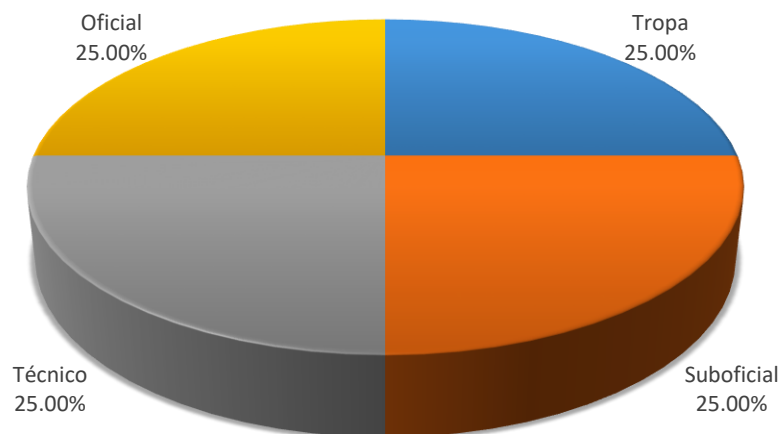


Gráfico 3
Rango militar el personal evaluado



Fuente: Elaboración propia



Tabla 4

Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en el personal evaluado

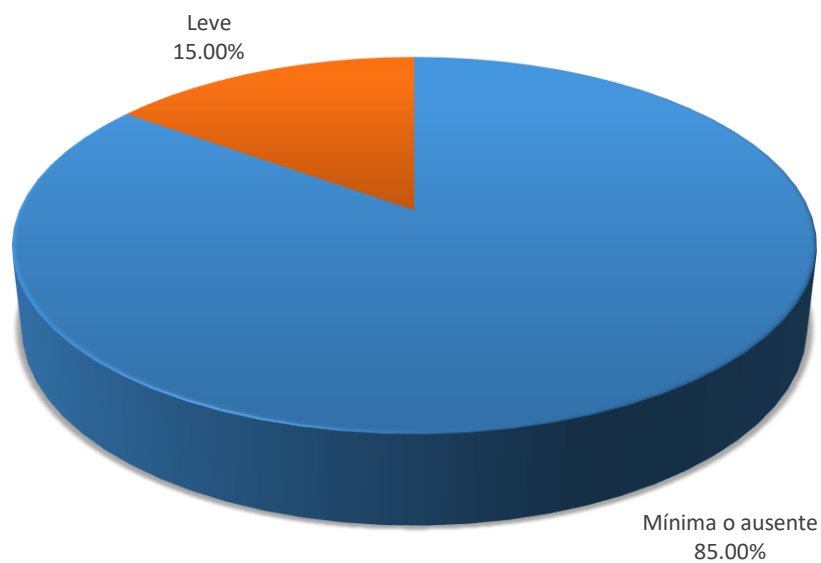
	N°	%
Mínima o ausente	85	85.00%
Leve	15	15.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia



Gráfico 4

Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en el personal evaluado



Fuente: Elaboración propia



Tabla 5

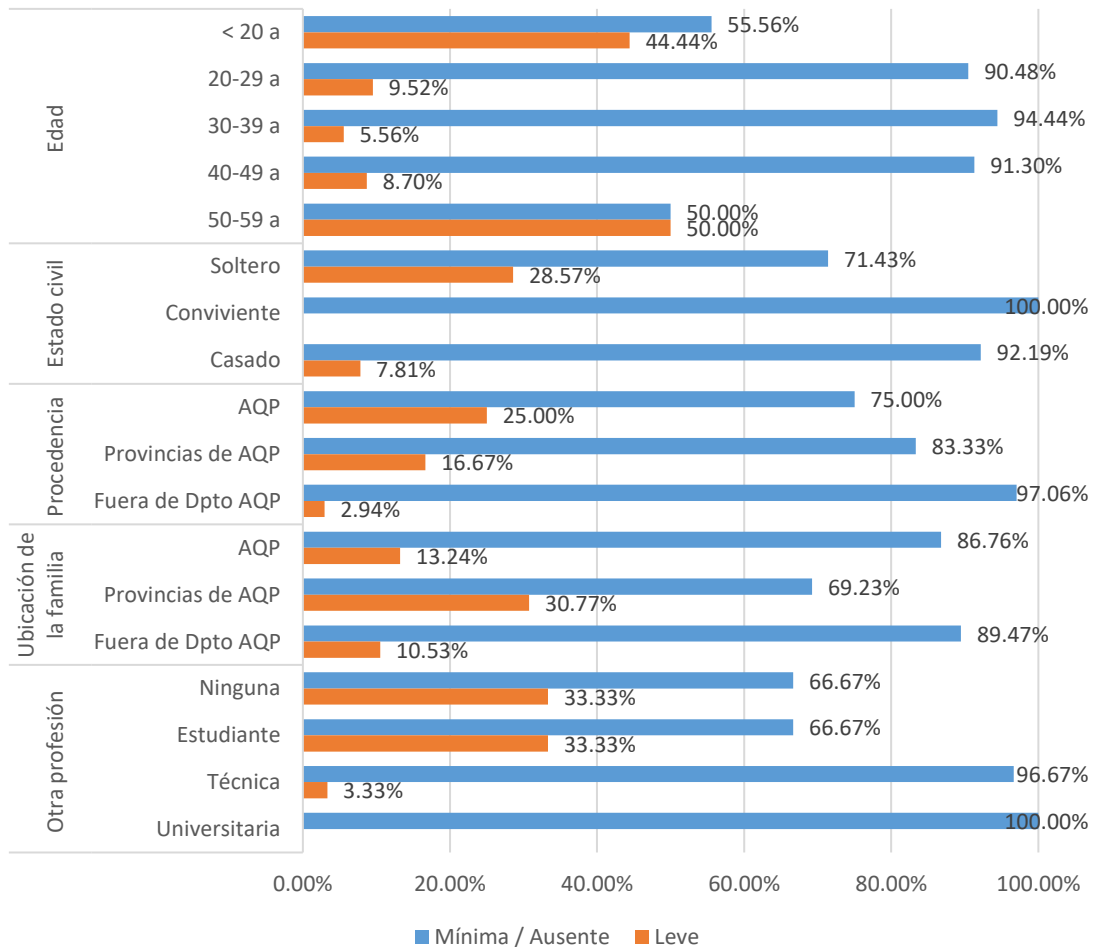
Influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de síntomas depresivos

		Total	Mínima / Ausente		Leve		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	
Edad	< 20 a	18	10	55.56%	8	44.44%	17.89 (0.00)
	20-29 a	21	19	90.48%	2	9.52%	
	30-39 a	36	34	94.44%	2	5.56%	
	40-49 a	23	21	91.30%	2	8.70%	
	50-59 a	2	1	50.00%	1	50.00%	
Estado civil	Soltero	35	25	71.43%	10	28.57%	7.83 (0.02)
	Conviviente	1	1	100.00%	0	0.00%	
	Casado	64	59	92.19%	5	7.81%	
Procedencia	Arequipa	36	27	75.00%	9	25.00%	6.77 (0.03)
	Provincias de AQP	30	25	83.33%	5	16.67%	
	Fuera de Dpto AQP	34	33	97.06%	1	2.94%	
Ubicación de la familia	Arequipa	68	59	86.76%	9	13.24%	3.00 (0.22)
	Provincias de AQP	13	9	69.23%	4	30.77%	
	Fuera de Dpto AQP	19	17	89.47%	2	10.53%	
Otra profesión	Ninguna	27	18	66.67%	9	33.33%	19.22 (0.00)
	Estudiante	15	10	66.67%	5	33.33%	
	Técnica	30	29	96.67%	1	3.33%	
	Universitaria	28	28	100.00%	0	0.00%	
Total		100	85	85.00%	15	15.00%	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5

Influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

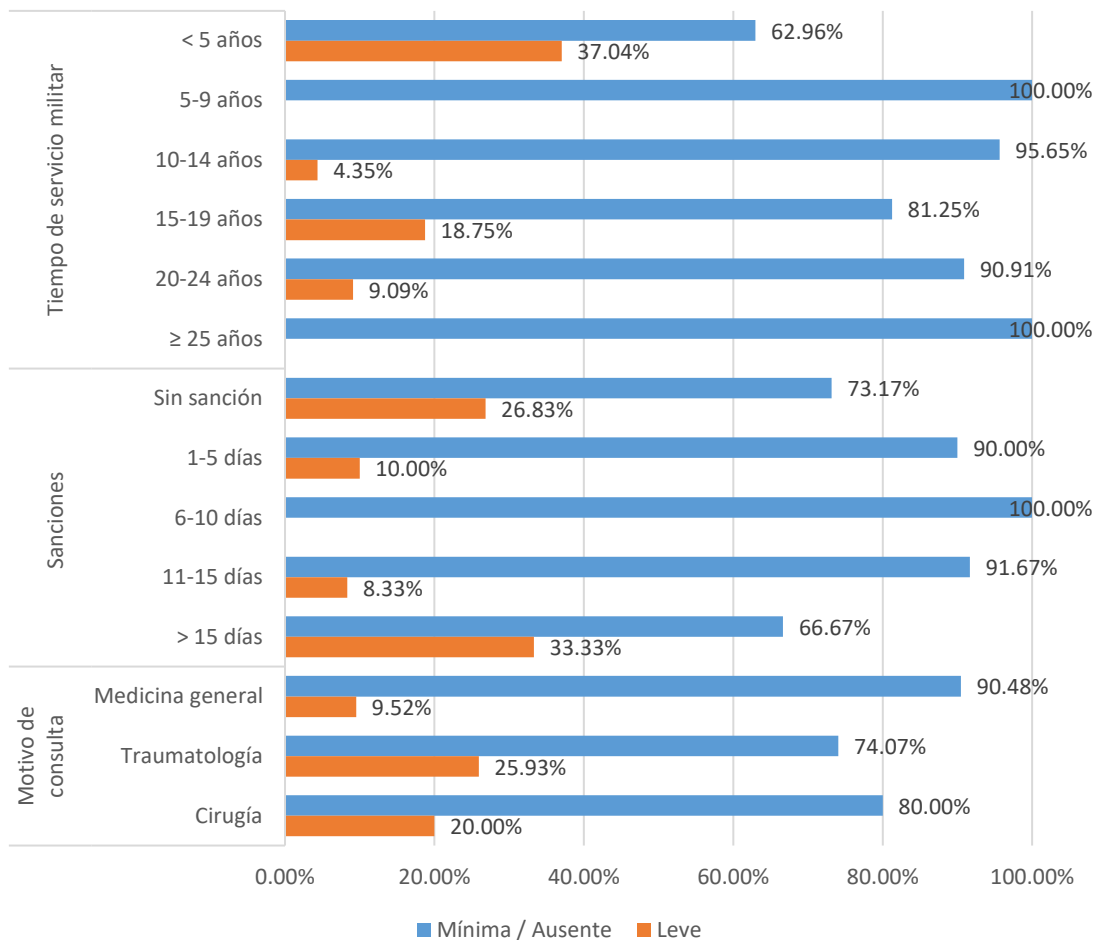
Influencia de los factores del servicio militar en la presencia de síntomas depresivos

		Total	Mínima / Ausente		Leve		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	
Tiempo de servicio militar	< 5 años	27	17	62.96%	10	37.04%	16.87 (0.00)
	5-9 años	15	15	100.00%	0	0.00%	
	10-14 años	23	22	95.65%	1	4.35%	
	15-19 años	16	13	81.25%	3	18.75%	
	20-24 años	11	10	90.91%	1	9.09%	
	≥ 25 años	8	8	100.00%	0	0.00%	
Sanciones	Sin sanción	41	30	73.17%	11	26.83%	10.34 (0.04)
	1-5 días	20	18	90.00%	2	10.00%	
	6-10 días	24	24	100.00%	0	0.00%	
	11-15 días	12	11	91.67%	1	8.33%	
	> 15 días	3	2	66.67%	1	33.33%	
Motivo de consulta	Medicina general	63	57	90.48%	6	9.52%	4.21 (0.12)
	Traumatología	27	20	74.07%	7	25.93%	
	Cirugía	10	8	80.00%	2	20.00%	
Total		100	85	85.00%	15	15.00%	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6

Influencia de los factores del servicio militar en la presencia de síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia

Tabla 7

Influencia del grado militar en la presencia de síntomas depresivos

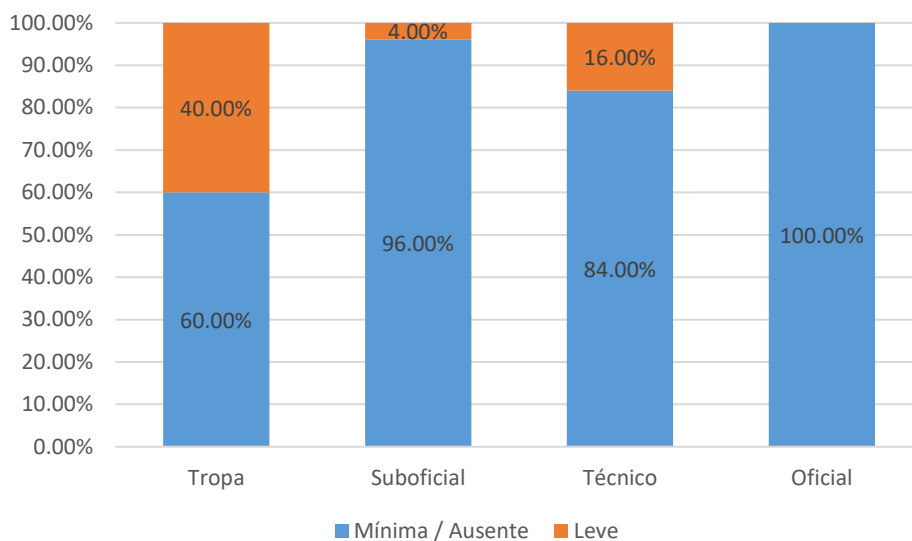
	Total	Mínima / Ausente		Leve	
		N°	%	N°	%
Tropa	25	15	60.00%	10	40.00%
Suboficial	25	24	96.00%	4	4.00%
Técnico	25	24	84.00%	1	16.00%
Oficial	25	25	100.00%	0	0.00%
Total	100	85	85.00%	15	15.00%

$\chi^2 = 19.06$ G. libertad = 3 $p = 0.0003$

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7

Influencia del grado militar en la presencia de síntomas depresivos



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la frecuencia y el nivel de los síntomas depresivos en pacientes militares varones según su rango en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que la depresión es un problema de salud pública importante dado que se considera como una enfermedad donde la inmunidad se deteriora y puede provocar patologías tanto en la esfera mental, psiquiátrica y física. Además, los diferentes grados de depresión afectan al ámbito social de cada persona, haciendo que éstas empiecen a tener problemas de este tipo y esto provocando deterioro tanto en la salud física como mental.

Para tal fin se entrevistó una muestra intencional de 100 pacientes militares varones que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de depresión de Beck. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra las características sociodemográficas de los militares participantes en el estudio: el 18% de casos fueron menores de 20 años, 21% tenían de 20 a 29 años, y 36% entre 30 y 34 años; un 25% de casos tuvieron de 40 años a más. El 35% eran solteros, 64% casados y 1% convivientes; la procedencia fue de Arequipa en 36% de casos, de provincias de Arequipa en 30% y fuera de Arequipa en 34%. El 68% de militares tuvieron sus familias en Arequipa, 13% en provincias de Arequipa y 19% fuera del departamento de Arequipa. Además de la profesión militar, el 15% se encuentran estudiando, 30% tienen una profesión técnica y 28% educación universitaria.

En el estudio realizado por Acosta J. en el área de consulta externa de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia se encuestó a un total de 287 pacientes, de los cuales 8.01% eran menores de 20 años, 58.5% tenían una edad entre 20 y 40 años y el 33.4% tenían más de 40 años. El 53.7% de los encuestados era soltero, el 34.5% eran casados, el 9.4% eran convivientes, el 1.4% eran divorciados y el 1% eran viudos. El 22.6% era independiente en cuanto a su ocupación, el 26.1% era dependiente, el 3.8% era jubilado, el 26.1% era desempleado y el 21.3% era estudiante. En cuanto a la procedencia se tenía que el 74.6% provenían de la ciudad capital, el 13.9% eran de un poblado urbano y el 11.5% eran de un poblado rural.

Al comparar los estudios, tenemos que la mayor parte de la población encuestada tiene entre 20 a 40 años debido a que entre estas edades esta la mayor cantidad de personas que acuden

a una consulta externa sin importar el sistema el que pertenezca el hospital, en este caso tanto si es de la sanidad militar o del ministerio de salud. Tenemos una mayor cantidad de pacientes encuestados casados y una muy reducida cantidad de pacientes convivientes en el presente estudio que el realizado por Acosta J. en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, esto debido a que el personal militar vive bajo un código de normas morales y éticas y entre estos está el hecho de estar soltero si no se tiene pareja o si ya la tiene y si tiene hijos con esta, está en la obligación de estar casado con ella, esto además cuenta como consideraciones a favor o en contra de acuerdo a la situación en caso el personal aplique para un posible ascenso o promoción a determinado cargo; lo cual las personas no militares como las del segundo estudio no están sujetas a estas normas, por ello el mayor porcentaje de personas en convivencia con sus determinadas parejas. Las procedencias en el presente estudio tienen una distribución similar tanto en los provienen de Arequipa, que es el centro urbano más poblado del departamento de Arequipa, como de las provincias y fuera de Arequipa, en cambio, en el estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se observa que la mayor cantidad de pacientes encuestados provienen de la ciudad capital comparado con las procedencias de otras zonas. Esto es debido a que la mayoría del personal militar en una base militar son cambiados de forma regular entre los distintos centros de trabajo y manteniendo un equilibrio en cuanto a la procedencia de todo su personal, lo que no ocurre en un hospital para personas no militares. En el presente estudio no se tiene ningún participante que se encuentre desempleado ya que todo el personal militar, si no tiene otra ocupación, está ejerciendo el trabajo propio de un militar, en contraste con el estudio realizado por Acosta J. que se realizó en un hospital nacional donde se tiene todo tipo de ocupaciones.

En la **Tabla y Gráfico 2** se aprecia las características del servicio militar en el personal; el 27% tienen menos de 5 años de servicio, 15% tiene de 5 a 9 años, 23% entre 10 y 14 años de servicio, 16% trabaja entre 15 y 19 años, y 19% de 20 a más años. Un 59% de casos ha recibido sanciones, de ellos 20% por 1 a 5 días, 24% de 6 a 10 días, 12% de 11 a 15 días, y 3% más de 15 días. El motivo de la consulta al hospital militar fue en consultorio de medicina general en 63%, para traumatología en 27%, y para cirugía en 10% de casos. El rango militar de los pacientes fue de una cuarta parte (25%) para personal de tropa, técnicos militares, suboficiales y oficiales (**Tabla y Gráfico 3**).

En el estudio realizado por Acosta J. se tiene que la totalidad de los participantes pertenecían al área de consulta externa de Dermatología que es la población considerada para dicho estudio. No se puede realizar una comparación de estos datos debido a que el presente estudio

fue realizado en un hospital de menor nivel de resolución al estudio realizado por Acosta J., el cual es un hospital de referencia a nivel nacional y, además, al ser un hospital civil no están sujetos a los rangos y normas que rige el sistema militar

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestran los resultados de la aplicación del test de depresión de Beck; se encontró que el 15% del personal militar evaluado tuvo síntomas depresivos, en todos los casos leves.

En el estudio realizado por Acosta J. tenemos que los participantes que cumplieron los criterios del IDB fueron el 44.9% del total de los encuestados; de estos el 45% presentaron alteración leve del ánimo, 14.7% presentaban depresión clínica “límitrofe”, 23.3% tenían depresión moderada, 10.9% tenían depresión severa y el 6.2% depresión extrema. Se evidencia una clara diferencia entre ambos estudios, teniendo el realizado por Acosta J. una mayor cantidad de pacientes con síntomas depresivos y en diferentes intensidades. La mayor cantidad de casos puede deberse a que los pacientes que acuden a la consulta externa de dermatología pueden tener condiciones que alteran de forma notable la apariencia de los mismos y esto teniendo diferentes grados de impacto emocional en las distintas personas; mientras que en el presente estudio la mayoría de los casos de consulta externa corresponde a otras patologías que no afectan de forma significativa la apariencia física.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran la influencia de los factores sociodemográficos en la presencia de síntomas depresivos; se observaron dos grupos de edad en las que hay mayor frecuencia de síntomas depresivos: en menores de 20 años (44.44%) y entre los 50 y 59 años (50%), siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$) en relación a los otros grupos de edad. Igualmente hubo más síntomas depresivos entre los solteros (28.57%) que en casados (7.81%) y no entre convivientes ($p < 0.05$). Si el personal era procedente de Arequipa tenía mayor presencia de depresión (25%) que si era de otras provincias de Arequipa (16.67%) y menos si eran de fuera (2.94%), con diferencias significativas ($p < 0.05$), en cambio no hubo influencia de la ubicación de su familia en la presencia de síntomas depresivos ($p > 0.05$). Además, entre los que no tienen ocupación adicional o en los estudiantes hubo más depresión (33.33%) que en los que tenían ocupación técnica (3.33%) o de profesión universitaria (0%), siendo la influencia significativa ($p < 0.05$).

En el estudio realizado por Acosta J. no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ningún grupo de edad, se encontró diferencia estadística significativa ($p=0.039$) en cuanto al género de los participantes en mujeres fue del 24.8% y en hombres fue del 15.1%, se halló una relación inversa en cuanto al grado de instrucción y con diferencia estadísticamente

significativa ($p=0.002$), se encontró además diferencia estadísticamente significativa con respecto al estado civil ($p=0.026$) con mayor porcentaje en viudos (66.7%) y en convivientes (74.1%). En cuanto a la ocupación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero al clasificar entre personas con trabajo (dependiente e independiente; 18.6%) y sin trabajo (jubilado y desempleado; 29.1%) si se halló una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.042$). La mayor incidencia de síntomas depresivos en cuanto a los grupos de edad en el respectivo estudio coincide con los periodos de adaptación tanto a la nueva vida militar (menores de 20 años) como a la cercanía al retiro (50-59 años), la adaptación supone episodios de estrés más frecuentes lo cual vuelve más declive a los síntomas depresivos, lo cual las personas civiles del estudio de Acosta J. no lo tienen. En contraste con el presente estudio que tiene la mayor cantidad de participantes con síntomas depresivos entre los solteros, los participantes del estudio de Acosta J. que presentan más síntomas depresivos son los viudos y los convivientes. En el estudio de Acosta J. se habla de una proporción inversa con respecto al grado de instrucción, mientras más alto sea este menos síntoma depresivo, y en el presente estudio los síntomas depresivos ocurren con mayor frecuencia en los participantes que no tienen otra ocupación o que son estudiantes; lo cual hace que tengan una relación correspondiente en cuanto a esta variable.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la influencia de las características del servicio militar en la presencia de síntomas depresivos; se encontró mayor frecuencia de síntomas depresivos en los que tienen menor tiempo de servicio (37.054% de trabajadores con menos de 5 años) y en 18.75% de trabajadores de 15 a 19 años; en otros grupos de tiempo de trabajo la frecuencia de síntomas depresivos fue menor ($p < 0.05$). También hubo más síntomas depresivos si hubo sanción por más de 15 días (33.33%) y en 26.83% de personal militar que no fue sancionado ($p < 0.05$) no hubo influencia.

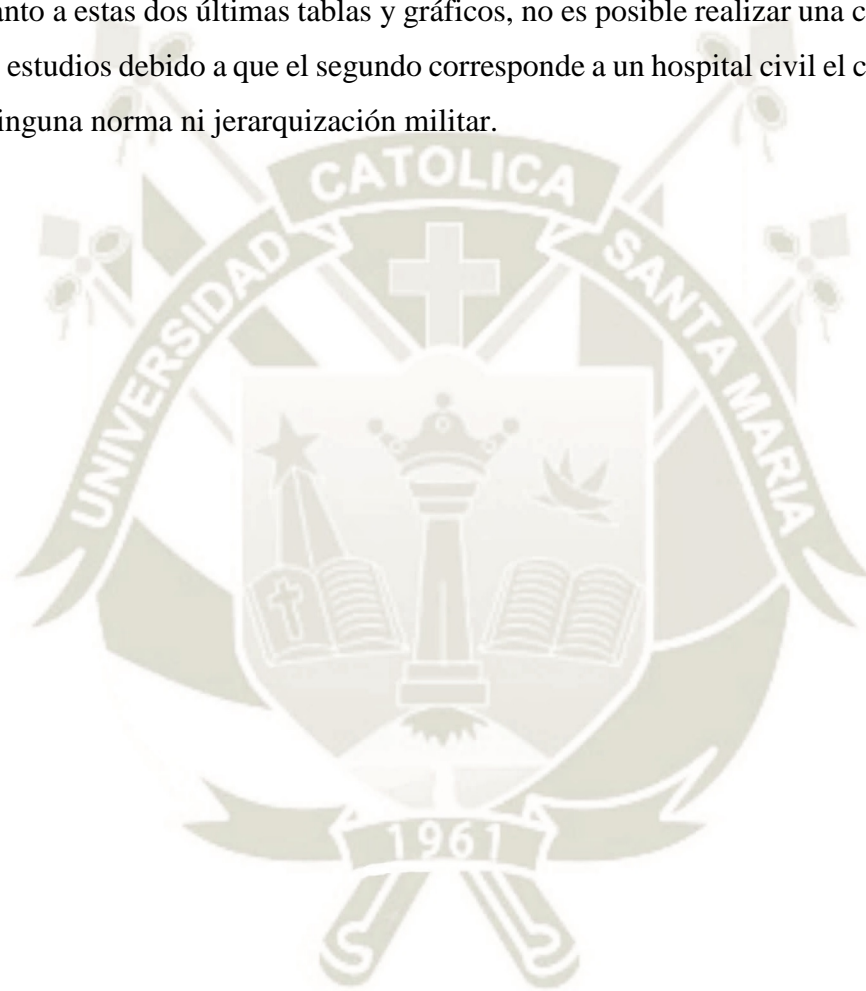
Los militares con menos tiempo de servicio son por lo general personal que apenas está adaptándose a la vida y costumbres militares comparado con los que llevan más tiempo de servicio militar, lo cual supone para los primeros mayores esfuerzos para el acostumbramiento y por lo tanto más estrés, lo cual es un factor desencadenante de los síntomas depresivos. El hecho de tener un mayor número de sanciones también supone un motivo de preocupación y estrés para el personal militar, ya que esto influye de forma directa en su carrera militar y ser crucial al momento de una promoción o ascenso.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la influencia del grado militar en la presencia de síntomas depresivos; se encontró una influencia significativa del menor grado militar en la

presencia de estos síntomas, encontrándose en 40% de personal de tropa, en 4% de suboficiales, en 16% de técnicos, y en ningún caso de los oficiales ($p < 0.05$).

El personal militar con menor rango se encuentra subordinado a las órdenes y voluntad de aquellos que tienen mayor, viéndose estos primeros a estar obligados a obedecer sin cuestionamientos a las órdenes de sus superiores, lo cual también les genera tensión y estrés que son factores desencadenantes de los síntomas depresivos.

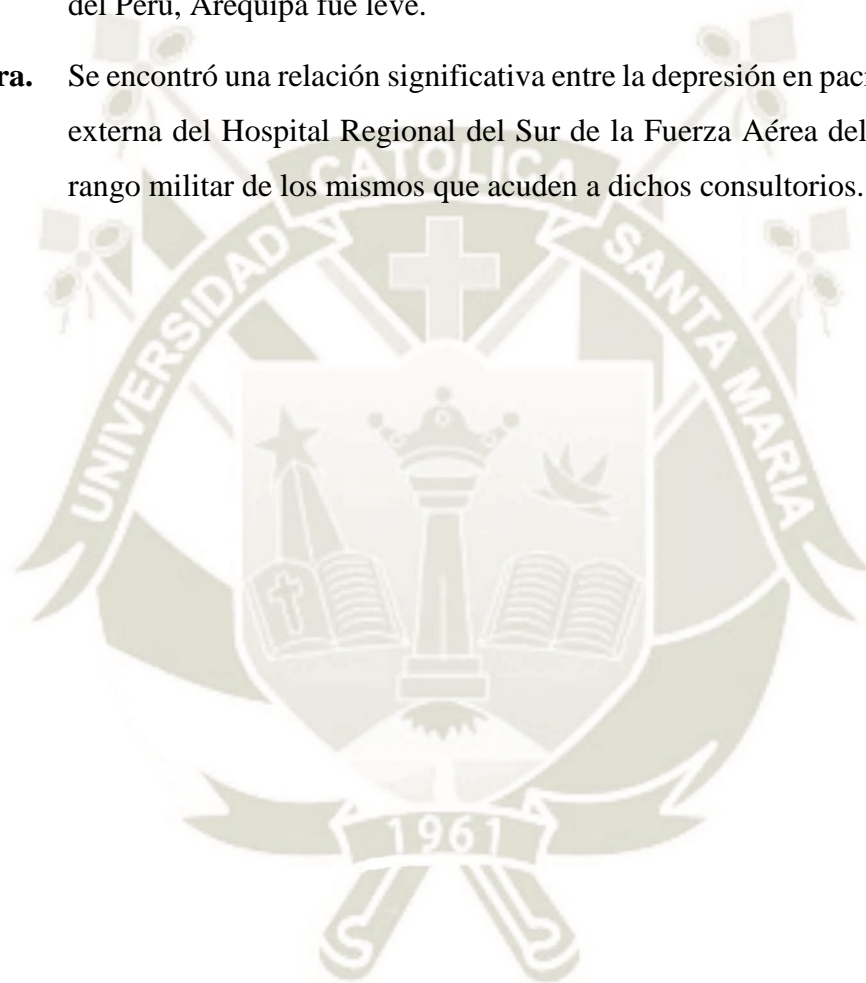
En cuanto a estas dos últimas tablas y gráficos, no es posible realizar una comparación entre ambos estudios debido a que el segundo corresponde a un hospital civil el cual no está regido bajo ninguna norma ni jerarquización militar.





CONCLUSIONES

- Primera.** Se encontró una frecuencia de síntomas depresivos en 15% de pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019.
- Segunda.** El nivel de los síntomas depresivos en los pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa fue leve.
- Tercera.** Se encontró una relación significativa entre la depresión en pacientes de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú y el menor rango militar de los mismos que acuden a dichos consultorios.



RECOMENDACIONES

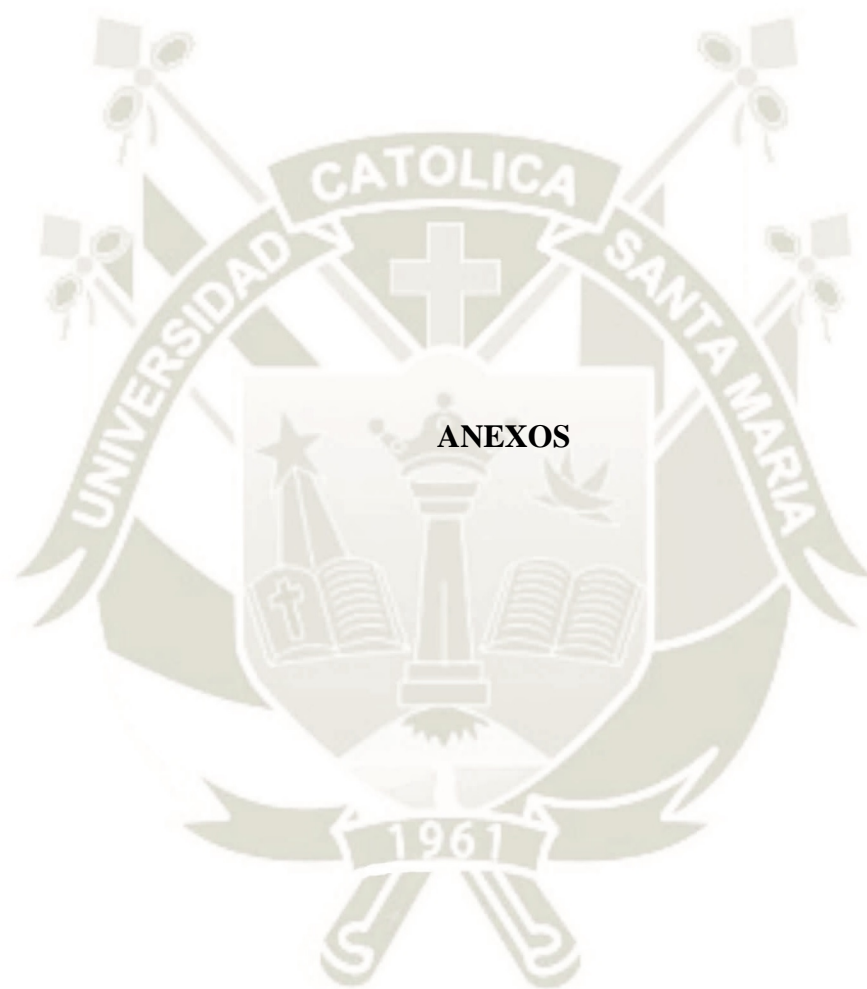
- 1) Recomiendo a toda el área de consultorios externos del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú a trabajar de manera conjunta con el área de psicología del hospital para así poder detectar de forma precoz a los pacientes que podrían estar siendo influidos por algún factor externo que los haga propensos a los síntomas depresivos.
- 2) Recomiendo a los médicos encargados de los consultorios externos del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú a aplicar el Inventario de Beck para la Depresión (BDI) en caso se encuentre evidencia de síntomas depresivos o factores externos a los cuales los pacientes están expuestos y que puedan provocarlos y, además, aplicar la encuesta si es que se tiene un informe positivo para síntomas depresivos por parte del área de psicología.
- 3) Recomiendo al Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú realizar charlas, dar alcances e informar de forma efectiva a todos los pacientes que acuden a este establecimiento acerca de la depresión, síntomas depresivos y todos los factores desencadenantes que lo puedan provocar y así poder actuar de forma precoz y evitar que algún caso de síntomas depresivos o depresión empeore y requiera un tratamiento más intensivo y un seguimiento más prolongado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Organización mundial de la Salud OMS, Temas de salud - Depresión (Internet) (Consultado el 15/12/18) disponible en <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- 2) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- 3) Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M, Guía De Practica Clinica De Los Trastornos Depresivos (Internet) (Consultado el 15/12/2018) disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- 4) Alcalá J, Curso y pronóstico de la depresión, Foco en el curso y el tratamiento de la depresión, 2006 (consultado el 15/12/2018) disponible en <http://www.elsevier.es/es/revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908158>
- 5) Rivera D., Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia, (internet), Bogotá Colombia 2013, disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/43191/1/7722798.2013.pdf>
- 6) Hoyos E., Lemos M., Torres Y., Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín,(Internet), Medellín Colombia 2012, disponible en [file:///C:/Users/Juan%20Andres/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-5134681%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Juan%20Andres/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-5134681%20(1).pdf)
- 7) Universidad Complutense de Madrid, Proyecto de apoyo a la evaluación clínica de la depresión (Internet) (Revisado el 16/12/2018) disponible en https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF
- 8) López-Pina, JA, Sánchez-Meca, J, Rosa-Alcázar, AI. The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. International Journal of

- Clinical and Health Psychology [Internet]. 2009;9(1):143-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712020010>
- 9) Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 1985.
 - 10) Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23):p. 56-62.
 - 11) Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
 - 12) Purriños M., Escala De Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde [Internet], revisado el 17/12/2018, disponible en <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
 - 13) Pereyra-Elías R., Ocampo-Mascaró J., Silva-Salazar Vera, Vélez-Segovia E., Da Costa-Bullón A., Toro-Polo L., Vicuña-Ortega J., Prevalencia Y Factores Asociados Con Síntomas Depresivos En Estudiantes De Ciencias De La Salud De Una Universidad Privada De Lima, Perú 2010, (Internet); Lima, Perú; disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000400005
 - 14) Acosta J, Krüger-Malpartida H, Huayanay-Falconí L, Bravo-Puccio F, Arévalo-Flores M, Depresión Y Síntomas Depresivos En Pacientes Que Acuden Al Consultorio De Dermatología De Un Hospital General De Lima, (internet); Lima, Peru, disponible en https://www.researchgate.net/publication/297618121_Depresion_y_sintomas_depresivos_en_pacientes_que_acuden_al_consultorio_de_Dermatologia_de_un_hospital_general_de_Lima
 - 15) Aparecida C, Souza E Silva F, Bolela F, Rossi L, Spadoti Dantas R. Presencia De Síntomas Depresivos En Pacientes Con Primer Episodio De Síndrome Coronario Agudo, (internet); San Pablo, Brasil; disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a06.pdf
 - 16) Niño-Avenidaño C., Ospina J., Manrique Abril F., Episodios De Ansiedad Y Depresión En Universitarias De Tunja (Colombia): Probable Asociación Con Uso De

- Anticoncepción Hormonal. 2012, (Internet); Tunja, Colombia; disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n29/v16n29a06.pdf>
- 17) Abello D., García-Montaña E., García P., Márquez-Jiménez L., Niebles-Charris J., Pérez-Pedraza D., Perfil Cognitivo Y Prevalencia De Depresión, Desesperanza Y Riesgo Suicida En Jóvenes Vinculados Al Primer Nivel De Formación En Una Escuela Militar Colombiana (internet), barranquilla, Colombia 2016, disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n3/2011-7485psdc-33-03-00299.pdf>
- 18) American Psychiatric Association, DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición, Estados Unidos, Editorial Medica Panamericana, 2014
- 19) Gómez C., Jordán M., Hernández G., Rojas A., Santacruz H., Uribe M., Psiquiatría Clínica, 4ta Edición, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2018
- 20) Luque R. y Villagrán J., Psicopatología Descriptiva: Nuevas Tendencias, 1era Edición, México, Editorial Trotta, 2000
- 21) Guía de práctica clínica en el SNS, Guía De Práctica Clínica Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto (Internet) (Consultado el 23/12/2018), disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
- 22) Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am 1975;12(217-36).
- 23) Fuerza Aérea del Perú. [internet]. [Consultado 05 Mar 2019]. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Fuerza_A%C3%A9rea_del_Per%C3%BA



ANEXOS

Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

TEST DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ

El presente test tiene como finalidad medir el grado de depresión en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, en el periodo de tiempo a determinar la partición en la recolección de información es de carácter anónimo y se incluirán a quienes otorguen su consentimiento por escrito.

Datos Personales:

Edad:

Estado Civil: Soltero / Casado / Conviviente / Viudo / Abandonado / Divorciado

Rango militar: Oficiales / Técnicos / Suboficiales / Tropa

Motivo de consulta: Cirugía / Traumatología / Medicina interna / Medicina general

Tiempo de servicio militar (años):

Sanciones (número):

Procedencia: Arequipa / Provincias de Arequipa / Fuera del departamento de Arequipa

Ubicación real de la familia: Arequipa / Provincias de Arequipa / Fuera del departamento de Arequipa

Otra profesión: Ninguna / Estudiante / Profesión técnica / Profesión universitaria superior

Instrucciones para el llenado del test

A continuación, se le pondrá una lista de signos y síntomas que usted ha experimentado en el momento en el que acude a la consulta externa, nos interesa saber cuáles son los sentimientos que sobre estos signos y síntomas responderá de acuerdo lo que cada ítem de esta encuesta le solicite.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 4 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1A Duermo un poco más que lo habitual. / 1B Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2A Duermo mucho más que lo habitual. / 2B Duermo mucho menos que lo habitual
- 3A Duermo la mayor parte del día / 3B Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.

- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1A Mi apetito es un poco menor que lo habitual. / 1B Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2A Mi apetito es mucho menor que antes. / 2B Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3A No tengo apetito en absoluto. / 3B Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 2. Consentimiento informado para la investigación clínica

Título del proyecto: “Presencia de síntomas depresivos en pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019”

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación llamado “Presencia de síntomas depresivos en pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019”

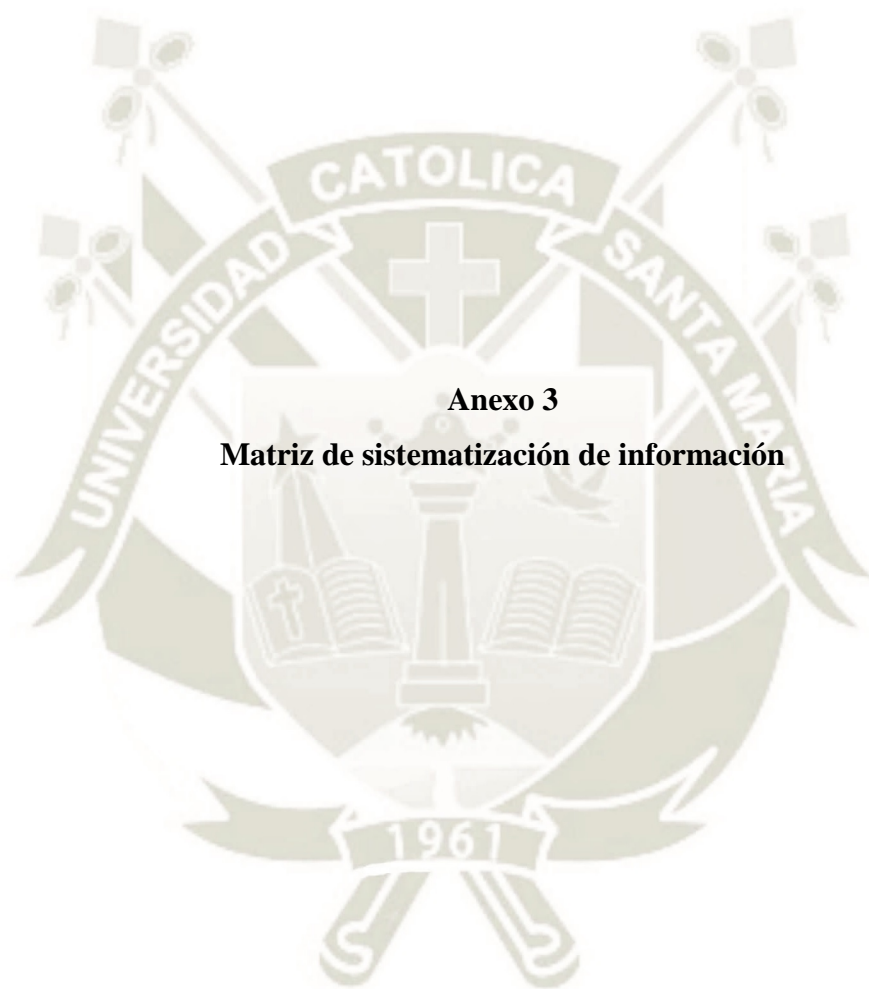
Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar el siguiente test relacionado a aspectos sociales y psicológicos

Yo entiendo y se me ha explicado lo siguiente:

1. no se me aplicará ningún procedimiento ni intervención que ocasione un riesgo a la salud.
2. podre retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee.
3. los resultados de este estudio podrán ser publicados pero mi nombre o mi identidad no serán reveladas.
4. si rechazo participar de este proyecto no existirá ningún cambio en la atención brindada hacia mí.
5. este consentimiento será dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Acepto participar en este proyecto:

Paciente participante



Anexo 3

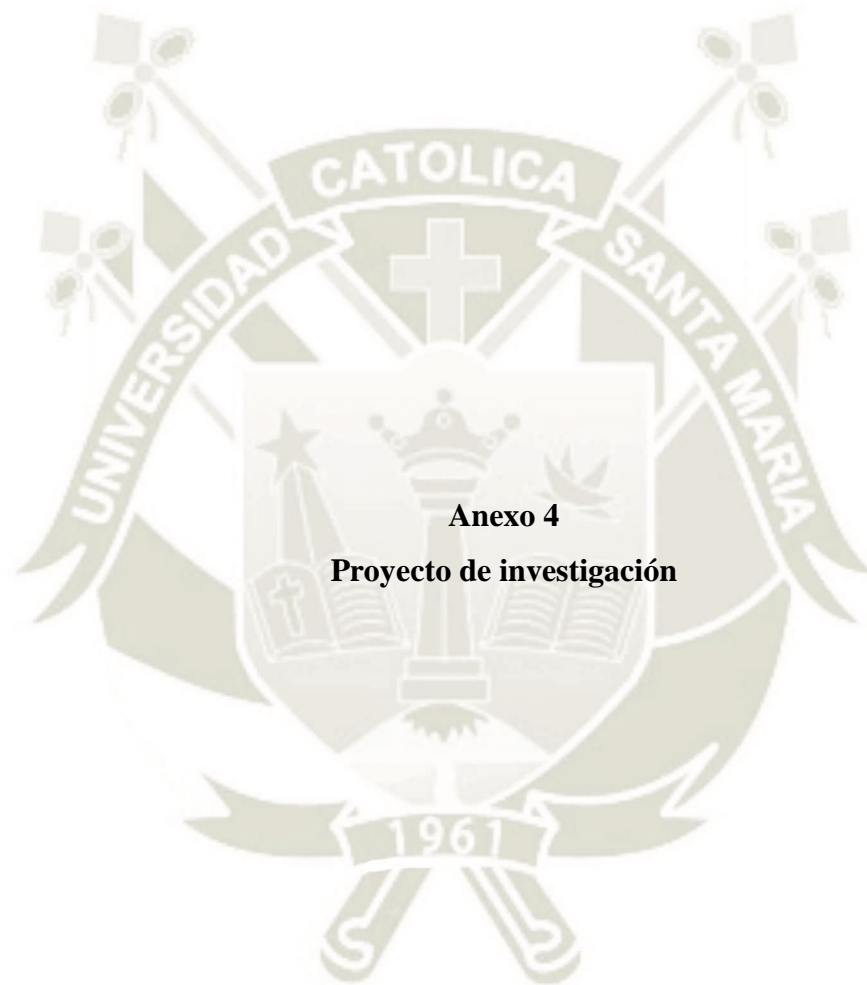
Matriz de sistematización de información

ID	Edad	E.C.	R. M.	M.C.	T. S.	S.	P.	U.	O.	T.	S.	P.	F.	P.	S.	C.	S.	Ca.	D.	A.	P.	L.	Ag.	P.	I.	De.	P.	E.	H.	Ir.	C.	A.	D.	C.	C.	F.	P.	S.	Pt.	G.D.	
1	20	soltero	tropa	medicina general	2	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	0	2	1	1	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	minima o ausente
2	19	soltero	tropa	traumatologia	1	0	provincias de AQP	AQP	estudiante	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	10	leve
3	20	soltero	tropa	medicina general	2	0	provincias de AQP	AQP	estudiante	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	9	minima o ausente
4	20	soltero	tropa	cirugia	2	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	2	2	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	12	leve	
5	19	soltero	tropa	medicina general	1	0	provincias de AQP	AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente
6	18	soltero	tropa	medicina general	1	0	AQP	AQP	estudiante	0	1	2	2	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	13	leve	
7	21	soltero	tropa	medicina general	2	0	AQP	provincias de AQP	estudiante	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	leve		
8	20	soltero	tropa	traumatologia	2	0	provincias de AQP	AQP	estudiante	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	minima o ausente	
9	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
10	19	soltero	tropa	medicina general	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente	
11	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	estudiante	0	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	13	leve		
12	19	soltero	tropa	medicina general	1	0	AQP	fuera del departamento AQP	ninguna	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	11	leve		
13	18	soltero	tropa	medicina general	1	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
14	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente	
15	19	soltero	tropa	traumatologia	1	2	AQP	fuera del departamento AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
16	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	AQP	AQP	ninguna	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12	leve	
17	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	ninguna	0	1	1	0	1	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11	leve	
18	20	soltero	tropa	medicina general	2	0	provincias de AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
19	19	soltero	tropa	cirugia	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	ninguna	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	minima o ausente	
20	18	soltero	tropa	medicina general	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente	
21	21	soltero	tropa	medicina general	3	0	fuera del departamento AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5	minima o ausente	
22	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	AQP	AQP	ninguna	0	1	1	2	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	11	leve	
23	19	soltero	tropa	traumatologia	1	0	provincias de AQP	provincias de AQP	ninguna	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	7	minima o ausente	
24	18	soltero	tropa	traumatologia	1	0	provincias de AQP	AQP	ninguna	0	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	12	leve		
25	18	soltero	tropa	medicina general	1	0	AQP	AQP	estudiante	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
26	37	casado	suboficial	medicina general	12	6	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	9	minima o ausente	
27	28	conviviente	suboficial	medicina general	5	0	AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente		
28	35	casado	suboficial	medicina general	9	0	provincias de AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
29	32	casado	suboficial	cirugia	6	2	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente
30	30	casado	suboficial	medicina general	6	2	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	minima o ausente
31	37	casado	suboficial	cirugia	13	15	AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	9	minima o ausente		
32	35	casado	suboficial	medicina general	11	5	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
33	38	casado	suboficial	traumatologia	15	5	provincias de AQP	provincias de AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	minima o ausente
34	32	casado	suboficial	medicina general	10	0	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente
35	38	casado	suboficial	medicina general	12	5	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente
36	34	casado	suboficial	medicina general	10	15	provincias de AQP	AQP	ninguna	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	7	minima o ausente
37	37	casado	suboficial	traumatologia	12	0	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente
38	32	casado	suboficial	medicina general	8	15	AQP	fuera del departamento AQP	ninguna	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
39	30	casado	suboficial	medicina general	5	0	provincias de AQP	provincias de AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	minima o ausente
40	37	casado	suboficial	medicina general	12	7	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	minima o ausente
41	30	casado	suboficial	medicina general	15	7	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	profesion tecnica	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	minima o ausente
42	32	casado	suboficial	traumatologia	14	0	AQP	provincias de AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	minima o ausente	
43	28	casado	suboficial	medicina general	12	0	AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	7	minima o ausente	
44	32	casado	suboficial	traumatologia	12	0	fuera del departamento AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
45	37	casado	suboficial	medicina general	18	10	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	minima o ausente
46	28	casado																																							

51	45	casado	tecnico	medicina general	26	8	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	8	minima o ausente	
52	46	casado	tecnico	medicina general	25	9	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
53	42	casado	tecnico	medicina general	22	2	fuera del departamento AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente	
54	46	casado	tecnico	medicina general	26	7	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
55	38	casado	tecnico	medicina general	12	7	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	minima o ausente	
56	42	casado	tecnico	medicina general	18	15	provincias de AQP	fuera del departamento AQP	profesion tecnica	0	1	2	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	15	leve
57	35	casado	tecnico	medicina general	10	10	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
58	47	casado	tecnico	cirugia	22	10	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
59	35	casado	tecnico	medicina general	12	15	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	minima o ausente	
60	40	casado	tecnico	medicina general	18	5	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
61	38	casado	tecnico	cirugia	12	5	AQP	provincias de AQP	ninguna	0	0	0	2	2	1	0	2	0	0	1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	15	leve		
62	48	casado	tecnico	medicina general	25	15	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente	
63	42	casado	tecnico	medicina general	22	10	provincias de AQP	provincias de AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
64	38	casado	tecnico	traumatologia	17	0	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	minima o ausente		
65	40	casado	tecnico	medicina general	20	5	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente		
66	44	casado	tecnico	traumatologia	27	15	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	9	minima o ausente		
67	42	casado	tecnico	medicina general	31	0	fuera del departamento AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	minima o ausente
68	40	casado	tecnico	traumatologia	19	0	AQP	AQP	ninguna	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	10	leve		
69	49	casado	tecnico	medicina general	22	11	fuera del departamento AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	minima o ausente
70	43	casado	tecnico	medicina general	20	0	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	minima o ausente
71	50	casado	tecnico	medicina general	24	30	fuera del departamento AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	2	0	0	2	0	1	1	1	1	1	12	leve		
72	38	casado	tecnico	traumatologia	10	0	provincias de AQP	AQP	ninguna	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
73	42	casado	tecnico	medicina general	12	10	provincias de AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	minima o ausente		
74	48	casado	tecnico	medicina general	18	10	AQP	AQP	profesion tecnica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	minima o ausente		
75	56	casado	tecnico	medicina general	26	20	fuera del departamento AQP	provincias de AQP	universitaria superior	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7	minima o ausente		
76	46	casado	oficial	medicina general	22	12	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente		
77	36	casado	oficial	traumatologia	12	6	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente	
78	38	casado	oficial	traumatologia	14	6	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	minima o ausente			
79	28	soltero	oficial	medicina general	7	5	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente		
80	27	soltero	oficial	medicina general	8	10	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	minima o ausente			
81	34	casado	oficial	medicina general	14	6	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	4	minima o ausente			
82	33	soltero	oficial	medicina general	12	2	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3	minima o ausente		
83	25	soltero	oficial	cirugia	4	0	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	minima o ausente		
84	26	soltero	oficial	traumatologia	3	10	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	minima o ausente		
85	27	soltero	oficial	medicina general	6	5	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente		
86	38	casado	oficial	traumatologia	18	7	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	6	minima o ausente			
87	42	casado	oficial	traumatologia	20	15	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	9	minima o ausente			
88	38	casado	oficial	medicina general	19	7	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente		
89	29	casado	oficial	traumatologia	5	6	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	5	minima o ausente			
90	34	casado	oficial	medicina general	9	0	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	minima o ausente			
91	48	casado	oficial	medicina general	22	3	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	minima o ausente		
92	48	casado	oficial	medicina general	22	2	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	minima o ausente		
93	26	soltero	oficial	medicina general	7	29	provincias de AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	minima o ausente			
94	48	casado	oficial	medicina general	28	15	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	minima o ausente			
95	42	casado	oficial	cirugia	18	5	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	minima o ausente			
96	38	casado	oficial	medicina general	16	15	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	minima o ausente	
97	36	casado	oficial	medicina general	15	0	AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	minima o ausente			
98	26	soltero	oficial	medicina general	6	5	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	minima o ausente			
99	28	soltero	oficial	traumatologia	8	7	fuera del departamento AQP	fuera del departamento AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	minima o ausente			
100	38	casado	oficial	medicina general	15	8	fuera del departamento AQP	AQP	universitaria superior	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	minima o ausente		

LEYENDA

ID	Encuesta
Edad	Edad
E.C.	Estado civil
R. M.	Rango militar
M.C.	Motivo de consulta
T. S.	Tiempo de servicio (años)
S.	Sanciones (días)
P.	Procedencia
U.	Ubicación real de la familia
O.	Otra profesión
T. S.	Tristeza
P.	Pesimismo
F.	Fracaso
P. P.	Perdida de placer
S.C.	Sentimientos de culpa
S.Ca.	Sentimientos de castigo
D.	Disconformidad con uno mismo
A.	Autocritica
P.	Pensamientos suicidas
L.	Llanto
Ag.	Agitación
P.I.	Perdida del interes
I.	Indecision
De.	Desvalorizacion
P.E.	Perdida de energia
H.	Habitos del sueño
Ir.	Irritabilidad
C.A.	Cambio en apetito
D. C.	Dificultad de concentracion
C.F.	Cansancio y fatiga
P.S.	Perdida interes en el sexo
Pt.	Puntaje
G.D.	Grado de depresion



Anexo 4

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES
MILITARES VARONES SEGÚN SU RANGO EN
ACTIVIDAD DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL SUR DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ,
AREQUIPA 2019**

Proyecto de Tesis presentada por el Bachiller:

Begazo Flores, Juan Andrés

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Fuentes Fuentes, Dante

Arequipa- Perú

2018

I. PREÁMBULO

Durante los últimos años se ha visto un aumento de los casos de enfermedades psicopatológicas relacionadas a la depresión en nuestro medio. Por esta razón es que la sociedad ha decidido tomar en cuenta y dar la relevancia debida a este conjunto de enfermedades que durante mucho tiempo han sido pasadas por alto tanto como por todo el personal de salud y la población que no tiene relación con el ámbito de la salud.

Este tipo de situaciones se ven con una frecuencia relativamente alta en muchos de los lugares donde he tenido la oportunidad de realizar mis prácticas como estudiante de medicina y también como interno de medicina. Estas situaciones son de forma muy frecuente desconocidas o pasadas por alto por el resto del personal de salud con el cual se tiene la oportunidad de compartir la mayor parte del tiempo, pero es difícil reconocer si alguno de ellos está padeciendo alguna alteración psicopatológica relacionada con la depresión.

Muchas veces se piensa que, por las condiciones, características y rasgos emocionales de las personas, algunas son menos declives a padecer trastornos depresivos, por citar algunos ejemplos; personas que muestran mucha fuerza psicológica, personas que se muestran con un carácter fuerte o que incluso manifiestan su “fortaleza mental” con otras acciones que los hacen destacar por sobre los otros. Varios de estos pensamientos entran incluso en el campo de los prejuicios, ya que hay la tendencia de asociar todo esto con “personas que nunca sufrirán de depresión.”

Una de mis grandes inquietudes con esta tesis es encontrar si existe alguna asociación entre los síntomas depresivos y el hecho de ser militar varón, ya que existen muchos pensamientos alrededor del hecho de seguir la carrera militar y la tendencia a relacionarlo tanto con fortaleza mental como física, pero viéndolo desde un punto de vista más humano, nos daremos cuenta que estas personas, y al igual que las otras, también poseen problemas y están sometidos a algunos factores negativos que los pueden hacer susceptibles de experimentar algún trastorno depresivo.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la presencia de síntomas depresivos en pacientes militares varones según su rango en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del Conocimiento

1. **Área General** : Ciencias de la Salud.
2. **Área Específica** : Medicina Humana.
3. **Especialidad** : Psiquiatría
4. **Línea o Tópico** : Depresión

1.2.2. Operacionalización de VARIABLES (CUADRO 01)

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA
Síntomas depresivos	Inventario de depresión de Beck	Depresión ausente o mínima Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Ordinal
Rango militar	Según carnet de la FAP	Oficiales, Técnicos, Suboficiales, Tropa	Nominal
Factores epidemiológicos o sociodemográficos	Edad	No aplica	De razón

	Estado civil	Soltero, Casado, Conviviente, Viudo, Abandonado, Divorciado.	Nominal
	Tiempo de servicio militar	No aplica	De razón
	Procedencia	Arequipa, provincias de Arequipa, fuera del departamento de Arequipa	Nominal
	Sanciones	No aplica	De razón
	Ubicación real de la familia	Arequipa, provincias de Arequipa, fuera del departamento de Arequipa	Nominal
	Otra profesión	Ninguna, estudiante, profesión técnica, profesión universitaria superior	Nominal
	Motivo de consulta	Cirugía, Traumatología, Medicina interna, Medicina general	Nominal

1.2.3. INTERROGANTES BÁSICAS:

1. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de síntomas depresivos en los pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019?

3. ¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos y el rango militar en los pacientes de la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019?

1.2.4. Tipo de Investigación

Se trata de un estudio transversal observacional de campo

NIVEL: descriptivo

1.3. Justificación del problema

El siguiente trabajo se justifica por:

Relevancia científica: la depresión es un problema de salud pública importante dado que se considera como una enfermedad donde la inmunidad se deteriora y puede provocar patologías tanto en la esfera mental, psiquiátrica y física, llegando en casos graves a la muerte (suicidios).

Relevancia social: los diferentes grados de depresión afectan al ámbito social de cada persona, haciendo que éstas empiecen a tener problemas de este tipo como distanciamiento con otras personas y alteraciones en las relaciones interpersonales y esto provocando deterioro tanto en la salud física como mental.

Relevancia humana: los síntomas depresivos afectan de una forma muy distinta a cada persona que los experimenta, pero todas ellas tienen como característica principal hacer que la persona que los tiene se sienta diferente en una forma negativa y esto hace que su estado psicopatológico depresivo se agrave y el apoyo que pueda recibir sea cada vez más difícil, justamente por la particularidad que tienen los síntomas depresivos en cada persona.

Relevancia contemporánea: en la actualidad vivimos en una sociedad en donde, a pesar de estar tomando cada vez más conciencia con los síntomas depresivos y los respectivos estados psicopatológicos que estos pueden provocar, todavía se sigue ignorando en gran medida este tipo de síntomas y las consecuencias negativas que estos pueden traer.

Factibilidad: dado que la forma de obtener y cuantificar los datos para esta tesis es mediante una entrevista con opciones múltiples fáciles de entender y responder; y en la cual los objetos de estudio, que son los pacientes de consulta externa, tienen que llenarlo nada más que una sola vez, hace que este estudio sea factible de realizar.

Interés personal: este tema de estudio es de mi interés personal, dado que personas cercanas a mí, tanto familiares como amigos y conocidos, han experimentado en algún momento de su vida síntomas depresivos, por esta razón, realizar este estudio permitirá profundizar mis conocimientos del tema.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. Definición

La depresión se define como un trastorno mental caracterizado por tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpabilidad o autoestima baja, alteraciones en el sueño y apetito, sensación de fatiga y deficiencias en la concentración. (1)

Se puede plantear la posibilidad de diagnóstico de depresión a través de observación poco específica como deterioro de apariencia personal, lentitud psicomotora, fuerza de voz disminuida, farsas de tristeza, tendencia al llanto, déficit de atención, manifestación oral de ideas pesimistas y algunas veces quejas constantes por sensaciones somáticas. Lo más importante para distinguir estos síntomas es determinado por la persistencia de los mismos, la gravedad y el deterioro funcional y social (2).

En muchos casos de depresión se pueden apreciar otros síntomas que pueden estar no directamente relacionados con la depresión, esto hace difícil que pueda haber una autonomía diagnóstica con otras patologías. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad están presentes de forma muy frecuente en los trastornos depresivos. Asimismo, la depresión puede ocurrir concomitantemente con abuso de sustancias y con el alcoholismo; y ocasionalmente con otras enfermedades cerebrales orgánicas o sistémicas. También hay una fuerte relación entre trastornos alimentarios y de personalidad con los trastornos depresivos. Los problemas físicos vuelven a las personas proclives a experimentar depresión, por lo tanto, todas aquellas personas que tengan alguna condición crónica también son más susceptibles de tener algún grado de depresión (2).

La depresión puede desencadenarse a cualquier edad, tanto en adolescencia, niñez y en la adultez. La mayor tasa de incidencia de depresión en edades es desde los 15 hasta los 45 años. Los trastornos depresivos también tienen formas diferentes de presentación en los diferentes estadios de la vida; en los adolescentes es más

frecuente ver alteraciones en la conducta y en sus comportamientos, mientras que en los adultos es más frecuente los síntomas somáticos (2).

2.1.2. ETIOLOGÍA

Entre los factores biológicos más importantes en función a la etiología de la depresión se tienen los siguientes:

- Genéticos: todos los familiares de primer grado de todas aquellas personas que hayan padecido un episodio depresivo tienen mayores probabilidades de experimentar dicha enfermedad (3).
- Factores neuroquímicos: se ha encontrado evidencia científica para relacionar los neurotransmisores noradrenalina y serotonina en los pacientes que padecen depresión. El 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, el metabolito de la noradrenalina, se encontró de forma disminuida en los fluidos corporales de los pacientes con episodios depresivos, así también como la disminución de receptores de serotonina en las diferentes células de los mismos pacientes con dicho diagnóstico. De forma adicional se encontró en personas que se suicidaron niveles reducidos de 5 hidroxindolacético (3).
- Factores endocrinos: las alteraciones endocrinológicas como la secreción anormal de hormona de crecimiento, aumento de secreción del cortisol, aumento del volumen celular de la hipófisis y de la glándula suprarrenal y las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides están presentes en la mayoría de pacientes con episodios depresivos (3).
- Factores fisiológicos: aquellas personas que presenten alteraciones en el ciclo circadiano y en el ciclo del sueño son más susceptibles de padecer episodios depresivos (3).
- Factores anatómicos: gracias a los avances que se han realizado a nivel de la neuroimagenología se ha permitido determinar que las alteraciones del sistema límbico y de los ganglios en la parte basal del hipotálamo también están relacionadas a personas con síntomas depresivos (3).

La depresión se ha clasificado de manera clásica en lo siguiente según su etiología:

- Endógena: su causa se desconoce, pero se sabe que tiene relación a un factor constitucional biológico de la persona.

- Psicógena: ligada a la personalidad de la persona, o secundaria a algún evento vital adverso.
- Orgánica: consecuente a algún medicamento o enfermedad a través de un mecanismo fisiológico (3).

2.1.3. EPIDEMIOLOGIA

Hay estudios internacionales los cuales determinan que hay una prevalencia entre el 5-10% de la población adulta que sufre algún trastorno depresivo, de los cuales del 10-15% de casos se dan en las mujeres y el 5-12% de los casos se dan en los hombres. Este número aumenta al incluir a las personas con alguna condición patológica crónica y además en las personas mayores, este número asciende al 15%. Asimismo, tenemos que al menos un 15% de la población total ha sufrido en algún momento de su vida depresión mayor. La edad donde se da con mayor frecuencia los trastornos depresivos es entre los 35-45 años, y el suicidio se presenta en un 3-4% de los casos de la depresión mayor (3).

En un estudio realizado en España, se determinó que estar casado, vivir en grandes ciudades, el desempleo o haber estado en baja por maternidad está asociada a un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos, sin embargo, la prevalencia de depresión disminuye con una relación directa a los años de estudio de educación formal (3).

Tenemos otro estudio realizado en Colombia titulado “Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana” donde se encontró asociación estadística significativa en todas las variables y magnitudes elevadas en las relaciones depresión – desesperanza ($r_s = 0,295$; $\rho = 0,01$) y depresión – riesgo suicida ($r_s = 0,478$; $\rho = 0,01$) (17).

2.1.4. TIPOS DE DEPRESIÓN

El DSM-V clasifica a las patologías depresivas en trastorno depresivo mayor y en trastorno distímico. En la clasificación de trastornos bipolares están las siguientes alteraciones: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico. Tenemos además otras alteraciones psicopatológicas asociadas a la depresión y que también son clasificadas por el DSM-V y entre estas encontramos al trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo

inducido por sustancias, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto, y en cierta medida, aunque un poco más alejado, el trastorno esquizoafectivo (3).

El trastorno depresivo mayor es un conjunto de síntomas no homogéneos, cuya fisiopatología tiende a las recaídas y su diagnóstico está íntimamente basado en los hallazgos clínicos y no está determinado por alguna etiología en particular. Dentro de esta clasificación encontramos la depresión melancólica; cuya forma clínica es también llamada como depresión clásica, y la depresión psicótica cuyos síntomas están más asociados a ideas delirantes e hipocondría. (3)

La depresión mayor no melancólica es el tipo de depresión más frecuente de esta clasificación y en la cual no se puede distinguir ningún aspecto clínico propio de la depresión, pero sufren otros trastornos mentales relacionados al eje I del DSM-V. también es conocida como depresión atípica por no responder de forma efectiva a los antidepresivos tricíclicos. Además de esto la depresión atípica está caracterizada por tener los siguientes síntomas que son humor reactivo, fatiga tipo pesadez en los miembros superiores e inferiores, hiperexia y aumento de peso significativo, aumento del sueño, aumento de la sensibilidad al rechazo interpersonal y estos pacientes tiene una buena respuesta a los IMAO (3).

El DSM-V y el CIE-10 utilizan el termino trastorno distímico o distimia como el arquetipo de la depresión crónica. Las mayores diferencias que tiene esta alteración con el trastorno depresivo es que los síntomas son de una duración e intensidad notablemente mayor. La dualidad de patologías entre distimia y trastornos depresivos es de relativa frecuencia, pudiéndose encontrar hasta en un 30-40% de los casos, a esto también se le puede llamar depresión doble. Hay un porcentaje alto de pacientes con distimia (alrededor del 40%) que en algún momento de su vida pueden volver a experimentar una depresión mayor (3).

2.1.5. CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DEPRESIÓN

Se tienen que tomar en cuenta a los siguientes síntomas para poder hacer el diagnóstico de depresión entre ellos están:

- a. Síntomas principales: animo depresivo, apatía y anhedonia y cansancio.

- b. Otros síntomas: déficit de atención y concentración, falta de confianza en sí mismo, ideas de culpabilidad e inutilidad, perspectiva pesimista del futuro, ideación suicida, insomnio, hiporexia o anorexia.
- c. Intensidad de los síntomas.
- d. Características de interferencia: problemas para desenvolverse de forma normal en el día a día (3).

Con estos síntomas nombrados se puede hacer diagnóstico de depresión bajo la siguiente clasificación:

- a. Episodio depresivo leve: los síntomas más frecuentes son humor depresivo, pérdida de interés y aumento de fatigabilidad

Deben estar presentes al menos 2 de estos 3 síntomas y además uno de los síntomas clasificados en la categoría de “otros”.

- a. Episodio depresivo moderado: deben estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas del episodio depresivo leve más 3 o 4 de los síntomas clasificados en la categoría de “otros”.
- b. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: el paciente puede sufrir episodios de angustia o agitación, a menos que los síntomas que experimente estén en el espectro de la inhibición. Pueden estar además presentes las ideaciones suicidas en los casos más graves y los síntomas anteriormente descritos están presentes, pero de una forma muy intensa (3).

2.1.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión es un abordaje integral que consiste en relacionar tanto el tratamiento farmacológico con el psicológico y social, en gran parte de los casos se hacen mezclas de medicación y psicoterapia (3).

Para instaurar un tratamiento efectivo para la depresión es necesario hacer algunas aproximaciones de la enfermedad en cuanto al tipo, la gravedad y el tiempo de duración del episodio depresivo, factores estresantes, apoyo y recursos con los que cuenta la persona y el riesgo suicida que pueda tener el paciente (3).

Dentro del tratamiento está el dar las explicaciones debidas a la familia acerca de la depresión, el manejo, el tratamiento mismo y el pronóstico de la misma

enfermedad, así como las pautas que hay que tomar en cuenta para el manejo de esta patología (3).

Tratamiento farmacológico

Dentro de los medicamentos antidepresivos tenemos 3 grandes grupos que son los de acción predominantemente serotoninérgica (ISRS e IRAS), aquellos de acción noradrenérgica (IRSN, NASSA y ATC) y los de acción dual (3).

La elección del antidepresivo está en función a los síntomas y al tipo de episodio depresivo, se puede sacar provecho de los medicamentos tanto como para los episodios graves como para los de menor intensidad (3).

Se debe tener en cuenta que para la elección del antidepresivo se toma en cuenta los aspectos que son la eficacia demostrada de los mismos y el perfil de los efectos secundarios; entre estos tenemos que los ATC producen síntomas como sedación, aumento de peso, estreñimiento, dificultad miccional, hipotensión entre otros; y por otro lado los ISRS producen inquietud, insomnio y molestias abdominales (3).

Tanto los medicamentos ligados a las acciones noradrenérgicas y serotoninérgicas tienen una vía final de interacción con el núcleo neuronal, pero estos producen distintos efectos en las personas que están consumiendo estos medicamentos (3).

En cuanto a la efectividad de uno de los tipos de antidepresivos en función al tipo de depresión se tiene que los ATC funcionan mejor en la melancolía y que los ISRS tienen mayor efecto en los síntomas atípicos de la depresión (3).

Entre las comorbilidades que se pueden dar durante el tratamiento de la depresión se tiene que puede haber TOC, bulimia nerviosa y demencia, todas ellas se pueden tratar de forma paralela con la depresión (3).

Existen ciertas contraindicaciones en el uso de fármacos contra la depresión, por ejemplo, los ATC no se pueden usar en personas que padezcan enfermedades como cardiopatía, glaucoma e hiperplasia benigna de próstata. El uso de ISRS son de elección en pacientes que tengan algún grado de daño hepático. Los TCE están contraindicados en pacientes que son sensibles a los efectos sedantes de los distintos medicamentos (3).

En las siguientes tablas tenemos la dosificación de los medicamentos antidepresivos y cuáles son sus efectos secundarios (3).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS	FLUVOXAMINA (75-300 mg/día) FLUOXETINA (20-80 mg/día) PAROXETINA (20-50 mg/día) SERTRALINA (50-200 mg/día) CITALOPRAM (20-80 mg/día) ESCITALOPRAM (10-20 mg/día)
Inhibidores de la recaptación y antagonistas de la serotonina: IRAS	TRAZODONA (100-600 mg/día)
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: IRSN	VENLAFAXINA (75-375 mg/día) DULOXETINA (30-60 mg/día)
Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos: NASSA	MIRTAZAPINA (15-45 mg/día)
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (1): ATC (antidepresivos tricíclicos)	CLORIMIPRAMINA (75-250 mg/día) AMITRIPTILINA (75-300 mg/día) IMIPRAMINA (75-300 mg/día) NORTRIPTILINA (50-200 mg/día)
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (2): ACC (antidepresivos cuatricíclicos)	MAPROTILINA (75-225 mg/día) MIANSERINA (30-120 mg día)
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: IRNA	REBOXETINA (4-10 mg/día)



	MECANISMO DE ACCION PREDOMINANTE	SEDACION	EFFECTOS ANTICOLINERGICOS	HIPOTENSION ORTOSTATICA
FLUVOXAMINA	5-HT	+	-	-
FLUOXETINA	5-HT	-	-	-
PAROXETINA	5-HT	+	+ -	-
SERTRALINA	5-HT	-	-	-
CITALOPRAM	5-HT	-	-	-
TRAZODONA	5-HT	+++	+	++
VENLAFAXINA	DUAL/5-HT	+	+ -	+
DULOXETINA	DUAL			
MIRTAZAPINA	DUAL	+++	-	+
CLORIMIPRAMINA	DUAL/5-HT	+++	+++	+++
AMITRIPTILINA	DUAL	++++	+++	+++
IMIPRAMINA	DUAL	+++	++	+++
NORTRIPTILINA	DUAL/NA	++	++	+
MAPROTILINA	NA	+++	++	++
MIANSERINA	NA	+++	+	+
REBOXETINA	NA	-	+	+

Para el tratamiento agudo de la depresión es recomendable iniciar un aumento progresivo de la dosis hasta alcanzar la dosis mínima terapéutica. Pueden aparecer efectos secundarios en el primer mes de tratamiento, los cuales deben remitir en ese transcurso de tiempo, si estos persisten o son muy intensos se debe de considerar un posible cambio en el fármaco. Se dice que el paciente debería de estar con la dosis mínima terapéutica a las 2 semanas de iniciado el tratamiento (3).

Para el tratamiento de continuación de la depresión este dura en promedio entre 6 a 12 meses, la mayoría de episodios depresivos duran alrededor de 3 meses con tratamiento hasta que este remite, una vez remitido se debe de mantener la dosis del medicamento por 6 a 12 meses para evitar recaídas (3).

Pasados estos 6 a 12 meses estamos hablando de recuperación del paciente y se entra en la fase de mantenimiento, si ocurre un nuevo episodio durante este

periodo se llama recaída. Luego de este periodo se debe de mantener un tratamiento profiláctico durante años o incluso de forma indefinida (3).

Pasadas 8 semanas luego de iniciado el tratamiento y si los síntomas persisten o no se observa una mejoría franca del paciente se está hablando de una resistencia a la medicación y tras lo cual se debe de recurrir al reemplazo del medicamento o a la combinación (3).

En cuanto a los tratamientos psicológicos se tiene la psicoterapia, entrenamiento en solución de problemas, terapia cognitivo – conductual, terapia interpersonal y terapia de apoyo o consejo (3).

2.1.7. CURSO Y PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos tienen una forma de evolucionar a lo largo del tiempo lo cual se llama fase y esto es lo que denota el carácter reversible que tiene la enfermedad (4).

La evolución unipolar del trastorno depresivo inicia en el momento en que el individuo empieza a experimentar los síntomas depresivos hasta que llega al inicio de una fase de intervalo libre de estos síntomas. Se puede decir que un paciente sometido a tratamiento ha presentado una mejoría clínica de la depresión cuando este denota la misma en el momento de la evaluación. La escala de Hamilton para la depresión es la escala más utilizada para poder evaluar la mejoría clínica de los pacientes depresivos en tratamiento, esta cuenta con 17 ítems a evaluar y podemos hablar de una mejoría clínica cuando el paciente ha tenido una reducción del 50% del total de los síntomas que presentaba al inicio del tratamiento (4).

Un 70% de los pacientes con diagnóstico de depresión responden al tratamiento con un solo fármaco, el resto de pacientes que son el 30% que no responde a este tratamiento, responde con clases alternativas de antidepresivos. El 15% de los casos de depresión tienen una tendencia a la cronicidad, pero hay otros estudios que han determinado que el tratamiento con fármacos psicoterápicos y la misma psicoterapia consigue aliviar parcialmente la alteración psicopatológica (4).

Un 60-80% de los casos de depresión tienen al menos un episodio de recaída en el futuro, y esto se ve con mayor frecuencia en los casos de los trastornos depresivos bipolares en comparación con los unipolares. Asimismo, los trastornos

unipolares suelen tener mayores intervalos de tiempo entre recurrencias que los bipolares (4).

Los episodios depresivos no tratados por ningún especialista psiquiatra suelen tener una duración de entre 6 a 12 meses, mientras que aquellos que si son tratados suelen tener una duración de 3 meses. Los episodios remiten totalmente en el 66% de los casos, mientras que el otro 33% solo remite de forma parcial, sobre todo en aquellos pacientes que tienen antecedente de trastorno distímico. Hay una relación directa entre la cantidad de episodios que sufre el paciente y en la duración y frecuencia en la que se darán los episodios. La cantidad media de episodios depresivos que puede experimentar un individuo en un periodo de 20 años es de 5 episodios. Tenemos una relación en la cual nos indica que entre un 50-60% de individuos que han tenido un episodio depresivo pueden volver a tener otro, un 70% de estos individuos que ya han experimentado un segundo episodio pueden volver a tener un tercero, y finalmente el 90% de individuos que han tenido un tercer episodio depresivo pueden volver a experimentar un cuarto episodio (3).

2.2. ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

2.2.1. FACTORES DE RIESGO

En una guía de práctica clínica de los trastornos depresivos realizada en España para la comunidad autónoma de Galicia, tenemos que, dada la condición de la depresión como proceso multifactorial y complejo, la probabilidad de que un individuo desarrolle depresión se debe a un amplio espectro de factores de riesgo, se desconoce por completo su asociación a otros factores de riesgo y en qué momentos en específico estos pueden precipitar la depresión.

- a. Factores personales y sociales: se tiene que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres y además se ha determinado que esta puede iniciar en la adolescencia y perpetuarse hasta la adultez. Se tiene una estimación que la carga de depresión es un 50% más alta que en los hombres. Las enfermedades crónicas físicas y mentales, así como el alcoholismo y el consumo de tabaco también son factores precipitantes de la depresión. Los rasgos de personalidad neurótica, así como los ansiosos son también factores que predisponen a recaídas en episodios depresivos, además de los trastornos

ansiosos de tener la particularidad de ser los más frecuentes en propiciar trastornos depresivos mayores.

- b. Factores cognitivos: estos factores han sido guiados por las investigaciones que se hicieron en el modelo de Beck, en este se dice que los esquemas negativos, los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales juegan un rol importante en el procesamiento de la información, y por tanto influyen en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.
- c. Factores familiares y genéticos: todos los pacientes que son hijos de padres con antecedente de depresión son proclives a enfermedades somáticas y trastornos mentales. Los descendientes de primera línea tienen el doble de probabilidades de desarrollar depresión en algún momento de su vida, y la proporción en familiares de segundo grado también es importante, aunque estos estudios familiares no son capaces de discernir qué porcentaje de riesgo proviene de los factores genéticos y cuáles de un ambiente familiar compartido (2).

En otra guía de práctica clínica para la depresión realizada también en España para la comunidad autónoma de Murcia, considera que los factores de riesgo más importantes para los trastornos depresivos son el sexo, edad, genética, acontecimientos vitales, factores sociales y psicológicos (3).

En cuanto al sexo se da que la relación hombre/mujer es de 1 / 2-3 en un intervalo de edad entre los 12-50 años y fuera de este intervalo la relación es igual (3).

Se tiene una mayor incidencia de trastornos depresivos en los adultos jóvenes que va de los 18-44 años de edad. Además, tenemos que hay diferencias sintomáticas de acuerdo al grupo etiológico que los experimenta. En los niños es más frecuente las molestias somáticas, el distanciamiento y la irritabilidad. En los adolescentes tenemos como síntomas más frecuentes a los trastornos disociales, alteraciones alimentarias y abuso de sustancias. En los adultos mayores se dan síntomas como quejas somáticas y alteraciones cognoscitivas (3).

En cuanto a la genética, solo nos especifica que los familiares de primer grado tienen más probabilidades de experimentar un episodio depresivo en comparación con los que no lo hicieron (3).

Los acontecimientos vitales son considerados como aquellos eventos que alteran las actividades regulares del individuo y que causan una readaptación sustancial en la conducta de este. Tienen un componente estresante importante y por ello el grado de intensidad que este tenga puede producir síntomas depresivos en diferente grado. Los síntomas negativos de la ansiedad varían mucho de acuerdo a la situación y de la agudeza o cronicidad de los mismos. Se dice que los síntomas ansiosos cuando tienden a ser crónicos empiezan a producir además trastornos depresivos (3).

Existen además factores sociales que hacen más vulnerables a las personas de experimentar trastornos depresivos, entre ellos tenemos:

- a. La privación psicosensorial o abusos y explotación extrema, situaciones que se dan de forma frecuente en la infancia sobre todo en familias disfuncionales (3).
- b. Tenemos además los factores sociales predisponentes que están en el entorno físico y social del paciente como pueden ser condiciones adversas en el trabajo, desempleo, exclusión y rechazo social, proceso de adaptación cultural trabados y duros, vivienda en mal estado estructural, vecindarios con problemas sociales y violencia, etcétera (3).

En cuanto a los factores psicológicos, tenemos que en las teorías psicoanalíticas encuentran el punto de quiebre de la vulnerabilidad a episodios depresivos durante las etapas tempranas del desarrollo, lo cual se manifiesta como dificultades para afrontar una pérdida a posterior. En el punto de vista del conductismo, este establece que la depresión se da como consecuencia de una respuesta aprendida del individuo al cual le es incapaz de escapar de situaciones desagradables y, por tanto, esto hace que caiga en la depresión. Hay que tener en cuenta además que existen numerosas tesis cognitivas que se desarrollan desde los años ochenta y las cuales postulan que el síndrome depresivo se origina a partir de esquemas cognitivos que generan pensamientos automáticos y estos a su vez predisponen a ideas negativas sobre la vida (3).

2.2.2. FACTORES DE PROTECCIÓN CONTRA LA DEPRESIÓN

En un estudio transversal realizado por Rivera D. y titulado Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia, se encontró que ser autosuficiente es un factor protector contra la depresión (5).

Hay otro estudio de Diseño Analítico de Casos y Controles realizado por Hoyos E., Lemos M. y Torres Y. titulado Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín, se encontró que la cohesión familiar, la escala social y el área académica son factores protectores contra la depresión (6).

2.2.3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Es una escala de autoevaluación que se encarga de valorar los síntomas clínicos relacionados a los pensamientos de melancolía y pensamientos intrusivos que tienen relación con la depresión. Incluye gran cantidad de síntomas cognitivos, pero tiene pocos síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza de forma prioritaria para determinar la gravedad de la depresión que está experimentando el evaluado (21).

La versión original de este test está basado en las descripciones de los síntomas que hace el paciente de los mismos; estos síntomas son: animo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas, suicidas, llanto, aislamiento, indecisión, cambios en habito físico, trabajo dificultoso, falta de sueño, cansancio fácil, pérdida de apetito y de peso, preocupación somática y perdida y disminución de la libido (21).

Cada ítem está valorado de 0 – 3 puntos y no existe un puntaje específico para determinar el grado de depresión, pero según la APA (Asociación Psiquiátrica Americana, por sus siglas en ingles), los puntajes recomendados son: 0-9 depresión ausente o mínima, 10-16 depresión leve, 17-29 depresión moderada, 30-36 depresión grave (21).

2.2.4. RANGOS MILITARES DE LA FUERZA AEREA DEL PERU

La organización de los rangos de la Fuerza Aérea del Perú está clasificado en 4 categorías principales las cuales son en orden de jerarquía: oficiales, técnicos,

suboficiales y tropa. Dentro de estas categorías tenemos las siguientes subcategorías (23):

Oficiales:

- General del aire
- Teniente general
- Mayor general
- Coronel
- Comandante
- Mayor
- Capitán
- Teniente
- Alférez

Técnicos:

- Técnico supervisor mayor
- Técnico supervisor
- Técnico inspector
- Técnico de primera
- Técnico de segunda
- Técnico de tercera

Suboficiales:

- Suboficial de primera
- Suboficial de segunda
- Suboficial de tercera

Tropa:

- Sargento primero
- Sargento segundo
- Cabo
- Avionero

3. ANÁLISIS de antecedentes Investigativos

Se han encontrado pocos trabajos a nivel nacional e internacional, se mencionarán algunos de ellos a continuación:

AUTORES: Acosta J, Krüger-Malpartida H, Huayanay-Falconí L, Bravo-Puccio F, Arévalo-Flores M

TÍTULO “Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima”

TIPO DE ESTUDIO Descriptivo transversal

TIPO DE DOCUMENTO Artículo de Revista de Neuro – Psiquiatría

MATERIAL Y MÉTODOS: el estudio se realizó a 257 pacientes nuevos que acudieron a la consulta externa de dermatología del HNCH. Se registraron datos demográficos así también como de la enfermedad dermatológica y antecedentes familiares y personales. Se aplicó la encuesta para el Inventario de depresión de Beck y la entrevista clínica estructurada para trastornos del DSM – IV, apartado de depresión mayor, entre enero y agosto del año 2003

RESULTADO: la prevalencia de depresión fue del 20.6% y la de los síntomas depresivos fue del 44.9%. Se encontró asociación estadística significativa entre la ocupación del paciente y depresión, además del género, grado de instrucción, estado civil, y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis, acné, melasma y vitíligo.

CONCLUSIONES: la prevalencia de depresión y síntomas depresivos encontrada en este estudio es muy similar a la encontrada en otros estudios similares, pero es mayor a la reportada en la población en general, poniendo en descubierto la importancia del manejo conjunto que deben hacer tanto psiquiatría como dermatología.

CITA: Acosta J, Krüger-Malpartida H, Huayanay-Falconí L, Bravo-Puccio F, Arévalo-Flores M, Depresión Y Síntomas Depresivos En Pacientes Que Acuden Al Consultorio De Dermatología De Un Hospital General De Lima, (internet); Lima, Perú, disponible en

https://www.researchgate.net/publication/297618121_Depresion_y_sintomas_depresivos_en_pacientes_que_acuden_al_consultorio_de_Dermatologia_de_un_hospital_general_de_Lima

4. Objetivos

4.1. Generales

Determinar la frecuencia y el nivel de los síntomas depresivos en pacientes militares varones según su rango en la consulta externa del hospital regional del sur de la fuerza aérea del Perú, Arequipa 2019

4.2. ESPECÍFICOS

- a. Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes militares varones en actividad de consulta externa del hospital regional del sur de la fuerza aérea del Perú, Arequipa 2019.
- b. Concluir el nivel de los síntomas depresivos de los pacientes militares varones en actividad de consulta externa del hospital regional del sur de la fuerza aérea del Perú, Arequipa 2019.
- c. Establecer la relación entre la depresión en pacientes de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú y el rango militar de los mismos que acuden a dichos consultorios.

5. HIPÓTESIS

Dado que la depresión es un trastorno psicopatológico que se da en forma frecuente en distintas poblaciones alrededor del mundo, y que esta puede afectar de forma negativa a la vida diaria y por ello, y como consecuencia, disminuir su calidad de vida;

Es probable que los militares varones en actividad tengan posibilidades de tener síntomas depresivos y de distinta intensidad en función a su rango militar, ya que ellos pueden estar expuestos a eventos adversos, muchos de los cuales son inherentes a la vida militar.

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos, fuente y materiales de verificación

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicará LA ENTREVISTA

1.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), Inventario de depresión de Beck, elaborada por Aaron Beck en 1961 y validada y traducida al español por Conde y cols en 1975 (22).

1.3. Fuente:

para la recolección de datos se empleará una fuente primaria y la información se obtendrá mediante contacto directo con los pacientes de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú.

1.4. Materiales:

Test de la escala de Hamilton para la depresión versión resumida

Papel

Computadora

Sujetos dentro de la investigación

2. Campo de verificación

1) Ubicación espacial: Arequipa, Arequipa; Cerro Colorado

2) Ubicación temporal: 2019

3) Unidades de estudio:

a. Universo:

pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú.

b. Población:

los pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante el periodo de recolección de datos.

c. Muestra:

Se estudiará una muestra que incluya 100 pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante los 3 meses de estudio, aplicando la encuesta y el cuestionario, que cumplan todos los criterios de inclusión y exclusión. El número de muestras fue determinado por elección propia. Se considerará al menos 20 pacientes atendidos de cada uno de los rangos militares que se tendrá en cuenta para la subescala respectiva.

3. Criterios de selección

3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes militares varones en actividad atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú durante los meses de estudio.
- Pacientes que hayan aceptado por medio del consentimiento informado.

3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes no militares que también acuden a la consulta externa.
- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 50 años.
- Pacientes militares varones que no se encuentren activos.
- Pacientes que brinden datos incompletos a los cuestionarios.
- Pacientes que por alguna condición física estén impedidos de llenar el test.
- Pacientes que hayan sido previamente evaluados por psiquiatría y que tengan el diagnóstico de depresión.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú para el acceso a las unidades de estudio, así como la preparación de aquellos y formalización física de la muestra.

4.2. Recursos

4.2.1. Humanos

- Investigador: Juan Andrés Begazo Flores
- Asesor. Dr. Dante Fuentes Fuentes

4.2.2. Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

4.2.3. Financieros

- Autofinanciado

4.3. Validación de los instrumentos

Se utilizará un cuestionario validado internacionalmente para la medición de síntomas depresivos y depresión en pacientes de consulta externa utilizado en diversos estudios mencionados en este trabajo.

4.4. Descripción del cuestionario

El inventario de depresión de Beck tiene 21 ítems para la evaluación de la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto evaluado deberá elegir cada una de la frase que mejor se ajusta a la descripción de su estado de ánimo actual durante la última semana, incluyendo el día en el que llena el inventario. Cada ítem tiene una valoración de 0 a 3 puntos en relación a la respuesta marcada. El rango de puntuación va de 0 – 63 y la graduación de los de los síntomas depresivos se dará de acuerdo a las recomendaciones de la APA al no haber un consenso en este punto. El test tiene una gran sensibilidad al cambio y una correlación aceptable con la mejoría clínica, todo esto comprobado y evaluado por expertos. Su validez predictiva y diagnóstico de cribado fue recientemente evaluada en nuestro país con una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, mostrando un buen rendimiento (21).

4.5. Plan de recolección de datos

La recolección de datos se realizará previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

Además, se le solicitará la firma del consentimiento informado a los pacientes a participar en este estudio. El instrumento se contestará en un lapso entre 10 y 20 minutos, al acudir los pacientes a la consulta externa.

4.6. Plan de Procesamiento de Datos

Una vez finalizada la etapa de recolección de datos se proseguirá de forma sistemática adoptando la siguiente secuencia:

Se ordenarán los instrumentos del N.º 1 al N.º 100.

Se transcribirán los datos a una Tabla Maestra.

Se realizará el cálculo estadístico de las frecuencias de cada variable, para obtener los porcentajes según las categorías. La Escala consiste en un formulario con 21 ítems de respuesta cerrada, presentados en escala de medición ordinal.

Las 21 respuestas tienen un criterio operativo de evaluación con 4 posibles respuestas, cada una tiene una valoración de 0 a 3. Los ítems de cada subescala se medirán con la puntuación anteriormente nombrada y, además para cada ítem del cuestionario hay un conjunto de respuestas personalizadas para cada uno de ellos, los cuales están especificados en el anexo N.º 1.

4.7. Criterios para manejo de resultados

4.7.1. Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 que serán recopilados.

4.7.2. Plan de Clasificación:

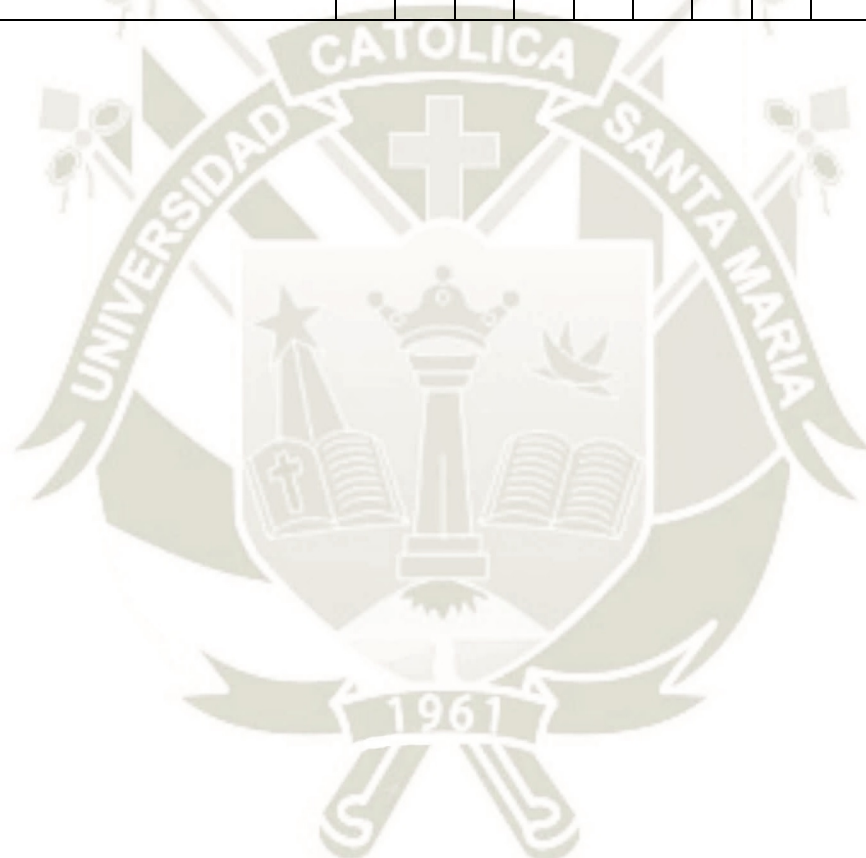
Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se buscan los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

4.7.3. Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

IV CRONOGRAMA DEL TRABAJO (CUADRO 02)

Actividades	Diciembre 18				Enero 19				Febrero 19			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto				■	■							
4. Ejecución						■	■					
5. Análisis e interpretación								■	■			
6. Informe final										■		



V. BIBLIOGRAFIA

1. Organización mundial de la Salud OMS, Temas de salud - Depresión (Internet) (Consultado el 15/12/18) disponible en <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avaliat 2013/06. disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
3. Alarcón R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M, Guía De Practica Clinica De Los Trastornos Depresivos (Internet) (Consultado el 15/12/2018) disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
4. Alcalá J, Curso y pronóstico de la depresión, Foco en el curso y el tratamiento de la depresión, 2006 (consultado el 15/12/2018) disponible en <http://www.elsevier.es/es/revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908158>
5. Rivera D., Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia, (internet), Bogotá Colombia 2013, disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/43191/1/7722798.2013.pdf>
6. Hoyos E., Lemos M., Torres Y., Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín, (Internet), Medellín Colombia 2012, disponible en [file:///C:/Users/Juan%20Andres/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-5134681%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Juan%20Andres/Downloads/DialnetFactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-5134681%20(1).pdf)
7. Universidad Complutense de Madrid, Proyecto de apoyo a la evaluación clínica de la depresión (Internet) (Revisado el 16/12/2018) disponible en https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF
8. López-Pina, JA, Sánchez-Meca, J, Rosa-Alcázar, AI. The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. International Journal of

- Clinical and Health Psychology [Internet]. 2009;9(1):143-159. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712020010>
9. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 1985.
 10. Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23): p. 56-62.
 11. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
 12. Purriños M., Escala De Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Servicio de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde [Internet], revisado el 17/12/2018, disponible en <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
 13. Pereyra-Elías R., Ocampo-Mascaró J., Silva-Salazar Vera, Vélez-Segovia E., Da Costa-Bullón A., Toro-Polo L., Vicuña-Ortega J., Prevalencia Y Factores Asociados Con Síntomas Depresivos En Estudiantes De Ciencias De La Salud De Una Universidad Privada De Lima, Perú 2010, (Internet); Lima, Perú; disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000400005
 14. Acosta J, Krüger-Malpartida H, Huayanay-Falconí L, Bravo-Puccio F, Arévalo-Flores M, Depresión Y Síntomas Depresivos En Pacientes Que Acuden Al Consultorio De Dermatología De Un Hospital General De Lima, (internet); Lima, Perú, disponible en https://www.researchgate.net/publication/297618121_Depresion_y_sintomas_depresivos_en_pacientes_que_acuden_al_consultorio_de_Dermatologia_de_un_hospital_general_de_Lima
 15. Aparecida C, Souza E Silva F, Bolela F, Rossi L, Spadoti Dantas R. Presencia De Síntomas Depresivos En Pacientes Con Primer Episodio De Síndrome Coronario Agudo, (internet); San Pablo, Brasil; disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a06.pdf
 16. Niño-Avenida C., Ospina J., Manrique Abril F., Episodios De Ansiedad Y Depresión En Universitarias De Tunja (Colombia): Probable Asociación Con Uso De

- Anticoncepción Hormonal. 2012, (Internet); Tunja, Colombia; disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v16n29/v16n29a06.pdf>
17. Abello D., García-Montaña E., García P., Márquez-Jiménez L., Niebles-Charris J., Pérez-Pedraza D., Perfil Cognitivo Y Prevalencia De Depresión, Desesperanza Y Riesgo Suicida En Jóvenes Vinculados Al Primer Nivel De Formación En Una Escuela Militar Colombiana (internet), barranquilla, Colombia 2016, disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n3/2011-7485psdc-33-03-00299.pdf>
 18. American Psychiatric Association, DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición, Estados Unidos, Editorial Medica Panamericana, 2014
 19. Gómez C., Jordán M., Hernández G., Rojas A., Santacruz H., Uribe M., Psiquiatría Clínica, 4ta Edición, Colombia, Editorial Medica Panamericana, 2018
 20. Luque R. y Villagrán J., Psicopatología Descriptiva: Nuevas Tendencias, 1era Edición, México, Editorial Trotta, 2000
 21. Guía de practica clínica en el SNS, Guía De Práctica Clínica Sobre El Manejo De La Depresión Mayor En El Adulto (Internet) (Consultado el 23/12/2018), disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
 22. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am 1975;12(217-36).
 23. Fuerza Aérea del Perú. [internet]. [Consultado 05 Mar 2019]. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Fuerza_A%C3%A9rea_del_Per%C3%BA

VI ANEXOS

ANEXO 1:

TEST DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE LA FUERZA AEREA DEL PERU

El presente test tiene como finalidad medir el grado de depresión en los pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, en el periodo de tiempo a determinar la partición en la recolección de información es de carácter anónimo y se incluirán a quienes otorguen su consentimiento por escrito.

Datos Personales:

Edad:

Estado Civil: Soltero / Casado / Conviviente / Viudo / Abandonado / Divorciado

Rango militar: Oficiales / Técnicos / Suboficiales / Tropa

Motivo de consulta: Cirugía / Traumatología / Medicina interna / Medicina general

Tiempo de servicio militar (años):

Sanciones (número):

Procedencia: Arequipa / Provincias de Arequipa / Fuera del departamento de Arequipa

Ubicación real de la familia: Arequipa / Provincias de Arequipa / Fuera del departamento de Arequipa

Otra profesión: Ninguna / Estudiante / Profesión técnica / Profesión universitaria superior

Instrucciones para el llenado del test

A continuación, se le pondrá una lista de signos y síntomas que usted ha experimentado en el momento en el que acude a la consulta externa, nos interesa saber cuáles son los sentimientos que sobre estos signos y síntomas responderá de acuerdo lo que cada ítem de esta encuesta le solicite.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 4 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1A Duermo un poco más que lo habitual. / 1B Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2A Duermo mucho más que lo habitual. / 2B Duermo mucho menos que lo habitual
- 3A Duermo la mayor parte del día / 3B Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1A Mi apetito es un poco menor que lo habitual. / 1B Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2A Mi apetito es mucho menor que antes. / 2B Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3A No tengo apetito en absoluto. / 3B Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION CLINICA

Título del proyecto: “Presencia de síntomas depresivos en pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019”

Se me ha solicitado participar en el estudio de investigación llamado “Presencia de síntomas depresivos en pacientes militares varones en actividad de consulta externa del Hospital Regional del Sur de la Fuerza Aérea del Perú, Arequipa 2019”

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar el siguiente test relacionado a aspectos sociales y psicológicos

Yo entiendo y se me ha explicado lo siguiente:

6. no se me aplicara ningún procedimiento ni intervención que ocasione un riesgo a la salud.
7. podre retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee.
8. los resultados de este estudio podrán ser publicados pero mi nombre o mi identidad no serán reveladas.
9. si rechazo participar de este proyecto no existirá ningún cambio en la atención brindada hacia mí.
10. este consentimiento será dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Acepto participar en este proyecto:

Paciente participante