REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana

"Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur, Arequipa 2013"

Autor:

OSCAR ANDRÉS FERNÁNDEZ FRANCO

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme concedido salud para lograr mis objetivos, además por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en los momentos de dificultad.

A mi madre Evelyn:

Por darme la vida, creer en mí y porque siempre me apoyaste en todo momento, su motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por el valor mostrado para salir adelante; pero más que nada por su amor incondicional.

A mi padre Oscar:

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por la motivación y los consejos brindados en cada etapa de mi vida y por su amor incondicional.

A mi familia:

A mis hermanos Adrián y Alejandra que siempre estuvieron conmigo y con los cuales crecí como persona. A mis abuelos que contribuyeron con mi formación personal y académica.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

"No hay hombre más digno de estimación que el médico, que habiendo estudiado la naturaleza desde su juventud, conoce las propiedades del cuerpo humano, las enfermedades que le atacan y los remedios que pueden beneficiarle y que ejerce su arte con prudencia, concediendo igual atención al rico que al pobre."

VOLTAIRE

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA ii

EPIGRAFE iii

RESUMEN iv

ABSTRACT v

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS 4

CAPÍTULO II: RESULTADOS 9

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS 36

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 44

BIBLIOGRAFÍA 47

ANEXOS 51

Anexo 1: Proyecto de Investigación 52

Anexo 2: Matriz de Datos 95

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RESUMEN

Antecedente: Los síntomas y trastornos depresivos pueden presentarse en personal institucionalizado como el que realiza servicio militar.

Objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y las característica epidemiológicas en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

Métodos: encuesta aplicado una ficha epidemiológica y el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9) a una muestra de 200 reclutas. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se encontró síntomas depresivos positivos en 78% de reclutas, el 12,50% presentó síntomas de síndrome depresivo menor, un 4,5% tuvo síntomas de síndrome depresivo mayor. No se encontró diferencias en la edad, grado militar, instrucción, estado civil o tiempo de servicio en los grupos de diagnósticos, pero se encontró mayor consumo de drogas en casos con síntomas depresivos positivos (1,28%) o en aquellos con síndrome depresivo mayor (11,11%), así como antecedente psiquiátrico familiar o personal en 12% de casos con síndrome depresivo menor y 11% en el síndrome depresivo mayor. Las manifestaciones del síndrome depresivo mayor fueron en todos los casos disforia, cansancio y sensación de fracaso, y las demás manifestaciones se presentaron en 88,89%, a excepción de la pérdida de apetito que se presentó en 77,78%. Para el síndrome depresivo menor todos los casos tuvieron anhedonia, seguido de insomnio y pérdida de apetito en 96%, y en menor proporción cansancio (88%) o pérdida de la concentración (80%).

Conclusión: La frecuencia de síndrome depresivo mayor es baja, y los síntomas depresivos positivos se presentan con alta frecuencia en personal militar del servicio voluntario en la Región Militar Sur.

PALABRAS CLAVE: síntomas depresivos – personal militar – PHQ-9

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

Background: Depressive disorders and symptoms can occur in as institutionalized personnel performing military service.

Objective: To determine the frequency of depressive symptoms and epidemiological characteristics in the personnel of the Voluntary Military Service in the South Military Region.

Methods: Epidemiological survey was applied and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to a sample of 200 recruits. Results are shown using descriptive statistics.

Results: There were positive depressive symptoms in 78% of recruits, 12.50% had symptoms of minor depressive syndrome, 4.5% had symptoms of major depressive syndrome. No differences were found in age, military rank, education, marital status or length of service in the diagnostic groups, but found greater drug use in cases with positive depressive symptoms (1.28%) or those with depressive syndrome higher (11.11%), and personal or family psychiatric history in 12% of cases with minor depressive syndrome and 11% in the major depressive syndrome. The manifestations of major depressive syndrome were in all cases dysphoria, fatigue and sense of failure, and other manifestations occurred in 88.89%, except for the loss of appetite that occurred in 77.78%. For the minor depressive syndrome there was anhedonia all cases, followed by insomnia and loss of appetite in 96%, and, less fatigue (88%) or loss of concentration (80%).

Conclusion: The frequency of major depressive syndrome is low, positive and depressive symptoms occur with high frequency in voluntary service military personnel in South Military Region.

KEYWORDS: depressive symptoms - military personnel - PHQ-9

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

La depresión como enfermedad se ha descrito desde tiempos inmemorables, ya en la antigüedad, Hipócrates describió un estado mental que luego con el desarrollo de las ciencias de la salud se llamaría depresión y que él designó en su época como melancolía.

Actualmente en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión en algún momento de su vida.

Así mismo hoy en día la depresión se encuentra entre las cinco primeras enfermedades más discapacitantes, teniendo una proyección para llegar al segundo lugar para el año 2020; como ya se conoce esta patología se caracteriza por variaciones habituales del estado de ánimo y por una sensación persistente de tristeza durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas.

Durante mis años de estudios universitarios he podido observar gran cantidad de pacientes con patologías psiquiátricas, y sobre todo en este último año de internado de medicina en el Hospital Militar Regional de Arequipa al estar en máyor contacto con los pacientes pude percibir que los trastornos mentales, siendo de estos el más común

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

la depresión, están presentes en personas de todas las edades, sexo y sin discriminación de condición social o profesión.

Debido a que la depresión trae consigo una gran limitación tanto en el desarrollo del aspecto personal, así como también social y laboral; es importante el conocimiento del número de casos que se presentan en el personal que realiza Servicio Militar Voluntario, debido a que dicho personal está constantemente bajo el estrés de conflictos tanto con países extranjeros, como las guerras internas (terrorismo) que presenta nuestros país; por otra parte el SMV al encontrarse en el escalón más bajo en el ámbito Militar trae consigo que existan desigualdades, maltrato de parte de sus superiores, situaciones que van deteriorando la salud mental. Aspecto de vital importancia en personas que van a tener contacto continuo con armas, donde será necesario una adecuado equilibrio mental. Al tener mayor información sobre la presentación de esta patología se le podrá prestar mayor atención, conociendo de antemano que muchas veces esta no se exterioriza con facilidad y de esta forma poder brindar la ayuda oportuna a este grupo laboral que se encuentra sobre todo compuesto por personas entre el final de la adolescencia y los primeros años de la adultez, y que tienen un futuro por delante, en donde van a necesitar estar a pleno tanto física como mentalmente.

Aunque en el pasado se desarrolló un trabajo similar, fue dirigido mas a observar el ámbito familiar del personal de tropa y su relación con el trastorno depresivo, entre sus resultados no se encontró ninguna relación entre estos; Por tal motivo el presente trabajo de investigación tiene el propósito determinar tanto la frecuencia de los síntomas depresivos, así como también de poder conocer su relación con un mayor

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

número de características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

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

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ***Ficha de recolección de datos*** y en el Test de Salud del paciente PHQ - 9.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en las diferentes unidades pertenecientes a la Regional Militar del Sur en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Diciembre 2012 – Marzo 2013.

2.3. Unidades de estudio: personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario de la Región Militar Sur.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Población: Personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario de la Región Militar Sur, siendo la población total de 750 efectivos dentro de las diferentes unidades.

Muestra: se consideró como objetivo una muestra de 200 efectivos a los cuales se les realizó la entrevista en forma personal

Además los integrantes de la muestra cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
  - Todas las personas que estén de acuerdo en participar en el estudio.
  - Todo aquel personal que se encuentre realizando su Servicio Militar Voluntario que pertenezca a la Región Militar Sur.
  - Personal que no presente dificultades severas al momento de poder establecer comunicación para poder desarrollar la evaluación

- **Criterios de Exclusión**
  - Personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario que sea mayor de 30 años o menor de 17 años.
  - Personal perteneciente al Servicio Militar a los cuales sus superiores no les den el permiso correspondiente para la realización de la evaluación.
  - Pacientes que hayan sido diagnosticados previamente a su ingreso al Servicio Militar con trastornos psiquiátricos y que no lo hayan comunicado previamente a sus superiores.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

– Pacientes que se encuentren consumiendo algún medicamento antidepresivo sin prescripción médica.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo transversal.

5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. Organización

- Autorización del Director del Hospital y los respectivos jefes de cada servicio, en caso necesario al correspondiente jefe de la unidad a la que pertenecían las unidades de estudio.
- Previamente a la realización del proyecto de tesis, se dialogó con los respectivos jefes de la institución, para poder recibir el apoyo para la posibilidad de la realización del estudio.
- Preparación de las unidades de estudio: se les reunió en forma simultánea y se les entregó la ficha de recolección de datos personales, se les brindó un tiempo aproximado de 5 – 10 minutos para su resolución
- Realización del Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9) en las unidades de estudio, para así poder seleccionar al grupo de pacientes que presentaron síntomas depresivos, para luego poder llevar acabo con ellos la realización del trabajo de investigación.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

5.2. Validación de los instrumentos

El instrumento: ***Test de Salud del paciente (PHQ-9)*** ha sido validado en multiples regiones a nivel mundial. En el año 2001 fue validado en EE.UU por Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, que lo evidenciaron en su artículo: "Utilidad de un nuevo y breve cuestionario para la depresión". En Latinoamérica ha sido validada en Chile, por un comité conformado por neurólogos, psiquiatras, psicólogos; el artículo: "Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile" fue publicado el año 2012 en la Revista chilena de Neuro- Psiquiatría. Así mismo fue validado en Perú el año 2012 en el artículo "Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión" cuyos autores fueron: María Calderón, Juan Antonio Gálvez Buccollini, Gloria Cueva, Carlos Ordoñez, Carlos Bromley, Fabián Fiestas. En los resultados se obtuvo que el PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

La información fue recolectada en la ficha de recolección de datos y en el Cuestionario sobre Salud del Paciente PHQ9, verificando que la información consignada sea suficiente para la elaboración de resultados, luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha y Cuestionario sobre Salud del Paciente PHQ9 para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) 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.

d) Plan de Recuento.

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

e) Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el procesamiento estadístico se empleó una hoja electrónica de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.19.0.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II

RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 1

Distribución del personal militar según unidad de procedencia

	N°	%	SD -	SD+	OSD	SDM
Cuartel Zamácola	46	23,00%	5 (10,87%)	36 (78,26%)	5 (10,87%)	0 (0%)
3ra Brig. Artillería	53	26,50%	3 (5,67%)	40 (75,48%)	8 (15,09%)	2 (3,76%)
3ra Brig. Comunicaciones	42	21,00%	1 (2,38%)	33 (78,27%)	5 (11,90%)	3 (7,42%)
3ra Brig. Servicios	39	19,50%	0 (0%)	33 (84,62%)	4 (10,25%)	2 (5,13%)
Otras	20	10,00%	1 (5%)	14 (70%)	3 (15%)	2 (10%)
Total	200	100,00%	10	156	25	9

En este cuadro se observa la distribución del personal militar según la unidad de procedencia; apreciándose que existe una distribución uniforme entre las principales unidades pertenecientes a la Región Militar del Sur.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

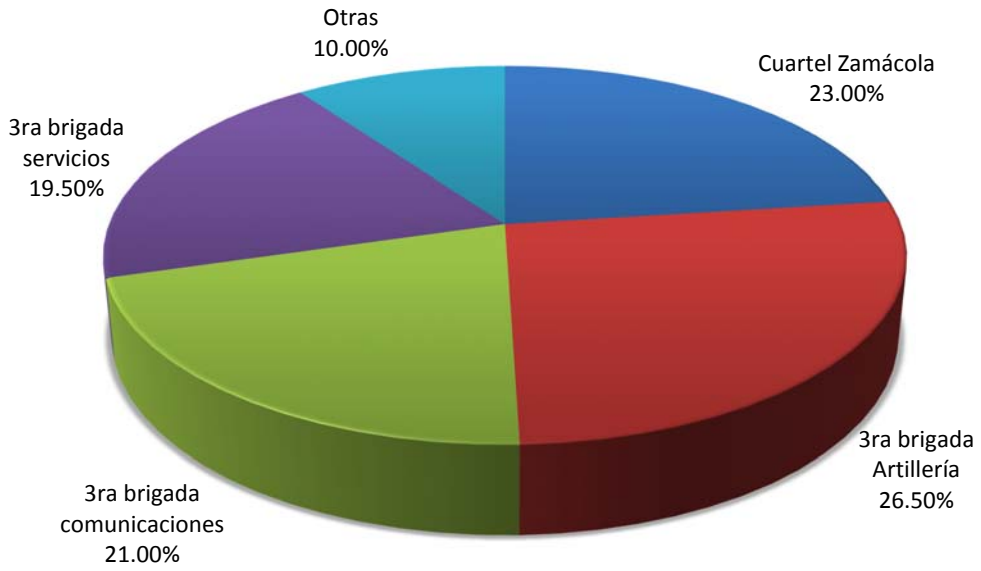
REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 1

Distribución del personal militar según unidad de procedencia



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 2

Diagnóstico de síntomas. depresivos según escala PHQ-9

	N°	%
Sínt. depresivos positivos	156	78,00%
Sd. depresivo menor	25	12,50%
Sd. Depresivo mayor	9	4,50%
Sin Depresión	10	5,00%
Total	200	100,00%

Este cuadro muestra los resultados de la aplicación del test PHQ-9 al personal de tropa; se encontró síntomas depresivos positivos en 78% de reclutas, el 12,50% presentó síntomas de síndrome depresivo menor, un 4,5% tuvo síntomas de síndrome depresivo mayor.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

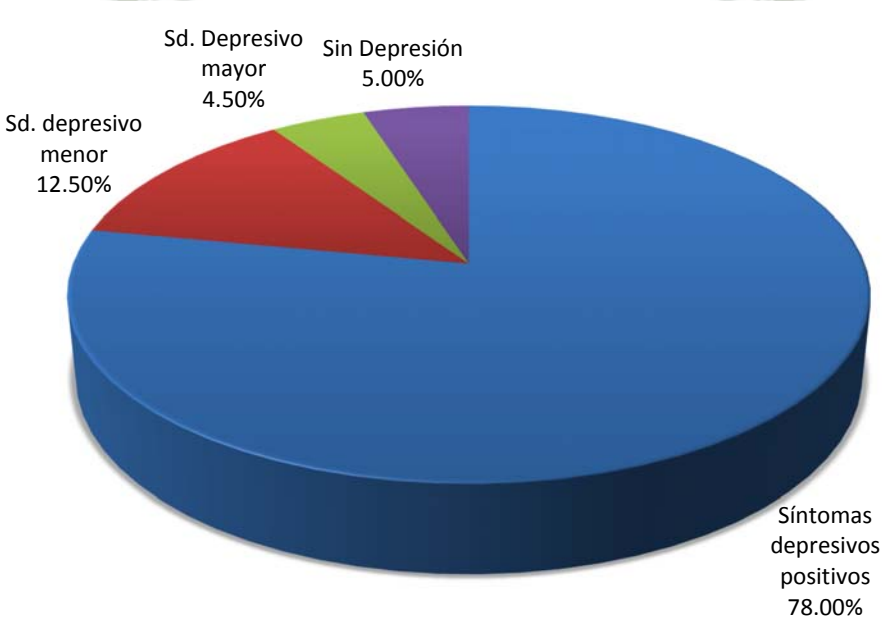
REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 2

Diagnóstico de síntomas. Depresivos según escala PHQ-9



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 3

Distribución de edad del personal según síntomas depresivos

	N°	Promedio	D. est
Sínt. depresivos positivos	156	20,72	2,18
Sd. depresivo menor	25	21,04	2,30
Sd. Depresivo mayor	9	20,11	2,15
Sin Depresión	10	20,80	2,15
Total	200	20,74	2,18

En este cuadro se muestra la distribución de la edad de los reclutas según los síntomas depresivos detectados por el instrumento PHQ-9; la edad promedio del grupo total fue de 20,74 años, no observándose diferencia significativa entre las edades de aquellos cuyo resultado fue de Sd. Depresivo Mayor o aquellos que no presentaron Depresion.

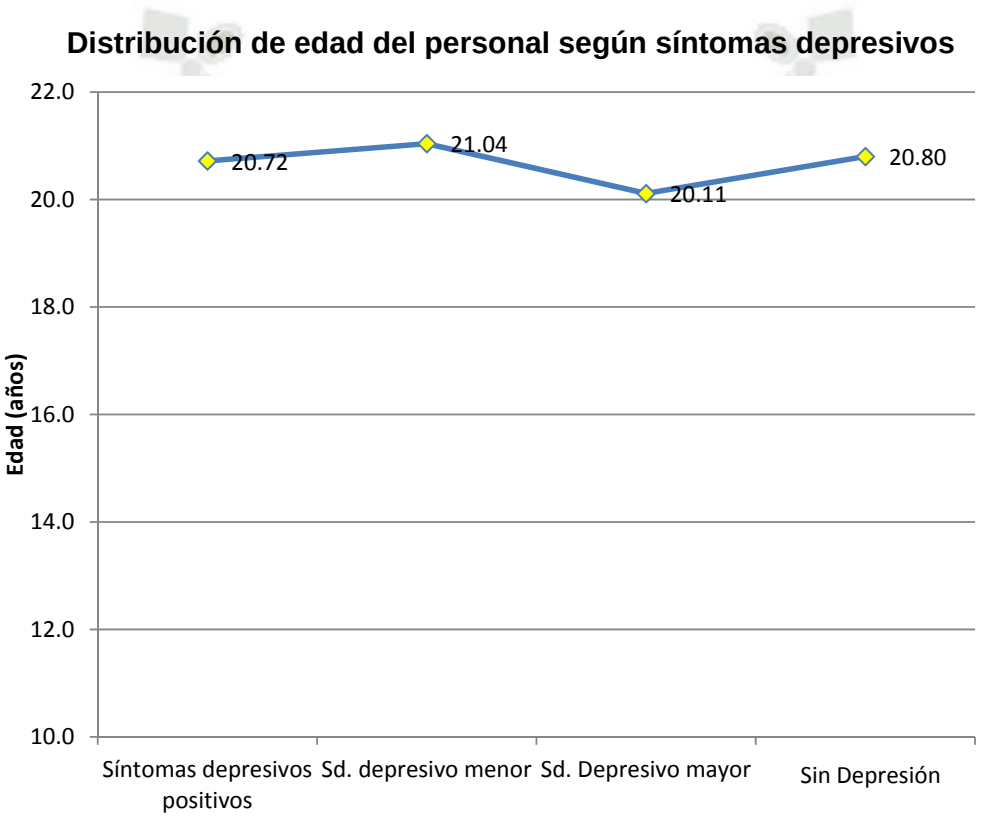
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 3



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 4

Distribución de procedencia del personal según síntomas depresivos

		Arequipa		Fuera de Arequipa	
	Total	**N°**	**%**	**N°**	**%**
Sínt. Depres. positivos	156	86	55,13%	70	44,87%
Sd. depresivo menor	25	7	28,00%	18	72,00%
Sd. Depresivo mayor	9	4	44,44%	5	55,56%
Sin Depresión	10	4	40,00%	6	60,00%
Total	200	101	50,50%	99	49,50%

$Chi^2 = 6,97$ G. libertad = 3 p = 0,04

En este cuadro se observa que de los que presentaron Sd. Depresivo Mayor el 55.56%; Sd. Depresivo Menor el 72% y Sint. Depresivos positivos el 44.87% provenían de fuera de Arequipa. Además **p < 0,05** por lo que las diferencias entre ambos grupos fue estadísticamente significativo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

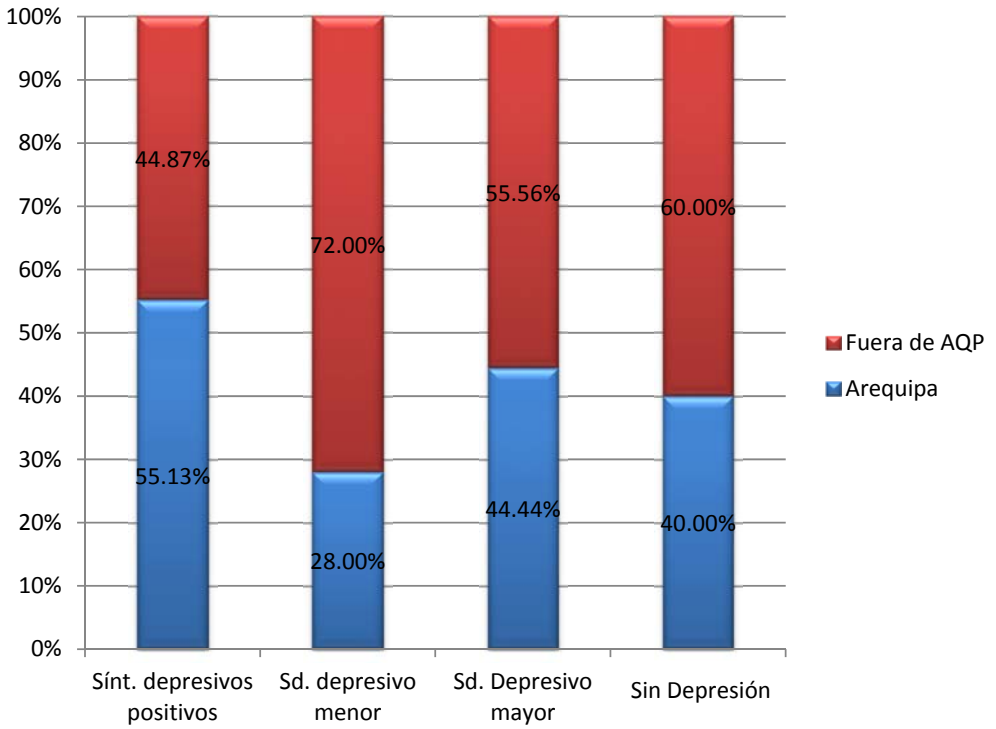
REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 4

Distribución de procedencia del personal según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 5

Distribución de grado del personal según síntomas depresivos

		Soldado		Cabo		Sargento 1		Sargento 2	
	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	76	48,72%	38	24,36%	23	14,74%	19	12,18%
Sd. depresivo menor	25	12	48,00%	6	24,00%	4	16,00%	3	12,00%
Sd. Depresivo mayor	9	5	55,56%	3	33,33%	1	11,11%	0	0,00%
Sin Depresión	10	3	30,00%	4	40,00%	1	10,00%	2	20,00%
Total	200	96	48,00%	51	25,50%	29	14,50%	24	12,00%

$Chi^2 = 3,82$ G. libertad = 9 p = 0,92

En este cuadro se muestra el grado militar de los reclutas según sus síntomas depresivos. Siendo superior la presencia de síntomas depresivos en el personal cuyo grado es de Soldado. No se encontraron diferencias significativas entre el grado del personal y los niveles de depresión.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

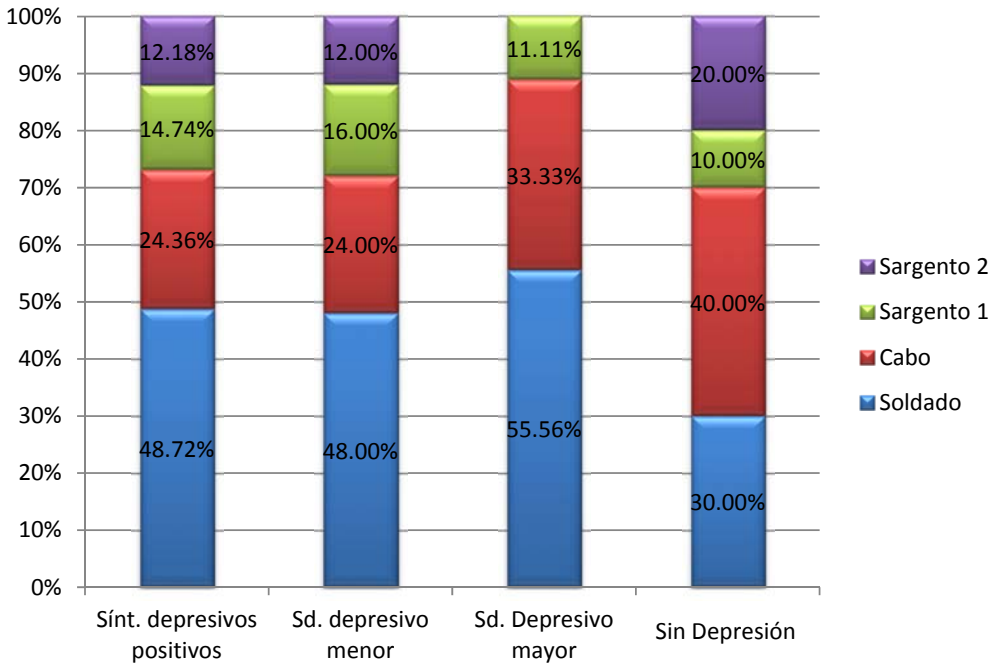
REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 5

Distribución de grado del personal según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 6

Distribución de estado civil del personal según síntomas depresivos

	Total	Soltero		Conviviente		Casado	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	144	92,31%	7	4,49%	5	3,21%
Sd. depresivo menor	25	22	88,00%	3	12,00%	0	0,00%
Sd. Depresivo mayor	9	8	88,89%	0	0,00%	1	11,11%
Sin Depresión	10	9	90,00%	0	0,00%	1	10,00%
Total	200	183	91,50%	10	5,00%	7	3,50%

Chi² = 7,14631, G. libertad = 6, p = 0,30

En este cuadro se evidencia que la mayoría del personal de tropa se encuentra soltero un 91,50%. En este grupo el resultado en el test fue de Sd. Depresivo Mayor un 88,89%, Sd. Depresivo Menor e l 88% y Sint. Depresivos positivos un 92,31%. No se encontraron diferencias significativas entre el estado civil del personal y los niveles de depresión.

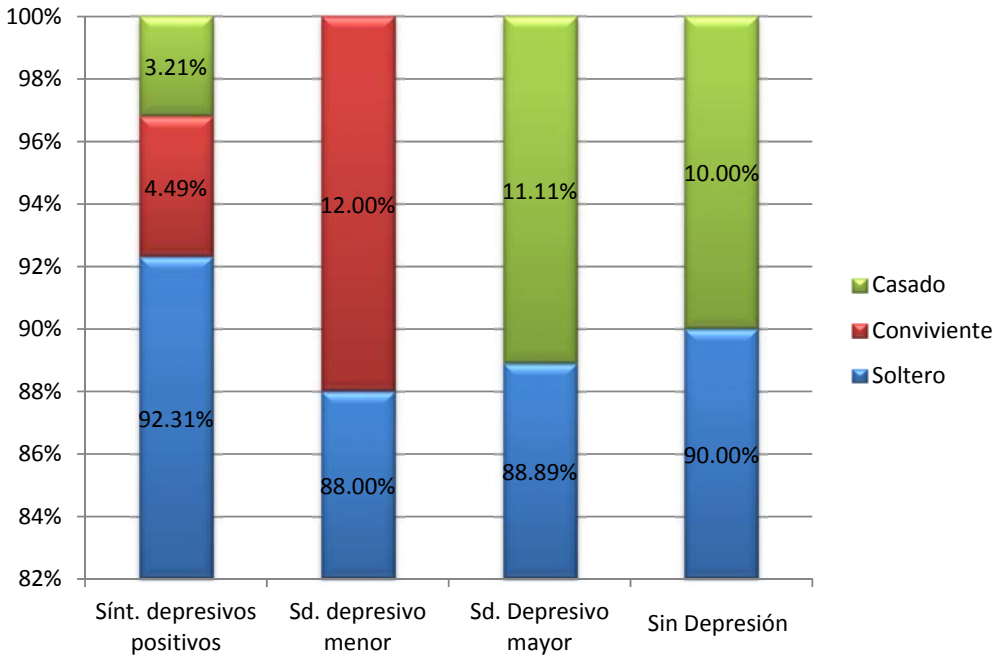
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 6

Distribución de grado del personal según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 7

Distribución del nivel de instrucción del personal según síntomas depresivos

	Total	Primaria		Secundaria		Técnico	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	31	19,87%	106	67,95%	19	12,18%
Sd. depresivo menor	25	7	28,00%	13	52,00%	5	20,00%
Sd. Depresivo mayor	9	1	11,11%	6	66,67%	2	22,22%
Sin Depresión	10	0	0,00%	7	70,00%	3	30,00%
Total	200	39	19,50%	132	66,00%	29	14,50%

$Chi^2 = 7,11$ G. libertad = 6 p = 0,29

En este cuadro se observa que la mayoría del personal de tropa tuvo educación secundaria (66%), con 19,50% de casos con instrucción primaria y 14,50% con educación técnica; siendo las proporciones similares entre los diferentes grupos de síntomas depresivos. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de instruccion del personal y los niveles de depresión.

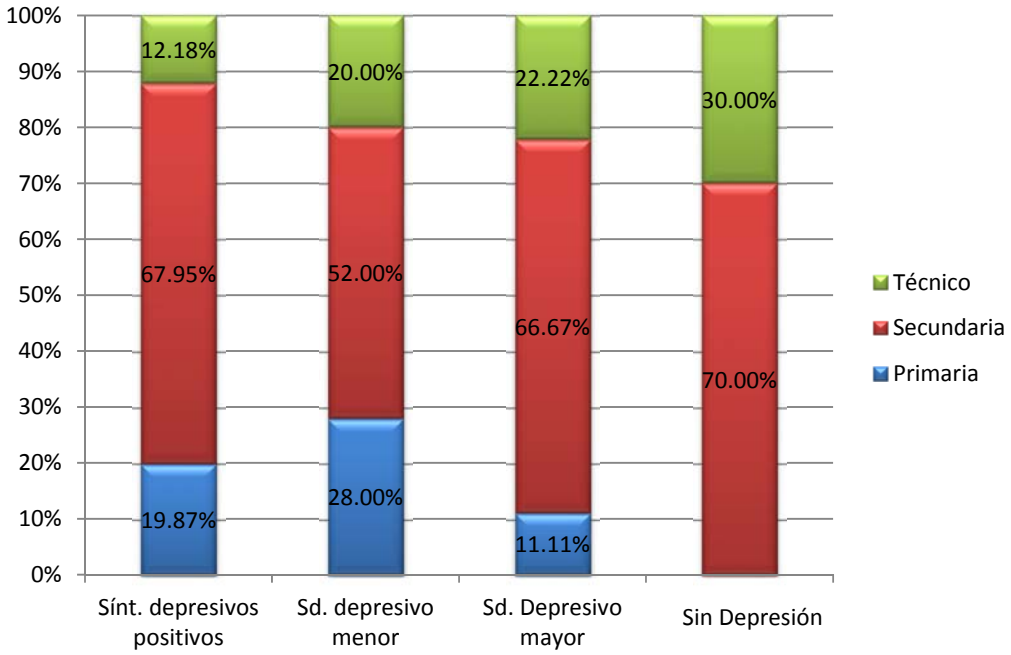
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 7

Distribución de nivel de instrucción del personal según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 8

Distribución de tiempo de servicio del personal según síntomas depresivos

	Total	1-6 meses		7-12 meses		> 1 año	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	71	45,51%	34	21,79%	51	32,69%
Sd. depresivo menor	25	13	52,00%	2	8,00%	10	40,00%
Sd. Depresivo mayor	9	7	77,78%	1	11,11%	1	11,11%
Sin Depresión	10	3	30,00%	3	30,00%	4	40,00%
Total	200	94	47,00%	40	20,00%	66	33,00%

$Chi^2 = 6,46$ G. libertad = 6 p = 0,37

En este cuadro se puede apreciar que los pacientes con síndrome depresivo mayor tienen una proporción elevada de menor permanencia (77,78% menos de 6 meses). No se encontraron diferencias significativas entre el tiempo de servicio y los niveles de depresión.

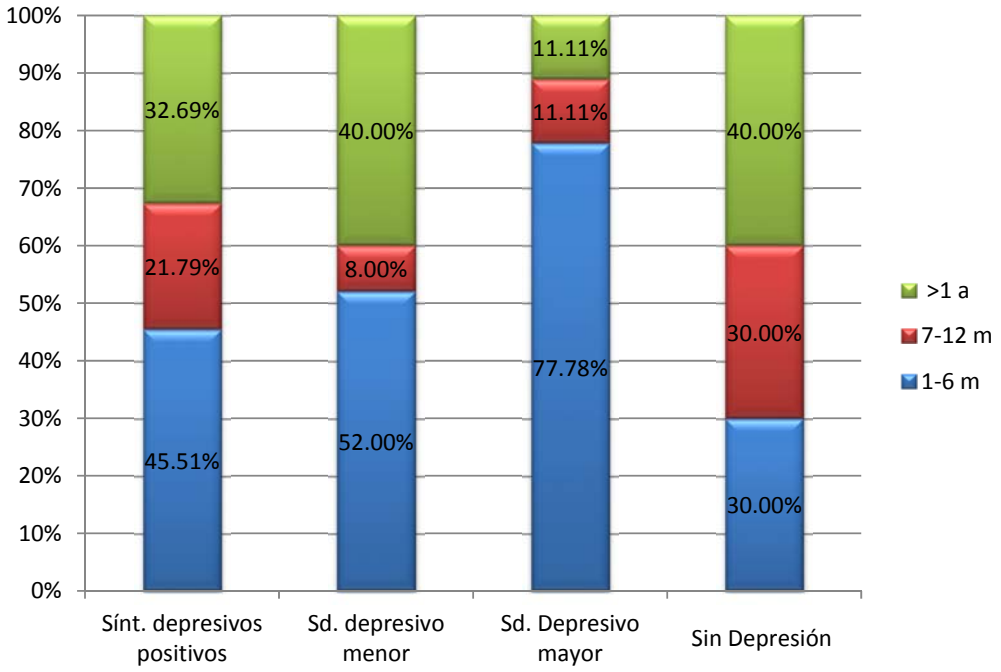
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 8

Distribución de tiempo de servicio del personal según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 9

Distribución de antecedentes psiquiátricos según síntomas depresivos

		Ant. Psiquiátrico (+)		Ant. Psiquiátrico (-)	
	Total	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	9	5,77%	147	94,23%
Sd. depresivo menor	25	3	12,00%	22	88,00%
Sd. Depresivo mayor	9	1	11,11%	8	88,89%
Sin Depresión	10	0	0,00%	10	100,00%
Total	200	13	6,50%	187	93,50%

$Chi^2 = 2,39$ G. libertad = 3 p = 0,50

En relación a los antecedentes psiquiátricos personales o familiares en este cuadro se observa que se encontraron presentes en 6,50% del total de casos, y que de Sd Depresivo Mayor fue un 11,11%, de Sd Depresivo Menor un 12%. No se encontraron diferencias significativas entre la presencia de ant. Psiquiátricos y niveles de depresión.

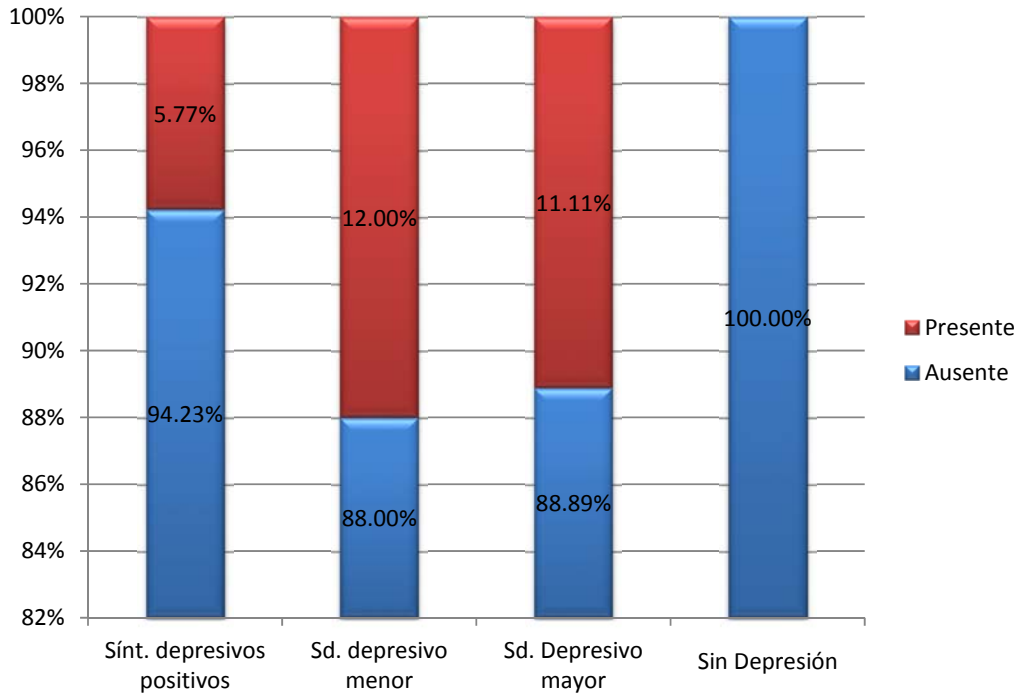
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 9

Distribución de antecedentes psiquiátricos según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 10

Distribución de consumo de alcohol según síntomas depresivos

		No		Ocasional		1 vez/sem		Interdiario	
	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	56	35,90%	85	54,49%	5	3,21%	10	6,41%
Sd. depresivo menor	25	9	36,00%	13	52,00%	1	4,00%	2	8,00%
Sd. Depresivo mayor	9	4	44,44%	5	55,56%	0	0,00%	0	0,00%
Sin Depresión	10	1	10,00%	8	80,00%	1	10,00%	0	0,00%
Total	200	70	35,00%	111	55,50%	7	3,50%	12	6,00%

$Chi^2 = 6,15$ G. libertad = 9 p = 0,72

En este cuadro se aprecia que hubo más consumo de alcohol entre aquellos con síntomas depresivos positivos o síndrome depresivo menor, aunque en todos predominó el consumo ocasional con un 55,50% del total de la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de alcohol y niveles de depresión.

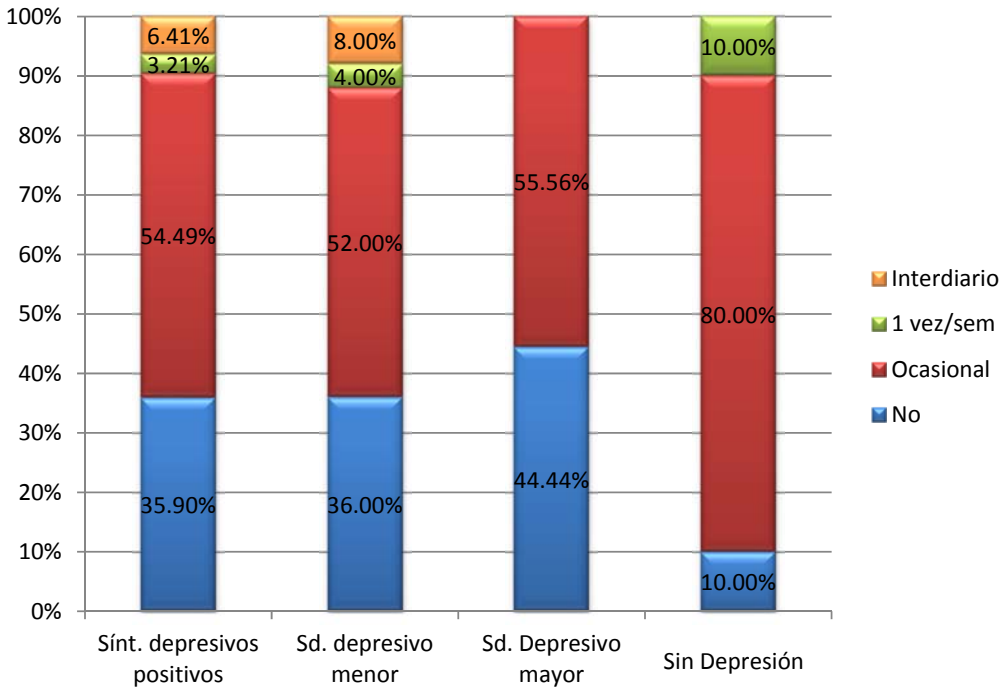
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 10

Distribución de consumo de alcohol según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 11

Distribución de consumo de tabaco según síntomas depresivos

		No		Ocasional		1 vez/sem		Interdiario		Diario	
	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	76	48,72%	64	41,03%	4	2,56%	9	5,77%	3	1,92%
Sd. depresivo menor	25	15	60,00%	7	28,00%	1	4,00%	1	4,00%	1	4,00%
Sd. Depresivo mayor	9	4	44,44%	4	44,44%	0	0,00%	1	11,11%	0	0,00%
Sin Depresión	10	7	70,00%	2	20,00%	0	0,00%	1	10,00%	0	0,00%
Total	200	102	51,00%	77	38,50%	5	2,50%	12	6,00%	4	2,00%

$Chi^2 = 5,71$ G. libertad = 12 p = 0,93

En este cuadro se observa que el consumo de tabaco fue mayor en reclutas con síndrome depresivo mayor (11% interdiario) aunque semejante en casos sin síntomas depresivos (10% interdiado). No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de tabaco y niveles de depresión

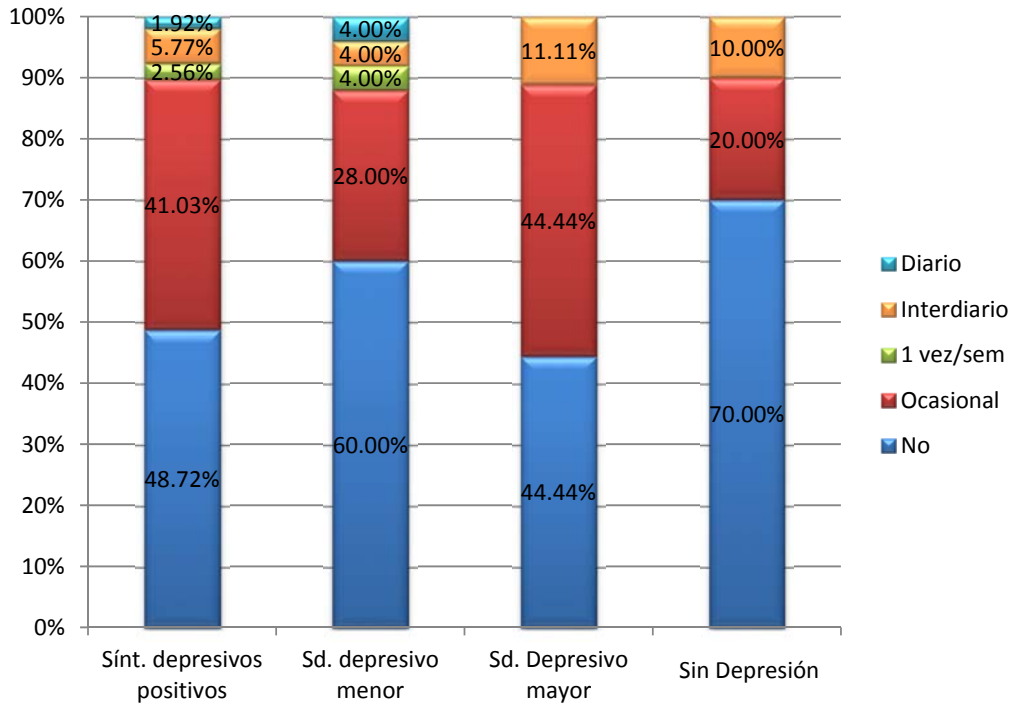
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 11

Distribución de consumo de tabaco según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 12

Distribución de consumo de drogas según síntomas depresivos

		Nunca		Una vez		2-5 veces		Múltiples	
	Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sínt. Depres. positivos	156	123	78,85%	31	19,87%	0	0,00%	2	1,28%
Sd. depresivo menor	25	17	68,00%	8	32,00%	0	0,00%	0	0,00%
Sd. Depresivo mayor	9	5	55,56%	3	33,33%	1	11,11%	0	0,00%
Sin Depresión	10	8	80,00%	2	20,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	200	153	76,50%	44	22,00%	1	0,50%	2	1,00%

$Chi^2 = 24,67$ G. libertad = 9 p = 0,003

En este cuadro se puede observar que un 11,11% de casos con síndrome depresivo mayor ha consumido 2 a 5 veces drogas, lo que no ocurrió en otros casos, a excepción de 1,28% de consumo en múltiples ocasiones en reclutas con síntomas depresivos positivos. Además **p < 0,05** por lo que las diferencias entre los grupos fue estadísticamente significativo.

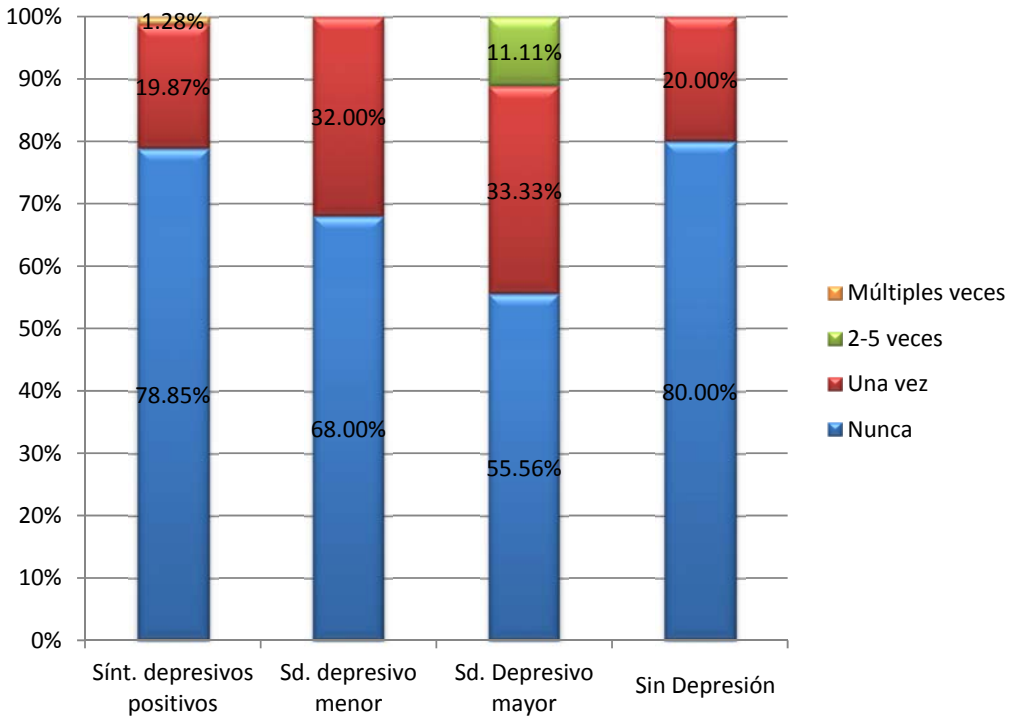
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 12

Distribución de consumo de drogas según síntomas depresivos



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Tabla 13

Distribución de manifestaciones de los síntomas depresivos en el personal militar

	Sd. Depresivo mayor (n = 9)		Sd. depresivo menor (n = 25)		Sínt. depresivos positivos (n = 156)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anhedonia	8	88,89%	25	100,00%	38	24,36%
Disforia	9	100,00%	18	72,00%	49	31,41%
Insomnio	8	88,89%	24	96,00%	98	62,82%
Cansancio	9	100,00%	22	88,00%	94	60,26%
Apetito	7	77,78%	24	96,00%	87	55,77%
Fracaso	9	100,00%	17	68,00%	32	20,51%
Concentración	8	88,89%	20	80,00%	76	48,72%
Lentitud/Inquietud	8	88,89%	17	68,00%	37	23,72%
Muerte/Suicidio	8	88,89%	10	40,00%	21	13,46%

$Chi^2 = 31,47$ G. libertad = 16 p = 0,01

En este cuadro se muestra la distribución de manifestaciones de síntomas depresivos evaluados por el test PHQ-9; para el síndrome depresivo mayor se encontró como manifestaciones universales la disforia, cansancio y la sensación de fracaso. Para el síndrome depresivo menor todos los casos tuvieron anhedonia, seguido de insomnio y pérdida de apetito en 96%.

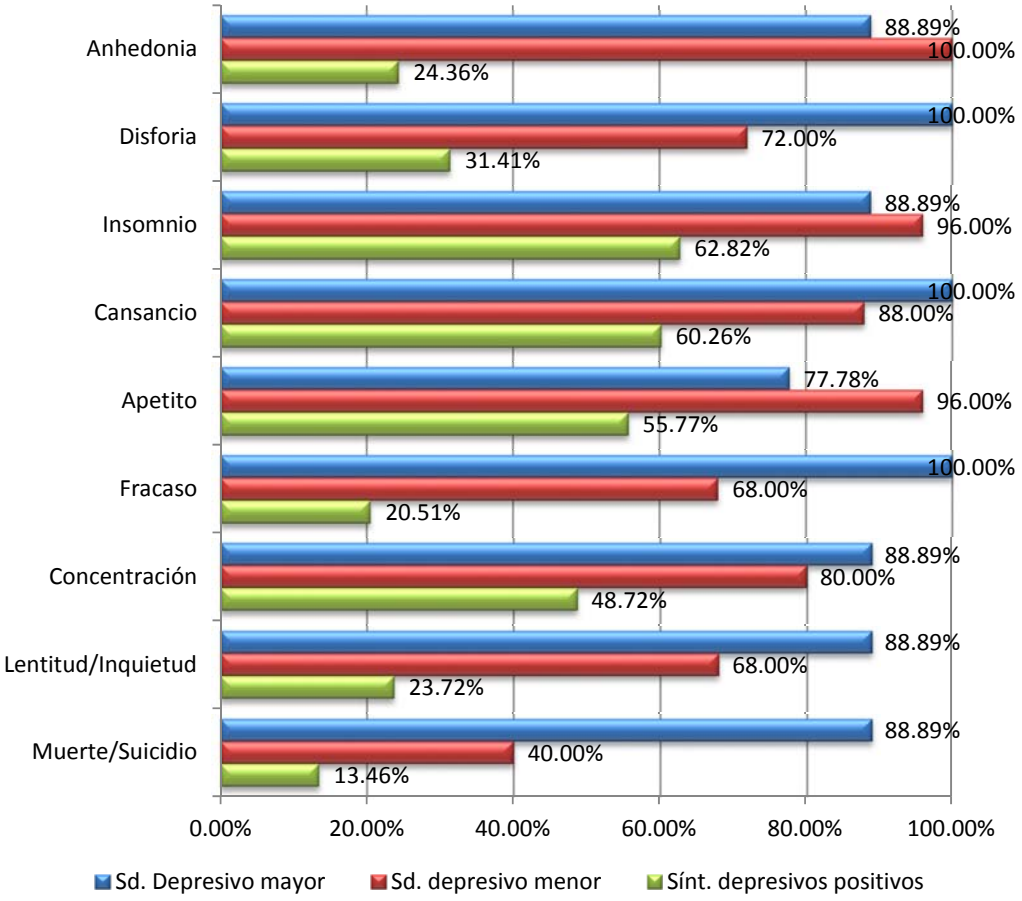
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGIÓN MILITAR SUR, AREQUIPA 2013

Gráfico 13

Distribución de manifestaciones de los síntomas depresivos en el personal militar



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la frecuencia de síntomas depresivos y las característica epidemiológicas en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur. Se realizó la presente investigación debido a que el personal de tropa es un grupo laboral que en muchas ocasiones no se les presta la atención necesaria sobre todo en los aspectos correspondientes a la salud mental, teniendo en cuenta que se encuentran bajo un continuo estrés, además del contacto continuo con el material bélico. De esta forma el estudio nos brindo información que podrá ser utilizada para mejorar el aspecto de salud mental en el personal militar, lo cual traera consigo un mejor desenvolvimiento y desarrollo en las múltiples esferas de su vida.

Para tal fin se aplicó el ***Test de Salud del paciente (PHQ-9)*** que ha sido validado para su uso en nuestro país, aplicando además una ficha de datos. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se observa la distribución del personal militar según la unidad seleccionada; los 200 reclutas estuvieron repartidos de manera homogénea entre el Cuartel Zamácola (23%), la 3ra Brigada de artillería (26,50%), la 3ra Brigada de Comunicaciones (21%), la 3ra Brigada de Servicios (19,50%), y de otras brigadas que pertencen a la Región Militar Sur (10%). Además se observa que la distribución de casos tanto de síntomas depresivos positivos, Sd. Depresivo menor y de Sd Depresivo Mayor es similar en las diferentes unidades, encontrándose el mayor número de casos de Sd Depresivo Mayor en la 3era Brig. Comunicaciones con un

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

7,42% del número total de casos evaluados en su unidad. A diferencia del estudio realizado por Sosa Soto el año 2007 (20), en el que se tomó como muestra solo a personal perteneciente a la 3era Brigada de Servicios, el presente estudio busco investigar la presencia de síntomas depresivos en toda la RMS.

La **Tabla y Gráfico 2** muestran los resultados de la aplicación del cuestionario PHQ-9 al personal militar; se encontró síntomas depresivos positivos en 78% de reclutas, el 12,50% presentó síntomas de síndrome depresivo menor, un 4,5% tuvo síntomas de síndrome depresivo mayor, y un 5% no presento síntomas depresivos. Comparando con los resultados del trabajo de investigación de Sosa Soto (20), en donde la mayor diferencia con el actual estudio realizado se encontró en aquellos que no presentaron síntomas depresivos, siendo del 24,0% del total de casos de investigación. Por otra parte en ese estudio se encontró que el 51,9% presento depresión leve, el 21,55% tuvo depresión moderada y el 2,6% tuvo depresión grave; mientras que Gonzales L. y col.(5) encontraron que el 14,6% de personal militar presento algún grado de depresión; aunque no se especifica la distribución de dicho porcentaje.

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la distribución de la edad de los reclutas según los síntomas depresivos detectados por el instrumento PHQ-9; la edad promedio del grupo total fue de 20,74 años, con edad similar entre aquellos que presentaron síntomas depresivos positivos, Sd. Depresivo menor o Sd. Depresivo mayor y aquellos que no presentaron síntomas depresivos. La edad mínima que se encontró fue de 18 años, mientras que la máxima fue de 26 años. En el informe sobre Salud Mental de la OMS publicado el año 2012, se indica que la depresión alcanza sus valores máximos entre los 20 y 30 años con una prevalencia entre el 10 y el 15% para el rango de dichas

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

edades; valores que se aproximan a los encontrados en el estudio realizado, en donde el 17% del total de casos estudiados presento Sd Depresivo Mayor o Sd. Depresivo menor. Por otra parte el promedio de edad fue similar al encontrado por Sosa Soto (20) en el cual fue de 19,45 años, pudiéndose apreciar que la juventud es una constante a la larga de los años.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra la procedencia de los reclutas según síntomas depresivos; casi la mitad de casos procedía de Arequipa o sus provincias (50,50%), aunque la proporción de casos que procedía de lugares diferentes a Arequipa fue mayor en aquellos con síndrome depresivo menor (72.00%) y aquellos con síndrome depresivo mayor (55,56%). Además $p < 0,05$ por lo que las diferencias entre ambos grupos es estadísticamente significativo; con lo que se puede determinar que la lejanía de su lugar de origen en el personal militar influye en los niveles de depresión que ellos pudieran presentar; situación similar a la que sucede en aquellas personas que emigran hacia el extranjero, que se observa en el estudio sobre disparidades clínicas en la salud mental de los latinos realizado por el Concilio Nacional de La Raza en el 2007.

El grado militar de los reclutas según sus síntomas depresivos se muestra en la **Tabla y Gráfico 5**. Casi la mitad del total de casos (48%) fueron soldados, y esta proporción se mantuvo tanto en la presencia de sint. Depresivo positivos (48,72%) o Sd. Depresivo menor (48%), proporción ligeramente mayor entre casos con síndrome depresivo mayor (55,56%). Aunque las diferencias entre el grado del personal y los niveles de depresión, no fueron estadísticamente significativas, hay que destacar que la mayor proporción de Sd. Depresivo menor y de Sd. Depresivo mayor se encuentran

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

en los grupos de soldados y Cabos, lo cual se podría deber a su menor asimilación a las condiciones de la vida militar. Por otra parte estos datos no se pueden comparar con otros estudios debido a que tanto Sosa Soto (20) como Gonzales L. y col.(5) no consideraron el grado del personal al momento de determinar el grado de depresión.

El estado civil de los reclutas (**Tabla y Gráfico 6**) fue predominantemente soltero (91,50%) y solo un pequeño porcentaje se encontró casado (3,50%) o conviviendo (5%). Asi mismo en los diferentes grupos de estado civil la mayor proporción se encontró en la presencia de síntomas depresivos positivos. Con los resultado del actual estudio no se pudo corroborar lo que indicaron Kashani, J. y Sherman, D. en su artículo "Depresión en la Juventud: Epidemiologia, etiología e implicaciones del tratamiento" (10) en donde refieren que la estructuración de una familia trae consigo un menor riesgo de presentar depresión. Aunque en los antecedentes investigativos en personal militar no se tomo en cuenta su estado civil; Villafuertes Mendoza (23) en un estudio en pre-universitarios encontró un predominio de síntomas depresivos en aquellos que se encontraban solteros, resultados que serian similares a los obtenidos en el presente estudio. Pero habría que indicar que estos datos se encuentran altamente influenciados por la edad del personal de tropa, que se encuentra alejado de la edad promedio de matrimonio en el Perú (25 a 33 años).

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la distribución de reclutas según nivel de instrucción; la mayoría de casos tuvo educación secundaria (66%), un 19,50% de casos con instrucción primaria y 14,50% con educación técnica; las proporciones fueron bastante similares entre los diferentes grupos de síntomas depresivos. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de instrucción y los niveles de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

depresión. Estos datos estarían conforme lo publicado por Minoletti, A. y Zaccaria,A. en el Plan Nacional de Salud Mental en Chile publicado en la. Revista Panamericana de Salud Publica el año 2005 (16) en donde no se describe una relación completa entre el grado de instrucción y la frecuencia con que se presentan los trastornos depresivos.

El tiempo de permanencia en el servicio se muestra en la **Tabla y Gráfico 8**. El 47% de casos tiene 1 a 6 meses de servicio, 20% tiene de 7 a 12 meses y 33% de un año a más. Se puede apreciar que los pacientes con síndrome depresivo mayor tienen una proporción elevada de menor permanencia (77,78% menos de 6 meses). Y aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, estos datos nos hacen ver que al tener menos tiempo en la institución su asimilación es menor, asi como también habría que ponerse énfasis en aquellos casos que ingresan con alguna patología psiquiátrica a la institución. Los resultados obtenidos fueron diferentes a los del estudio de Sosa Soto (20), en donde un 31,1% se encontraba entre 1 – 6 meses, un 35,6% entre 7-12 meses y un 33,3% un tiempo mayor de un año; por otro parte el estudio de Gonzales L. y col.(5) no tuvo en cuenta el tiempo de servicio por lo que las datos encontrados no pueden ser comparados.

En relación a los antecedentes psiquiátricos personales o familiares, (**Tabla y Gráfico 9**) se encontraron en 6,50% del total de casos, y fueron casi el doble en reclutas con síndrome depresivos menor (12,50%) o mayor (11%), mientras que todos aquellos que no presentaron sintomas depresivos tampoco tuvieron algún antecedente psiquiátrico. Aunque en la literatura (7, 15, 20, 22) el trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Estos datos no pudieron ser

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

corroborados con los del trabajo de investigación (p>0.05), posiblemente debido a que una las condiciones para el ingreso al Servicio Militar es no contar con antecedentes psiquiátricos, ya sea personales o familiares, condición que debido al bajo porcentaje de personas que se presentan como voluntarios, en muchas ocasiones no se cumple.

El consumo de sustancias en relación a los síntomas depresivos mostró para el alcohol (**Tabla y Gráfico 10**) que hubo más consumo entre aquellos con síntomas depresivos positivos o síndrome depresivo menor, aunque en todos predominó el consumo ocasional. En el caso del tabaco (**Tabla y Gráfico 11**), el consumo fue mayor en reclutas con síndrome depresivo mayor (11% interdiario) aunque semejante en casos sin síntomas depresivos (10% interdiado). Sin embargo, donde se notó una influencia importantes es en el consumo de drogas (**Tabla y Gráfico 12**); un 11,11% de casos con síndrome depresivo mayor ha consumido 2 a 5 veces drogas, lo que no ocurrió en otros casos, a excepción de 1,28% de consumo en múltiples ocasiones en reclutas con síntomas depresivos positivos; todos aquellos que consumieron drogas en alguna ocasión se encuentran distribudios principalmente entre aquellos que presentaron Sint. Depresivos positivos, Sd. Depresivo menor o Sd. Depresivo Mayor. Además **p < 0,05** por lo que las diferencias entre los grupos fue estadísticamente significativo, lo que nos indica que el consumo de drogas influye en la presentación de síntomas depresivos. Datos que en parte son concordantes con el lo encontrado por Villafuertes Mendoza (23), en donde no se encontraron relación entre la presencia de síntomas depresivos y el consumo de alcohol, tabaco o de drogas (siendo el único aspecto discordante con el estudio mencionado).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Finalmente, en la **Tabla y Gráfico 13** se muestran las manifestaciones referidas en cada uno de los grupos diagnósticos; para el síndrome depresivo mayor se encontraron como manifestaciones universales la disforia, cansancio y la sensación de fracaso, y las demás manifestaciones se presentaron en 88,89%, a excepción de la pérdida de apetito que se presentó en 77,78%. Para el síndrome depresivo menor todos los casos tuvieron anhedonia, seguido de alteración del sueño y del apetito en 96%, y en menor proporción cansancio (88%) o pérdida de la concentración (80%). Los síntomas depresivos positivos fueron dispersos y abarcaron todos los referidos por los criterios del DSM-IV. Estos datos son similares a los encontrados por Zapata V. y col. en el estudio titulado "Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general" (27) en donde se encontró que la alteración del sueño fue el síntoma predominante (85%), seguido por disforia (76,9%), alteración del apetito (72,1) y anhedonia (69%); síntomas que también tuvieron un alto porcentaje en el presente estudio. Haciéndose mención que dicho estudio fue hecho en civiles que acudían a diferentes Hospitales en Lima.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

Primera. Se encontró una frecuencia elevada de síntomas depresivos positivos, en menor proporción se encontraron tanto el Síndrome Depresivo Menor y Sindrome Depresivo Mayor, dentro del personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario de de la Región Militar del Sur.

Segunda. El perfil Epidemiológico correspondiente a aquellos que presentaron síntomas depresivos en comparación de los que no presentaron depresión fue similar en los aspectos de la edad, grado del personal, unidad de trabajo, estado civil, nivel de instrucción, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

Tercera.- Las características epidemiológicas que guardan mayor relación con la presentación de síntomas depresivos en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur fueron el consumo de drogas y la presencia de antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

Cuarta.- En el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur, los síntomas propios del trastorno depresivo mayor fueron la disforia, cansancio y la sensación de fracaso, mientras que en el síndrome depresivo menor predominó la anhedonia, la alteración del sueño y del apetito.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

SUGERENCIAS

1) **PRIMERA**: El servicio de Psicología debería utilizar el test utilizado (PHQ-9) o alguno similar al momento de evaluar el ingreso del personal; así mismo deberían realizar evaluaciones periódicas en las diferentes unidades pertenecientes a la RMS con el objetivo de verificar y llevar un control continuo de la salud mental del personal de tropa durante sus dos años de estadía en el ejército.

2) **SEGUNDA**: El personal de Salud que labora en el HMR-A, deberá realizar nuevos estudios en personal militar en actividad de diferente grado laboral que comparen los niveles de depresión con los encontrados en el personal de tropa y de esta forma poder determinar si es un problema de salud predominante en el grupo estudiado.

3) **TERCERA**: Así mismo el personal de salud debería realizar estudios para poder comparar los niveles de depresión del personal de tropa con jóvenes de la misma edad que se encuentren cursando estudios universitarios para evaluar la relación que ejerce el servicio militar sobre el estado de ánimo en jóvenes.

4) **CUARTA**: El personal de internos de Medicina y Psicología del HMR-A deberían realizar actividades complementarias para el personal de tropa, dirigidas fundamentalmente para un adecuado desarrollo en los múltiples roles de la vida (familiar, social, profesional, etc).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

BIBLIOGRAFÍA

1) Allen, M.; Pincus, H.; First, M. (2002) "Manual Diagnostico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-IV)- Texto Revisado.". American Psychiatric Association.

2) Baader, T.; Molina, F.; Venezian, B.; Rojas, C.; Farías, R.; Fierro-Freixenet, C.; Backenstrass, M. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Revista Chilena de Neurología - Psiquiatría. 50(1): 10-22

3) Faraj, A.; Olkowski, L. y Jackson, R. (1998). Expression of high-affinity serotonin transporter in human lymphocytes. Int. Journal of Immunopharmac. 16(2): 561-567.

4) Ferrer, C. y González, A.(2008). La Depresión. Universidad Metropolitana Recinto Aguadilla – Publicaciones. San José. 2(2): 7-18.

5) González, L.; Sanabria, P.; Zuluaga, H. (2010) Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de las fuerza militares en Colombia. Revista Colombiana del Ministerio de Defensa. 7(2): 8-15

6) Grupo de trabajo de la GPC sobre la depresión mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009) "Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia". 2da Edición. La Coruña. Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

7) Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., Carreira, I. y Lima, L. (2002). Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. Journal. Int. Immunopharmacol, 2(7): 893-900.

8) Kaplan H., Sadock B.(2002). Sinopsis de Psiquiatría. 8va Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana.

9) Karkowski, L. y Kendler, K. (1997). An examination of the genetic relationship between bipolar and unipolar illness in an epidemiological sample. Psychiatr Genet. 7(4): 159-163.

10) Kashani, J. y Sherman, D. (2001).Depresión en la Juventud: Epidemiologia, etiología e implicaciones del tratamiento. Integrat. Psychiat., 6: 89-112.

11) Kroenke, K.; Spitzer, R.; Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Gen Intern Med. Sep;16(9):606-13.

12) Larocca, F. (2011) La Depresión Anancástica y su importancia diagnóstica; Salud Mental- Republica Dominicana. 4(3): 5-13.

13) Lebowitz, D., Pearson, L., Schneider, S., Reynolds, F., Alexopoulos, S., Conwell, Y., Meyers, S., Morrison, F., Mossey, J., Niederehe, Y. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus Statement.Journal of the American Medical Association, 278:1186-1190.

14) Lima, L. (1996). Bases biologicas de los trastornos afectivos. Interciencia, 17(2). 86-91.

15) Lizondo, G y Llanque, C. (2008). Depresión en el adulto. Revista Paceña De Medicina Familiar. La Paz,. 5(7): 24-31.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

16) Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica. 18 (4): 346-58.

17) Mirtan, B.; Begić, G.; Lauc, B. Hutin, J. (2004) .El trastorno de estres post-traumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas: modelos causales para grupos (clusters) de síntomas. The European Journal of Psiquiatry. 18(4): 68-80.

18) Pastor, E., Ocaña, M., Valero, S. y Turroja, M. (2009). Que Es la Depresión. Revista de Psicología de Chile: "ActualPsico". Santiago de Chile. 4(3) 35-53.

19) Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). (2007). Clinical Therapeutics. Ciudad de Mexico. 29(1): 26-48.

20) Sosa, V. (2008). Correlación de la dinámica familiar con sintomas de ansiedad y depresión del personal de tropa de la brigada de servicios 113 – RMS – 2007. Tesis para optar grado de bachiller de Medicina en Universidad Catolica Santa María. Arequipa.

21) Tanielian, T. y Jaycox, L. (2008). Heridas de guerra invisibles: heridas psicológicas y cognitivas, sus consecuencias, y servicios para ayudar en la recuperación. Santa Mónica: Rand Corp. 4(1): 15-21.

22) Theodore, A.; Stern, J. y Butroit, H. (1995). Psiquiatría en la consulta de Atención primaria. 2da Edición. Guía Práctica. Editorial McGraw Hill- Interamericano.

23) Villafuertes, A. (2008). Factores psicosociales asociados a síntomas depresivos en estudiantes preuniversitarios de la Academia Mendel, Arequipa 2008". Tesis para optar grado de bachiller de Medicina en Universidad Catolica Santa María. Arequipa.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

24) Vitiello, B. y Jensen, P. (1999). Medication development and testing in children and adolescents. Archives of General Psychiatry. 54: 871-876.

25) Wells, K,; Goldberg, G.; Brook, R.; Et Al. (2006). Quality of care for psychotropic drug use in internal medicine group practices. Western Journal of Medicine. 145: 710-714.

26) Yarasca, R. (2007). Síndrome ansioso-depresivo por acoso moral entra bajadores de la salud del Hospital Cívico Policial Julio E.Pinto Manrique, Arequipa – 2010. Tesis para optar el grado de bachiller de Medicina en la Universidad Católica Santa María. Arequipa.

27) Zapata, V., De la Greca, R., Vega, D. y Mazzotti, G. (2005). Patrones de tratamiento de pacientes con depresión en la consulta ambulatoria de medicina general. Revista de Neuro-Psiquiatria .Lima. 68(3-4) : 182-190.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

"IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana

"Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur, Arequipa 2013"

Autor:

OSCAR ANDRÉS FERNÁNDEZ FRANCO

Proyecto de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

I. PREAMBULO

La depresión como enfermedad se ha descrito desde tiempos inmemorables, ya en la antigüedad, Hipócrates describió un estado mental que luego con el desarrollo de las ciencias de la salud se llamaría depresión y que él designó en su época como melancolía.

Actualmente en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento. Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión en algún momento de su vida.

Así mismo hoy en día la depresión se encuentra entre las cinco primeras enfermedades mas discapacitantes, teniendo una proyección para llegar al segundo lugar para el año 2020; como ya se conoce esta patología se caracteriza por variaciones habituales del estado de ánimo y por una sensación persistente de tristeza durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas.

Durante mis años de estudios universitarios he podido observar gran cantidad de pacientes con patologías psiquiátricas, y sobre todo en este último año de internado de medicina en el Hospital Militar Regional de Arequipa al estar en máyor contacto con los pacientes pude percibir que los trastornos mentales, siendo de estos el más común la depresión, están presentes en personas de todas las edades, sexo y sin discriminación de condición social o profesión.

Debido a que la depresión trae consigo una gran limitación tanto en el desarrollo del aspecto personal, así como también social y laboral; es importante el conocimiento del numero de casos que se presentan en el personal que realiza Servicio Militar

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Voluntario, debido a que dicho personal esta constantemente bajo el estrés de conflictos tanto con países extranjeros, como las guerras internas(terrorismo) que presentan nuestros país; por otra parte el SMV al encontrarse en el escalón mas bajo en el ámbito Militar trae consigo que existan desigualdades, maltrato de parte de sus superiores, situaciones que van deteriorando la salud mental. Aspecto de vital importancia en personas que van a tener contacto continuo con armas, donde será necesario una adecuado equilibrio mental. Al tener mayor información sobre la presentación de esta patología se le podrá prestar mayor atención, conociendo de antemano que muchas veces esta no se exterioriza con facilidad y de esta forma poder brindar la ayuda oportuna a este grupo laboral que se encuentra sobre todo compuesto por personas entre el final de la adolescencia y los primeros años de la adultez, y que tienen un futuro por delante, en donde van a necesitar estar a pleno tanto física como mentalmente.

Aunque en el pasado se desarrolló un trabajo similar, fue dirigido mas a observar el ámbito familiar del personal de tropa y su relación con el trastorno depresivo, entre sus resultados no se encontro ninguna relación entre estos; Por tal motivo el presente trabajo de investigación tiene el propósito determinar tanto la frecuencia de los síntomas depresivos, así como también de poder conocer su relación con un mayor número de características epidemiológicas. del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

"FRECUENCIA DE DEPRESION Y CARACTERISTICAS EPIDMIOLOGICAS EN PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO EN LA REGION MILITAR SUR, AREQUIPA 2013 "

1.2.DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.1. Área del conocimiento:

- GENERAL : Ciencias de la salud
- ESPECÍFICA : Medicina Humana
- ESPECIALIDAD : Psiquiatría
- LÍNEA : Depresión

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables e indicadores:

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPOS DE VARIABLE
Características Epidemiológicas de los pacientes			
Edad	Según lo reportado en entrevista	Años	Numérica Continua RAZON
Estado civil	Según lo reportado en entrevista	Soltero/Casado/ Conviviente	Categórica nominal
Sexo	Según lo reportado en entrevista	Masculino/Femenino	Categórica nominal
Procedencia	Según lo reportado en entrevista	Arequipa/Foránea	Categórica nominal
Grado de Instrucción	Según lo reportado en entrevista	Analfabeto/Primaria/ Secundaria/ Tecnico	Categórica nominal
Hábitos Nocivos	Según lo reportado en entrevista	Fuma / alcohol / Droga	Categórica nominal
Tiempo en el Servicio Militar	Según lo reportado en entrevista	Meses	Numérica continua RAZON
Grado del personal	Según lo reportado en entrevista	Sldo/Cabo/Sgto1/ Sgto2	Categórica nominal
Lugar de trabajo	Según lo reportado en entrevista	Nombre de Unidad	Categórica nominal
Antecedente de Enfermedad Psiquiatrica	Según lo reportado en entrevista	SI/NO	Categórica nominal
Características del estudio			
Depresión	Según test de depresión de PHQ -9	Grado de depresión	Categórica ordinal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur?

- ¿Cuál es el grado de depresión en aquel personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur, que presenta síntomas depresivos?

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas que guardan mayor relación con los síntomas depresivos en el personal del Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur?

- ¿Cuáles son los síntomas del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en el personal del Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur?

1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo

1.2.5. Nivel de la investigación:

Descriptivo, transversal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Este trabajo de investigación posee **Originalidad** debido a que aunque existen estudios sobre la prevalencia del trastorno depresivo en múltiples nosocomios, son muy escasos aquellos que se dirigen al estudio de esta patología en el personal que pertenece al Servicio Militar tanto en nuestro país como a nivel internacional.

Es **Factible** este trabajo de investigación ya que se puede realizar de manera adecuada debido a que se cuenta con la accesibilidad y buena disposición para la colaboración con la investigación del Hospital Militar Regional Arequipa y de las unidades correspondientes a la Region Militar del Sur. Los datos serán obtenidos de manera directa mediante el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9).

El presente trabajo tiene **Relevancia científica** debido a que por la escases de estudios y trabajos relacionados a la frecuencia de trastorno depresivo en personal que pertenece al Servicio Militar; no se le puede brindar la importancia que se necesita en un primer momento para un adecuado diagnostico, asi como fundamentalmente para un tratamiento complentario, que se inicie en el nosocomio y pueda ser complementado por la institución y el circulo familiar del paciente.

Este proyecto de investigación tiene **Relevancia Social** debido a que tenemos que buscar la calidad de vida en todos los pacientes, entender que si existe alguna alteración en la salud del paciente y si necesita de apoyo tanto humano, como médico y mediante intervenciones a diferentes niveles, podemos disminuir la presentación de casos que presentan síntomas depresivos en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario; el cual es un grupo laboral que en muchas ocasiones no se les presta la atención necesaria sobre todo en el aspecto mental, teniendo en cuenta que se encuentran bajo un continuo estrés, además del contacto continuo con el material

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

bélico. Al mejorar el aspecto de salud mental en el personal militar traería consigo un mejor desenvolvimiento no solo en el ámbito militar, sino que también potenciaría su desarrollo en múltiples esferas de su vida.

Posee **concordancia** del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María. Además de **Importancia académica** dado que los resultados de este estudio permitirán tanto al personal de salud, así como también al propio personal militar del Hospital Militar de Arequipa, tener un adecuado apoyo multidisciplinario para los pacientes que cursan con esta patología, además de que la información epidemiológica podrá ayudar a la prevenir la aparición de esta enfermedad, pudiendo utilizar medidas de apoyo para aquellos que tengan una mayor susceptibilidad.

Por último, este proyecto tiene un **interés personal,** ya que durante mi internado de medicina en el Hospital Militar de Arequipa, he tenido un contacto cercano con todos aquellos pacientes pertenecientes al Servicio militar Voluntario, pudiendo percibir la alta frecuencia de esta patología y sobre todo que no en todos los casos se brinda el soporte necesario para su tratamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESION

2.1.1. ASPECTOS GENERALES

Desde los primeros tiempos de la medicina ya se conoce la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (460-370 AEC) dio el nombre de "melancolía" a lo que se conoce hoy en día como trastorno depresivo, el medico de la antigua Grecia definió a la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa congoja, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro. En el Corpus Hippocraticum se reconoce ya un tipus melancholius (Hipócrates, Aforismos IV, 23): "El miedo y la tristeza, cuando duran mucho tiempo, constituyen una afección melancólica". (12)

El trastorno depresivo es un tema muy amplio e importante de conocer porque hoy en día vemos muchos casos de depresión, los cuales traen consigo el desarrollo conjunto de múltiples comorbilidades e incluso pueden llegar a un desenlace final. Hablar de la depresión, sin duda alguna, es un tema que no se agotaría dadas las repercusiones que ésta tiene en todos los actos de nuestra vida diaria.

Todos nos sentimos tristes y malhumorados a ratos, dependiendo de los acontecimientos de la vida, pero la depresión es más que eso. Puede ser desde un problema leve hasta una enfermedad grave que pone la vida en peligro. En muchas ocasiones las personas no se pueden controlar por esta enfermedad y toman la decisión errónea del suicidio, de esta forma afectando a su circulo familiar y social.(4)

La depresión es un trastorno psiquiátrico de importancia vital, tanto en la practica clínica de médicos psiquiatras como de médicos generales, debido a que por su naturaleza es difícil distinguir la depresión de los sentimientos normales de tristeza y duelo en los pacientes.(12) En algunos casos lo que parece ser ansiedad en realidad es un estado de depresión profunda, que puede afectar a personas de todas las edades (desde niños hasta ancianos); provocando el deterioro en el desenvolvimiento ya sea en trabajo, actividades de ocio, la capacidad para

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

desempeñar roles sociales y la salud en general; razón por la cual el personal de salud juega un rol fundamental al momento de un diagnóstico oportuno, y así brindar un tratamiento adecuado y completo. (15)

2.1.2. DEFINICION

La palabra depresión proviene del latín depressus, que significa "abatido, derribado"; es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.(4,12)

La depresión es un trastorno de la afectividad el cual traduce una claudicación psicológica y biológica del individuo que se expresa a través de síntomas psíquicos ya mencionados en el párrafo anterior y también por síntomas somáticos como lo son la anorexia, astenia, perdido de peso, trastornos del sueño, etc.(26)

La característica esencial de un trastorno depresivo es un curso clínico caracterizado por uno o mas episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a una enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes.(18) Con lo que respecta al DSM-IV, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante dos meses seguidos. Durante este período de dos meses hay una resolución completa de los síntomas o

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).(1)

ESPECIFICACIONES

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto.

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica)
- Con patrón estacional. (1)

2.1.3. EPIDEMIOLOGIA

2.1.3.1. Prevalencia:

Los estudios del trastorno depresivo han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de ingresos económicos, ni con el estado civil.(6)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

2.1.3.2. Sexo

Según estudios realizados las mujeres padecen depresión con mayor frecuencia que los varones; en general el índice comparativo de prevalencia para la depresión entre mujeres u hombres es aproximadamente de 3 a 2. Pero este no es el único trastorno del animo que se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, de por si los trastornos del animo tienden a presentarse con mayor frecuencia en el sexo femenino, aunque la causa es discutida, probablemente esta diferencia se deba a factores psicológicos y sociales.(6) Otra posible causa seria que la frecuencia de trastornos del animo tienen una mayor frecuencia en mujeres cuyas edades corresponden al desarrollo del Climaterio, razón por la cual puede resultar en una mayor afectación del sexo femenino.(12)

2.1.3.3. Edad

Aunque los trastornos depresivos pueden afectar a cualquier edad, su frecuencia afecta sobre todo en aquellas personas de edad avanzada. El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida (13). La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia. (10,13)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

La depresión en la niñez se empezó a reconocer sólo en los años 70. El diagnóstico se acoge a los mismos criterios que en el caso de los adultos, aunque la sintomatología puede ser algo más confusa. Su prevalencia en la infancia es del 1-2 por ciento y, en la adolescencia, del 4-5 por ciento. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. (23) El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo (consumo de sustancias psicotrópicas, comportamientos parasuicidas, etc.). (10)

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces, el niño tiene un cambio de comportamiento notorio que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En esos casos puede sospecharse un trastorno depresivo. (24)

2.1.3.4. Grado de instrucción

Aunque en la mayoría de estudios no se describe una relación completa entre el grado de instrucción y la frecuencia con que se presentan los trastornos depresivos, tambien es cierto que un gran numero de estudios han informado que este trastorno se presenta en los niveles socioeconómicos mas bajos y por ende con menor nivel de educación. Sin embargo en las culturas primitivas se evidencia una expresión sintomática peculiar, con mas somatizaciones, vivencias paranoides y menor sentimiento de culpa, lo cual hace pensar que el desarrollo y entorno cultural tenga cierto grado de relación. (16)

2.1.3.5. Hábitos

Aunque se podría pensar que la presencia de hábitos nocivos influye directamente en la presentación de síntomas depresivos; se ha informado que el

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

consumo de alcohol no tiene relación clara con el estado depresivo, se ha descrito un mejor nivel afectivo entre los que consumen bebidas alcohólicas en forma ocasional; es decir aquellos que se encuentran en los limites, abstemios y bebedores crónicos, no se encuentran dentro de este grupo paralelo a la depresión. [20]

Asi mismo con el consumo de tabaco no se ha encontrado ninguna relación concreta con la presentación de trastorno depresivo, a excepción de aquellas personas que beben en forma cotidiana y que acompañan su ingesta al consumo de tabaco, pero en este caso se relación a la ingesta de alcohol mas que alguna relación propia con el trastorno depresivo. Lo mismo ocurre con las drogas, factores que son mas dependientes del propio paciente que muchas veces de la patología en si. [20,26]

2.1.3.6. Ocupación

La mayor parte de pacientes que cursan con trastornos depresivos, es probable que se encuentren en actividades laborales con un alta carga de estrés, ya sea que se encuentren en el punto mas alto como en los niveles mas bajos de la cadena laboral; esto relacionado con una mayor tensión o estrés derivado de la mayor responsabilidad o de la carga que ejercen los superiores sobre los que se encuentran al final de la cadena laboral; todo esto en conjunto con el tiempo de trabajo que realizan en forma diaria, el ingreso económico y el cansancio acumulado; todos estos factores en conjunto pueden predisponer a una mayor aparición de trastornos del estado de animo. [5]

2.1.3.7. Patrón familiar

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado delas personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo dedependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno. [2]

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

2.1.4. ETIOLOGIA

2.1.4.1. FACTORES NEUROENDOCRINOS

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen tanto factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad.[3] La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología. [7,14]

Sin embargo, se puede destacar que aún no se ha descubierto alguna alteración biológica estable y común en todas las personas con depresión; es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.[7]

Por ejemplo, la alteración en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal puede ser interpretada como un correlato biológico (correlación), pero no necesariamente implica una explicación del hipotético síndrome. La alteración funcional en el eje puede o no aparecer en una persona deprimida, ya sea antes, durante o después. La relación correlacional supone que "tener depresión" es más probable durante la alteración en dicho eje, pero esta diferencia orgánica es estadística y no sirve para diagnosticar; es decir, no puede ser considerada un marcador biológico de enfermedad. [14]

2.1.4.2. FACTORES GENETICOS

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.(14)

2.1.4.3. FACTORES PSICOSOCIALES

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Desde la psicología de conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida. Por ejemplo, la evitación y el condicionamiento han demostrado tener un papel fundamental en la adquisición y mantenimiento de este problema. (2)

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés. Si bien, el diagnóstico médico debe indicar si es de origen neuroanatómico, hormonal o psicológico.

Aunque no se ha encontrado ningún marcador biológico de la depresión, de modo que ninguna de las alteraciones biológicas atribuidas a la depresión puede ser usada para el diagnóstico de enfermedad. (9)

2.1.5. CUADRO CLINICO

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (4)

Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo están en evolución. Actualmente, el criterio más utilizado para el diagnóstico del trastorno depresivo es el recogido por el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), que se utiliza en USA y en Europa y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (ICD-10), que se utiliza sobre todo en Europa. En estos manuales los síntomas depresivos se clasifican en 4 grandes grupos: (1)

a) Síntomas vegetativos: sueño, apetito, peso, sexo
b) Síntomas cognitivos: Capacidad de centrar la atención, tolerancia a la frustración, memoria, distorsiones negativas
c) Síntomas relacionados con la emoción: motivación, placer, interés, fatigabilidad
d) Síntomas físicos o somáticos: dolor de cabeza, dolor de estómago, tensión muscular

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. (15)

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (19)

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. (4,19)

2.1.6. CLASIFICACION

La clasificación Internacional de enfermedades de la OMS (CIE-10) distingue dentro de los trastornos depresivos, a la siguiente clasificación:

F32.0 Episodio depresivo leve

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se utiliza un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

F32.00 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático:

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se utiliza un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.10 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: Episodios aislados de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales). Incluye:

- Depresión atípica.
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación. [1,8]

2.1.7. DIAGNOSTICO

El diagnostico es completamente clínico, por lo que es importante una buena historia clínica, en donde se indague sobre los rasgos de personalidad del paciente, episodios previos, antecedentes familiares de depresion u otro trastorno psiquiátrico, sobre todo en aquellos familiares de primera línea; además de la búsqueda de todos aquellos factores asociados al desencadenamiento de un trastorno depresivo.[2]

2.1.7.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos) , trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente. [1]

2.1.8. TRATAMIENTO

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. [11]

El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. [13] Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos (y la persona específicamente formada en ello, por ejemplo mediante un máster) tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta desde la modificación de conducta y terapia de conducta.

2.1.8.1. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Se recomienda los ISRS como tratamiento de 1ª elección en el tratamiento de la depresión mayor. Para seleccionar uno concreto debe guiarse más por los efectos adversos que por su eficacia. Frente a un paciente sin mejora con farmacoterapia inicial, revisar el diagnóstico, verificar cumplimiento y toma en dosis y horarios establecidos. Si en la tercera o cuarta semana no hay mejoría, se debe modificar el tratamiento.

No se recomienda incrementar dosis de ISRS si no hay respuesta a las tres semanas. En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión.
En pacientes con más de 2 episodios previos el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.

El tratamiento de una depresión recurrente es el mismo que en un episodio aislado. Las recidivas se producen en el 30- 80% de los pacientes que deben recibir tratamiento de larga duración (incluso por el resto de su vida). La dosis durante la fase de mantenimiento es similar a la que consiguió la remisión. A continuación se describe una tabla con las principales drogas utilizadas en el tratamiento del trastorno depresivo, así como también su posología y los principales efectos adversos: [15,22]

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Principio	Clasificación	Dosis diaria	Frecuencia	Particularidades
Amitriptilina	ADT	50-200 mg	BID o TID	
Clomipramina	ADT	100-150 mg	Varias veces/d	Más abandonos por efectos adversos que ISRSS
Imipramina	ADT	50-200 mg	Varias veces/d	
Nortriptilina	ADT	75-100mg	Varias veces/d	
Maprotilina	Relación c/ADT	25-150 mg	Una o varias veces/d	Visión borrosa y somnolencia
Trazodona	Relación c/ADT	150-400 mg	Varias veces/d	Más sedación, hipotensión postural y nauseas
Mianserina	Relación c/ADT	300-200mg	Una o varias veces/d	Más somnolencia que otros ADT
Citalopram	ISRS	20-60 mg	Una vez/día	Nauseas , boca seca,temblor
Escitalopram	ISRS	10-20 mg	Una vez/día	Menos abandonos
Fluoxetina	ISRS	20-60 mg (90 mg semanal)	1-2 veces /día ó una vez semana	Más sudoración, nausea o perdida de peso
Fluvoxamina	ISRS	100-300 mg	1-2 veces/día	Nauseas, nerviosismo, sudoración
Paroxetina	ISRS	20-50 mg	1 vez /día	Aumento peso, mayor disfunción sexual, Sd de discointinuación
Sertralina	ISRS	50-200 mg	1 vez/día	Más diarrea
Bupropión	ISRND, otros	150-300 mg	1 vez/día	< disfunción eréctil < aumento peso
Duloxetina	ISRND	60 mg	1 vez/día	
Mirtazapina	ISRSN, otros	15-45 mg	1 vez/día	Respuesta más rápida, > aumento peso
Reboxetina	ISRSN	8-12 mg	Varias veces/d	Síntomas vegetativos, taquicardia,hipotensión
Venlafaxina	ISRSN	75-325 mg, 75-225 mg (retard)	Varias veces/d ó cada /d (retard)	Efectos secundaros más graves. Seguimiento cardiovacular estrecho

2.1.8.2. OTROS TRATAMIENTOS:

Hospitalización. Las ideas suicidas persistentes (sobre todo si falta apoyo familiar), así como la presencia de estupor, depresión agitada-delirante, debilidad física y enfermedad cardiovascular grave concomitante, requieren hospitalización y, a menudo, terapia por electrochoque.

Terapia electroconvulsiva (TEC): Utilizada en el Trastorno depresivo grave y depresión resistente, su efecto antidepresivo es más rápido y más eficaz al cabo de 4 semanas (6 a 10 sesiones) con un promedio de 70% de mejoría. Su tasa de mortalidad es de 4 casos por 100000 tratamientos. Esta técnica cada dia se esta utilizando menos a nivel mundial

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Autoayuda guiada: Incluye el uso de materiales escritos (biblioterapia), programas informáticos o material grabado en audio/vídeo, con el fin de modificar actitudes y comportamiento.

Ejercicio físico: El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue mejorar su autoestima y lo que favorece su relación con el entorno. Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas podría mejorar los síntomas depresivos

Tratamiento experimental: Puede ser una alternativa en casos muy refractarios.(antidepresivos a dosis muy altas, asociación con pindolol, combinaciones con anticomiciales, estrógenos, precursores de la serotonina o agentes dopaminérgicos). Tratamientos como la fotoestimulación o la deprivación de sueño. Terapias somáticas como la estimulación magnética transcraneal (EMT), la estimulación del nervio vago o la psicocirugía. [21]

2.1.9. EL ESTRÉS DEL SOLDADO

La depresión es uno de los trastornos que más sufren los militares en zonas de conflicto. Los problemas se derivan sobre todo de vivencias de accidentes con vehículos o helicópteros, que causan ansiedad, depresión leve y, ocasionalmente, estrés agudo. Al regresar, la mayoría necesita un periodo de adaptación. Las medidas adoptadas por la sanidad militar antes, durante y después de la misión facilitan la prevención de estos trastornos y la cohesión del grupo.

El síndrome de estrés postraumático se identificó en 1980, al constatar que un alto porcentaje de los soldados de Vietnam presentaba síntomas de angustia. La OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría lo catalogaron en 1994 como un cuadro médico generado por una situación traumática (guerra, catástrofe natural o accidente). El TEP se manifiesta con embotamiento o rigidez afectiva, desapego emocional, fobias, pánico, insomnio, estado depresivo y conductas de evitación seis meses después del suceso. [5]

Se estima que de cada 800 soldados, unos 20 pueden precisar alguna intervención por depresión o ansiedad en la zona de conflicto. Los problemas psicológicos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

emergen más por motivos personales con la pareja o derivados de los hijos, enfrentamientos dentro de la unidad, o en algún caso por síndrome de abstinencia. Por otra parte, muchos soldados optan por la sanidad privada y se desconoce si se tratan o no salvo que causen baja médica. Las situaciones traumáticas que viven los soldados se tolerarían mejor si conocieran la motivación que les conduce a apuntarse en el Ejército, que pueden ser muy variadas desde un aspecto meramente profesional: huir de una situación conflictiva en casa o por espíritu de ayuda y generosidad. El equilibrio reside en que la ganancia psicológica de estas experiencias se corresponda con lo que la persona espera. La atención médica de los militares desplazados es similar en todos los países desarrollados y se caracteriza por disponer de sistemas de atención rápidos y definidos.(5)

La sanidad militar española destaca por ser uno de los primeros países europeos en enviar equipos de apoyo psicológico con las unidades y uno de los pioneros y líderes en los servicios de telemedicina o asistencia médica a distancia en tiempo real. Pero, ¿qué ocurre cuando un soldado cae herido, tiene un accidente o se pone enfermo? En todas las misiones y en cualquiera de los tres ejércitos (Tierra, Aire y la Armada) existen tres niveles de asistencia médica acorde con el lugar y la gravedad de la lesión: botiquín, célula de estabilización y hospital de campaña. Existe una cuarta vía para las emergencias, en las que se traslada al paciente al hospital. En la célula de estabilización, otro equipo de las mismas características trata lesiones más graves. Y en el hospital de campaña hay especialistas de las disciplinas esenciales.

En un trabajo de investigación realizado con 150 veteranos de la guerra de Croacia, publicado en 2004 en The European Journal of Psiquiatry, muestra que dos de los factores de riesgo de TEP más importantes son las experiencias en la zona de guerra y el recibimiento al regreso en el hogar. (17)

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES LOCALES

Título: "CORRELACION DE LA DINÁMICA FAMILIAR CON SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PERSONAL DE TROPA DE LA BRIGADA DE SERVICIOS 113 – RMS – 2007"

Autor: SOSA SOTO, VERÓNICA IRIS

Lugar de publicación: Arequipa – Perú **Fecha:** 2007

Resumen

Objetivo: La finalidad del trabajo realizado fue la evaluación de la correlación de la dinámica familiar con síntomas de ansiedad y depresión del personal de tropa de la Brigada de Servicios 113 de la Region Militar del Sur de la ciudad de Arequipa.

Metodología: El trabajo fue de tipo transversal, descriptivo de correlacion. Se evaluaron a 223 integrantes varones del personal de tropa, quienes realizaron su servicio militar voluntario en la Brigada de Servicios 113 en el 2007. Se evaluó: la dinámica familiar con el APGAR familiar de SmilkStein; los niveles de ansiedad y depresión con la escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung

Resultados: El APGAR familiar de Smilkstein describió que: el 4,7% tiene una buena función familiar, el 13,7% tiene disfunción familiar leve, el 32,2% tiene disfunción familiar moderada y el 49,4% tiene disfunción familiar severa. Por otra parte el 24,0% no tiene ningún síntoma de depresión, el 51,9% tiene depresión leve y el 21,55% tiene depresión moderada y el 2,6% tiene depresión grave.

Conclusiones: La dinámica familiar y los niveles de ansiedad muestran correlacion inversa(Coeficiente de correlacion Rho= -0,704). La dinámica familiar y los niveles de depresion no muestran correlacion significativa en el personal de tropa.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

Título: "FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS DE LA ACADEMIA MENDEL, AREQUIPA 2008"

Autor: ALEXANDER VILLAFUERTES MENDOZA

Lugar de publicación: Arequipa – Peru **Fecha:** 2008

Resumen

El trabajo de investigación realizado evaluó los factores psicosociales asociados con la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes pre-universitarios de la Academia Mendel ,2008, para ello utilizamos la escala de evaluación para la detección de trastornos depresivos de Goldberg, adaptada para el castellano y un cuestionario a través del cual se obtienen datos del estudiante investigado con relación a las características psicosociales y los síntomas depresivos.

La población estudiada es de 290 estudiantes de la Academia Pre-universitaria Mendel como muestra de un universo de 1050 alumnos que oscilan entre los 15 y 24 años.
Se obtuvieron los siguientes resultados: los factores psicosociales investigados están asociados a los síntomas depresivos en un 76,6% de los alumnos estudiados, además se ha obtenido que los alumnos de 24 años lo presentan con una frecuencia de 100%, en el sexo masculino con 81,8%, en los que viven solos con 76,9%, con pareja sentimental en un 34,1%, en aquellos con una frecuencia de postulación mayor a 7 en un 100%

Se concluyo que se debe prestar mayor atención a la salud mental de estos estudiantes en tantos son seres humanos que pronto se insertaran en el proceso productivo de bienes como parte de su realización personal.; por eso es necesario un oportuno diagnostico en forma primaria y su eventual tratamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Título: "SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO POR ACOSO MORAL EN TRABAJADORES DE LA SALUD DEL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO E. PINTO MANRIQUE, AREQUIPA – 2010"

Autor: YARASCA TACO ROSSALI MARITZA

Lugar de publicación: Arequipa – Perú **Año: 2010**

Resumen

El objetivo del trabajo fue determinar la relación del síndrome ansioso depresivo con el acoso moral en los trabajadores de la salud.

El estudio fue observacional, realizado mediante una encuesta a los profesionales de la salud del Hospital Cívico Policial Julio E. Pinto Manrique, Arequipa, durante el año 2010; mediante el uso de tres instrumentos, cuestionario de Heinz Leymann modificado, escala de Hamilton para ansiedad y escala de Hamilton para depresión.

Los resultados obtenidos mostraron una frecuencia de acoso laboral muy bajo en el 31.0%, bajo en el 21.1%, moderado en el 24.6% y alto en el 23.2%. Además se encontró que el 12.6% de la población estudiada presenta síntomas depresivos, mientras que el 17.6% presenta síntomas de ansiedad.

Se concluyo que existe relación directa y significativa entre el acoso moral y el síndrome depresivo, sin embargo no se da lo mismo entre el acoso moral y el síndrome ansioso en los trabajadores de salud del Hospital Civico Policial "julio e. Pinto Manrique".

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Título: "DIFERENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MILITARES EN RETIRO Y CIVILES ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MILITAR DEL SUR AREQUIPA DICIEMBRE 2010 A FEBRERO 2011"

Autor: CAMACHO CHURA SUSAN KAREN

Lugar de publicación: Arequipa – Perú **Fecha:** 2011

Resumen

El objetivo de la investigación fue diferenciar los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acudieron al Hospital Militar Sur Arequipa de Diciembre 2010 a Febrero 2011.

Para tal efecto se revisaron 280 historia clínicas que presentaban las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton de pacientes adultos mayores militares y civiles.

Se obtuvieron los siguientes resultados: para la ansiedad en 180 militares, ausencia de ansiedad en 14,4%, ansiedad leve en 49% y moderada-grave en 30%; con un Ji cuadrado de 4.2<5.99 por lo que no se encontraron diferencias significativas entre militares y civiles. Para la depresión se encontró: ausencia de depresión en el 43,9%, depresión leve en el 31,1%, depresión moderada el 16,7% y depresión grave el 4% con un ji cuadrado de de 3.5<7.82 por lo que tampoco se encontró diferencias significativas en los niveles de depresión entre civiles y militares.

Se concluyo que los niveles de ansiedad y depresión se presentan con las mismas características tanto entre civiles y militares; por lo que se puede decir que no existen diferencias significativas con lo correspondiente a dichas patologías.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Título: "PATRONES DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL"

Autor: R. DE LA GRECCA, M. ZAPATA V., J. VEGA-D. y G. MAZZOTTI

Lugar de publicación: Lima - Perú. **Fecha:** 2005

Resumen

Objetivo. Obtener información sobre los patrones de manejo de pacientes con depresión por médicos generales (MGs) en servicios ambulatorios.

Metodología. Se administró una encuesta a 73 médicos que trabajaban en servicios ambulatorios de medicina general en tres hospitales de Lima – Perú.

Resultados. 67 MGs (93%) reportaron haber diagnosticado pacientes con depresión y 56 (84%) reportaron empezarles tratamiento farmacológico. Los MGs listaron como quejas frecuentes de presentación: dificultad para realizar labores habituales (21%), tristeza (15%), cefalea/dolor cervical (11%), ansiedad (8%), artralgias (6%) y síntomas gastrointestinales (2%). El número de síntomas listado por los MGs como útiles para hacer el diagnóstico de depresión, en promedio 5.15 (DE=1.66) y el número de síntomas necesario para empezar tratamiento fue 3.3 (DE=1.02). El promedio de síntomas correctos fue 3.18 (DE=1.24). Los psicotrópicos más indicados fueron fluoxetina (45%) y amitriptilina (21%).

Conclusiones. La frecuencia de casos de depresión en servicios de atención primaria es alta, una proporción importante se presenta con sintomatología somática. El conocimiento de criterios diagnósticos estandarizados y de las opciones terapéuticas disponibles no es óptimo y requiere programas de actualización.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Título: "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD MENTAL EN OFICIALES DE LAS FUERZA MILITARES EN COLOMBIA"

Autor: GONZÁLEZ QUEVEDO LUIS ARTEMO, SANABRIA FERRAND PABLO ALFONSO, T.C. HUMBERTO ZULUAGA.

Lugar de publicación: Lima - Perú. **Fecha:** 2010

Resumen

Los oficiales de las Fuerzas Militares de Colombia (FMC) están expuestos a situaciones potencialmente traumáticas. El objetivo del estudio fue determinar la percepción de calidad de vida de oficiales y su relación con factores de salud mental con el fin de aportar elementos para el fortalecimiento de programas de promoción y prevención.

Se utilizó una metodología correlacional tipo encuesta de prevalencia, la muestra fue de 296 oficiales de alto rango voluntarios y 200 oficiales de otras especialidades. Se evaluaron cinco aspectos de calidad de vida general (autoaceptación, adaptación al medio, estabilidad, integridad física y proyección), tres de calidad de vida militar (reconocimiento, apoyo institucional y cohesión) y seis indicadores de psico-patología (depresión, ansiedad, manía, psicosis, estrés postraumático y trastorno disocial).

Los resultados mostraron niveles de calidad de vida general y militar altos y que los niveles bajos se asocian con altas probabilidades de tener alguna psicopatología. Los oficiales de alto rango tuvieron niveles similares de calidad de vida comparados con oficiales de de otras especialidades excepto en proyección en la que fueron inferiores.

Los resultados sugieren que es necesario intervenir diferentes aspectos (sociales, institucionales, personales, entre otros) para mejorar los niveles de calidad de vida y disminuir la probabilidad de la presencia de psicopatología.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

4. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y característica epidemiológicas en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el grado de depresión en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

- ✓ Identificar las características epidemiológicas que guardan mayor relación con la presentación de síntomas depresivos en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

- ✓ Determinar cuáles son los síntomas propios del trastorno depresivo que se presentan con mayor frecuencia en el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario dentro de la Región Militar del Sur.

5. HIPÓTESIS

Debido a que todas las personas en sus diferentes actividades tanto laborales como de la vida diaria pueden estar expuestas a diferentes niveles de estrés, con mucha mayor razón cuando estas personas se encuentran dentro de una institución militar, donde los parámetros de la vida cotidiana se encuentran modificados, siendo muchas veces mas estrictos y limitando en cierto grado la libertad que pudieran tener en sus acciones. En el personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario es probable que se en encuentren una alta tasa de casos de personas que presentan síntomas pertenecientes al trastorno depresivo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. *TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN*:

TÉCNICA : Entrevista estructurada.

INSTRUMENTO : Encuesta: Ficha de Recolección de Datos

Test de Salud del paciente PHQ - 9

2. *CAMPO DE VERIFICACIÓN*

2.1. Ámbito de investigación

Arequipa, Perú. Hospital Militar Regional del Sur.

2.1.1. Ubicación espacial:

MLC. MALECON SOLEZY #500

2.1.2. Ubicación Temporal:

Diciembre 2012 – Marzo 2013

2.2. Unidades de estudio:

El estudio se encuentran dirigido a aquel personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario de la Región Militar Sur, siendo la población total de 750 efectivos dentro de las diferentes unidades, teniendo como objetivo una muestra de 200 efectivos a los cuales se les realizara la entrevista en forma personal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

2.3. Criterios de inclusión

2.3.1. Todas las personas que estén de acuerdo en participar en el estudio.

2.3.2. Todo aquel personal que se encuentre realizando su Servicio Militar Voluntario que pertenezca a la Región Militar Sur.

3.2.3. Personal que no presente dificultades severas al momento de poder establecer comunicación para poder desarrollar la evaluación

2.4. Criterios de exclusión

2.4.1. Personal perteneciente al Servicio Militar Voluntario que sea mayor de 30 años o menor de 17 años.

2.4.2. Personal perteneciente al Servicio Militar a los cuales sus superiores no les den el permiso correspondiente para la realización de la evaluación.

2.4.3. Pacientes que hayan sido diagnosticados previamente a su ingreso al Servicio Militar con trastornos psiquiátricos y que no lo hayan comunicado previamente a sus superiores.

2.4.4. Pacientes que se encuentren consumiendo algún medicamento antidepresivo sin prescripción medica.

3. Estrategia de recolección de datos.

3.1. Organización

- Autorización del Director del Hospital y los respectivos jefes de cada servicio, en ser necesario al correspondiente jefe de la unidad a la que pertenecen las unidades de estudio.
- Previamente a la realización del proyecto de tesis, se dialogara con los respectivos jefes de la institución, para poder recibir el apoyo para la posibilidad de la realización del estudio.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

- Preparación de las unidades de estudio: se les reunirá en forma simultánea y se les entregara la ficha de recolección de datos personales, se les brindara un tiempo aproximado de 5 – 10 minutos para su resolución
- Realización del Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9) en las unidades de estudio, para asi poder seleccionar al grupo de pacientes que presentan síntomas depresivos, para luego poder llevar acabo con ellos la realización del trabajo de investigación.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos: Autor del trabajo (bachiller de medicina), tutor, asesor (Médico Psiquiatra). Personal al que se le aplica el cuestionario.

3.2.2. Material:

- Material de escritorio, material bibliográfico, Computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- Ficha de recolección de datos personales
- Cuestionario de estado de salud del paciente PHQ-9
- Económicos: Aportados en su totalidad por el autor de trabajo de investigación.

3.3. Validación de los Instrumentos:

El instrumento: ***Test de Salud del paciente (PHQ-9)*** ha sido validado en multiples regiones a nivel mundial. En el año 2001 fue validado en EE.UU por Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, que lo evidenciaron en su artículo: "Utilidad de un nuevo y breve cuestionario para la depresión". En Latinoamérica ha sido validada en Chile, por un comité conformado por neurólogos, psiquiatras, psicólogos; el artículo: "Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile" fue publicado el año 2012 en la Revista chilena de Neuro- Psiquiatría. Así mismo fue validado en Perú el año 2012 en el articulo "Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión" cuyos autores fueron: María Calderón, Juan Antonio GálvezBuccollini, Gloria Cueva, Carlos Ordoñez, Carlos Bromley, Fabián Fiestas. En los resultados se obtuvo que el PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3.4. Criterios o estrategias para manejar resultados:

a) Plan de Procesamiento:

La información será recolectada en la ficha de recolección de datos (Anexo-1) y en el Cuestionario sobre Salud del Paciente PHQ9 (Anexo-2), verificando que la información consignada sea suficiente para la elaboración de resultados, luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) *Plan de Clasificación:*

Se empleará una matriz de sistematización en la que serán transcritos los datos obtenidos en cada Ficha y Cuestionario sobre Salud del Paciente PHQ9 para facilitar su uso. La matriz será diseñada en Hoja de cálculo en Microsoft Excel.

c) Plan de Codificación:

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

d) Plan de Recuento:

El recuento de los datos será electrónico, todos los datos consignados en la ficha de recolección de datos y en el Cuestionario sobre Salud del Paciente PHQ9 seran transcritos a una matriz de datos.

e) Plan de análisis de datos

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión; Se creará una base de datos en Microsoft Excel y método estadístico SPSS 21.0. Se realizará un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentarán en tablas de frecuencias y gráficos, se describirán las observaciones obtenidas en números absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Búsqueda de Información	X X X X			
Elaboración del Proyecto	X X X X			
Presentación del Proyecto		X X X X		
Recolección de Datos		X X X X		
Análisis e Interpretación			X X X X	
Elaboración de Informe Final Y Ejecución			X X X X	X X X X

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

FORMULARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días, soy interno de medicina del HMR-A, estoy realizando un estudio con la finalidad de obtener información sobre la percepción que tiene el personal militar sobre su vida cotidiana y laboral. Por lo que le solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a los enunciados que a continuación se presentan, además en la segunda página encontraran una serie de preguntas las cuales usted deberá responder. Expresándole de ante mano que la información brindada es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su colaboración.

DATOS GENERALES

- Fecha: - Lugar de Nacimiento:
- Edad: - Lugar de Procedencia:
- Unidad: - Grado:

- Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( )

- Grado de Instrucción: Analfabeto ( ) Primario ( ) Secundaria ( ) Técnico ( )

- ¿Cuanto tiempo pertenece al Servicio Militar?
  1-6 meses ( ) 7 – 12 meses ( ) Mayor de un año ( )

- ¿Alguna vez se ha sido diagnosticado en Ud. o en algún familiar algúna enfermedad psiquiátrica? ( )SI ( )NO
  Cual:……..

-Consume alcohol: ( )SI ( )NO
  Frecuencia: ( ) Diario ( ) Interdiario ( )1 vez por semana ( ) Ocasional

- Alguna vez ha consumido drogas: ( )SI ( )NO
  Cantidad: ( ) Una vez( ) De dos a cinco veces ( )Múltiples Oportunidades

- Consume tabaco: ( )SI ( )NO
  Frecuencia: ( ) Diario ( ) Interdiario ( )1 vez por semana ( ) Ocasional

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Nombre:_____ Fecha de Hoy: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(use "✓" para indicar su respuesta)

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1. Tener poco interés o disfrutar poco de hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo) o tener más sueño de la cuenta	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentimientos de culpabilidad, desesperanza o pérdida				
7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado – o de lo contrario, estar más inquieto/a e intranquilo/a de lo habitual	0	1	2	3
9. Tener pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3

Sume las columnas: ☐ + ☐ + ☐

(Profesional de atención médica: Para la interpretación del TOTAL, sírvase consultar la tarjeta de puntaje adjunta.) **Puntaje total:** ☐

10. Si usted ha identificado que siente o tiene algunos de los problemas indicados en este cuestionario, ¿cuan *difícil* se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos síntomas?

Nada en absoluto _____
Un poco difícil _____
Muy difícil _____
Extremadamente difícil _____

Gracias por su colaboración

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo , con DNI Nº: …….. a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PERSONAL DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO, AREQUIPA 2013”. Habiendo sido informado del propósito del mismo, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confiabilidad.

Firma del Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Estimado paciente

El autor del estudio para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE

FERNÁNDEZ FRANCO OSCAR

Autor del Estudio

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Anexo 2

MATRIZ DE DATOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Base

Ord	N°	Edad	Natural	Proced	Unidad	Grado	E civil	Instrucc	Tiempo Sm
1	59	23	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
2	58	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
3	57	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
4	56	23	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Conviviente	Tecnico	>1 a
5	41	24	Lima	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
6	46	21	Moquegua	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
7	54	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
8	60	18	Cusco	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
9	61	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
10	68	22	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
11	76	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
12	77	19	Moquegua	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
13	78	21	Lima	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Conviviente	Secundaria	>1 a
14	79	24	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
15	93	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Soltero	Primaria	>1 a
16	100	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Casado	tecnico	>1 a
17	105	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Conviviente	Secundaria	>1 a
18	107	20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
19	118	20	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
20	119	24	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
21	126	21	Moquegua	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 1	Soltero	Primaria	>1 a
22	127	19	Lima	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	tecnico	1-6 m
23	128	24	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	7-12 m
24	137	24	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
25	150	19	Cusco	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
26	151	18	Puno	Moquegua	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	7-12 m
27	152	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
28	153	19	Puno	Puno	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	7-12 m
29	154	18	Lima	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
30	155	20	Moquegua	Moquegua	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
31		22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
32		19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
33	165	20	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 2	Soltero	Primaria	>1 a
34	170	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	>1 a

35	179	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
36	181	22	San Martin	Moquegua	3ra brigada servicios	Soldado	Conviviente	tecnico	1-6 m
37	183	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
38	184	24	Puno	Arequipa	3ra brigada servicios	Sargento 2	Conviviente	Primaria	>1 a
39		20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada servicios	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
40	167	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
41	173	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
42	185	22	Apurimac	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
43		23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Conviviente	Primaria	7-12 m
44		21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
45		19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
46	144	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
47	148	18	Junin	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
48	147	20	Puno	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
49	146	25	Puno	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 1	Soltero	tecnico	>1 a
50	145	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
51	144	19	Moquegua	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
52	143	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
53	142	19	Moquegua	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
54	134	20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
55	120	22	Puno	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
56	117	19	Tacna	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
57	94	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 1	Conviviente	tecnico	>1 a
58	92	24	Puno	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Casado	tecnico	>1 a
59	89	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
60	88	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
61	87	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
62	85	22	Moquegua	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	tecnico	>1 a
63	48	23	Moquegua	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
64	45	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
65	43	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
66	30	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
67	31	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 1	Soltero	Secundaria	1-6 m
68	27	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
69	26	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	tecnico	1-6 m

70	25	21	Ayacucho	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
71	24	22	Ayacucho	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
72	23	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
73	22	18	Tacna	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
74	21	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
75	20	23	Arequipa	Ayacucho	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
76	19	18	Puno	Arequipa	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	tecnico	>1 a
77	18	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
78	17	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
79	16	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
80	15	18	Puno	Puno	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
81	14	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
82	13	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
83	12	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
84	11	21	Iquitos	Iquitos	3ra brigada Artillería	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
85	10	22	Loreto	Arequipa	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
86	9	18	Cusco	Cusco	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
87	8	21	Loreto	Loreto	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
88	7	18	Piura	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
89	6	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	tecnico	1-6 m
90	4	19	San Martin	San Martin	3ra brigada Artillería	Sargento 2	Soltero	Secundaria	7-12 m
91	1	21	Cusco	Arequipa	3ra brigada Artillería	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
92	2	20	Loreto	Loreto	3ra brigada Artillería	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
93	163	23	Junin	Tacna	Otras	Cabo	Soltero	Secundaria	
94	164	25	Puno	Moquegua	Otras	Cabo	Soltero	tecnico	1-6 m
95	164	19	Arequipa	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
96	171	24	Moquegua	Arequipa	Otras	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
97	175	24	Ucayali	Ucayali	Otras	Sargento 1	Soltero	tecnico	>1 a
98	177	19	San Martin	Arequipa	Otras	Cabo	Soltero	Secundaria	1-6 m
99		22	Moquegua	Moquegua	Otras	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
100	72	18	Arequipa	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
101	55	21	Moquegua	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
102	56	24	Moquegua	Arequipa	Otras	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
103	73	20	Arequipa	Arequipa	Otras	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
104	75	25	Ucayali	Arequipa	Otras	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a

105	101	23	Arequipa	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Secundaria	7-12 m
106	108	19	Puno	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
107	109	22	Arequipa	Arequipa	Otras	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
108	112	23	Arequipa	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
109	129	24	Ucayali	Ucayali	Otras	Sargento 1	Soltero	tecnico	>1 a
110	133	22	Arequipa	Arequipa	Otras	Sargento 1	Soltero	Primaria	>1 a
111	138	18	Arequipa	Arequipa	Otras	Soldado	Soltero	Secundaria	>1 a
112	159	19	Arequipa	Arequipa	Otras	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
113	3	21	Cusco	Cusco	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
114	32	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
115	33	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
116	34	22	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
117	35	22	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
118	37	23	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	tecnico	>1 a
119	38	22	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
120	42	19	Moquegua	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
121	44	25	Moquegua	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Casado	Secundaria	>1 a
122	47	23	Moquegua	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
123	51	21	Moquegua	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
124	52	25	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Conviviente	tecnico	>1 a
125	53	19	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
126	62	19	Cusco	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
127	63	25	Tacna	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Conviviente	tecnico	>1 a
128	64	22	Pto Maldonado	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
129	65	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
130	67	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
131	70	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
132	71	19	Cusco	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
133	80	23	Lima	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
134	81	23	Pto Maldonado	Pto Maldonado	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	tecnico	>1 a
135	82	24	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Soltero	Primaria	>1 a
136	83	18	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
137	84	18	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
138	86	23	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Soltero	tecnico	>1 a
139	91	20	Puno	Puno	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a

140	48	19	Tacna	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
141	44	20	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
142	106	18	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
143	111	23	Lima	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
144	121	22	Lima	Lima	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Soltero	tecnico	>1 a
145	122	18	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
146	28	21	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Primaria	7-12 m
147	130	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
148	134	18	Moquegua	Moquegua	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
149	140	19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
150	141	23	Moquegua	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
151	161	25	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Soltero	tecnico	>1 a
152		24	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 2	Casado	tecnico	>1 a
153		22	Lima	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
154		19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
155		19	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
156		24	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Sargento 1	Casado	Tecnico	>1 a
157	182	18	Arequipa	Arequipa	Cuartel Zamácola	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
158	162	18	Puno	Arequipa	Cuartel Zamácola	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
159	3	21	Puno	Puno	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	1-6 m
160	29	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
161	30	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Soltero	Secundaria	7-12 m
162	39	22	Moquegua	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
163	40	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
164	104	22	Puno	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Tecnico	7-12 m
165	49	25	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 2	Soltero	Tecnico	>1 a
166	50	18	Cusco	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
167	9	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Soltero	Secundaria	>1 a
168	74	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
169	90	19	Puno	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
170	95	24	Moquegua	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
171	96	20	Lima	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
172	97	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Soltero	Primaria	>1 a
173	102	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
174	103	19	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m

175	110	25	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 2	Soltero	Secundaria	>1 a
176	13	25	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
177	114	23	Moquegua	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Conviviente	Primaria	>1 a
178	115	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
179	116	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
180	123	21	Cusco	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	tecnico	1-6 m
181	124	21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
182	125	18	Puno	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
183	131	20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Soltero	Secundaria	1-6 m
184	132	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	tecnico	>1 a
185	133	19	Puno	Puno	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
186	136	25	Pto Maldonado	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Sargento 1	Casado	tecnico	>1 a
187	138	20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Primaria	1-6 m
188	156	18	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
189	157	19	Cusco	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
190	160	19	Lima	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
191		22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
192		21	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	7-12 m
193		20	Puno	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
194	180	22	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Casado	tecnico	7-12 m
195	178	20	Puno	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Primaria	1-6 m
196	176	22	Puno	Puno	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	7-12 m
197	174	20	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
198	172	19	Puno	Tacna	3ra brigada comunicaciones	Cabo	Soltero	Secundaria	>1 a
199	168	18	Puno	Puno	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m
200	166	23	Arequipa	Arequipa	3ra brigada comunicaciones	Soldado	Soltero	Secundaria	1-6 m

Dx Psiquiatr	Alcohol	Drogas	Tabaco	PHQ 1	PHQ 2	PHQ 3	PHQ 4	PHQ 5	PHQ 6	PHQ 7	
0		0	0 Ocasional		0	0	0	1	1	0	0
0	Interdiario	Una	Ocasional		1	1	2	1	2	1	2
0		0	0	0	0	0	2	0	1	0	1
0	Ocasional	Una		0	0	1	0	0	0	0	0
0	interdiario	Una		0	0	1	1	0	1	0	1
0	Ocasional		0	0	0	0	0	1	0	0	1
0	Ocasional		0 Ocasional		0	0	1	1	0	0	0
0	Ocasional		0 Ocasional		1	2	1	2	1	2	2
0	interdiario	Una	Ocasional		0	0	0	1	2	0	0
0		0	0 Ocasional		0	0	1	0	1	0	0
0	Ocasional		0	0	0	1	1	0	0	0	1
0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
0	Ocasional	Una	Ocasional		0	0	1	1	2	0	0
0	Ocasional	Una	Diario		1	1	2	1	2	1	2
0	Ocasional		0 Ocasional		0	0	3	2	0	0	2
0	Ocasional	Una	Interdiario		1	2	2	2	3	1	2
1	Ocasional	Una		0	1	0	0	1	0	1	0
0		0	0	0	1	0	2	2	1	1	2
0	Ocasional		0 Ocasional		0	0	0	0	0	0	1
0	Ocasional	Una	Interdiario		0	0	1	1	1	0	1
0		0	0	0	1	1	1	1	0	1	1
0		0 Una	Ocasional		0	0	1	0	1	0	0
0	Ocasional		0 Ocasional		0	0	1	1	0	0	1
0	interdiario		0 Ocasional		0	1	1	0	0	0	0
0	1 vez/sem		0	0	1	1	0	1	0	0	0
0		0	0	0	1	0	0	1	1	1	2
0		0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
0	Ocasional		0 Ocasional		0	1	2	2	1	1	0
0		0	0 Ocasional		0	0	1	0	0	0	0
0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0		0	0 Ocasional		0	0	1	1	2	0	1
0	Ocasional	Una		0	0	0	2	1	1	0	2
0	Ocasional		0	0	1	1	1	2	1	0	1
0	Ocasional		0 Ocasional		1	1	0	0	0	1	0

0		0		0	0	0	0	0	0	0	1
1	Ocasional			0	Ocasional	1	2	1	1	1	2	1
1	Ocasional			0	0	0	1	1	0	0	0	0
0		0		0	interdiario	0	0	0	1	2	1	1
0		0		0	0	0	1	1	0	1	0	1
0	Ocasional		Multiples		interdiario	0	2	1	1	2	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional	1	0	1	1	2	0	1
0	Ocasional			0	0	0	0	1	1	1	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional	0	0	0	1	1	0	0
0	Ocasional			0	0	0	0	1	0	0	0	1
0		0		0	0	2	1	2	2	2	1	2
0		0		0	0	1	2	1	3	1	2	2
0		0		0	0	1	0	1	2	1	1	3
0		0	Una		0	1	1	1	3	1	1	3
0	Ocasional			0	0	1	1	2	1	2	0	1
0	Ocasional			0	interdiario	0	0	0	1	2	0	1
0		0		0	Ocasional	0	1	1	0	0	1	0
0		0		0	0	0	0	1	1	1	0	1
0	Ocasional			0	Ocasional	1	1	1	1	1	1	2
0	Ocasional			0	0	0	0	1	1	0	0	2
0	Ocasional		Una		0	0	1	1	0	1	0	0
0	interdiario		Una		0	0	0	0	0	0	0	1
0	interdiario		Una		Ocasional	0	0	0	1	1	0	1
0	Ocasional		Una		interdiario	0	0	0	0	0	0	0
0		0		0	Ocasional	0	0	0	1	0	0	2
0	Ocasional			0	Ocasional	0	1	0	1	1	1	2
0	Ocasional			0	Ocasional	0	0	0	1	1	0	0
0	Ocasional		Una		interdiario	1	1	2	0	1	0	2
0		0	Una		0	0	0	1	1	1	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional	0	0	0	0	0	0	0
0		0		0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional	0	1	0	1	1	0	0
0	Ocasional			0	0	0	1	2	2	3	1	2
0	Ocasional			0	Ocasional	0	0	1	1	1	1	0
0		0		0	0	1	0	1	1	0	1	2

0		0		0	Ocasional		0	0	0	0	1	0	0
0	Ocasional			0		0	1	1	0	1	0	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	0	1	0	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	1	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional		0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	1	1	1	1	0
0	Ocasional			0	Ocasional		1	1	1	1	0	1	1
0	Ocasional			0	Ocasional		0	0	1	1	0	0	0
0		0		0		0	0	0	0	1	0	0	0
0		0		0		0	3	1	1	0	2	1	0
0	Ocasional			0	Ocasional		1	1	0	1	0	0	1
0		0		0		0	0	1	0	1	0	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	1	1	1	1	1
0	Ocasional			0		0	1	1	1	1	1	1	1
0	Ocasional			0	Ocasional		1	2	1	1	2	0	2
0	Ocasional			0		0	1	0	1	1	2	0	2
0	Ocasional			0		0	1	2	0	1	3	1	1
0	Ocasional			0	Diario		0	0	0	1	0	0	1
0	Ocasional		Una			0	1	0	1	1	0	1	2
0	Ocasional		Multiples		Ocasional		0	1	0	1	0	0	0
0		0		0		0	1	1	1	1	1	1	1
0	interdiario			0	Ocasional		1	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional		2a5		Ocasional		3	3	3	3	3	1	0
0		0		0		0	1	1	1	1	2	3	1
1	interdiario			0	Ocasional		0	1	1	1	2	1	2
0	interdiario		Una			0	1	0	1	0	1	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional		Una		Ocasional		3	2	1	2	0	1	2
1		0		0		0	0	1	1	0	1	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional		1	0	1	1	1	0	0
0		0		0	Ocasional		0	0	0	1	0	0	0
0	interdiario		Una			0	1	1	1	2	2	1	0
0	Ocasional		Una		Ocasional		1	1	0	1	2	0	1
0	Ocasional		Una		Ocasional		1	0	1	1	0	1	1

0	Ocasional		Una		interdiario		1	0	1	2	1	0	1
0	Ocasional		Una		Ocasional		0	0	1	1	2	0	0
0		0		0	Ocasional		0	0	1	0	0	0	0
0	Ocasional			0	Ocasional		0	0	1	0	0	0	0
1		0		0	interdiario		0	1	0	3	3	0	0
1	Ocasional		Una		Ocasional		1	2	1	1	2	1	1
0	Ocasional			0		0	0	0	1	1	2	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	1	0	0
0		0		0	Ocasional		0	1	0	3	2	0	0
0	Ocasional			0		0	1	0	1	0	0	0	1
0		0		0		0	0	0	0	0	1	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	2	0	1
0	Ocasional		Una			0	0	0	0	0	1	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	0	1	1	0	0
0	Ocasional		Una		Ocasional		0	0	0	1	1	0	1
0	Ocasional			0		0	2	0	1	2	1	0	1
0	Ocasional		Una		Ocasional		0	1	1	0	1	0	1
0	1 vez/sem		Una		Interdiario		0	1	1	2	0	1	1
0	Ocasional			0		0	0	0	2	1	1	0	0
1		0		0	Ocasional		1	1	2	2	2	0	1
0		0	Una		1v/sem		1	1	1	2	2	1	0
0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional			0	interdiario		0	1	0	0	2	0	2
0	Ocasional			0		0	0	0	2	1	0	0	0
0		0		0	Ocasional		0	0	1	0	0	0	0
0		0		0	Ocasional		0	0	1	1	1	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	0	0	0
0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	0	0	1
1	Ocasional			0		0	0	0	0	1	2	0	1
0	Ocasional		Una			0	0	0	0	0	2	0	0
0		0		0		0	0	0	0	1	0	0	0
0		0		0		0	0	0	0	2	1	0	1
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	1	0	0
0	Ocasional			0		0	0	0	0	0	0	0	0

0	Ocasional		0	0	1	0	1	2	2	1	0
0		0	0	Ocasional	0	0	2	0	2	0	0
0	Ocasional		0	Ocasional	0	0	1	0	0	0	0
0		0	0	1v/sem	1	1	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		Ocasional	0	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional		0	Ocasional	1	0	0	0	0	0	0
1		0	0	Ocasional	0	0	1	0	0	0	0
0	1 vez/sem		0	0	0	0	0	0	0	0	0
0		0	0	Ocasional	0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		0	0	0	0	0	1	0	1
0	1 vez/sem		0	Diario	1	0	2	1	0	0	1
0		0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		Ocasional	0	0	1	0	1	0	1
0	Interdiario	Una		Ocasional	0	0	1	1	2	0	0
0	Ocasional		0	0	1	2	2	1	1	2	1
0	Ocasional		0	0	0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional		0	0	0	1	1	2	1	1	2
0	Ocasional		0	Ocasional	0	0	1	1	1	0	0
0		0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
0	Ocasional	Una		Ocasional	1	2	2	1	1	2	2
0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		0	1	0	1	1	2	0	1
0	1 vez/sem		0	0	0	0	1	1	1	0	0
0		0	0	Ocasional	0	0	0	2	0	0	0
0	Ocasional		0	0	0	1	1	1	2	0	0
0		0	0	Ocasional	1	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		1v/sem	1	1	2	0	1	0	0
0	Ocasional	Una		Ocasional	0	1	1	1	1	0	0
0	Ocasional		0	Ocasional	1	1	0	1	2	1	0
0	Ocasional		0	Ocasional	1	1	1	1	1	0	1
0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
0	Ocasional		0	Ocasional	0	1	2	0	3	0	2
1		0	0	Diario	0	1	1	1	1	1	2
0	interdiario	Una		0	0	0	2	1	1	0	1

0		0	0	1v/sem		0	0	1	0	0	0	0
0	Ocasional		0		0	0	0	1	1	1	0	0
0	1 vez/sem		0		0	1	0	1	0	3	0	2
0		0	0	Ocasional		0	1	1	0	0	0	0
0	Ocasional		0	Ocasional		1	1	1	1	2	1	1
0		0	0		0	0	3	0	3	1	1	3
0	Ocasional		0	1v/sem		1	0	1	2	1	0	0
0		0	0		0	1	0	1	1	1	1	0
1	Ocasional		0		0	2	1	0	1	1	1	0
0	Ocasional		0	Ocasional		0	1	1	2	0	2	2
0	1 vez/sem		0	interdiario		0	1	1	1	0	0	1
0	Ocasional		0	Ocasional		0	0	1	0	0	0	1
0	Ocasional	Una		Ocasional		2	0	2	2	0	1	2
0		0	0		0	0	0	0	0	1	0	0
0		0	0		0	0	3	0	1	0	1	1
0		0	0		0	1	0	1	1	0	0	1
0		0	0	Ocasional		0	0	1	1	1	0	0
0	Ocasional		0		0	0	0	0	0	0	0	0
0	Ocasional		0		0	0	0	0	0	1	0	0
0		0	0		0	0	0	0	1	0	0	0
0	Ocasional		0	Ocasional		3	2	3	1	2	1	1
0		0	0		0	0	0	1	0	0	1	0
0		0	0		0	1	2	3	1	3	0	0
0		0	0		0	2	3	2	2	1	1	1
1		0	0		0	1	3	3	1	0	2	2
0	Ocasional	Una		Ocasional		1	0	1	1	0	2	1

PHQ 8	PHQ 9	PHQ 10	Puntaje	Puntajes 2a3	Dx
1	0	1	3	0	SD+
0	1	2	11	3	OSD
0	0	1	4	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	1	1	5	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	2	0	SD+
2	1	2	14	5	SDM
0	1	1	4	1	SD+
1	0	1	3	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	4	1	SD+
1	1	2	12	3	OSD
0	0	1	7	3	SD+
1	1	2	15	5	SDM
0	0	1	3	0	SD+
1	1	1	11	3	OSD
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	4	0	SD+
0	0	1	6	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
1	1	0	5	0	SD+
1	1	1	8	1	SD+
1	0	0	3	0	SD+
1	2	1	10	3	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	5	1	SD+
1	0	2	7	2	SD+
1	0	1	8	1	SD+
0	0	0	3	0	SD+

0	0	0	1	0	SD+
2	1	0	12	3	OSD
0	0	1	2	0	SD+
0	0	1	5	1	SD+
0	0	1	4	0	SD+
0	0	1	6	2	SD+
0	0	1	6	1	SD+
1	0	0	4	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	1	2	13	5	SDM
2	1 -		15	5	SDM
1	0	1	10	2	OSD
1	0	0	12	2	OSD
1	0	1	9	2	OSD
0	0	1	4	1	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0	1	4	0	SD+
0	0	2	8	1	SD+
0	0	0	4	1	SD+
1	0	1	4	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0 -		3	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
0	0	1	3	1	SD+
0	0	2	6	1	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	7	2	OSD
0	0	0	3	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
1	0	0	12	4	SD+
1	0	1	5	0	SD+
1	0	0	7	1	SD+

0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	4	0	SD+
0	0	1	1	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
1	0	0	2	0	SD+
1	0	0	3	0	SD+
1	0	1	5	0	SD+
1	1	1	8	0	SD+
0	0	1	2	0	SD+
0	0	1	1	0	SD+
0	0	0	8	2	OSD
0	0	0	4	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
2	1	1	8	1	SD+
0	1	1	8	0	SD+
1	0	0	10	3	OSD
1	0	0	8	2	OSD
1	0	0	10	2	OSD
1	0	0	3	0	SD+
1	1	1	8	1	SD+
1	0	0	3	0	SD+
2	0	0	9	1	SD+
0	0	2	1	0	SD+
3	3	3	22	7	SDM
1	2	1	13	3	OSD
1	0	2	9	2	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
2	1	3	14	5	SDM
0	0	0	3	0	SD+
0	0	1	4	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
1	1	1	10	2	OSD
1	1	2	8	1	SD+
0	0	1	5	0	SD+

0	0	1	6	1	SD+
1	0	1	5	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	7	2	SD+
0	0	1	9	2	OSD
0	0	1	5	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
1	0	1	7	2	SD+
0	0	0	3	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	3	1	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	0	3	0	SD+
0	0	1	7	2	OSD
0	0	1	4	0	SD+
1	1	1	8	1	SD+
0	0	1	4	1	SD+
1	1	2	11	3	OSD
1	0	1	9	2	OSD
0	0 -		0	0	SD -
0	0	1	5	2	SD+
0	0	1	3	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	4	1	SD+
0	0	0	2	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	4	1	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -

1	0	1	8	2	OSD
0	0	1	4	2	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	4	0	SD+
0	0	-	0	0	SD -
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	-	0	0	SD -
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	2	0	SD+
0	0	1	5	1	SD+
2	0	1	7	1	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
1	1	1	6	1	SD+
1	0	1	11	3	OSD
0	0	1	2	0	SD+
0	1	1	9	2	SD+
1	0	1	4	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
2	0	1	13	5	SDM
0	0	0	2	0	SD+
0	0	2	6	1	SD+
0	0	0	3	0	SD+
0	0	0	2	1	SD+
0	0	1	5	1	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0	1	5	1	SD+
0	0	1	4	0	SD+
1	1	1	8	1	SD+
1	1	1	8	0	SD+
0	0	1	3	1	SD+
1	1	2	10	3	SD+
1	1	1	9	1	SD+
0	0	1	5	1	SD+

0	0	0	1	0	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	1	1	8	2	OSD
0	0	0	2	0	SD+
1	1	1	10	1	SD+
3	3	2	17	5	SDM
0	0	1	5	1	SD+
0	0	1	5	0	SD+
0	0	0	6	1	SD+
0	1	1	9	3	SD+
0	1	1	5	0	SD+
0	0	0	2	0	SD+
0	1	1	10	4	OSD
0	0	0	1	0	SD+
0	0	2	6	1	SD+
2	1	1	7	1	SD+
0	0	1	3	0	SD+
0	0 -		0	0	SD -
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	1	0	SD+
0	0	0	13	4	OSD
1	0	0	3	0	SD+
2	1	1	13	4	OSD
1	0	2	13	4	OSD
2	2	2	16	6	SDM
0	0	1	6	1	SD+