

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN OFICIALES DEL EJÉRCITO EN AREQUIPA, AÑO 2017

Tesis presentada por el Bachiller:

Rado Zamalloa, Dwitch

para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesor: Dr. Espinola Sánchez, Marcos Augusto

AREQUIPA - PERÚ

2018



Universidad Católica de Santa María

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

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 136 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN OFICIALES DEL EJERCITO EN AREQUIPA, AÑO 2017”

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

DWITCH RADO ZAMALLOA

Nuestro dictamen es:

Favorable -

OBSERVACIONES:

1

Arequipa,

J. Elva
Dr. José Eliseo Alvarado Aco
MÉDICO PSICUATRA
RNE 9805 - CMP 14091
.....
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

9
Dr. Ricardo Ibáñez Barreda
MÉDICO PSICUATRA
C.M.F. 37542 - R.N.E. 25135
.....
DR. RICARDO JAVIER IBÁÑEZ BARREDA

V. Luis
.....
DR. VICTOR LUIS VASQUEZ HUERTA

Dedico mi tesis con mucho amor y agradecimiento:

A mis padres, por su infinito amor y comprensión, a mi familia por siempre haberme acompañado en cada etapa de mi vida, a mi madrina por ser un ejemplo a seguir, a mis hermanos Lucho, Coco, Beto, Ana Lucia, por tantas risas y buenos momentos compartidos.

A los hermanos que la vida me puso en el camino Ramiro, Adoum, Fabricio, Victor, George, Omar y Sony.

A mi gran amor Rosario, aquella que siempre me alienta y me motiva a ser mejor cada día, mi Chari.

Mi más sincero agradecimiento

A Dios, por guiar mi camino en cada fase de mi vida.

A la Universidad Católica de Santa María, en especial a la Facultad de Medicina Humana por contribuir en mi formación como profesional.

A Dr. Marcos Augusto Espinola Sanchez, por brindarme su apoyo y orientación constante en la presente investigación.

A mis jurados por dedicar su tiempo a la revisión de la presente investigación, permitiendo de esta forma la realización de la tesis.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja, que afecta a diferentes sistemas y que principalmente se expresan en el plano psíquico. (1) Esta patología implica alteraciones de neurotransmisión cerebrales, neuroendocrinos e inmunológicos; (1) los que puede explicar el cuadro heterogéneo como síntomas somáticos, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar. (2-4)

Se estima que la depresión es el trastorno mental más prevalente en el ámbito de la atención primaria y que puede convertirse en un serio problema de salud alterando las actividades laborales y familiares incluso en el peor de los casos conduciendo al suicidio. (5,6) La prevalencia de la depresión es variable, en Europa se estima que la prevalencia anual de la depresión es del 6,1% entre personas de 18 y 65 años. (7) Mientras que, en América Latina se ha reportado una mayor prevalencia de depresión, siendo en México 27.5%, (8) en Chile 17,2% (9) y en Perú se reporta que el 25% de la población sufre alguna forma de depresión, donde los grupos de riesgo comprenden el 15% del total. (10) Así mismo en Perú, se calcula que un millón 700 mil personas anualmente tienen depresión y requieren de atención. (11)

La depresión es una patología multifactorial donde diferentes factores pueden influir en su génesis como factores genéticos y adversidades psicosociales. (12-15) Estudios han demostrado que la serotonina tiene un rol importante en la respuesta endocrina de la depresión, (15) sobretodo tiene importancia las variaciones que se presenten en la región promotora del gen del transportador de serotonina. (16) Entre las variantes genéticas se ha reportado que un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina produce una disminución del transporte de este neurotransmisor; (17) así mismo, estudios revelan que este gen podría actuar como predictor de la respuesta al tratamiento antidepressivo. (18) Por otro lado, los polimorfismos en el gen de la Monoaminooxidasa A (MAO-A), han sido relacionados también con la actividad dopamina y la depresión. (19)

Se considera que en la fisiopatología de la depresión están implicadas alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y en los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, esto puede explicar la heterogeneidad de síntomas que el paciente muestra en la fase depresiva. (20) Según estudios previos se asume que esta enfermedad multifactorial se origina en la interacción entre una predisposición genética y sucesos vitales, como trauma o abuso infantil, los que producen cambios significativos en el sistema nervioso central. El

resultado es una hiperactividad del sistema corticotrophin releasing factor (CRF) que conduce a una hipercortisolemia mantenida y a una hiperactivación del sistema noradrenérgico. Así mismo, estudios han señalado que el CRF así como el sistema noradrenérgico son los mediadores de la respuesta al estrés. Estos sistemas ejercen amplias influencias, tanto en el cerebro como en la periferia, a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso autonómico. (20) Por otro lado, el estrés reduce la densidad post-sináptica del receptor 5-HT_{1A}, produciéndose así el hiper-metabolismo del área Cg25 y la amígdala; esto probablemente conduzca a la disfunción de los circuitos intra-corticales así como límbico-corticales; así mismo, la mayor actividad amigdalina puede potenciar la disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal inducida por el estrés crónico, a su vez ésta disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal constituye un factor neuroendócrino que contribuye a la etiología de la depresión mayor. (21)

Debido a la presentación heterogénea de síntomas de depresión se han propuesto criterios diagnósticos para resolver los problemas de validez y confiabilidad en el diagnóstico (representado por el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) y se encuentran clasificados dentro del grupo de trastornos del estado de ánimo, siendo estas depresión leve, moderada y severa, así como sus variantes según presencia de síntomas psicóticos; y el trastorno depresivo mayor. (3,4) Sin embargo su utilidad ha sido cuestionada, no encontrándose hasta el momento una solución definitiva. (22)

Existen instrumentos específicos que evalúan los síntomas de depresión, siendo los más usados el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (Zung Self-Assessment Depression Scale, SDS) y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen (CES-D); estos instrumentos han sido previamente valorados en diferentes poblaciones y sus resultados son comparables entre sí. (23) Sin embargo, de los instrumentos antes mencionados el BDI es un instrumento que permite valorar la gravedad de los síntomas de depresión, así mismo está validado en su versión traducida al castellano y presenta altas cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal. (24)

Se han estudiado diferentes factores asociados a la depresión, sin embargo los factores de riesgo que muestran consistencia en su asociación con trastorno depresivo mayor y que pueden jugar un papel causal son: género, eventos vitales estresantes, experiencias infantiles adversas y ciertos rasgos de personalidad. (12,13) Se estima que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. (25) Entre las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. (12,13,26) Así mismo, el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. (26) Así mismo, el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (27)

Entre los factores personales se ha reportado que las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales son factores de riesgo importantes; (26) de igual forma, se ha encontrado una posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco. (25,28) Por otro lado, se ha reportado que los rasgos neuróticos de la personalidad se encuentran asociados a la depresión y a sus recaídas. (29,30) Entre los factores familiares y genéticos aun no se ha establecido qué peso de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar. Apesar de ello, es conocido que familiares de primer y segundo grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de probabilidad de presentar depresión que la población general. (14,32) Entre las circunstancias sociales se ha señalado que las personas con bajo nivel de recursos económicos (12,13,26) y las circunstancias laborales desfavorables como el desempleo y baja laboral presentan con mayor frecuencia depresión. (12,13,27,32) Mientras que, entre los factores cognitivos se ha señalado que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales juegan un rol importante en el procesamiento de la información que se encuentra asociada a la depresión. (33)

Por otro lado, estudios previos han reportado un alto porcentaje de militares con depresión mayor, así como alta incidencia de trastornos de ansiedad y afectivos. (34-36) Por otro lado, se ha estudiado que los factores personales son recursos para hacer frente a situaciones complicadas; incluso las características personales y del entorno del personal militar juegan un rol importante para hacer frente a los estresores laborales en la salud, la satisfacción laboral y la intención de abandono del puesto de trabajo en el personal militar. (37)

En la bibliografía se ha reportado el perfil de la depresión en oficiales militares, un estudio desarrollado por Abelló y col señalan que existe correlación directa entre depresión-desesperanza y depresión con riesgo suicida, siendo esta última la correlación más elevada; así mismo reportaron bajos niveles de depresión en oficiales militares, cercano al 15%. (36) Así mismo, en el estudio desarrollado por Gonzales y col indican 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 en oficiales militares. (38)



RESUMEN

Objetivos: Evaluar la asociación entre las características sociodemográficas y los síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa, año 2017. **Diseño:** Estudio observacional, prospectivo, transversal. **Muestra:** Participaron 175 Oficiales del ejército de Arequipa, que cumplieron con los criterios de selección. **Medición:** Determinación de los síntomas de depresión según el Inventario de Depresión de Beck. **Resultados:** La depresión en Oficiales del ejército en Arequipa fue del 21.3%, se encontró asociación significativa entre síntomas de depresión y las características sociodemográficas de: sexo femenino ($p=0.0001$), menor grado de oficial militar ($p=0.0001$), vivir solo (0.09) y formación universitaria (0.0001). En el análisis bivariado se encontró mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión en estudiantes expuestos a formación universitaria (RP=2.77; IC95%=1.59-4.81), sexo femenino (RP=3.55; IC95%=2.13-5.94), vivir solo (RP=1.98; IC95%=1.22-3.21), ingresos económicos menor a 4 mil nuevos soles (RP=2.35; IC95%=1.34-4.09) y menor grado de oficial militar (RP=3.88; IC95%=1.88-8.01). En el análisis multivariado se encontró mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión en estudiantes expuestos a formación universitaria (RP=1.62; IC95%=1.63-1.624), sexo femenino (RP=3.01; IC95%=1.9-4.76), vivir solo (RP=2.25; IC95%=1.55-3.27) e ingresos económicos menor a 4 mil nuevos soles (RP=1.91; IC95%=1.16-3.35). **Conclusiones:** La prevalencia de síntomas de depresión en oficiales del ejército de Arequipa es del 21.3%. Así mismo, los síntomas de depresión se encuentran asociados a las características sociodemográficas de formación universitaria, sexo femenino, vivir solo e ingresos menor a 4 mil nuevos soles en oficiales militares del ejército de Arequipa.

Palabras Clave: Depresión, oficiales militares.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the association between sociodemographic characteristics and symptom of depression in army officers in Arequipa, 2017. **Design:** Observational, prospective, cross-sectional study. **Sample:** 175 Army officer participated in Arequipa, who met the selection criteria. **Measurement:** Determination of depression according to the Beck Depression Inventory. **Results:** the symptom of depression in Army officers in Arequipa was 21.3%, a significant association was found between depression and the sociodemographic characteristics of: female sex ($p = 0.0001$), lower grade of military officer ($p = 0.0001$), living alone (0.09)) and university education (0.0001). In the bivariate analysis, it was found a higher probability of presenting symptom of depression in students exposed to university education (PR = 2.77, IC95% = 1.59-4.81), female (RP = 3.55, IC95% = 2.13-5.94), living alone (RP = 1.98; IC95% = 1.22-3.21), income less than 4 thousand nuevos soles (PR = 2.35, IC95% = 1.34-4.09) and lower grade of military officer (PR = 3.88, IC95% = 1.88-8.01). In the multivariate analysis, it was found a higher probability of presenting symptom of depression in students exposed to university education (PR = 1.62, IC95% = 1.63-1.624), female (RP = 3.01, IC95% = 1.9-4.76), living alone (RP = 2.25; IC95% = 1.55-3.27) and economic income of less than 4 thousand nuevos soles (PR = 1.91, IC95% = 1.16-3.35). **Conclusions:** The prevalence of symptom of depression in army officers of Arequipa is 21.3%. Likewise, depression is associated with the sociodemographic characteristics of university education, female sex, living alone and income of less than 4 thousand nuevos soles in military officers of the army of Arequipa.

Key words: Depression, army officers.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS1

CAPÍTULO II

RESULTADOS8

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y
COMENTARIOS20

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES23

BIBLIOGRAFÍA26

ANEXOS

Anexo 1: Proyecto de investigación33

Anexo 2: Consentimiento informado64

Anexo 3: Inventario de depresión de beck66

Anexo 4: Ficha de recolección de datos69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Descripción de las características sociodemográficas de oficiales del ejército en Arequipa, 2017.....	9
TABLA N° 2: Descripción de los síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	11
TABLA N° 3: Comparación de sexo según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	12
TABLA N° 4: Comparación de edad según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	13
TABLA N° 5: Comparación de grado oficial según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.....	14
TABLA N° 6: Comparación de estado civil según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	15
TABLA N° 7: Comparación de ingreso económico según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	16
TABLA N° 8: Comparación de cohabitación según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	17
TABLA N° 9: Comparación de formación militar según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	18
TABLA N° 10: Análisis de factores asociados a síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017	19

ÍNDICE DE GRÁFICAS

- GRÁFICA N° 1: Gráfico combinado de líneas y columnas agrupadas por característica según sexo, grado de oficiales, estado civil, ingresos económicos, cohabitación, tipo de formación y procedencia en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.....10
- GRÁFICA N° 2: Gráfica según tipo de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.11





CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos para la medición de los síntomas de depresión y una ficha de recolección de datos.

1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de los síntomas de depresión, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos según la alternativa escogida en función a la gravedad. Según el puntaje obtenido se clasifica de 0 a 9 como Ausente, de 10 a 18 Leve, de 19 a 29 Moderada y de 30 a 63 es considerada como síntomas de depresión grave. (23)

El BDI fue traducida, adaptada al castellano y validada en estudios previos, siendo actualmente una de las más utilizadas para valorar específicamente síntomas de depresión. Así mismo, presenta altas cifras de confiabilidad y consistencia interna; de igual manera estudios previos han evidenciado que sus resultados son comparables con resultados de otras escalas como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen que son usadas en otros estudios. (24)

El inventario de depresión de Beck tiene como componentes analizados los siguientes:

°	ITEM	N°	ITEM
1	Tristeza	12	Desinterés social
2	Pesimismo	13	Indecisión
3	Sentimiento de fracaso	14	Pobre imagen corporal
4	Insatisfacción	15	Dificultad laboral
5	Culpabilidad	16	Insomnio
6	Sentimiento de castigo	17	Fatiga
7	Autodecepción	18	Pérdida de apetito
8	Autoculpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo
11	Irritación		

Fuente: Idem (23,24)

1.2.2. Ficha de recolección de datos:

Fue elaborada por el investigador para fines del presente estudio, para obtener los datos sociodemográficos y función laboral de los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio. La presente hoja de recolección de datos no es un cuestionario de evaluación, ya que no se ha consignado puntajes para su valoración de cada ítem; por lo cual, no requiere de validación. El presente instrumento solo es una herramienta para posteriormente describir las características sociodemográficas de los oficiales del ejército en Arequipa. (23,24)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación fue realizado en la III División Militar del Ejército del Perú, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio fue realizado en el período de diciembre del 2017.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Población

Oficiales del Ejército en Arequipa

2.3.2. Muestra

En el presente estudio participaron 174 Oficiales del Ejército en Arequipa en actividad durante el mes de diciembre del 2017; y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Así mismo, el tamaño de muestra estudiada en el presente estudio fue en concordancia con lo requerido para estudio transversal observacional (174 participantes), calculado en el programa EPIDAT versión 3.1, con proporción esperada de síntomas de depresión en oficiales militares del 0.13 según estudios previos (47) y con una precisión del 0.05 y un nivel de confianza del 95%.

Criterios de selección

De inclusión:

- Oficiales del ejército que cursen actividades en la ciudad de Arequipa.
- Oficiales del ejército que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

De exclusión:

- Oficiales que decidan retirarse del estudio.
- Oficiales que tuvieron la pérdida de un familiar de primer o segundo grado de consanguinidad que consideren cercano en sus vidas cotidianas en los últimos 2 meses.
- Oficiales que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Oficiales que actualmente se encuentren en tratamiento para la depresión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**3.1. ORGANIZACIÓN**

El presente trabajo de investigación, previa aprobación de los jurados evaluadores del proyecto de tesis y del comité institucional de ética de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa, fue presentado al Cuartel General del Ejército Arequipa para contar con los permisos respectivos para su aplicación en oficiales del ejército.

El investigador, previa coordinación con oficiales del Cuartel General invito a participar en el estudio mediante consentimiento informado (anexo 1) para poder aplicar el instrumento de evaluación de síntomas de depresión. De los participantes que aceptaron participar se seleccionaron los que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Posterior a la aceptación de los oficiales, se les entregó y explicó cómo contestar el instrumento de evaluación (anexo 2) así como la ficha recolectora de datos (anexo 3), los cuales fueron respondidos de forma personal y confidencial asignando un código. Luego de obtener los resultados, se les brindó los mismos a los participantes de forma personal y recomendaciones de ser necesario para que pueda continuar una atención especializada de ser el caso según hallazgos de síntomas de depresión.

Cuando concluyó la recolección de datos, se elaboró una base de datos en el Programa Excel, se procesaron los datos identificando factores asociados a síntomas de depresión. Posteriormente, se procedió a elaborar el informe de investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

- El investigador: Dwitch Rado Zamalloa

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

- Asesor: Dr. Marcos Augusto Espinola Sánchez

Materiales:

Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros, servicio de anillado, servicio de internet

Financieros:

- Autofinanciamiento.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumentos a emplear BDI cuenta con estudios de validación en su traducción al español, (24) presentando altas cifras de fiabilidad del BDI tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest). Mientras que, la Ficha de recolección de datos no requirió de validación por ser solo para recojer información de forma objetiva y sus ítems no tienen un puntaje.

3.4. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

En la estadística descriptiva de las variables cualitativas se realizaron frecuencias; y en las variables numéricas se realizaron promedios y desviación estándar. En el análisis estadístico inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado o Test exacto de Fisher según corresponde a la variable cualitativa, con un nivel de significancia al 5%; mientras que para variables cuantitativas se utilizó el T-student. En el análisis de asociaciones crudas se utilizó el análisis bivariado midiendo la razón de prevalencia y se incluyeron sus respectivos intervalos de confianza al 95%. En el análisis multivariado se utilizó el modelo matemático de regresión Log-Binomial calculando

la asociación ajustada de la razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los datos fueron procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22 y sus resultados presentados en tablas.

3.5. ÉTICA:

El presente proyecto fue presentado al comite de Ética Institucional para contar con su revisión y aprobación antes de su ejecución. En la ejecución de la investigación se invitó a participar a los oficiales del Ejército de forma voluntaria, tomando un consentimiento informado al inicio de la entrevista. Así mismo, se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos asignando un código a cada participante que solamente el investigador conoce.





RESULTADOS

TABLA N° 1.

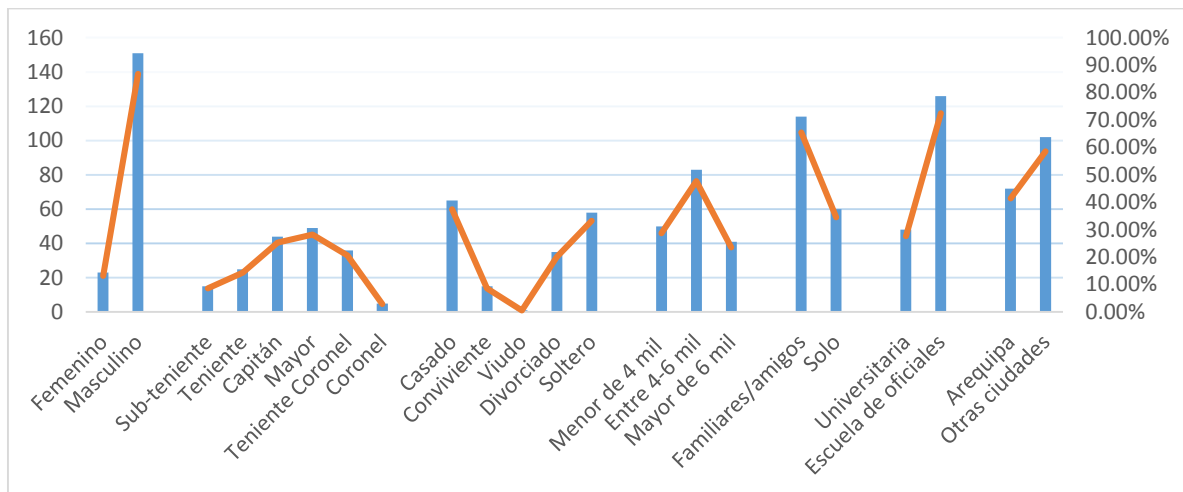
Descripción de las características sociodemográficas de oficiales del ejército en Arequipa, 2017.

CARACTERISTICAS	n	Frecuencia
SEXO		
- Femenino	23	13.2%
- Masculino	151	86.8%
GRADO OFICIALES		
- Sub-teniente	15	8.6%
- Teniente	25	14.4%
- Capitán	44	25.3%
- Mayor	49	28.2%
- Teniente Coronel	36	20.7%
- Coronel	05	2.9%
ESTADO CIVIL		
- Casado	65	37.4%
- Conviviente	15	8.6%
- Viudo	01	0.6%
- Divorciado	35	20.1%
- Soltero	58	33.3%
INGRESO ECONÓMICO		
- Menor de 4 mil	50	28.7%
- Entre 4-6 mil	83	47.7%
- Mayor de 6 mil	41	23.6%
COHABITACIÓN		
- Familiares/amigos	114	65.5%
- Solo	60	34.5%
FORMACIÓN		
- Universitaria	48	27.6%
- Escuela de oficiales	126	72.4%
PROCEDENCIA		
- Arequipa	72	41.4%
- Otras ciudades	102	58.6%
EDAD		
	Media=36.29	Mínimo=22
	DE=8.22	Máximo=55

Fuente: Base de datos

GRÁFICA N° 1.

Gráfico combinado de líneas y columnas agrupadas por característica según sexo, grado de oficiales, estado civil, ingresos económicos, cohabitación, tipo de formación y procedencia en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.



En la tabla 1 y gráfica 1, observamos que existe una mayor frecuencia de varones (86.8%) en comparación de las mujeres (13.2%); así mismo, se observa que existe una mayor frecuencia del grado oficial de Mayor (28.2%) seguido de Capitán (25.3%) y en menor frecuencia de Sub-teniente (8.6%) y de Coronel (2.9%); el estado civil más frecuente entre los participantes fue casado (37.4%) y soltero (33.3%); entre los participantes se observa con mayor frecuencia un ingreso económico entre 4 y 6 mil nuevos soles (47.7%) seguido de un ingreso mensual menor a 4 mil nuevos soles (28.7%) y en menor frecuencia se observa un ingreso mensual mayor de 6 mil nuevos soles (23.6%); Se ha encontrado que la cohabitación más frecuente fue vivir con familiares/amigos (65.5%) y en menor frecuencia los oficiales viven solos (34.5%); El tipo de formación más frecuente fue de Escuela de oficiales (72.4%) y en menos frecuencia de formación universitaria (27.6%); así mismo, se observa que el 58.6% de oficiales procede de otras ciudades y solo el 41.4% procede de Arequipa.

TABLA N° 2.

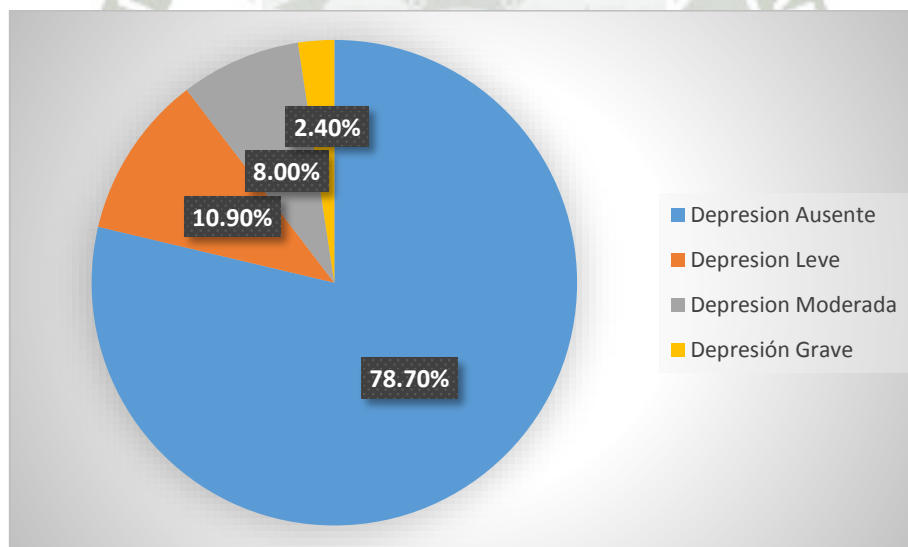
Descripción de los síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

Nivel de depresión (Instrumento de Beck)	n	Frecuencia
Sin depresión (0-9ptos)	137	78.7%
Con depresión (10-63)	37	21.3%
- Leve (10-18ptos)	19	10.9%
- Moderado (19-29ptos)	14	8.0%
- Grave (30-63ptos)	04	2.4%

Fuente: Base de datos

GRÁFICA N° 2.

Gráfica según tipo de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.



En la Tabla 2 y gráfica 2, observamos que solo el 21.3% de oficiales presenta alguna forma de síntomas de depresión (leve, moderada o severa); siendo la que se encuentra con mayor frecuencia es la leve (10.9%), seguida de moderada (8%) y en menor frecuencia los síntomas de depresión grave (2.4%), Abello y col. Colombia, 2016 describió un 15% de prevalencia de depresión en jóvenes de escuela militar.

TABLA N° 3

Comparación de sexo según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

SEXO	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
- Masculino	24	127	
- Femenino	13	10	0.0001

Fuente: Base de datos

En la tabla 3 observamos que la característica de sexo presenta diferencias significativas entre los grupos de oficiales militares con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, siendo el sexo femenino significativamente mayor en oficiales militares con síntomas de depresión que en oficiales militares sin síntomas de depresión ($p=0.0001$); Bello M y col. Mexico 2005 encontró 8 al 21% de mujeres de 18 a 65 años mostraron sintomatología de depresión en alguna etapa de su vida

TABLA N° 4

Comparación de edad según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
Edad	Media: 34.46 DE +/- 7.26	Media: 36.79 DE +/- 8.41	0.123

Fuente: Base de datos

En la tabla 4 observamos que la característica de edad no presenta diferencias significativas entre los oficiales con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión ($p=0.123$); Luna matos y col. 2014 encontró que el 8.2% gestantes atendidas tuvo un trastorno de humor.

TABLA N° 5.

Comparación de grado oficial según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

GRADO OFICIAL	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
- Sub-teniente/ teniente/Capitán	29	55	0.0001
- Mayor/ Teniente- coronel/Coronel	08	82	

Fuente: Base de datos

En la tabla 5 observamos que la característica de grado de oficial presenta diferencias significativas entre el grupo de oficiales militares con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, siendo el menor grado de oficial (sub-teniente/teniente/capitán) el que se encuentra significativamente mayor en oficiales militares con síntomas de depresión que en oficiales militares sin síntomas de depresión ($p=0.0001$); Perez y col. 2011 España demostraron que condiciones de alto stress laboral como predictor para desarrollar sintomatología depresiva con un OR 1.91, 95% IC(1.50-2)

TABLA N° 6.

Comparación de estado civil según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
ESTADO CIVIL			
- Casado/ Conviviente	12	68	
- Viudo/Divorciado/ Soltero	25	69	0.09

Fuente: Base de datos

En la tabla 6 observamos que el estado civil no presenta diferencias significativas entre los oficiales con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión ($p=0.09$); Acosta y col 2007 Mexico encontró que en una población de mayores 52 años, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil de los participantes ($p>0.05$)

TABLA N°7.

Comparación de ingreso económico según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

INGRESO ECONÓMICO	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
- Menor de 4 mil	18	32	0.0015
- Mayor o igual de 4mil	19	105	

Fuente: Base de datos

En la tabla 7 observamos que el ingreso económico presenta diferencias significativas entre los grupos de oficiales militares con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, siendo el menor ingreso económico (< 4 mil nuevos soles) el que es significativamente mayor en los oficiales militares con síntomas de depresión que en oficiales militares sin síntomas de depresión ($p=0.0015$); Bellón y col 2008. España encontró que la población de ingresos económicos bajos y medios tienen un predictor para desarrollar sintomatología depresiva OR 1.80 IC 95% (1.70-2.2).

TABLA N°8.

Comparación de cohabitación según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

COHABITACIÓN	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
- Familiares/amigos	14	100	0.0001
- Solo	23	37	

Fuente: Base de datos

En la tabla 8 observamos que la característica de cohabitación presenta diferencias significativas entre los grupos de oficiales con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, siendo la característica de vivir solo la que se encuentra significativamente mayor en oficiales militares con síntomas de depresión que en oficiales militares sin síntomas de depresión ($p=0.0001$); Gonzáles y col. Lima, 2013 encontró que las manifestaciones depresivas tiene relación directa con el funcionamiento de la familia ($p=0.003$)

TABLA N°9.

Comparación de formación militar según presencia de síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

FORMACIÓN	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	P
- Universitaria	19	29	0.0001
- Escuela de oficiales	18	108	

Fuente: Base de datos

En la tabla 9 observamos que la formación presenta diferencias significativas entre los grupos de oficiales con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, siendo la característica de formación universitaria la que se encuentra significativamente mayor en oficiales con síntomas de depresión que en oficiales sin síntomas de depresión ($p=0.0001$); Acosta y col. Lima 2010, encontró una relación inversa entre el grado de instrucción y los síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de dermatología, la misma que fue estadísticamente significativa ($p=0,002$).

TABLA N° 10.

Análisis de factores asociados a síntomas de depresión en oficiales del Ejército de Arequipa, 2017.

FACTORES	Análisis Bivariado		Análisis Multivariado		
	RP crudo	IC 95%	RP ajustado	IC 95%	
DEPRESIÓN	- Formación Universitaria	2.77	1.59 - 4.81	1.62	1.623 - 1.624
	- Sexo Femenino	3.55	2.13 - 5.94	3.01	1.90 - 4.76
	- Vivir solo	1.98	1.22 - 3.21	2.25	1.55 - 3.27
	- Ingresos económicos menor a 4 mil	2.35	1.34 - 4.09	1.91	1.16 - 3.35
	- Grado de Oficial	3.88	1.88 - 8.01	**	**

RP=razón de prevalencia; Análisis multivariado (usando modelo log-Binomial).

**No identificado en análisis multivariado por inestabilidad entre números de factores ingresados al modelo matemático y el número de casos de oficiales militares con síntomas de depresión.

Fuente: Base de Datos

En el análisis bivariado, observamos que las características asociadas a síntomas de depresión en oficiales del ejército de Arequipa son formación Universitaria (RP=2.77; IC95%=1.59-4.81), es decir que los oficiales con formación universitaria tienen 2.77 mayor de probabilidad de presentar síntomas de depresión en comparación que los oficiales con formación de escuela; sexo femenino (RP=3.55; IC95%=2.13-5.94); vivir solo (RP=1.98; IC95%=1.22-3.21); ingreso económico menor a 4 mil (RP=2.35; IC95%=1.34-4.09) y grado oficial Sub-teniente/teniente/Capitán (RP=3.88; IC95%=1.88-8.01).

En el análisis multivariado, al estimar la probabilidad de síntomas de depresión para cada una de las característica asociadas a síntomas de depresión (valor ajustado) se encontró que la probabilidad de presentar síntomas de depresión en el grupo de oficiales con formación universitaria es 1.62 mayor comparado con el grupo de oficiales con formación de Escuela de oficiales (RP=1.62; IC95%=1.623-1.624); esta asociación es independiente de otras características asociadas como sexo femenino (RP=3.01; IC95%=1.9-4.76), vivir solo (RP=2.25; IC95%=1.55-3.27) e ingreso económico menor de 4 mil nuevos soles (RP=1.91; IC95%=1.16-3.35).



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la bibliografía no se encontraron investigaciones análogas que hayan reportado características sociodemográficas de oficiales del ejército peruano, como los hallazgos reportados en el presente estudio (tabla 1); ni estudios de depresión asociadas a características sociodemográficas en oficiales del ejército peruano, circunstancia que impidió hacer comparaciones de nuestros hallazgos con estudios del ámbito nacional. Así mismo, el Ministerio de Salud del Perú no ha publicado oficialmente cifras de prevalencia de depresión en oficiales del ejército peruano, ni existen estudios en la literatura indizada que reporten estos hallazgos en el ámbito nacional.

En nuestro estudio encontramos que los síntomas de depresión se encuentra presentes en el 21.3% de los oficiales del ejército de Arequipa, siendo con mayor frecuencia de tipo leve, seguida de moderada y grave. Mientras que, a nivel poblacional de Perú se ha reportado que el 25% presenta alguna forma de depresión. (10) Por otro lado, en Colombia estudios en oficiales militares desarrollado por Abelló y col reportaron bajos niveles de depresión cercano al 15%, señalando que existe correlación directa entre depresión-desesperanza y depresión con riesgo suicida. (36)

En la investigación observamos que al comparar las características sociodemográficas entre los grupos de oficiales con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, existen diferencias significativas respecto al sexo femenino, formación universitaria, vivir solo, menor ingresos económicos y menor grado de oficial (sub-teniente, teniente, capitán); los cuales se han encontrado asociados a síntomas de depresión en el presente estudio. Esto guarda coherencia con lo indicado en el estudio desarrollado por Gonzales y col, quienes indican que es necesario intervenir en diferentes aspectos (sociales, institucionales, personales, entre otros) para mejorar los niveles de calidad de vida y disminuir la probabilidad de la presencia de psicopatología en oficiales militares. (38) Así mismo, es conocido que la depresión tiene un componente multifactorial en su génesis según los estudios señalados por Geddes y col, (12) Ingram y col, (13) Weissman y col, (14) y Sargente y col; (15) identificándose factores de riesgo incluso asociados al trastorno depresivo mayor como el genero femenino, (25,26) bajo nivel de recursos económicos, las circunstancias laborales, (12,13, 26) y el estado civil (estar soltero,

divorciado o viudo). (26) Así mismo, el riesgo de síntomas de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico. (27)

Al realizar los respectivos análisis bivariado para identificar la probabilidad de sintomatología depresiva en oficiales militares se encuentra que el menor grado de oficial militar está mayormente asociado, seguido de sexo femenino, formación universitaria, menor ingresos económicos y el vivir solo. Mientras que en el análisis multivariado se observa que los síntomas de depresión se encuentran mayormente asociados al sexo femenino, seguido de vivir solo, tener menores ingresos económicos y de formación universitaria; se observó que estas características persisten de forma independiente como factores de exposición asociados a síntomas de depresión. Esto guarda conformidad a lo señalado por Geddes y col (12) e Ingram y col (13) quienes señalan que los factores de riesgo que muestran consistencia en su asociación con trastornos depresivos y juegan un papel importante son el género; así mismo Hämäläinen y col (25) señalan que la depresión es 50% más alta en mujeres que en los hombres. De igual forma, Bellón y col (26) y Melchior y col (27) han reportado que la depresión sigue un gradiente socioeconómico, hallazgo corroborado con los resultados del presente estudio.

Así mismo, los análisis realizados en los hallazgos de la presente investigación son concordantes con investigaciones previas realizadas por Coutinho y col (39) y Espelt y col (40) donde han reportado que la estimación más adecuada es usando una regresión log-binomial por tratarse de estudios transversales; mientras que la regresión logística puede utilizarse en diseños de casos y controles ya que reportan odds ratio, o tratarse de estudios predictivos, no resultando adecuado para cuantificar estimaciones de razón de prevalencias. En la presente investigación se realizaron los análisis correspondientes al tipo de diseño, utilizando regresión log-binomial, observándose que las características sociodemográficas como formación universitaria se encuentra asociada a síntomas de depresión en oficiales militares independientemente de otras características sociodemográficas.



CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se ha encontrado que si existe asociación significativa entre síntomas depresión y las características sociodemográficas de sexo femenino, formación universitaria, menores ingresos económicos y vivir solo.

SEGUNDA

Los oficiales del Ejército de la ciudad de Arequipa, son en su mayoría de sexo masculino, tienen en promedio 36 años de edad, el grado de oficial más frecuente es de Mayor, seguido de Capitán y en menor frecuencia de Coronel; el estado civil más frecuente es casado seguido de conviviente; el ingreso económico es con mayor frecuencia entre 4 y 6 mil nuevos soles, en su mayoría proceden de otras ciudades diferente a Arequipa y viven con familiares o amigos.

TERCERA

Los síntomas de depresión se encuentra presente en el 21.3% de los oficiales del ejército de la ciudad de Arequipa, siendo con mayor frecuencia del tipo leve, seguido de moderada y grave.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

El departamento de psicología del Ejército de la ciudad de Arequipa deberá brindar orientación especializada según corresponda a cada caso identificado con síntomas depresión.

SEGUNDA

El general del Ejército de la ciudad de Arequipa, a través del Departamento de psicología, debe aplicar una evaluación de síntomas depresión al ingreso de labores de oficial del ejército, así como cada año de su actividad laboral con la finalidad de identificar factores asociados que puedan desarrollar trastornos depresivos y por ende afectar el desempeño de los oficiales del ejército.

TERCERA

El general del Ejército de la ciudad de Arequipa, a través del Departamento de psiquiatría, deberá realizar una entrevista, al personal con sintomatología de depresión positiva a fin de diagnosticar y supervisar las terapias de intervención oportunas.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva Hernán. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev. Chil. neuro-psiquiatra. 2002; 40(1): 9-20.
2. Karasz A. Cultural differences in conceptual models of depression. Soc Sci Med. 2005; 60(7): 1625-35.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
5. Serrano-Blanco A., Palao D.J., Luciano J.V., et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45(2):201-210.
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Nota descriptiva N° 369. 2016. (consultado 19 Oct 2016). Disponible en: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs369/es/>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Edición Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia: España; 2014.
8. González-Fortez C, Hermosillo A., Vacio- Muro M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescente: Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2015; 72(2): 149- 155.
9. Salvo G Lilian. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. Rev. méd. Chile. 2014; 142(9):1157-1164
10. Ministerio de Salud. Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud: Análisis y situación de salud. Perú; 2014 [citado 05

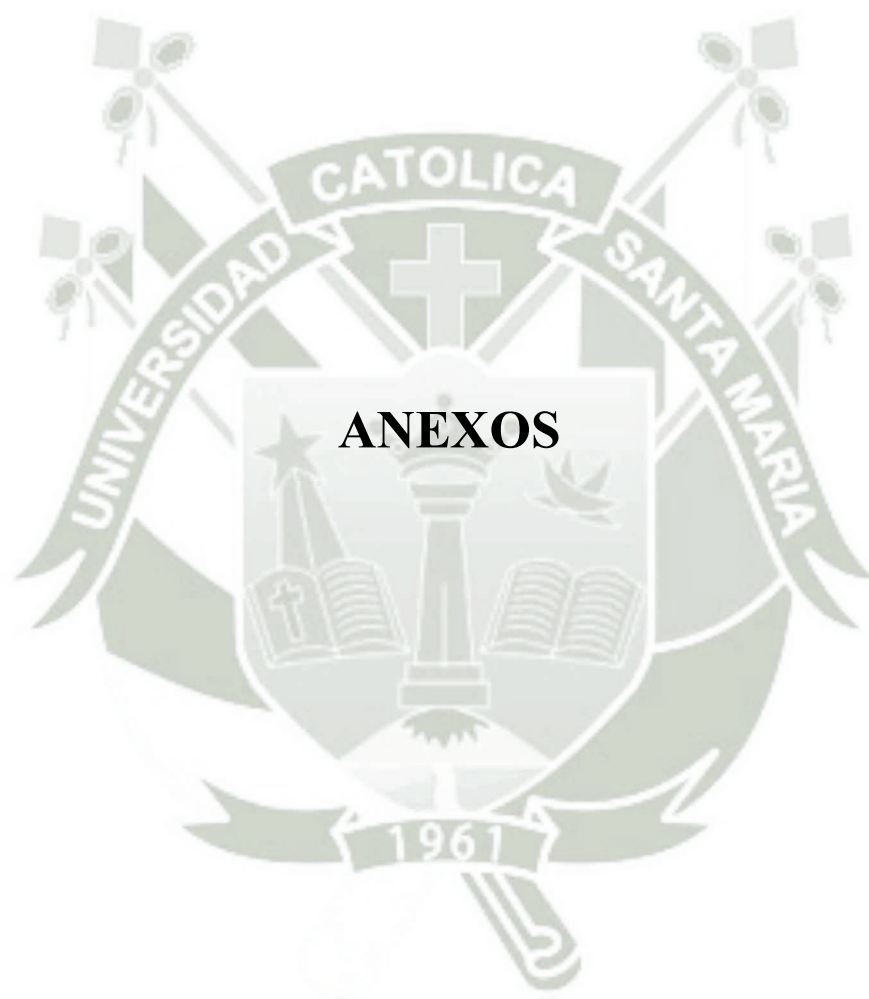
- Enero 2016]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf>
11. RPP. MINSA: 1 millón 700 mil personas con depresión requieren atención. [En línea]. (Fecha de consulta: 19 de Octubre de 2016). Disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/minsa-1-millon-700-mil-personas-con-depresion-requieren-atencion-noticia-732569>.
 12. Geddes J, Butler R, Hatcher S, Cipriani A, Price J, Carney S, Von Korff M. Depression in adults. *Clin Evid.* 2006; 53(15):1366-406.
 13. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol.* 2000 Nov;109(4):588-96.
 14. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdeli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62 (1):29- 36.
 15. Sargent PA, Kjaer KH, Bench CJ, Rabiner EA, Messa C, Meyer J, et al. Brain serotonin 1A receptor binding measured by positron emission tomography with [11C]WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(2):174-80
 16. Quinn CR, Dobson-Stone C, Outhred T, Harris A, Kemp AH. The contribution of BDNF and 5-HTT polymorphisms and early life stress to the heterogeneity of major depressive disorder: a preliminary study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012; 46(1): 55-63.
 17. Cervilla JA, et al. The 5-HTTLPR s/s genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2006; 141 (8):912-7.
 18. Porcelli S, Fabbri C, Serretti A. Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012; 22 (4):239-58.

19. Fan M, Liu B, Jiang T, Jiang X, Zhao H, Zhang J. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders. *Psychiatr Genet.* 2010; 20 (1): 1-7.
20. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001; 49:1023-39.
21. Cruzblanca Hernández Humberto, Lupercio Coronel Patricia, Collas Aguilar Jorge, Castro Rodríguez Elena. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment.* 2016; 39(1): 47-58.
22. Alarcón R. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry.* 2009; 8(3):131-9.
23. Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995, 122(12): 913-921.
24. Vázquez, C., Sanz, J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud.* 1999; 10 (1); 59-81.
25. Hämmäläinen J, Kaprio J, Isometsä E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(8):573-6.
26. Bellón JA1, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health.* 2008; 8:256.
27. Melchior M1, Chastang JF, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry.* 2013; 18(1):112–21.

28. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
29. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord*. 1999;54(1-2):139-47.
30. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011; 7:269-95.
31. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10):1552-62.
32. Haro JM, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-Espana. *Med Clin (Barc)*. 2006;126 (12):445-51.
33. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(8):969-77.
34. Restrepo J, Yara E, Cano J, Navia C. Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Rev colomb psiquiat*. 2014;43(2):87-95.
35. Samper E, Robles JI. Análisis factorial exploratorio de una prueba de personalidad en la Unidad Militar de Emergencias. *Sanid. Mil*. 2014; 70(4): 256-262.
36. Abello D, García-Montaña G, García P, Márquez-Jiménez L, Niebles-Charris J, Pérez-Pedraza D. Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*. 2016; 33(3): 299-311.
37. Vazquez Guzman M.A. Hábitos alimentarios, actividad física y binomio ansiedad/depresión como factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar. *Sanid. Mil*. 2014; 70(1): 25-29.
38. González-Quevedo L, Sanabria-Ferrand P, Zuluaga H. Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea Colombiana. *Rev.fac.med*. 2010; 18(1): 115-122.

39. Coutinho Leticia M S, Scazufca Marcia, Menezes Paulo R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(6): 992-998.
40. Espelt A, Mari-Dell'Olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. Adicciones.2017; 29(2): 105-112.





ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN OFICIALES DEL EJÉRCITO EN AREQUIPA, AÑO 2017

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:

Rado Zamalloa, Dwitch

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: **Dr. Espinola Sánchez, Marcos Augusto**

AREQUIPA - PERÚ

2018

I. PREÁMBULO

La depresión es una de las principales morbilidades de salud mental con implicancias a nivel personal, familiar y social en los diferentes grupos de poblaciones, siendo las poblaciones vulnerables las más afectadas; y cuyos factores asociados varían según las diferentes poblaciones.

La depresión es una patología cuya prevalencia varía según el país, región o grupo poblacional de estudio, los cuales tienen características propias que pueden estar asociadas al incremento o disminución de la depresión, siendo uno de los grupos poblacionales menos estudiados los oficiales del ejército; incluso las características de los oficiales del ejército varían dada la formación y funciones que desempeñan los diferentes oficiales según sean de formación de escuela de oficiales o de formación universitaria que ingresan de forma asimilada al ejército.

La depresión se acompaña de un malestar clínico significativo y variado, en ocasiones es crónico e implica deterioro en las diferentes áreas de la actividad de la persona. En estados más severos es una enfermedad potencialmente mortal ya que conlleva a la persona a realizar actos que atenta contra su propia vida. Estudios han demostrado que las poblaciones vulnerables experimentan depresión, agotamiento y trastornos mentales en una proporción mayor que la población general; de igual forma, tienen un riesgo mayor de concebir ideas suicidas y de cometer suicidio, así como una calidad de vida menor que otras poblaciones.

En tal sentido, resulta importante conocer la frecuencia actual de depresión entre los oficiales del ejército en nuestro entorno y establecer si existen factores asociados; evitando así minimizar la magnitud del problema que probablemente pueda existir en nuestro entorno.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y asociados a síntomas de depresión en oficiales del Cuartel General de Arequipa, 2017?

1.2. DESCRIPCIÓN

a) Área de Intervención de Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Mental
- Línea: Depresión

b) Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Sub-indicador	Escala
Depresión	Escala de evaluación de depresión de Beck	- No depresión (0-9 puntos) - Depresión (10-63 puntos)	Nominal
Características sociodemográficas	Tipo de Formación	- Formación Universitaria - Formación de Escuela	Nominal
	Edad	Años cumplidos	Numérica
	Género	- Femenino - Masculino	Nominal
	Procedencia	- Ciudad de Arequipa - Otras ciudades	Nominal
	Estado civil	- Casado - Conviviente - Viudo - Divorciado - Soltero	Nominal
	Cohabitación	- Familia/amigo(a) - Solo	Nominal
	Ingreso Económico	- Menor a 4 mil nuevos soles - Entre 4 mil y 6 mil nuevos soles - Mayor a 6 mil nuevos soles	Ordinal
	Grado Militar	- Sub teniente - Teniente - Capitan - Mayor - Teniente Coronel - Coronel - General	Ordinal

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cómo son las características sociodemográficas de edad, sexo, procedencia, grado militar, estado civil, cohabitación, tipo de formación e ingreso económico en oficiales del ejército en Arequipa, año 2017?
2. ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa, año 2017?
3. ¿Existe relación entre las características sociodemográficas de edad, sexo, procedencia, estado civil, cohabitación, tipo de formación, ingreso económico y la depresión en oficiales del ejército en Arequipa, año 2017?

d) Tipo de investigación

Analítica: El presente estudio busca analizar asociación entre variables.

e) Diseño de investigación:

Según el propósito del estudio: Observacional.

Según la cronología de las observaciones: Prospectivo

Según el número de mediciones: Transversal

f) Nivel de investigación:

Nivel de asociación.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema de salud pública a nivel mundial, mas aun países en desarrollo donde se observa mayores prevalencias. Es conocido que la depresión varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional, dependiendo incluso de factores organizacionales intrínsecos de la institución. Apesar de la variabilidad en la prevalencia de depresión, más aún en grupos de riesgo como personal militar, ésto ha sido poco abordado en investigaciones publicadas en nuestro país. Por tal motivo, el propósito del estudio es evaluar síntomas de depresión

aplicando el test de Beck mostrando las prevalencias según tipo de formación y considerando factores sociodemográficos en personal militar de nuestro país.

Por otro lado, la relevancia científica del estudio, se sustenta en estudios previos que han demostrado actualmente que existen diferencias de prevalencia de depresión y factores asociados según grupo poblacional estudiado; sin embargo, se desconoce la prevalencia y factores asociados de depresión en oficiales del ejército de nuestro entorno.

Así mismo, el desarrollo del estudio tiene relevancia práctica porque a partir de los resultados obtenidos, se podrán realizar contribuciones dirigidas a los oficiales del ejército con la finalidad que puedan mejorar su desenvolvimiento, lo cual es importante para su desempeño como oficiales. Es importante señalar que la depresión repercute negativamente en el bienestar psicológico de la persona afectada.

La relevancia social se justifica porque nos ayuda a conocer la depresión en oficiales del ejército de nuestro entorno social. Por lo tanto, es necesaria la investigación en este tema, porque a partir de los resultados se podrán identificar los factores asociados y por ende dirigir estrategias que permitan hacer frente a situaciones que generan conflicto y que repercuten en la salud y calidad de vida. Contribuyendo a mejorar el desempeño de los oficiales del ejército en nuestra sociedad. Es conocido que la depresión afecta en la calidad de servicio que proporciona a otros.

Por otro lado, la contribución académica consiste en que permitirá describir la prevalencia actual de depresión entre los oficiales del ejército y también promueve que se desarrollen nuevos trabajos de investigación teniendo como base los resultados de los factores abordados en el presente estudio .

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. Concepto

La depresión es una enfermedad sistémica, heterogénea y compleja, que afecta a diferentes sistemas y que principalmente se expresan en el plano psíquico (1). Esta patología implica alteraciones de neurotransmisión cerebrales, neuroendocrinos e

inmunológicos (1); los que puede explicar el cuadro heterogéneo como síntomas somáticos, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar (2-4).

2.1.2. Prevalencia de depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que es el trastorno mental más prevalente en el ámbito de la atención primaria y que puede convertirse en un serio problema de salud alterando las actividades laborales y familiares incluso en el peor de los casos conduciendo al suicidio (5,6). Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (6).

La prevalencia de la depresión es variables, en Europa se estima que la prevalencia anual de la depresión es del 6,1% entre personas de 18 y 65 años (7). Mientras que, en América Latina se ha reportado una mayor prevalencia de depresión, siendo en México 27.5% (8), en Chile 17,2% (9) y en Perú se reporta que el 25% de la población sufre alguna forma de depresión, donde los grupos de riesgo comprenden el 15% del total (10). Así mismo en Perú, se calcula que un millón 700 mil personas anualmente tienen depresión y requieren de atención (11).

2.1.3. Etiología:

La depresión es una patología multifactorial donde diferentes factores pueden influir en su génesis como factores genéticos y adversidades psicosociales. En estudios previos se ha señalado que principalmente los factores que se encontraban asociados a depresión son las dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas (12,13).

Apesar que diversos estudios sugieren que la depresión tiene una implicancia biológica; sin embargo, sus orígenes aun no han sido bien establecidos. Se ha demostrado que la herencia puede influir, sobre todo en condiciones de depresión recurrente (13,14). Por otro lado, estudios han demostrado que la serotonina tiene un rol importante en la respuesta endocrina de la depresión (15), sobretodo tiene importancia las variaciones que se presenten en la región promotora del gen del transportador de serotonina (16). Así mismo, los polimorfismos en el gen de la

Monoaminoxidasa A (MAO-A), han sido relacionados con la actividad dopamina y la depresión (17).

2.1.4. Factores de riesgo

Se han estudiado diferentes factores sin embargo los factores de riesgo que muestran consistencia en su asociación con trastorno depresivo mayor y que pueden jugar un papel causal son: género, eventos vitales estresantes, experiencias infantiles adversas y ciertos rasgos de personalidad. (18,19). Se estima que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres (20). Entre las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales (21). Así mismo, el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (21). De igual forma, el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico (22).

Entre los factores personales se ha reportado que las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales son factores de riesgo importantes (23); de igual forma, se ha encontrado una posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco (24,25). Por otro lado, se ha reportado que los rasgos neuróticos de la personalidad se encuentran asociados a la depresión y a sus recaídas (26,27).

Entre los factores familiares y genéticos aun no se ha establecido qué peso de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar. A pesar de ello, es conocido que familiares de primer y segundo grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de probabilidad de presentar depresión que la población general (28,29). Por otro lado, entre las variantes genéticas se ha reportado que un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina produce una disminución del transporte de este neurotransmisor (30); así mismo, estudios revelan que este gen podría actuar como predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo (31).

Entre las circunstancias sociales se ha señalado que las personas con bajo nivel de recursos económicos (23) y las circunstancias laborales desfavorables como el desempleo y baja laboral presentan con mayor frecuencia depresión (32,33).

Mientras que, entre los factores cognitivos se ha señalado que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales juegan un rol importante en el procesamiento de la información que se encuentra asociada a la depresión (34).

2.1.5. Fisiopatología:

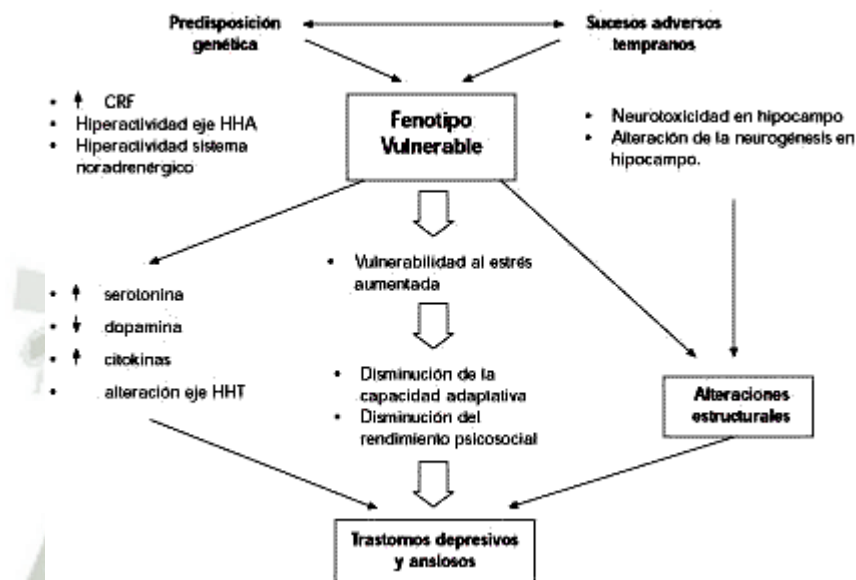
La depresión es considerada como una enfermedad sistémica y heterogénea; sin embargo, sus principales manifestaciones se expresan en el plano psíquico. Se considera que en la fisiopatología de la depresión están implicadas alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y en los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, esto puede explicar la heterogeneidad de síntomas que el paciente muestra en la fase depresiva (35).

Según estudios previos se asume que esta enfermedad multifactorial se origina en la interacción entre una predisposición genética y sucesos vitales, como trauma o abuso infantil, los que producen cambios significativos en el sistema nervioso central. El resultado es una hiperactividad del sistema corticotrophin releasing factor (CRF) que conduce a una hipercortisolemia mantenida y a una hiperactivación del sistema noradrenérgico. Así mismo, estudios han señalado que el CRF así como el sistema noradrenérgico son los mediadores de la respuesta al estrés. Estos sistemas ejercen amplias influencias, tanto en el cerebro como en la periferia, a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema nervioso autónomo (35).

Las alteraciones neurobiológicas originadas inicialmente debido a la compleja interacciones de factores en la genesis de la depresión pueden persistir durante la vida adulta, llevando a un sistema hipersensible al estrés, por lo cual las personas muestran respuestas con mayor intensidad incluso ante situaciones propias de la vida cotidiana, que no ameritan dicha intensidad de tensión en la respuesta producida. Se considera que esta hipersensibilidad al estrés predispone tanto a los trastornos ansiosos como a los depresivos, condiciones clínicas que se encuentran asociadas en la mayoría de casos. Esta hipersensibilidad influenciada por ambos sistemas el CRF así como el sistema noradrenérgico son los mediadores para una recurrencia de los trastornos del estado de ánimo, ya que los sucesivos episodios

vuelven más vulnerable al sistema y por lo tanto más predispuestos a sufrir nuevas fases depresivas (35).

En la presente figura tomada de Hernán Silva y col muestra esquemáticamente la cadena de sucesos considerados en la génesis de la depresión (Modelo integrado de la neurobiología de la depresión. Modificado de: Heim, Nemeroff) (36):



CRF = corticotrophin releasing factor

HHA = hipotálamo - hipófisis - adrenal

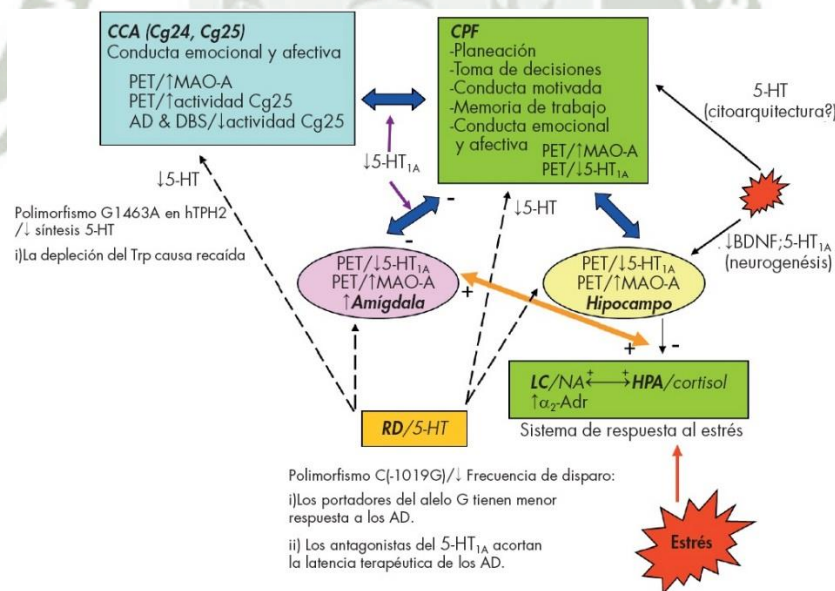
HHT = hipotálamo - hipófisis - tiroideo.

Cambios anatómicos y metabólicos en el cerebro de individuos con Depresión Mayor:

En el análisis realizado por Cruzblanca H y col, mediante la integración de la evidencia básica y clínica de la Depresión Mayor se propone que el déficit en la transmisión monoaminérgica puede deberse a: la menor síntesis (polimorfismo G1463A) o liberación (polimorfismo C-1019G) de 5-HT; por el aumento en la

expresión de la MAO-A o debido a la menor liberación de Noradrenalina, por la mayor densidad de receptores α_2 -adrenérgicos. Además, el estrés reduce la densidad post-sináptica del receptor 5-HT_{1A}, produciéndose así el hipermetabolismo del área Cg25 y la amígdala; esto probablemente conduzca a la disfunción de los circuitos intra-corticales así como límbico-corticales. Así mismo, La mayor actividad amigdalina puede potenciar la disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal inducida por el estrés crónico, a su vez ésta disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal constituye un factor neuroendócrino que contribuye a la etiología de la Depresión Mayor. Mientras que, el estrés en el hipocampo reduce la expresión del BDNF y produce atrofia neuronal, pero también reduce la neurogénesis, por la menor expresión del BDNF y del 5-HT_{1A}. Adicionalmente según estudios previos el estrés también afecta en procesos de la corteza neuronal respecto a plasticidad sináptica y celular (37).

En la siguiente figura, tomada del análisis de Cruzblanca H y col, se señalan los mecanismos planteados como un modelo teórico que contribuye a explicar la etiología y fisiopatología de la depresión mayor (37):



2.1.6. Criterios diagnósticos:

Debido a la presentación heterogénea de la depresión sea han propuesto criterios diagnósticos para resolver los problemas de validez y confiabilidad en el

diagnóstico (representado por el Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) y se encuentran clasificados dentro del grupo de trastornos del estado de ánimo, siendo estas depresión leve, moderada y severa, así como sus variantes según presencia de síntomas psicóticos; y el trastorno depresivo mayor (3,4). Sin embargo su utilidad ha sido cuestionada, no encontrándose hasta el momento una solución definitiva (38).

2.1.6.1. Trastorno Depresivo Mayor

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:

Síntomas principales (≥ 1 requerido para el diagnóstico)

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día

Anhedonia o marcada disminución del interés o placer

Síntomas adicionales

Pérdida de peso clínicamente significativa o disminución en el apetito

Insomnio o hipersomnia

Agitación o retardo psicomotor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados

Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión

Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. (3)

2.1.6.2. Episodio Depresivo

Criterios generales:

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.

Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico (4).

Clasificación de Episodio Depresivo

Depresión leve:

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.

Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

Cualquier tipo de alteración del sueño.

Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso (4).

Depresión moderada:

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de Depresión leve.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de depresión leve, para sumar un total de al menos seis síntomas (4).

Depresión severa

1. Depresión severa sin síntomas psicóticos:

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de depresión leve.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de depresión leve, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo. (4)

2. Depresión severa con síntomas psicóticos

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a excepción del criterio D.

C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia, ni de trastorno esquizoafectivo.

D. Presencia de cualquiera de los siguientes:

Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio (4).

2.1.7. Instrumentos de evaluación de depresión

Existen instrumentos específicos que evalúan la depresión, siendo los más usados el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión (Zung Self-Assessment Depression Scale, SDS) y el Center for Epidemiologic Studies Depresión Screen (CES-D); estos instrumentos han sido previamente valorados en diferentes poblaciones y sus resultados son comparables entre sí (39). Sin embargo, de los instrumentos antes mencionados el BDI es un instrumento que permite valorar la gravedad de la depresión, así mismo está validado en su versión traducida al castellano y presenta altas cifras de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal (40).

2.1.8. Tratamiento:

Medidas generales recomendadas en Depresión:

En pacientes adultos con depresión leve se utilizan estrategias como la psicoeducación, la detección de recientes eventos vitales estresantes, realizar ejercicios entre 30 y 45 minutos 3 veces por semana, durante 10 a 14 semanas y promover higiene del sueño; también se recomienda, pero con menor nivel de evidencia, programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por 3 meses consecutivos o el seguimiento vía telefónica (41).

Tratamiento Farmacológico:

En pacientes con síntomas de depresión leve no deben usarse los antidepresivos de manera rutinaria debido al mayor riesgo que esto conlleva en comparación con el beneficio. Así mismo, no se recomienda prescribir benzodiazepinas ni prescribir inductores del sueño de rutina por el riesgo de abuso y dependencia.

Los antidepresivos están indicados para el tratamiento de adultos con episodios depresivos únicos o recurrentes que son moderados y graves. Los antidepresivos también pueden usarse si existe antecedente de depresión moderada/grave o cuando los síntomas persisten a pesar de otras intervenciones (41).

Para el uso de un antidepresivo en el tratamiento de la depresión del adulto éste es seleccionado según el perfil de efectos adversos y el potencial de interacciones medicamentosas. Entre los medicamentos de primera línea de tratamiento farmacológico en el caso de pacientes adultos con depresión se considera Fluoxetina o Sertralina (ISRS), Amitriptilina (ATC) o Mirtazapina (NaSSA); mientras que, en el caso de pacientes ancianos o con contraindicaciones de ATC se considera como primera línea de tratamiento fluoxetina, sertralina o mirtazapina (41).

Tratamientos psicoterapéuticos:

La psicoterapia está indicada en combinación con el tratamiento farmacológico en adultos con episodios depresivos moderados y graves; y adicionalmente, también están indicados cuando existe contraindicación de manejo farmacológico como el embarazo, lactancia, interacciones con otros medicamentos, así mismo cuando presenta antecedente de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos, también se utiliza cuando exista alteraciones en el contexto psicosocial o crisis desencadenantes como pérdida de un ser querido o disfunción familiar, de igual forma si presenta síntomas cognitivos predominantes como ideas depresivas y pensamientos negativos. La psicoterapia de primera línea comprende la terapia cognitiva conductual, como segunda línea la terapia interpersonal y en tercera línea está la terapia psicodinámica breve o terapia grupal (41).

Así mismo, los tratamientos de tipo psicoterapéutico: la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia del Bienestar, la Terapia Cognitivo Conductual Basada en el Mindfulness y la Terapia Eutímica, reportan disminución en las tasas de recaída y/o disminución clínicométrica en los niveles de Síntomas Residuales de la Depresión (42).

Respecto a la Terapia Conductual se pueden reconocer distintos procedimientos terapéuticos como los desarrollos de Peter M. Lewinsohn, la Terapia de Solución de Problemas, y la Terapia Conductual de Pareja, entre otros (43).

2.2. OFICIALES DEL EJÉRCITO

En el ejército se realizan actividades correspondientes al componente terrestre de las fuerzas armadas y cuenta con personal militar conformado por oficiales y tropas. Así mismo, los oficiales pueden proceder de la formación de la escuela de oficiales y de formación universitaria que hayan sido asimilados al ejército. Las actividades realizadas, características del ejercicio de sus funciones e ingresos económicos están sujetos a la jerarquía que deviene de sus grados militares (44).

Estudios previos han reportado un alto porcentaje de militares con depresión mayor, así como alta incidencia de trastornos de ansiedad y afectivos (45-47). Por otro lado, se ha estudiado que los factores personales son recursos para hacer frente a situaciones complicadas; incluso las características personales y del entorno del personal militar juegan un rol importante para hacer frente a los estresores laborales en la salud, la satisfacción laboral y la intención de abandono del puesto de trabajo en el personal militar (48).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autor: Jorge Emiro Restrepo, et al.

Título: Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados

Fuente: rev colomb psiquiat. 2014;43(2):87-95

Resumen: Objetivo: Establecer el perfil psicológico en un grupo de militares víctimas de minas antipersona y artefactos de mina improvisados y un grupo control de militares no víctimas a partir del análisis de las variables emocionales depresión, ansiedad, ira y estrés. Material y Método: Estudio cuantitativo, comparativo, descriptivo y transversal. Participantes: 80 militares adscritos a la Séptima División del Ejército Nacional de Colombia con sede en Medellín, Antioquia. Resultados y Conclusión: Las variables ansiedad estado, ansiedad rasgo, ira estado e ira rasgo presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos expuestos y no expuestos. Las variables depresión y estrés no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se presentaron niveles clínicamente significativos de ira en ambos (45).

Autor: Samper Lucena E. y Robles Sánchez J.I

Título: Análisis factorial exploratorio de una prueba de personalidad en la Unidad Militar de Emergencias.

Fuente: Sanid. Mil. Madrid. 2014; 70(4): 256-262.

Resumen: Se realizó un estudio factorial exploratorio de una prueba de personalidad que se utiliza en la Unidad Militar de Emergencias. Participaron 1661 militares que trabajan en situaciones de emergencias y catástrofes. Los resultados obtenidos muestran dos factores de personalidad principales, el primer factor se le ha denominado "**emocional**", incluye las variables de depresión, neuroticismo y psicoticismo de la prueba, el segundo factor denominado "**social**" contiene las variables de psicopatía y sociabilidad. La prueba ha mostrado validez ecológica en su utilización en la unidad militar, sin embargo es necesario más estudios para conseguir evaluar los rasgos personales de forma más precisa y útil (46).

Autor: Daniella Abello Luque, et al

Título: Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana.

Fuente: Psicología desde el Caribe. 2016; 33(3): 299-311.

Resumen: Objetivo: Evaluar el perfil cognitivo y los niveles de desesperanza, depresión y riesgo suicida en un grupo de jóvenes vinculados al proceso de formación de una escuela militar colombiana. Material y Método: Análisis descriptivo observacional. Participaron 114 militares regulares de primer año, sin ningún tipo de diagnóstico médico o mental relevante. Resultados y Conclusiones: Los resultados indican relaciones lineales y directamente proporcional entre todas las variables, con magnitudes significativas en lo referente a las relaciones depresión-desesperanza ($r_s=0,295$; $p=0,01$) y depresión-riesgo suicida ($r_s=0,478$; $p=0,01$), siendo esta última la correlación más elevada (47).

Autor: Vazquez Guzman M.A.

Título: Hábitos alimentarios, actividad física y binomio ansiedad/depresión como factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar.

Fuente: Sanid. Mil. Madrid 2014; 70(1): 25-29.

Resumen: Objetivo: determinar si los hábitos alimentarios, actividad física, y ansiedad y depresión, son factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar mexicana. **Material y métodos:** estudio observacional, tipo casos y controles. Participaron 189 militares. El análisis estadístico se realizó mediante X^2 y Odds Ratio crudas y ajustadas por jerarquía militar. **Resultados:** Se obtuvo una prevalencia de 26.5%. Se observó diferencia entre casos y controles para la edad, peso e IMC. La dieta hipercalórica fue un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad ($X^2=25,49$; $p<0,001$; OR = 9,68; IC95% de 3,80 a 24,65). Para la tropa, la depresión fue un factor de riesgo ($X^2=3,95$; $p<0,05$; OR = 2,52; IC95% de 1,00 a 6,33). No se identificó la ansiedad como factores de riesgo. **Conclusiones:** La depresión y la dieta hipercalórica fueron factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso-obesidad (48).

Autor: Cristine Mattos Benedetti.

Título: Actividad física y estado de salud de policías militares bajo tratamiento u hospitalizados.

Fuente: Revista Cubana de Medicina Militar 2014;43(3):326-340

Resumen: Objetivo: analizar la asociación entre la actividad física habitual, los

síntomas de estrés, las condiciones de salud y las características sociodemográficas y ocupacionales de los policías atendidos y en tratamiento hospitalario. **Materiales y Métodos:** Participaron 526 sujetos, en quienes se aplicó el cuestionario de calidad de vida y salud, y el cuestionario Internacional de actividad física (versión larga). **Resultados:** las asociaciones indican que los policías presentaron un valor bajo con relación al equivalente metabólico en actividades físicas domésticas y baja ocurrencia de depresión como síntoma de estrés; existió una tendencia a valores más altos de salud en general. **Conclusiones:** los policías militares investigados se consideran activos en el nivel de actividad física en tareas domésticas, en actividades de tiempo libre y ocupacional, y en actividades leves, moderadas e intensas. (49).

Autor: Luis Artemo González Quevedo.

Título: Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea colombiana

Fuente: Revista Med. Bogotá 2010. 18 (1): 115-122,

Resumen: **Objetivo:** Determinar la percepción de calidad de vida de oficiales y su relación con factores de la salud mental. **Material y Método:** Estudio correlacional, tipo encuesta de prevalencia, participaron 296 oficiales de vuelo voluntarios y 200 oficiales de otras especialidades en todo el País. Se evaluaron cinco aspectos de calidad de vida general (auto aceptación, adaptación al medio, estabilidad socio afectiva, integridad física y proyección), tres aspectos de calidad de vida militar (reconocimiento, apoyo institucional y cohesión) y seis indicadores de psicopatología (depresión, ansiedad, manía, psicosis, estrés postraumático y trastorno disocial). **Resultados y Conclusiones:** Se evidencio 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 vuelo tuvieron niveles similares de calidad de vida comparados con oficiales de otras especialidades. 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. (50).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre las características sociodemográficas y la depresión en oficiales del ejército en Arequipa, año 2017?

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de edad, sexo, procedencia, estado civil, cohabitación, tipo de formación e ingreso económico en oficiales del ejército en Arequipa.
- Determinar la frecuencia de síntomas de Depresión en oficiales del ejército en Arequipa.
- Comparar las características sociodemográficas de edad, sexo, procedencia, estado civil, cohabitación, tipo de formación e ingreso económico según síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa.
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y los síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa.

5. HIPÓTESIS

Nula: No existe asociación ente características sociodemográficas y síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa.

Alternativa: Si existe asociación ente características sociodemográficas y síntomas de depresión en oficiales del ejército en Arequipa.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizara como técnica la encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS

Se aplicaran un instrumento para la medición de la Depresión y una ficha de recolección de datos:

1.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI):

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos según la alternativa escogida en función a la gravedad. Según el puntaje obtenido se clasifica de 0 a 9 como Ausente, de 10 a 18 Leve, de 19 a 29 Moderada y de 30 a 63 es considerada como depresión grave (39).

El BDI fue traducida, adaptada al castellano y validada en estudios previos, siendo actualmente una de las más utilizadas para valorar específicamente depresión. Así mismo, presenta altas cifras de confiabilidad y concistencia interna (39); de igual manera estudios previos han evidenciado que sus resultados son comparables con resultados de otras escalas como la Escala de Autoevaluación de Zung y el Center for Epidemilogic Studies Depresión Screen que son usadas en otros estudios (40).

El inventario de depresión de Beck tiene como componentes analizados los siguientes:

N°	ITEM	N°	ITEM
1	Tristeza	12	Desinterés social
2	Pesimismo	13	Indecisión
3	Sentimiento de fracaso	14	Pobre imagen corporal
4	Insatisfacción	15	Dificultad laboral
5	Culpabilidad	16	Insomnio
6	Sentimiento de castigo	17	Fatiga
7	Autodecepción	18	Pérdida de apetito
8	Autoculpación	19	Pérdida de peso
9	Ideas suicidio	20	Hipocondría
10	Llanto	21	Desinterés por el sexo
11	Irritación		

1.2.2. Ficha de recolección de datos:

Fue elaborada por el investigador para fines del presente estudio, para obtener los datos sociodemográficos y función laboral de los encuestados, las cuales han sido definidas en el presente estudio.

La presente hoja de recolección de datos no es un cuestionario de evaluación, ya que no se ha consignado puntajes para su valoración de cada ítem; por lo cual, no requiere de validación. El presente instrumento solo es una herramienta para posteriormente describir las características sociodemográficas de los internos de medicina.

1.2.3. Validación del instrumento:

El instrumentos a emplear BDI cuenta con estudios de validacion previos tanto a nivel internacional como nacional, presentando altas cifras de fiabilidad del BDI tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest). Mientras que, la Ficha de recolección de datos no requiere validación por ser solo para recojer información de forma objetiva y sus ítems no tienen un puntaje (40).

1.2.4. Materiales:

- Material de escritorio: Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros.
- Servicios: Pasaje Urbano, servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet.

Financiamiento: autofinanciado.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio de investigación será realizado en la III División Militar del Ejército del Perú, en la Provincia, Departamento y Región Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Estudio se realizará en el período de diciembre del 2017.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Oficiales del ejército.

2.4. POBLACIÓN:

Oficiales del ejército en Arequipa

2.5. MUESTRA

Oficiales del ejército en Arequipa en actividad durante el mes de diciembre 2017; que cumplan con los siguientes criterios de selección:

De inclusión:

- Oficiales del ejército que cursen actividades en la ciudad de Arequipa.
- Oficiales del ejército que acepten participar en el estudio mediante consentimiento informado

De exclusión:

- Oficiales que decidan retirarse del estudio.
- Oficiales que tuvieron la pérdida de un familiar de primer o segundo grado de consanguinidad o que consideren cercano en sus vidas cotidianas en los últimos 2 meses.
- Oficiales que no resuelvan los instrumentos de manera adecuada.
- Oficiales que actualmente se encuentren en tratamiento para la depresión.

2.6. TAMAÑO DE MUESTRA

Todos los oficiales del ejército en Arequipa que cumplan con los criterios de selección.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Previa aprobación de los jurados evaluadores del proyecto de tesis y del comité institucional de ética en la investigación de la Universidad Católica de Santa María-Arequipa, se solicitará el permiso en el Cuartel General de Arequipa para poder realizar el estudio.

El investigador, previa coordinación con oficiales del Cuartel General los invitara a participar en el estudio mediante consentimiento informado (ver anexo 1) y poder aplicar el instrumento de evaluación de depresión. De los participantes se seleccionaran a los que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Posterior a la aceptación de los oficiales, se les entregara y explicara como contestar el instrumento de evaluación (ver anexo 2) así como la ficha recolectora de datos (ver anexo 3), los cuales serán respondidos de forma personal y confidencial asignando un código. Luego de obtener los resultados se les brindara los resultados a los participantes de forma personal y se brindara recomendaciones de ser necesario para que pueda continuar una atención.

Cuando se haya concluido la recolección de datos, se construirá una base de datos en el Programa Excel, se procesarán los datos identificando factores asociados a depresión. Posteriormente, se procederá a elaborar el informe de investigación.

3.2. RECURSOS

Humanos:

El investigador: Dwitch Rado Zamalloa

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad

Católica de Santa María.

Asesor: Dr. Marcos Augusto Espinola Sánchez

Material de escritorio:

Hojas bond (1 millar), 7 lapiceros

Servicios:

Servicio de impresiones y fotocopiado, servicio de anillado, servicio de internet, pasaje urbano.

3.3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

En la estadística descriptiva de las variables cualitativas se aplican frecuencias; y en las variables numéricas se utilizarán promedios y desviación estándar. En el análisis estadístico inferencial se utilizará la prueba de Chi cuadrado o Test exacto de Fisher según corresponda a la variable cualitativa, con un nivel de significancia al 5%; mientras que para variables cuantitativas se empleará el T-student. En el análisis de asociaciones crudas se utilizará análisis bivariados utilizando la razón de prevalencia u odds ratio según corresponda a la frecuencia de la presencia de depresión en la muestra seleccionada y se incluirán sus respectivos intervalos de confianza al 95%. En el análisis multivariado se utilizará el modelo matemático de regresión calculando la asociación ajustada con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los datos serán procesados usando el paquete estadístico SPSS ver. 22 y sus resultados presentados en tablas.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo en meses	Año				
	2017				
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Búsqueda bibliográfica problema de investigación	X				
Sistematización de bibliografía sobre depresión y factores asociados		X			
Redacción de proyecto		X			
Aprobación proyecto de tesis			X		
Dictamen de comité de ética de investigación			X		
Ejecución de proyecto			X		
Recolección de datos			X		
Estructuración de resultados				X	
Informe final					X

Fecha de inicio: 05 de octubre del 2017

Fecha probable de término: 15 de febrero del 2018

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Silva Hernán. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2002; 40(1): 9-20.
2. Karasz A. Cultural differences in conceptual models of depression. *Soc Sci Med.* 2005; 60(7): 1625-35.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. (DSM-V). Arlington-EE.UU., 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992
5. Serrano-Blanco A., Palao D.J., Luciano J.V., et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(2):201-210.
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Nota descriptiva N° 369. 2016. (consultado 19 Oct 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Edición Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia: España; 2014.
8. González-Fortez C, Hermosillo A., Vacio- Muro M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescente: Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* 2015; 72(2): 149- 155.
9. Salvo G Lilian. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev. méd. Chile.* 2014; 142(9):1157-1164
10. Ministerio de Salud. *Boletín de la unidad de investigación epidemiológica y análisis situacional de servicios de salud: Análisis y situación de salud*. Perú; 2014 [citado 05 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf>

11. RPP. MINSA: 1 millón 700 mil personas con depresión requieren atención. [En línea]. (Fecha de consulta: 19 de Octubre de 2016). Disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/minsa-1-millon-700-mil-personas-con-depresion-requieren-atencion-noticia-732569>.
12. Geddes J, et al. Depression in adults. *Clin Evid* 2006(15):1366-406.
13. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol*. 2000 Nov;109(4):588-96.
14. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdeli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62 (1):29- 36.
15. Sargent PA, Kjaer KH, Bench CJ, Rabiner EA, Messa C, Meyer J, et al. Brain serotonin 1A receptor binding measured by positron emission tomography with [11C]WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(2):174-80
16. Quinn CR, Dobson-Stone C, Outhred T, Harris A, Kemp AH. The contribution of BDNF and 5-HTT polymorphisms and early life stress to the heterogeneity of major depressive disorder: a preliminary study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012; 46(1): 55-63.
17. Fan M, Liu B, Jiang T, Jiang X, Zhao H, Zhang J. Meta-analysis of the association between the monoamine oxidase-A gene and mood disorders. *Psychiatr Genet*. 2010; 20 (1): 1-7.
18. Geddes J, Butler R, Hatcher S, Cipriani A, Price J, Carney S, Von Korff M. Depression in adults. *Clin Evid*. 2006; 53(15):1366-406.
19. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109(4):588-96.
20. Hämäläinen J, Kaprio J, Isometsä E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(8):573-6.
21. Bellón JA1, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M. Predicting the onset and persistence of episodes of

- depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. 2008; 8:256.
22. Melchior M1, Chastang JF, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(1):112–21.
 23. Bellón JA, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. 2008;8:256.
 24. Hamalainen J, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(8):573-6.
 25. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
 26. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord*. 1999;54(1-2):139-47.
 27. Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011; 7:269-95.
 28. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10):1552-62.
 29. Weissman MM, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62 (1):29- 36.
 30. Cervilla JA, et al. The 5-HTTLPR s/s genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006; 141 (8):912-7.
 31. Porcelli S, Fabbri C, Serretti A. Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012; 22 (4):239-58.
 32. Haro JM, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-Espana. *Med Clin (Barc)*. 2006;126 (12):445-51.

33. Melchior M, et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry*. 2013;18(1):112–21.
34. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(8):969-77.
35. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001; 49:1023-39.
36. Silva Hernán. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2002; 40(1):9-20.
37. Cruzblanca Hernández Humberto, Lupercio Coronel Patricia, Collas Aguilar Jorge, Castro Rodríguez Elena. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment*. 2016; 39(1): 47-58.
38. Alarcón R. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8(3):131-9.
39. Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995, 122(12): 913-921.
40. Vázquez, C., Sanz, J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 1999; 10 (1); 59-81.
41. Grupo Desarrollador de la Guía de la Pontificia Universidad Javeriana. Guía de Práctica Clínica: Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Ministerio de Salud y Protección Social; Colombia; 2013.
42. Flores Gutiérrez Enrique Octavio, Terán Camarena Víctor Andrés, González Olvera Jorge Julio. Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes. *Salud Ment*. 2015; 38(1): 67-75.
43. Korman, Guido Pablo, & Sarudiansky, Mercedes. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.

44. Decreto Supremo que modifica el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1137, Ley del Ejército del Perú, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2015-DE. 2012. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-del-ejercito-del-peru-decreto-legislativo-n-1137-876207-4/>
45. Restrepo J, Yara E, Cano J, Navia C. Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Rev colomb psiquiat.* 2014;43(2):87–95.
46. Samper E, Robles JI.. Análisis factorial exploratorio de una prueba de personalidad en la Unidad Militar de Emergencias. *Sanid. Mil.* 2014; 70(4): 256-262.
47. Abello D, García-Montaña G, García P, Márquez-Jiménez L, Niebles-Charris J, Pérez-Pedraza D. Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe.* 2016; 33(3): 299-311.
48. Vazquez Guzman M.A. Hábitos alimentarios, actividad física y binomio ansiedad/depresión como factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar. *Sanid. Mil.* 2014; 70(1): 25-29.
49. Mattos C, Cascaes F, Domingos P, Barbosa F, Manoel V, Da Silva R. Physical activity and health conditions of military police in attendance or health treatment. *Rev Cub Med Mil.* 2014; 43(3): 326-340.
50. González-Quevedo L, Sanabria-Ferrand P, Zuluaga H. Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de la fuerza aérea Colombiana. *Rev.fac.med.* 2010; 18(1): 115-122.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los factores sociodemográficos asociados a depresión en oficiales de Arequipa, año 2017.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si acepta participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta para valorar la depresión y una ficha de recolección de datos personales, para ello se le explicara el correcto llenado y se codificaran sus instrumentos de evaluación a fin de garantizar la confidencialidad.
2. Se espera poder contar con la participación de oficiales del ejército en Arequipa tanto de oficiales de escuela como oficiales que hayan sido asimilados.
3. Se evaluarán los resultados obtenidos en la encuesta, y se les brindara sus resultados de forma confidencial y orientación respectiva.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas serán asumidos por el investigador.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer los factores asociados a depresión en oficiales de Arequipa. Así mismo, contara con los resultados de la evaluación respectiva de depresión.

Confidencialidad

Todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad, para ello serán registrados mediante códigos que solo el investigador conoce y no serán compartidos sin su autorización.

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, o cualquier procedimiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que haya sido respondida en los cuestionarios aplicados.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo de participar en este estudio.

Nombre del participante	
DNI:	
Código:	

Firma y/o huella digital del participante	
---	--

Nombre del Investigador principal	Dwitch Rado Zamalloa
Documento de identidad	70009100

Fecha:

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1).
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2).
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3).
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4).
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5).
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6).
 - No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7).
 - No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.

- 8) .
 - No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) .
 - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) .
 - No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) .
 - No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) .
 - No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13) .
 - Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) .
 - No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) .
 - Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) .
 - Duermo tan bien como siempre.
 - No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) .
 - No me siento más cansado de lo normal.
 - Me canso más fácilmente que antes.

- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) .
- Mi apetito no ha disminuido.
 - No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
- 19) .
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 - He perdido más de 2 kilos y medio.
 - He perdido más de 4 kilos.
 - He perdido más de 7 kilos.
 - Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) .
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) .
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 4
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CÓDIGO N°.....

Participante:

Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas, escribiendo o marcando con un aspa:

1. Edad: _____

2. Sexo: Femenino Masculino

3. Procedencia: Ciudad de Arequipa Otra ciudad

4. Estado Civil:

Casado Conviviente Viudo Divorciado Soltero

5. Cohabitación: Familia/amigo(a) solo(a)

6. Formación: Universitaria Escuela de oficiales

7. Grado Militar: _____

8. Ingreso Económico:

Menor a 4 mil nuevos soles

Entre 4 mil y 6 mil nuevos soles

Mayor a 6 mil nuevos soles

9. Actualmente, ¿Se encuentra en algún tratamiento para depresión o algún otro trastorno afectivo? SI: _____ NO: _____

10. ¿Ha fallecido un familiar de primer o segundo grado de consanguinidad o que consideren cercano en sus vidas cotidianas en los últimos dos meses o? SI: _____ NO: _____

BASE DE DATOS

N°	Edad	Género	Procedencia	Formación	Estado Civil	Cohabitación	Ingreso Económico	Puntaje de Depresión	Depresión	Grado
1	24	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	5	no	sub-teniente
2	45	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	mayor
3	54	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 mil	4	no	coronel
4	39	varon	otras	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
5	37	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	27	si	mayor
6	42	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	teniente coronel
7	36	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
8	45	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 mil	7	no	teniente coronel
9	30	mujer	otras	universitaria	casado	fam/amigos	menor de 4 mil	15	si	capitan
10	28	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	8	no	teniente
11	40	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	17	si	capitan
12	27	varon	Arequipa	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	6	no	teniente
13	36	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	7	no	mayor
14	37	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
15	36	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
16	31	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	3	no	capitan
17	35	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	21	si	capitan
18	23	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	menor de 4 mil	7	no	sub-teniente
19	47	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	solo	mayor a 6 mil	8	no	teniente coronel
20	31	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	fam/amigos	menor de 4 mil	19	si	capitan
21	29	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	menor de 4 mil	5	no	teniente
22	44	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	7	no	teniente coronel
23	53	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	5	no	teniente coronel
24	44	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	20	si	mayor
25	31	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	7	no	capitan
26	35	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
27	35	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	3	no	mayor
28	29	mujer	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	8	no	capitan
29	27	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	7	no	teniente
30	33	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	capitan
31	48	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	teniente coronel
32	35	varon	Arequipa	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	5	no	mayor
33	32	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	capitan
34	40	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
35	40	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	3	no	mayor
36	48	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	8	no	teniente coronel
37	25	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	22	si	sub-teniente
38	36	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
39	39	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	8	no	mayor
40	32	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	capitan
41	38	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
42	27	varon	Arequipa	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	6	no	teniente
43	33	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	menor de 4 mil	22	si	capitan
44	36	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	3	no	mayor
45	45	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	4-6 mil	12	si	mayor
46	29	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	5	no	teniente
47	44	varon	Arequipa	de escuela	divorciado	solo	mayor a 6 mil	7	no	teniente coronel
48	28	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	3	no	teniente
49	52	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	4	no	coronel
50	52	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	5	no	teniente coronel
51	34	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	14	si	capitan
52	39	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	4	no	mayor
53	46	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	teniente coronel
54	54	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	coronel
55	25	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	menor de 4 mil	2	no	teniente
56	23	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	7	no	sub-teniente
57	25	mujer	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	20	si	teniente
58	47	varon	Arequipa	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 mil	3	no	teniente coronel
59	32	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	capitan
60	33	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	capitan
61	41	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	8	no	mayor
62	25	varon	Arequipa	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	12	si	teniente
63	36	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
64	34	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	5	no	capitan
65	34	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	capitan
66	39	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
67	45	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	teniente coronel
68	45	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 mil	6	no	teniente coronel
69	28	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	solo	menor de 4 mil	25	si	capitan
70	40	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
71	37	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	4-6 mil	5	no	mayor
72	38	varon	otras	de escuela	casado	solo	4-6 mil	13	si	capitan
73	42	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 mil	7	no	teniente coronel
74	45	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	5	no	teniente coronel
75	37	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
76	44	mujer	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	5	no	capitan
77	38	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
78	48	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	solo	mayor a 6 mil	3	no	teniente coronel
79	31	mujer	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	14	si	capitan
80	39	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	mayor
81	34	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	3	no	capitan
82	38	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
83	29	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 mil	6	no	teniente
84	27	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 mil	5	no	teniente
85	45	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 mil	8	no	teniente coronel
86	49	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	mayor a 6 mil	7	no	teniente coronel
87	30	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	fam/amigos	menor de 4 mil	11	si	capitan
88	25	mujer	otras	de escuela	casado	solo	menor de 4 mil	11	si	teniente
89	35	varon	Arequipa	universitaria	casado	solo	4-6 mil	15	si	capitan

N°	Edad	Género	Porcedencia	Formación	Estado Civil	Cohabitación	Ingreso Económico	Puntaje de Depresión	Depresión	Grado
90	55	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	5	no	coronel
91	35	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	5	no	capitan
92	27	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	8	no	teniente
93	27	varon	Arequipa	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	6	no	capitan
94	29	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	solo	menor de 4 r	33	si	capitan
95	28	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	2	no	mayor
96	31	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	7	no	capitan
97	45	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	7	no	teniente cor
98	48	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	5	no	teniente cor
99	36	varon	Arequipa	universitaria	soltero	fam/amigos	4-6 mil	3	no	mayor
100	30	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	fam/amigos	4-6 mil	5	no	capitan
101	30	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	4	no	capitan
102	40	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	mayor
103	28	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	5	no	teniente
104	27	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	3	no	teniente
105	46	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	11	si	mayor
106	29	mujer	Arequipa	universitaria	divorciado	fam/amigos	menor de 4 r	30	si	capitan
107	47	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	5	no	teniente cor
108	37	varon	otras	universitaria	soltero	solo	4-6 mil	26	si	capitan
109	23	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	28	si	sub-teniente
110	23	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	7	no	sub-teniente
111	28	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	menor de 4 r	13	si	teniente
112	31	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	3	no	capitan
113	44	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	mayor a 6 m	5	no	teniente cor
114	40	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	8	no	mayor
115	41	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
116	26	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	6	no	teniente
117	36	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	7	no	mayor
118	39	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
119	40	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	4-6 mil	5	no	mayor
120	48	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	4	no	teniente cor
121	25	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	3	no	sub-teniente
122	33	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	3	no	capitan
123	22	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	5	no	sub-teniente
124	45	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	4	no	teniente cor
125	22	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	5	no	sub-teniente
126	29	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	27	si	teniente
127	29	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	7	no	teniente
128	35	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	25	si	capitan
129	47	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 m	7	no	teniente cor
130	44	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	mayor a 6 m	12	si	teniente cor
131	54	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	8	no	coronel
132	24	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	6	no	sub-teniente
133	27	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	7	no	teniente
134	25	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	4	no	sub-teniente
135	47	varon	otras	universitaria	casado	solo	4-6 mil	30	si	mayor
136	25	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	7	no	sub-teniente
137	36	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	solo	4-6 mil	16	si	capitan
138	38	varon	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
139	24	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	menor de 4 r	4	no	sub-teniente
140	41	mujer	otras	de escuela	viudo	solo	menor de 4 r	34	si	teniente
141	27	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	3	no	teniente
142	31	varon	Arequipa	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	capitan
143	30	mujer	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	5	no	capitan
144	38	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	8	no	mayor
145	37	varon	Arequipa	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	19	si	mayor
146	32	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	capitan
147	23	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	8	no	sub-teniente
148	24	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	menor de 4 r	6	no	sub-teniente
149	26	varon	otras	de escuela	soltero	solo	menor de 4 r	5	no	teniente
150	40	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	7	no	mayor
151	44	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 m	7	no	teniente cor
152	47	mujer	Arequipa	universitaria	soltero	fam/amigos	mayor a 6 m	8	no	teniente cor
153	45	varon	otras	de escuela	divorciado	fam/amigos	mayor a 6 m	6	no	teniente cor
154	39	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	4	no	mayor
155	40	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	3	no	mayor
156	36	varon	otras	de escuela	conviviente	fam/amigos	4-6 mil	8	no	capitan
157	41	varon	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	7	no	mayor
158	49	varon	Arequipa	universitaria	soltero	solo	mayor a 6 m	4	no	teniente cor
159	44	varon	otras	universitaria	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	6	no	teniente cor
160	28	varon	Arequipa	de escuela	conviviente	fam/amigos	menor de 4 r	7	no	teniente
161	36	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	solo	4-6 mil	18	si	capitan
162	45	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	mayor a 6 m	3	no	teniente cor
163	55	varon	otras	de escuela	casado	solo	mayor a 6 m	10	si	teniente cor
164	37	varon	otras	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	6	no	mayor
165	46	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	mayor a 6 m	7	no	teniente cor
166	29	mujer	Arequipa	universitaria	casado	fam/amigos	menor de 4 r	17	si	capitan
167	36	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	4-6 mil	8	no	mayor
168	38	varon	Arequipa	universitaria	divorciado	solo	4-6 mil	14	si	capitan
169	47	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	mayor a 6 m	3	no	teniente cor
170	37	mujer	otras	de escuela	soltero	solo	4-6 mil	7	no	mayor
171	34	varon	otras	de escuela	divorciado	solo	4-6 mil	16	si	capitan
172	45	varon	otras	de escuela	soltero	fam/amigos	mayor a 6 m	7	no	teniente cor
173	35	varon	Arequipa	de escuela	casado	fam/amigos	4-6 mil	5	no	mayor
174	31	mujer	Arequipa	universitaria	divorciado	fam/amigos	menor de 4 r	28	si	capitan