

Universidad Católica de Santa María
“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Síntomas depresivos y características asociadas a la
jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico
Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa 2017**

**Tesis presentada por la bachiller:
SANDRA VIVIANA SALAS COLLADO**

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Germán Vargas

Arequipa - Perú

2017



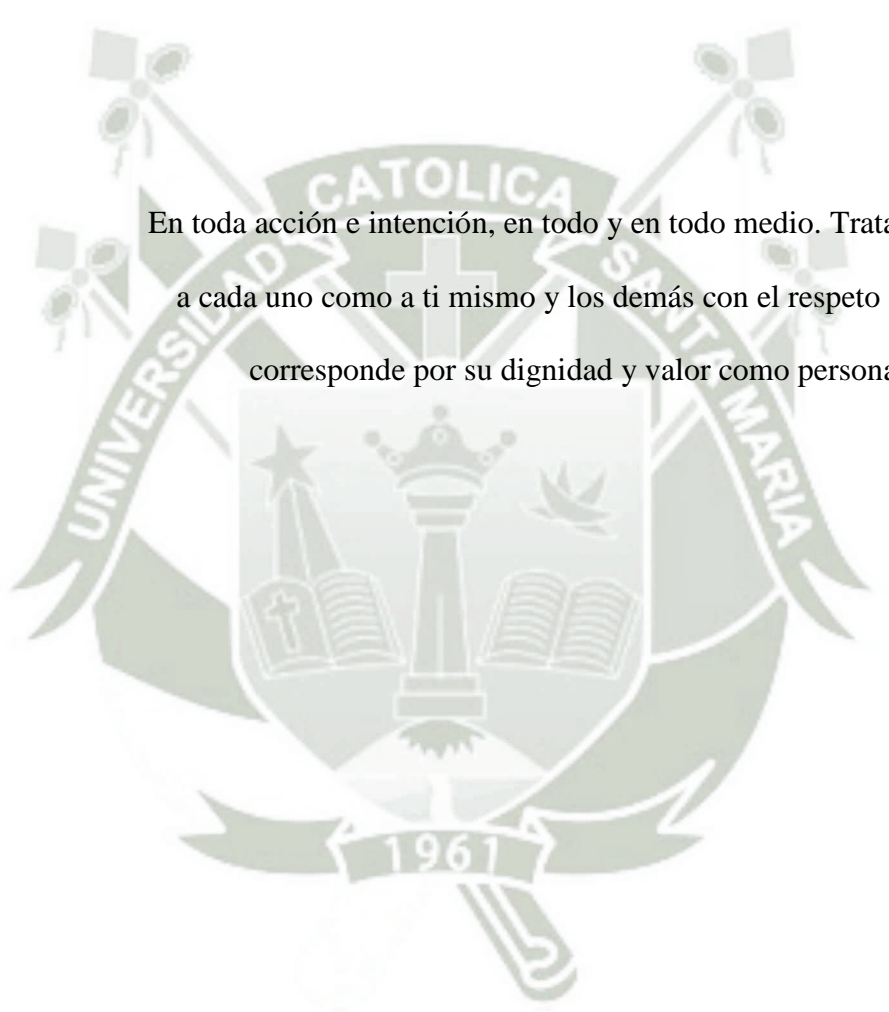
DEDICATORIA

A mi madre Yovana Collado Cárdenas porque ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su apoyo incondicional y comprensión para poder culminar este gran sueño;

A mis tías Silvia Collado y Rosario Collado por sus sabios consejos y por sus muestras de cariño hacia mí;

A mi esposo e hijos que supieron comprenderme en este proceso de crecimiento.

EPÍGRAFE



En toda acción e intención, en todo y en todo medio. Trata siempre
a cada uno como a ti mismo y los demás con el respeto que les
corresponde por su dignidad y valor como persona.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MATERIAL Y METODOS	10
CAPÍTULO II: RESULTADOS	16
CAPÍTULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS	27
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	41
Anexo 1. Proyecto de investigación	42
Anexo 2. Ficha de recolección de datos	83
Anexo 3. Escala de Depresión de Zung	84
Anexo 4. Consentimiento informado.....	85
Anexo 5. Matriz de Datos	

RESUMEN

Antecedentes: La jubilación es una etapa de la vida en la que la adaptación puede ser difícil y pueden acompañarse de síntomas depresivos.

Objetivo: Establecer la relación entre los síntomas depresivos y las características asociadas a la jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 140 policías en estado jubilación que cumplieron criterios de selección, aplicando el test de Zung y una ficha de datos. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: El 34.29% de jubilados tuvieron depresión, de los cuales 98.92% tuvieron depresión leve, y 0.71% depresión moderada; no se registraron casos de depresión severa. No se encontraron diferencias al comparar la edad promedio de los jubilados con depresión (65-38 años) y sin depresión (62-55 años; $p > 0.05$). El 94.29% de jubilados fueron varones y 5.71% mujeres, y se encontró depresión en 25% de las jubiladas mujeres y en 34.85% de varones ($p > 0.05$). El 5% de jubilados fueron solteros, 40.71% fueron casados, 39.29% convivientes, 7.86% fueron separados y 7.14% viudos. Se encontró depresión en 85.71% de solteros, en 81.82% de separados, y en 70% de viudos, mientras que los que tenían pareja la presencia de depresión fue menor (63.16% entre casados, 61.82% en convivientes; $p > 0.05$). El 32.86% de jubilados se dedicaron solo a labores del hogar, 44.29% eran comerciantes, y 22.86% se dedicaban a actividades de seguridad particular; se encontró depresión en 69.57% de jubilados dedicados al hogar, en 54.84% de comerciantes, y en 81.25% de agentes de seguridad ($p < 0.05$). El 72.14% no practica deporte y 27.86% si lo hace; entre los

que no practican deporte, 59.41% presentan depresión, comparado con 82.05% entre los que sí practican ($p < 0.05$).

Conclusiones: La frecuencia de depresión en policías jubilados es relativamente alta, de moderada intensidad y relacionada a sus ocupaciones adicionales o la práctica deportiva.

PALABRAS CLAVE: depresión – jubilación – policías.



ABSTRACT

Background: Retirement is a stage of life in which adjustment can be difficult and may be accompanied by depressive symptoms.

Objective: To establish the relationship between depressive symptoms and the characteristics associated with retirement in police personnel that go to the Police Civic Hospital Julio Pinto Manrique, Arequipa.

Methods: A representative sample of 140 policemen in the retired state who met the selection criteria were surveyed, applying the Zung test and a data sheet. Variants are compared by chi-square test.

Results: 34.29% of retirees had depression, of which 98.92% had level depression, and 0.71% had moderate depression; There were no cases of severe depression. No differences were found when comparing the average age of retirees with depression (65.38 years) and without depression (62.55 years, $p > 0.05$). 94.29% of retirees were men and 5.71% women, and depression was found in 25% of the retired women and in 34.85% of men ($p > 0.05$). 5% of retirees were single, 40.71% were married, 39.29% were living together, 7.86% were separated and 7.14% were widowers. Depression was found in 85.71% of singles, in 81.82% of separated, and in 70% of widowers, whereas those with a partner with depression were lower (63.16% among married couples, 61.82% in cohabitants, $p > 0.05$). 32.86% of retirees were only employed in the household, 44.29% were merchants, and 22.86% were engaged in private security activities; Depression was found in 69.57% of home retired people, 54.84% of merchants, and 81.25% of security agents ($p < 0.05$). 72.14% do not practice sport and 27.86% do so; Among those who do not play sports, 59.41% have depression, compared to 82.05% among those who do practice ($p < 0.05$).

Conclusions: The frequency of depression in retired cops is relatively high, moderate intensity and related to their additional occupations or sports practice.

Keyword: Depression - retirement - police officers.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos son uno de los problemas de salud más frecuentes. Aproximadamente, el 3% de la población mundial se encuentra afectada; y entre 10 a 20 millones de personas han tenido al menos un episodio depresivo en sus vidas; en la etapa de adulto mayor la depresión puede llegar al 10%. Además, constituye una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Solamente un pequeño número de las personas afectadas reciben tratamiento psiquiátrico. La mayor parte de las personas afectadas no son diagnosticadas y los síntomas quedan camuflados por patologías orgánicas¹.

La etapa de la jubilación suele ser un proceso de difícil adaptación para los adultos mayores, sobre todo cuando de ser activos, se vuelven inactivos. La pérdida del trabajo como espacio que les permite a las personas estar insertas en una red de pertenencia social, así como también estructurar sus rutinas diarias, colaborar con el desarrollo familiar y social, con posibilidad disminuida de reinsertarse laboralmente, la jubilación implica el generar un nuevo estilo de vida, que se caracteriza, entre otros factores, por un aumento en el tiempo libre y menores ingresos económicos.

Durante la realización del internado y en los años de prácticas clínicas, he podido observar que en los adultos mayores jubilados existen mayores consultas hospitalarias tanto por problemas médicos, pero también por síntomas relacionados a depresión, lo que llevó a la inquietud sobre el efecto de la jubilación en el personal policial sobre el desarrollo de síntomas depresivos.

¹ Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632, Organización Panamericana de la Salud, 2009

Los resultados de la presente investigación contribuirán a detectar un problema de salud mental de frecuente presentación en una población creciente como son los adultos mayores en nuestro medio, sobre todo en un grupo ocupacional como son los policías, que experimentan un radical cambio en sus estilos de vida activos en la jubilación.





CAPÍTULO I

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

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

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en el test de depresión de Zung (Anexo 2).

Materiales:

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

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer bimestre del año 2017.

2.3. Unidades de estudio: Pacientes del grupo laboral policial que acuden a atención al Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa.

Población: Todos los Pacientes del grupo laboral policial que acuden a atención al Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa en estado de jubilación.

Muestra: se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = proporción estimada de depresión en jubilados = 0.10

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 138.30 \approx 140$ integrantes.

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

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Pacientes pertenecientes al grupo ocupacional policial
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes previamente diagnosticados de trastorno psiquiátrico
- Presencia de un acontecimiento vital estresante en los últimos 30 días (muerte de familiar, accidente grave, etc.).

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

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación se trata de un estudio observacional, transversal.

5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se evaluaron a los policías jubilados que acudieron al hospital para solicitar su participación voluntaria, verificando que cumplieran los criterios de selección. Se empleó la Escala de Depresión de Zung para determinar la presencia y la gravedad del cuadro depresivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La escala de depresión de Zung ha sido validada en lengua española. Consta de 20 preguntas, es autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual. Para evitar el sesgo del «acostumbramiento» en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo².

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems. Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi

² Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.

siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos.

Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto.

El rango de calificación es de 20-80. Se puede valorar la severidad de la depresión con la siguiente escala:

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) **Plan de Recolección**

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

b) **Plan de Procesamiento**

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

c) **Plan de Clasificación:**

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

La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

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

e) Plan de Recuento.

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

f) Plan de análisis

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



**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”**

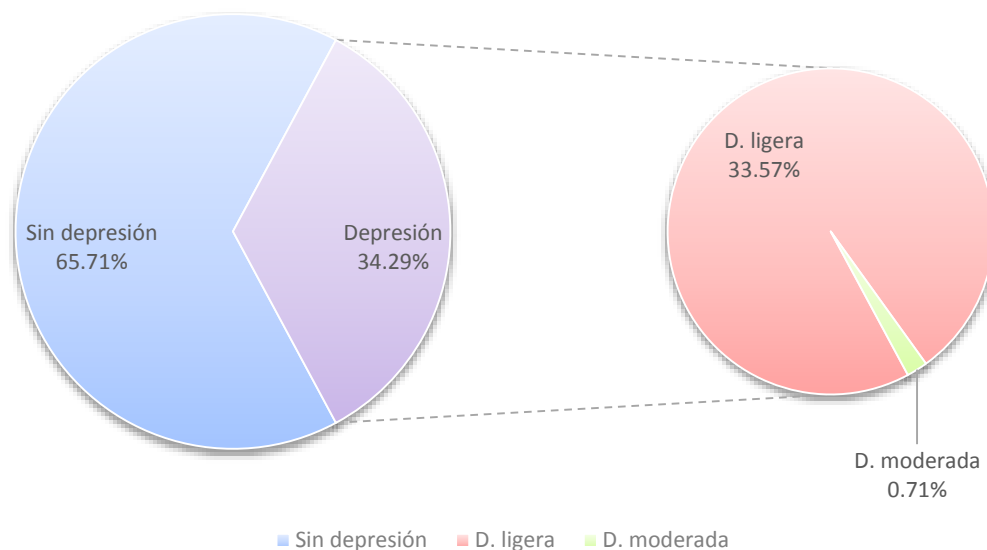
Tabla 1: Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en personal policial jubilado

	N°	%
Sin depresión	92	65.71%
D. ligera	47	34.28%
D. moderada	1	0.71%
Total	140	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Se observa que de la población total el 34.28% está cursando con depresión ligera y que el 0.71% con una depresión moderada

Gráfico 1: Frecuencia y severidad de síntomas depresivos en personal policial jubilado



“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”

**Tabla 2: Distribución de policías jubilados según edad y presencia de
síntomas depresivos**

Edad (años)	Total		Con depresión		Sin depresión	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 40 a	6	4.29%	0	0.00%	6	100.00%
40-49 a	16	11.43%	10	62.50%	6	37.50%
50-59 a	26	18.57%	7	26.92%	19	73.08%
60-69 a	40	28.57%	7	17.50%	33	82.50%
70-79 a	40	28.57%	16	40.00%	24	60.00%
80-89 a	11	7.86%	8	72.73%	3	27.27%
≥ 90 a	1	0.71%	0	0.00%	1	100.00%
Total	140	100.00%	48	34.29%	92	65.71%

Fuente: elaboración propia.

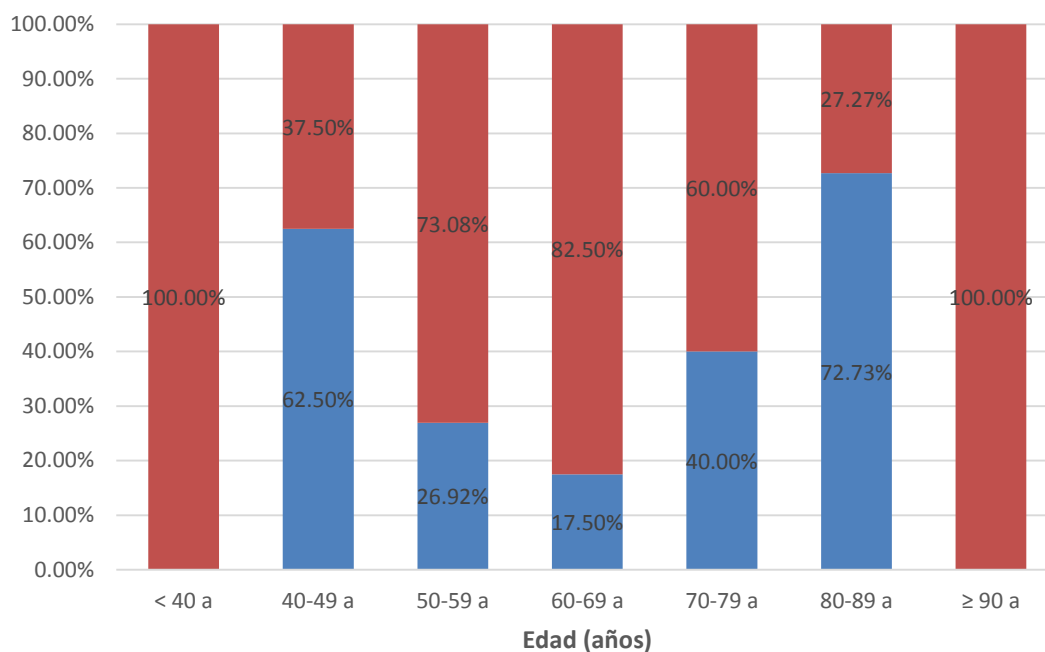
$\chi^2 = 22.73$

G. libertad = 6p < 0.05

En la tabla 2 se observa que la mayor prevalencia de depresión se encuentra en el grupo etario de 80 a 89 años de edad, siguiéndola en porcentaje los adultos que se encuentran dentro de 70 a 79 años de edad.

“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”

Gráfico 2: Distribución de policías jubilados según edad y presencia de síntomas depresivos



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx):

- Con depresión: 65.38 ± 13.58 años (42 – 87 años)
- Sin depresión: 62.55 ± 11.65 años (25 – 97 años)

Prueba t = 1.21

G. libertad = 138

p = 0.23

**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”**

Tabla 3: Distribución de policías jubilados según sexo y presencia de síntomas depresivos

Sexo	Con depresión		Sin depresión	
	N°	%	N°	%
Masculino	46	34.85%	86	65.15%
Femenino	2	25.00%	6	75.00%
Total	48	34.29%	92	65.71%

Fuente: elaboración propia.

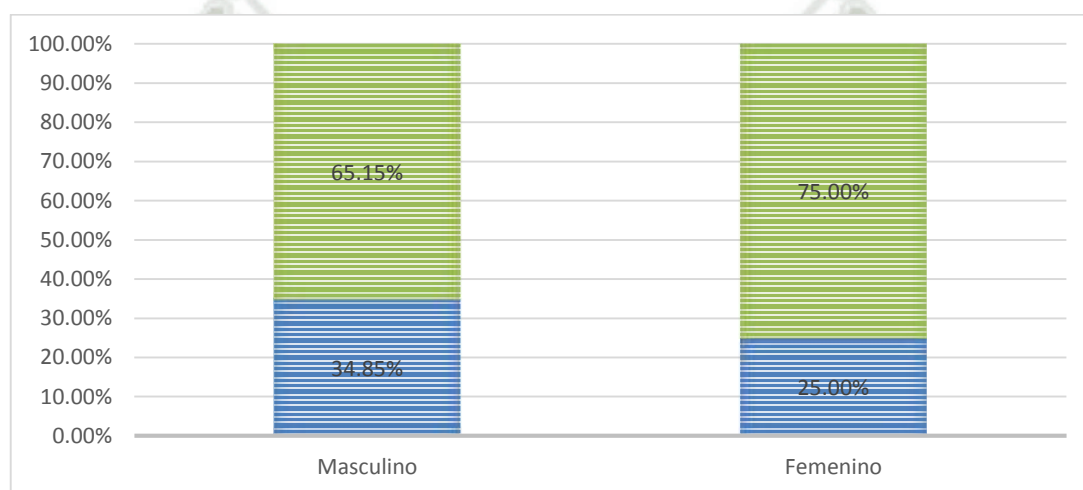
$\chi^2 = 0.32$

G. libertad = 1

p = 0.57

Se observa que de la población estudiada el sexo masculino es quien tiene mayor prevalencia de depresión (34.85%).

Gráfico 3: Distribución de policías jubilados según sexo y presencia de síntomas depresivos



“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”

Tabla 4: Distribución de policías jubilados según estado civil y presencia de síntomas depresivos

Estado civil	Sin depresión		Con depresión	
	N°	%	N°	%
Soltero	1	14.29%	6	85.71%
Casado	21	36.84%	36	63.16%
Conviviente	21	38.18%	34	61.82%
Separado	2	18.18%	9	81.82%
Viudo	3	30.00%	7	70.00%
Total	48	34.29%	92	65.71%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 3.13$ G. libertad = 4 $p = 0.54$

Se observa que la población que tiene mayor prevalencia de depresión es aquella que es soltera (85.71%), los que le siguen en porcentaje son los separados (81.82%) y los que han enviudado (70.00%).

**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”**

**Gráfico 4: Distribución de policías jubilados según estado civil y presencia de
síntomas depresivos**



En este grafico observamos policial soltero cursa que el 85.71% con depresión

**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”**

Tabla 5: Distribución de policías jubilados según otra ocupación y presencia de síntomas depresivos

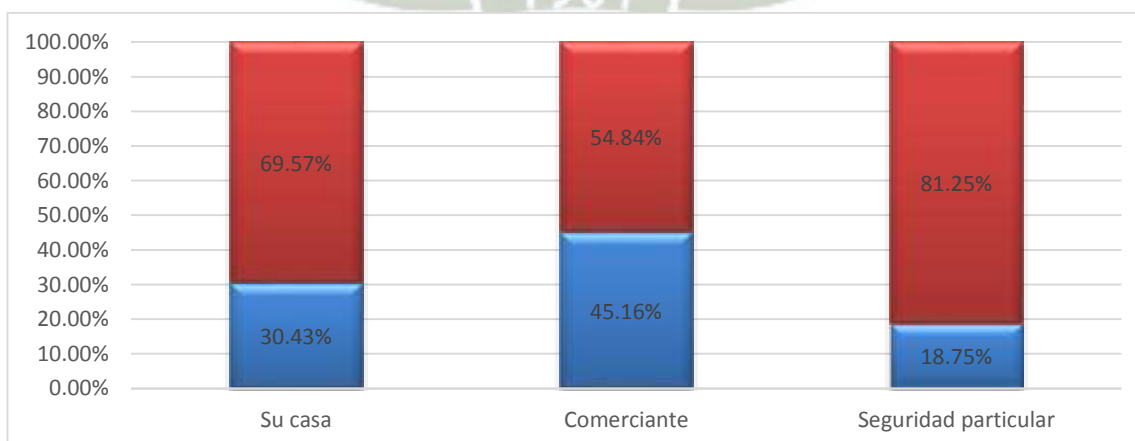
Ocupación	Total	Con depresión	Sin depresión
	%	%	%
Su casa	32.86%	30.43%	69.57%
Comerciante	44.29%	45.16%	54.84%
Seguridad particular	22.86%	18.75%	81.25%
Total	100.00%	34.29%	65.71%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 6.99$ G. libertad = 2 $p = 0.03$

Se observa que hay mayor prevalencia de depresión en la población que se dedica al comercio 45.16%, siguiéndoles en prevalencia aquellos que actualmente no tienen trabajo (30.43%).

Gráfico 5: Distribución de policías jubilados según otra ocupación y presencia de síntomas depresivos



**“SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA JUBILACIÓN EN
PERSONAL POLICIAL QUE ACUDE AL HOSPITAL CÍVICO POLICIAL JULIO PINTO
MANRIQUE, AREQUIPA – 2017”**

Tabla 6: Distribución de policías jubilados según práctica de deporte y presencia de síntomas depresivos

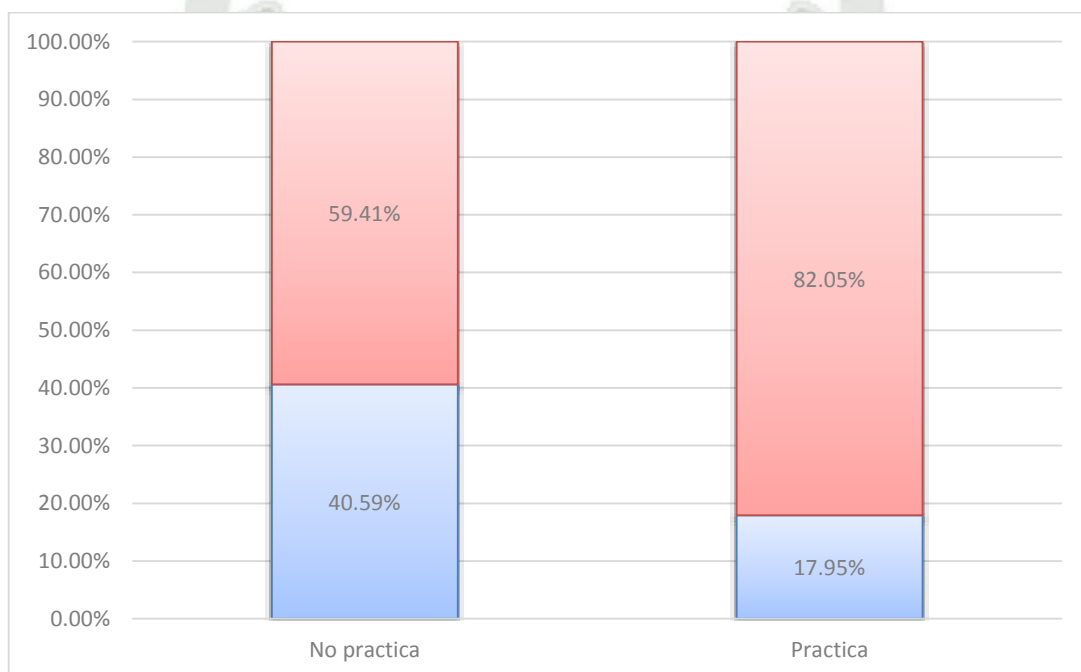
Deporte	Con depresión		Sin depresión	
	N°	%	N°	%
No practica	41	40.59%	60	59.41%
Practica	7	17.95%	32	82.05%
Total	48	34.29%	92	65.71%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 6.40$ G. libertad = 1 $p = 0.01$

Se observa que aquellos que no practican deporte (82.05%) son quienes tienen mayor prevalencia de depresión a diferencia de quienes si practican deporte (59.41%).

Gráfico 6: Distribución de policías jubilados según práctica de deporte y presencia de síntomas depresivos





CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la relación entre los síntomas depresivos y las características asociadas a la jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa. Se realizó la presente investigación debido al realizar mi internado en dicho hospital y tener un contacto más directo con los pacientes pude darme cuenta que muchas de las patologías estaban asociadas a cierta angustia, exageración de síntomas temor a quedar discapacitado de alguna manera y así ser una carga para sus familiares además de evidenciar miedo que los llevaba al llanto inconsolable.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 140 policías en estado jubilación que cumplieron criterios de selección, para aplicar el test de Zung y establecer la presencia y severidad de síntomas depresivos. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** En nuestros resultados después de aplicar el test de Zung, observamos que en policías jubilados el 34.29% presentan algún tipo de depresión, de los cuales el 33.57% tuvieron depresión ligera, y 0.71% tuvieron depresión moderada; no se registran casos de depresión severa. En la **Tabla y Gráfico 2** se aprecia la relación entre la edad de los policías jubilados y la presencia de síntomas depresivos. Cabe señalar que el 15.72% de policías jubilados tuvieron menos de 50 años, en estos casos fueron dados de baja habitualmente por lesiones. El 18.57% tuvieron de 50 a 59 años, y 57.14% de 60 a 79 años, con un 8.57% de casos. Con edades de 80 a más años. Se registraron mayores proporciones de depresión leve entre los jubilados en menores de 40 años (100%) o en los que tenían entre 50 y 59 años se

registra 73.08% y de los policías entre las edades de 60 a 69 años un 82.50%, disminuyendo hasta un 60% entre los 70 y 79 años y a 27.27% entre los 80 y 89 años. En el trabajo que se realizó en departamento de policía de Risaralda en 2013. La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo y de un instrumento que fue alternado con entrevistas complementarias sobre las categorías: estrategias de coping y jubilación. El tipo de muestreo fue la "bola de nieve" en la que se administró a quince policías jubilados de entre 40 y 45 años un cuestionario de Estrategias y tipos de estrés por Nora Londoño Escala. Se llegó a la conclusión de que los hombres jubilados utilizan en mayor medida las estrategias de negación, la evitación cognitiva y la religión para hacer frente a su paso a la vida civil. **Tabla y Gráfico 3** En relación al sexo, el 94.29% de jubilados fueron varones y 5.71% mujeres, y se encontró depresión en 75% de las jubiladas mujeres y en 65.15% de varones, diferencia que no resultó significativa ($p > 0.05$). **Tabla y Gráfico 4** muestra el estado civil de los jubilados participantes; el 5% fueron solteros, 40.71% fueron casados, 39.29% convivientes, 7.86% fueron separados y 7.14% viudos. Se encontró depresión en 85.71% de solteros, en 81.82% de separados, y en 70% de viudos, mientras que los que tenían pareja la presencia de depresión fue menor (63.16% entre casados, 61.82% en convivientes), aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$). De acuerdo al estudio "Depresión en jubilados no activos: estudio de 234 casos" el cual tuvo el propósito de investigar la relación entre jubilación y síndrome depresivo. Se realizó investigación analítica, prospectiva, transversal, comparativa y observacional en la unidad de Medicina Familiar No. 10, Jalapa, Ver., del Instituto mexicano del Seguro Social. Para valorar la presencia de depresión, se aplicó la escala de Hamilton en un periodo de treinta meses (1991-1993), empleando una muestra aleatoria de 468 pacientes: 234

jubilados no activos y 234 no jubilados, en los que se observó depresión en 169 casos (36.11 por ciento) y 96 casos (20.51 por ciento), respectivamente. Los casos de jubilación y depresión estuvieron relacionados con las variables: edad, sexo, escolaridad, estado civil, actitud de rechazo del jubilado respecto a la jubilación y actividades no satisfactorias realizadas durante dicho proceso. Los datos fueron tratados con la variable estadística chi cuadrado y el nivel de significación fue de 0.05. Las cifras encontradas al estudiar la relación entre jubilación y depresión fueron estadísticamente significativas (26).

Tabla y Gráfico 5: El 32.86% de jubilados se dedicaron solo a labores del hogar, mientras que 44.29% eran comerciantes, y 22.86% se dedicaban a actividades de seguridad particular. Se encontró depresión en 69.57% de jubilados dedicados al hogar, en 54.84% de comerciantes, y en 81.25% de agentes de seguridad, siendo esta una diferencia significativa ($p < 0.05$). Dicha tabla se corrobora con el estudio “Prevalencia de depresión en adultos mayores en poblaciones urbanas” el cual tuvo el objetivo de establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Se utilizó como prueba de despistaje la «Escala de Depresión Geriátrica» (EDG) de Brink aplicada a una muestra representativa de 246 sujetos. RESULTADOS: La prevalencia encontrada fue de 36,2% de los sujetos

²⁶ Leyva González, Félix Arturo; Mota Velazco, Graciela; Salas Romero María Félix. Depresión en jubilados no activos: estudio de 234 casos / Depresión of the non active retired: report of 234 cases. Rev. méd. IMSS;33(1):51-4, ene.-feb. 1995. ilus, tab.

estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4,21 a los desempleados, el estado civil (OR 3,16 los viudos/as y 2,32 los solteros/as) y la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados (27).

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la práctica de deporte en los policías jubilados; el 72.14% no practica deporte y 27.86% si lo hace. Entre los que no practican deporte, 59.41% presentan depresión, y esta se incrementa entre los que sí practican (82.05%), siendo esta diferencia significativa ($p < 0.05$). Dichas cifras son compatibles con las encontradas en el estudio “Actividad física y síntomas depresivos: estudio de seguimiento epidemiológico de la NHANES I” donde la sintomatología depresiva medida por el Centro de Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos (CES-D) fue examinada por sexo y raza en relación con la actividad física recreativa y la actividad física aparte de la recreación, controlando la edad, educación, ingresos, condición de empleo, y condiciones crónicas. Poca o ninguna actividad física recreativa y poca o ninguna actividad física aparte de la recreación se asoció transversalmente con síntomas depresivos en blancos y negros. Después de la exclusión de aquellos con síntomas depresivos al inicio, la actividad física recreativa fue un predictor independiente de síntomas depresivos un promedio de ocho años más

²⁷ Pando Moreno, M.; Aranda Beltrán, C.; Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 2001; 36(3): 140-144.

tarde en mujeres blancas. Las probabilidades ajustadas de síntomas depresivos en el seguimiento fueron de aproximadamente el doble de frecuencia en mujeres con poca o ninguna actividad física recreativa en comparación con las mujeres con actividad física recreativa mucho o moderada (intervalo de confianza del 95% 1.1 3.2) (28).



²⁸ Mary e. Farmer ben z. Locke eve k. Mościcki andrew l. Dannenberg david b. Larson lenore s. Radloff. Physical activity and depressive symptoms: the nhanes i epidemiologic follow-up study. American journal of epidemiology 2008; 128(6): 1340-1351.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

PRIMERO. Se obtuvieron que un 34.28% de policías jubilados que asisten al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique presentan un tipo de depresión.

SEGUNDO. Los síntomas depresivos en pacientes policías jubilados atendidos en el Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa fueron predominantemente leve.

TERCERO. Las características asociadas a la presencia de síntomas depresivos en personal policial jubilado que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa, fueron la ocupación adicional como agente de seguridad y la práctica de deportes.

RECOMENDACIONES

PRIMERO. Se recomienda crear un programa integral de atención al policía jubilado el cual tenga como objetivo prevenir la depresión en esta población.

SEGUNDO. Se sugiere implementar talleres de preparación para afrontar la experiencia de jubilación y así prevenir estrés post jubilación.

TERCERO. Se recomienda brindar talleres de actividad física y recreativa a policías jubilados con el fin de darles alternativas para ocupar su tiempo libre.

CUARTO. Se recomienda hacer un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado, seguimiento permanente y recuperación pronta de policías con depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Aguilar-Navarro S., Ávila-Funes J.A. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* 2007;143(2): 141-148
- 2) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- 3) Beck Aaron T., *The Evolution of the Cognitive Model of Depression and its Neurobiological Correlates*. *Am J Psychiatry* 2008;165:969-977.
- 4) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 2da Ed. Ars Médica. 2002.
- 5) Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, Marín SF. *Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz*. *UniverSalud*, 2010; 6(12):4-10
- 6) Díaz P, Martínez PB, Calvo FF. *Trastornos afectivos en el anciano*. *Rev Mult Gerontol*, 2002;12(1):19-25
- 7) Dominguez J, Ruiz M, Gomez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. *Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes*; 2012; (02); Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-90095695-originales-2012>
- 8) Espinoza KA. *Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur*, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Médico

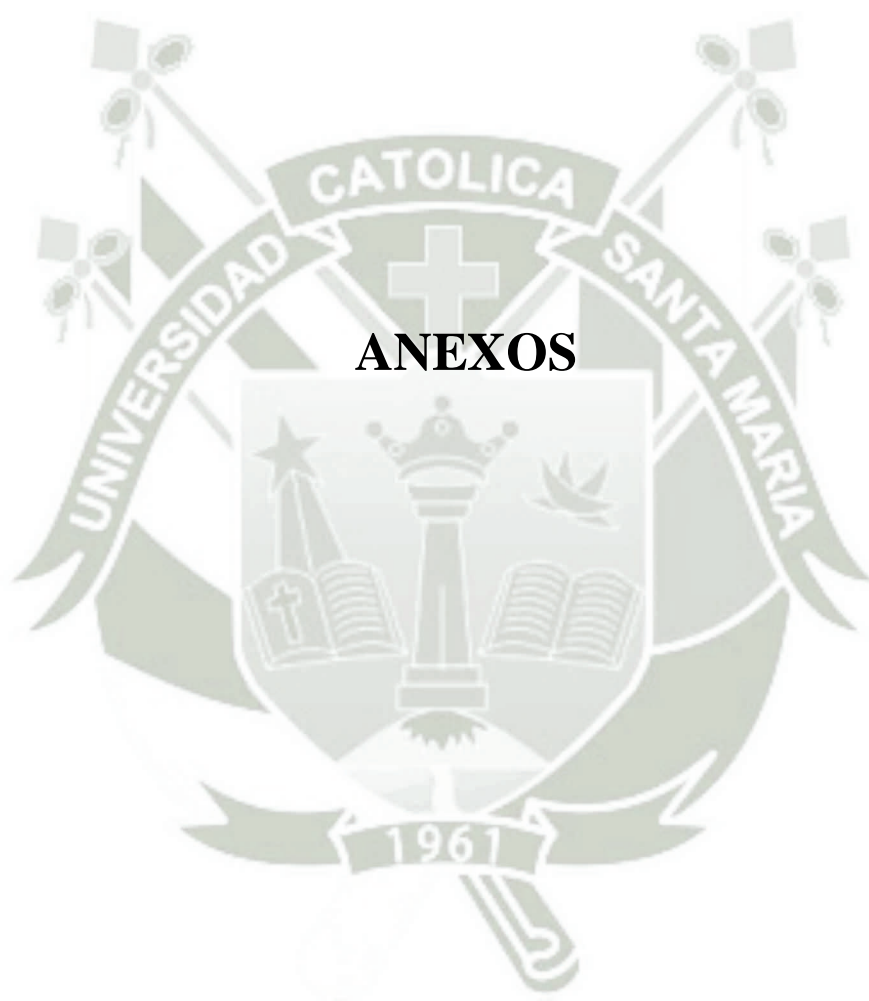
- Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2014
- 9) Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Rev Panán Salud Pública. 2005
 - 10) Fernández OA. Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur, Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013
 - 11) Galvanovskis A, Villar E. Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación. Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, 2000; 16 (10):40-47
 - 12) Hermida PD, Tartaglini MF, Stefani D. Actitudes y significados acerca de la jubilación: un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. LIBERABIT, 2016; 22(1): 57-66.
 - 13) Hornstein GA, Wapner S. Modes of experiencing and adapting to retirement. International Journal of Aging and Human Development, 1985; 21(4):291-315.
 - 14) Manzanera R et.al. Neurobiología de la Depresión, Seminario del VI Encuentro de Pamplona. Mayo 2010.

- 15) Ministerio de Salud, Ministerio de la mujer y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud. “Políticas Saludables para Adultos Mayores en los Municipios de Lima: MINSA , MINDES. 2004.
- 16) Montesó-Curto, P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. Atención Primaria, 2014; 46(3), 167-168.
- 17) Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632, Organización Panamericana de la Salud, 2009
- 18) Rodríguez N. Grado de satisfacción con el uso del tiempo libre y actitudes hacia la jubilación. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2003; 12(2), 155-161.
- 19) Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurología de la Depresión Mayor. Canadian Medical Association J 2009,180:305- 313.
- 20) Ruelas F, Yemira K. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011
- 21) Urbina T, Flores M, García S, Torres BL, Torrubias M, Fernández R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007;21(1):37-42

- 22) Vallejo J, Soria TV, Urretavizcaya M. Cronobiología de la depresión. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, directores. Tratado de Psiquiatría. Vol. 1. 2ª ed (reimpresión revisada). Madrid: Marbán; 2012.
- 23) Asociación de AFP – Perú. Tipos de jubilación. Disponible en: <https://www.asociacionafp.com.pe/preguntas-frecuentes/glosario-de-terminos/tipos-de-jubilacion-2/>
- 24) Pirl WF. Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients. JNCI Monographs. 2004(32):32-39. Accessed at: <http://jncimono.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/2004/32/32>
- 25) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 157 (suppl):1, 2010.
- 26) Leyva González, Félix Arturo; Mota Velazco, Graciela; Salas Romero María Félix. Depresión en jubilados no activos: estudio de 234 casos / Depresión of the non active retired: report of 234 cases. Rev. méd. IMSS;33(1):51-4, ene.-feb. 1995. ilus, tab.
- 27) Pando Moreno, M.; Aranda Beltrán, C.; Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2001; 36(3): 140-144.
- 28) Mary e. Farmer ben z. Locke eve k. Mościcki andrew l. Dannenberg david b. Larson lenore s. Radloff. Physical activity and depressive symptoms: the nhanes

i epidemiologic follow-up study. American journal of epidemiology 2008;
128(6): 1340-1351.







Anexo 1

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Síntomas depresivos y características asociadas a la jubilación en personal
policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa
2017”**

**Proyecto de investigación presentado por:
SANDRA VIVIANA SALAS COLLADO
Para Obtener el Título de Médico-Cirujano.**

**Arequipa - Perú
2017**

I. PREÁMBULO

Los trastornos depresivos son uno de los problemas de salud más frecuentes. Aproximadamente, el 3% de la población mundial se encuentra afectada; y entre 10 a 20 millones de personas han tenido al menos un episodio depresivo en sus vidas; en la etapa de adulto mayor la depresión puede llegar al 10%. Además, constituye una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Solamente un pequeño número de las personas afectadas reciben tratamiento psiquiátrico. La mayor parte de las personas afectadas no son diagnosticadas y los síntomas quedan camuflados por patologías orgánicas⁶.

La etapa de la jubilación suele ser un proceso de difícil adaptación para los adultos mayores, sobre todo cuando de ser activos, se vuelven inactivos. La pérdida del trabajo como espacio que les permite a las personas estar insertas en una red de pertenencia social, así como también estructurar sus rutinas diarias, colaborar con el desarrollo familiar y social, con posibilidad disminuida de reinsertarse laboralmente, la jubilación implica el generar un nuevo estilo de vida, que se caracteriza, entre otros factores, por un aumento en el tiempo libre y menores ingresos económicos.

Durante la realización del internado y en los años de prácticas clínicas, he podido observar que en los adultos mayores jubilados existen mayores consultas hospitalarias tanto por problemas médicos, pero también por síntomas relacionados a depresión, lo que llevó a la inquietud sobre el efecto de la jubilación en el personal policial sobre el desarrollo de síntomas depresivos.

Los resultados de la presente investigación contribuirán a detectar un problema de

⁶ Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632, Organización Panamericana de la Salud, 2009

salud mental de frecuente presentación en una población creciente como son los adultos mayores en nuestro medio, sobre todo en un grupo ocupacional como son los policías, que experimentan un radical cambio en sus estilos de vida activos en la jubilación.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Existe relación entre los síntomas depresivos y las características asociadas a la jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

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

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Subindicador
Síntomas depresivos	Test de Depresión de Zung	25-49 rango normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido

		70 o más, Severamente deprimido
Características asociadas	Edad	Años
	Sexo	Varón / Mujer
	Tiempo de jubilación	Meses
	Realización de actividades	Ocupación alterna, práctica deportiva, hobbies
	Estado civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de los síntomas depresivos en pacientes policías jubilados atendidos en el Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa?
2. ¿Cuál es la severidad de los síntomas depresivos en pacientes policías jubilados atendidos en el Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa?
3. ¿Cuáles son las características asociadas a los síntomas depresivos en personal policial jubilado que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa?

d) Nivel de investigación: Se trata de un estudio descriptivo.

e) Tipo de investigación: Se trata de un estudio observacional, transversal.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** no hemos encontrado investigaciones recientes que relacionen la presencia de depresión con el estado laboral de personal policial en nuestro medio.
- **Relevancia científica:** Se establece la relación de un importante factor social como el estado de jubilación en el desarrollo de trastornos como la depresión en población adulta mayor.
- **Relevancia práctica:** permitirá identificar la severidad de la depresión en un grupo especial de la población como son los jubilados, que permitirá aminorar el impacto negativo sobre su salud.
- **Relevancia social:** Se estudia un problema que por la presencia creciente de adultos mayores en la población general, será un problema de gran magnitud para los servicios de salud.
- **Contemporaneidad:** La depresión es un problema creciente, tanto en población general como en grupos específicos como los adultos mayores.
- **Factibilidad:** Por tratarse de un diseño en el que se cuenta con una población concreta y conocida y contar con instrumentos validados.
- **Motivación personal:** Por realizar una investigación en el área de la salud mental.
- **Contribución académica:** por la generación de nuevos conocimientos en el campo de la medicina
- **Políticas de investigación:** por desarrollar del proyecto en el área de pregrado en medicina.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Jubilación

La etapa de la jubilación suele ser un proceso de difícil adaptación para los adultos mayores. Esta complejidad reside en que el ingreso a esta nueva etapa implica la modificación de diversos aspectos de la vida que los adultos habían sostenido a lo largo de toda su vida laboral activa. El trabajo es un espacio que les permite a las personas estar insertas en una red de pertenencia social, así como también estructurar sus rutinas cotidianas, colaborar en la construcción identitaria y generar ingresos económicos que las insertan en un mercado de consumo. De esta forma, la jubilación implica el generar un nuevo estilo de vida, que se caracteriza, entre otros factores, por un aumento en el tiempo libre y menores ingresos económicos ⁷.

Frente a los cambios en esta etapa, se considera que en la medida en que las personas puedan generar una mirada positiva y un buen nivel de satisfacción sobre sus vidas, se logrará una adaptación efectiva ante la jubilación ⁸.

2.1.1. Tipos de jubilación

Son los distintos regímenes mediante los cuales puede accederse al beneficio de pensión de jubilación en el Sistema Privado de Pensiones (SPP): Jubilación por Edad Legal, Jubilación Anticipada – Régimen Ordinario, Jubilación Anticipada – Régimen Extraordinario, Régimen Genérico, Régimen Especial para Desempleados y Régimen de Jubilación Adelantada del Decreto Ley 19990.⁹

⁷ Hermida PD, Tartaglini MF, Stefani D. Actitudes y significados acerca de la jubilación: un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. *LIBERABIT*, 2016; 22(1): 57-66.

⁸ Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. *Rev Panán Salud Pública*. 2005

⁹ Asociación de AFP – Perú. Tipos de jubilación. Disponible en:
<https://www.asociacionafp.com.pe/preguntas-frecuentes/glosario-de-terminos/tipos-de-jubilacion-2/>

a) Jubilación por Edad Legal

Jubilación que procede cuando el afiliado alcanza los sesenta y cinco años de edad (65), cumplidos en meses y días, al momento de presentar la solicitud de pensión de jubilación.

b) Jubilación Anticipada – Régimen Genérico

Establece la jubilación anticipada para los afiliados que realizan trabajos que implican riesgo para su vida o salud y que no cumplen con los requisitos señalados en el Régimen Extraordinario. En este caso, el empleador y el afiliado realizan aportes complementarios a su (CIC), determinados en función de su edad de jubilación. Podrán acceder a este Régimen los trabajadores que cumplen las condiciones establecidas en el acápite II del artículo 4° del Reglamento de la Ley N° 27252, aprobado por Decreto Supremo N° 164-2001-EF.

c) Jubilación Anticipada – Régimen Ordinario

Beneficio al que tiene derecho el afiliado que, no habiendo cumplido con los requisitos establecidos para percibir pensión de jubilación por edad legal, obtenga una pensión igual o superior al 40% del promedio de las remuneraciones percibidas y rentas declaradas durante los últimos ciento veinte (120) meses anteriores al mes de la presentación de la solicitud de pensión de jubilación, actualizadas sobre la base del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana, o el indicador que lo sustituya.

d) Jubilación Adelantada del Decreto Ley N° 1990

Régimen que establece la jubilación adelantada para los afiliados que al momento de su incorporación al SPP cumplieran con los requisitos para acceder a

Jubilación Adelantada en el Sistema Nacional de Pensiones (SNP). Dichos afiliados pueden jubilarse adelantadamente en el SPP, siempre que cumplan con lo establecido en el artículo 9° de la Ley N° 27617, que incorpora la Decimoquinta Disposición Final y Transitoria al Texto Único Ordenado de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones.

e) Jubilación Anticipada por Desempleo

Es un régimen especial de jubilación creado para las personas que se encuentran en situación de desempleo. Vigente hasta el 31 de diciembre de 2018. Se requiere de una edad de 55 años en el caso de los hombres y 50 años en el caso de las mujeres, así como encontrarse desempleado durante doce (12) meses o más.

2.1.2. Actitudes hacia la jubilación

Diversos autores sostienen que una actitud positiva hacia la jubilación representa un indicador de adaptación saludable frente a la nueva realidad del adulto mayor que ha dejado de trabajar. Al respecto, se define la actitud como una predisposición aprendida, que consiste en responder a los estímulos de un modo desfavorable o favorable. Dado que la actitud es una evaluación negativa o positiva acerca de un concepto, cumple una función mediadora en la conducta de las personas. Desde esta perspectiva, se desarrolló la técnica del Diferencial Semántico para la evaluación de las actitudes. Esta consiste en diferentes escalas de adjetivos bipolares en las que, por un lado, la dirección de la calificación de adjetivos (negativo-positivo) representa a los componentes mediadores de la respuesta evaluativa y, por otro lado, la distancia entre

el punto medio u origen de las escalas y los polos de estas indican el grado de intensidad de la actitud ¹⁰.

Sobre la base de este enfoque conceptual, se define la actitud hacia la jubilación como una predisposición aprendida del individuo a actuar de forma acorde al conjunto de creencias y cogniciones, vinculadas con una carga afectiva en contra o a favor de la jubilación. Para ello se ha construido la Escala de Actitudes hacia la Jubilación, material que con la técnica del Diferencial Semántico evalúa, a través de 22 subescalas de siete puntos de adjetivos bipolares, las actitudes de los adultos mayores hacia el retiro laboral ¹¹.

2.1.3. Significados acerca de la jubilación

Las formas de afrontamiento frente a la jubilación han sido estudiadas por diversos investigadores, quienes arribaron a diferentes tipos de conclusiones. Por un lado, se refiere la existencia de diferentes etapas de adaptación vivenciadas por las personas de forma sucesiva. Diversos factores condicionan la forma en que los individuos logran adaptarse a la jubilación, tales como los ingresos económicos, su participación social o la planificación previa que hubieran realizado ¹².

Las personas pueden adaptarse de diferentes formas a la jubilación de acuerdo a cómo interpretan todos los cambios asociados a esta nueva etapa. Las personas poseen un «universo» conformado por diferentes «mundos» (el del trabajo, la intimidad

¹⁰ Galvanovskis A, Villar E. Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 2000; 16 (10):40-47

¹¹ Rodríguez N. Grado de satisfacción con el uso del tiempo libre y actitudes hacia la jubilación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2003; 12(2), 155-161.

¹² Ministerio de Salud, Ministerio de la mujer y Desarrollo Social, Organización Panamericana de la Salud. "Políticas Saludables para Adultos Mayores en los Municipios de Lima: MINSAL, MINDES. 2004.

familiar, las relaciones con amigos, las actividades recreativas, etc.). Las personas organizan sus vidas de acuerdo a las configuraciones establecidas entre estos «mundos». La remoción de uno de ellos posee un menor o mayor impacto en las personas, de acuerdo al peso que tuviera este en relación al resto del universo ^{13, 14}.

Hornstein y Wapner postulan la existencia de cuatro estructuras típicas que caracterizan los modos generales en que los individuos vivencian la jubilación: (a) Continuidad (Continuation), en la que no se generan grandes modificaciones, (b) Transición hacia la vejez (Transition to old age), vivenciada como un pasaje hacia una etapa de menor actividad y más calma, (c) Nuevo comienzo (New Beginning), considerada el comienzo de una nueva etapa en la que se dispone de tiempo para realizar nuevas actividades vinculadas a los intereses, deseos y metas, o (d) Interrupción impuesta (Imposed Disruption), en la que se interpreta el retiro como un suceso asociado a las pérdidas, sin encontrar una actividad sustituta a la laboral ^{15, 16}.

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. Aspectos generales

La tristeza, es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. Puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo, pese a que sea contenido por el sujeto. La tristeza en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma casi obligado de los estados depresivos.

¹³ Hermida PD (2016), Op. Cit.

¹⁴ Díaz P, Martínez PB, Calvo FF. Trastornos afectivos en el anciano. Rev Mult Gerontol, 2002;12(1):19-25

¹⁵ Hornstein GA, Wapner S. Modes of experiencing and adapting to retirement. International Journal of Aging and Human Development, 1985; 21(4):291-315.

¹⁶ Rodríguez N. Grado de satisfacción con el uso del tiempo libre y actitudes hacia la jubilación. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2003; 12(2), 155-161.

La Depresión es un síndrome que tiene como síntomas cardinales a la tristeza o al estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lentificación motora. El deprimido se siente desanimado, pesimista, desesperanzado y desesperado. Además, se agrega a esta sintomatología la mengua o pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. La angustia, en mayor o menor grado, siempre está presente. En los casos graves se comprueba ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motoras. El síndrome depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos (cáncer pancreático, enfermedad de Addison o uso de sustancias hipotensoras, contraceptivas, digitálicas). , que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal ¹⁷.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, Los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según sus síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio

¹⁷ APA: American Psychiatric Association APA. 2015. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association

grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes.

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres. Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión ¹⁸.

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil ^{19, 20}.

2.2.2. Mecanismos Neurobiológicos de la Depresión

Se acepta que la etiopatogenia de los trastornos depresivos, como la de otros trastornos psiquiátricos es multifactorial, existiendo factores genéticos/biológicos y también psicosociales. Así podríamos hablar de unos factores predisponentes, otros precipitantes y otros más bien mantenedores del trastorno depresivo. Las últimas investigaciones han permitido observar alteraciones neurobiológicas en pacientes

¹⁸ Rodríguez JJ, 2009; Op. Cit.

¹⁹ APA: American Psychiatric Association APA. 2015. Op. cit.

²⁰ Urbina T, Flores M, García S, Torres BL, Torrubias M, Fernández R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007;21(1):37-42

deprimidos, entre las que destacan: cambios estructurales, cambios neuroendocrinos, y cambios celulares y moleculares ²¹

a) **Hipótesis de la monoamina**

Los estudios experimentales en pacientes cuya depresión está en remisión pueden ayudar a clarificar la participación de la **serotonina** en el Trastorno Depresivo Mayor (TDM). La depleción de **serotonina** o de su precursor, el **triptófano**, produce depresión.

Sin embargo, las personas sin antecedentes personales o familiares de TDM no presentan cambios del estado de ánimo luego de la depleción de triptófano a pesar de que ésta molécula altera la actividad de regiones del cerebro que modulan el estado de ánimo como la amígdala. Por lo tanto, la reducción de los valores de serotonina **no** induce depresión en cualquier persona ²².

b) **Genes que influyen en el metabolismo de la serotonina y moderan el impacto del estrés**

Hasta ahora no existen genes que produzcan depresión, pero sí variaciones o polimorfismos en los genes que pueden aumentar el riesgo de depresión. Los genes pueden predisponer a las personas a un TDM de diversas formas a saber:

- Ayudan al control del metabolismo de los neurotransmisores y sus receptores.

²¹ Manzanera R et.al. Neurobiología de la Depresión, Seminario del VI Encuentro de Pamplona. Mayo 2010.

²² Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurología de la Depresión Mayor. Canadian Medical Association J 2009,180:305- 313.

- Influyen sobre tipos particulares de neuronas y sus conexiones.
- Influyen sobre la transducción de señales intracelulares y la velocidad en que pueden actuar en respuesta a estresores ambientales.

El más estudiado es el **gen transportador de serotonina**. Este gen es de interés porque contiene un polimorfismo que da lugar a dos diferentes alelos (largo y corto). Las personas generalmente tienen 2 copias de cada gen en sus ADN; pudiendo ser homocigotas para el alelo largo, para el corto o heterocigotas (ambos alelos). El alelo corto disminuye la síntesis del transportador de serotonina. Se supone que esto reduce la velocidad con que las neuronas de serotonina se pueden adaptar a cambios en su estimulación.

La persona sana con el alelo corto tiene una activación exagerada de la amígdala cuando es expuesta a la evocación de un estímulo estresante y su estado de ánimo puede empeorar con la depleción de triptófano. El estrés interactúa con la constitución genética del individuo e influye en la aparición. Esto no es una condición absoluta a tal punto que se considera pequeña la influencia de los genes en el riesgo de un TDM. El terreno de la genética en los trastornos del estado de ánimo es un territorio que recién empieza a ser explorado.

La prevalencia e incidencia de los trastornos del ánimo en parientes de primer grado es mayor que en la población en general o en grupos de control; igualmente la concordancia en gemelos univitelinos es por lo general mayor al 50% y en los bivitelinos, alrededor del 20%. Finalmente los hijos adoptivos de padres biológicos con trastorno del estado de ánimo presentan un riesgo del 38%, frente al 7% de los controles sanos.

Factor neurotrófico derivado del cerebro

Un polimorfismo que puede moderar el efecto interactivo del polimorfismo del transportador de serotonina está localizado en un gen que codifica al factor neurotrófico derivado del cerebro. Este factor de crecimiento participa en forma importante en el nacimiento, la supervivencia y la maduración de las neuronas durante su desarrollo y es importante para la formación de las sinapsis a lo largo de la vida. El factor neurotrófico derivado del cerebro contribuye a estos procesos activando los factores que se unen al ADN y estimulan la transcripción de genes, entre ellos al transportador de serotonina y la enzima que la sintetiza que es la triptófano hidrolasa. Por lo tanto, contribuye a la supervivencia y sinapsis de las neuronas que utilizan la serotonina. La capacidad del sistema de serotonina para adaptarse y cambiar en respuesta a los estímulos está influenciada por el factor neurotrófico derivado del cerebro a todo lo largo de la vida.

Un polimorfismo del gen que codifica al factor neurotrófico derivado del cerebro produce los alelos “Val” y “Met.” Las personas con el alelo Met desarrollan poca actividad en el hipocampo y junto con el alelo corto del transportador de serotonina generan una mayor vulnerabilidad a la depresión que si sólo tuvieran el alelo corto.

En las personas sanas, los valores séricos del factor neurotrófico derivado del cerebro se correlacionan negativamente con la sensibilidad al estrés ²³.

c) Participación del factor liberador de corticotrofina

²³ Manzanera R et.al, 2010; Op. Cit.

El estrés puede activar al hipotálamo y a través de la estimulación del factor liberador de corticotrofina puede activar al eje hipotálamo- hipófisis-suprarrenal. Este eje también puede ser activado por el estrés en forma indirecta mediante la liberación del factor liberador de corticotrofina por neuronas de otras regiones del cerebro, incluyendo la amígdala. Estas neuronas contribuyen a la activación de los sistemas de serotonina y de norepinefrina. Se supone que la activación de este sistema aumenta la vigilancia y el miedo.

Los pacientes con TDM a menudo tienen valores aumentados del factor liberador de corticotrofina y de niveles de norepinefrina en el plasma y en el líquido cefalorraquídeo.

La adversidad durante la infancia también puede contribuir a la alteración de estos sistemas

d) Cambios en el estrés inducidos por el sistema de dopamina

Los cambios persistentes ante la respuesta del estrés durante la infancia aumentarían las respuestas a lo largo de la vida ante episodios negativos aún de los de baja intensidad. Esta sensibilidad ante los episodios negativos explica porqué los episodios depresivos recurrentes, a diferencia del primer episodio, tienden a presentarse independientemente de un estrés.

También la **dopamina** tendría una importante participación en la fisiopatología del TDM. Las amenazas ambientales percibidas por la amígdala aumentan los valores de dopamina en la corteza prefrontal y el estriado ventral. Mecanismos autorreguladores de inhibición aseguran el retorno a la homeostasis. Sin embargo un estrés muy intenso puede alterar estos mecanismos de autorregulación.

Las exploraciones que se han realizado sobre el sistema dopaminérgico han concluido que los pacientes deprimidos con conducta suicida, la administración de apomorfina produce una respuesta aplanada de la hormona de crecimiento. En conclusión estos datos aportan evidencias sobre un déficit de DA cerebral en pacientes que cometen suicidio.

Recientemente se encontró que un polimorfismo del gen receptor tipo 2 de dopamina influye sobre los efectos de episodios pasados estresantes sobre el estado de ánimo actual ²⁴.

e) Cambios estructurales en el cerebro

Si bien los episodios de TDM pueden ser seguidos por períodos de estado de ánimo eutímico, en el cerebro siguen persistiendo las alteraciones neurobiológicas que pueden empeorar con el tiempo y transformar el proceso en crónico.

Estudios por imágenes mostraron que los pacientes con episodios recurrentes de depresión tienen un hipocampo pequeño aún durante los períodos de remisión clínica. A este reducido tamaño del hipocampo contribuye la ausencia de tratamiento antidepresivo. También se detectaron alteraciones volumétricas en la amígdala, el estriado ventral y en regiones corticales. En pacientes con síntomas depresivos se encuentra un hipo metabolismo e hipo perfusión en la corteza pre frontal dorso lateral más a izquierda, también se ha encontrado reducción del volumen de la subregión ventromedial.

Las señales normales de **glutamato** incluyen la activación de múltiples tipos de receptores. El estrés agudo aumenta en forma moderada la transmisión sináptica de

²⁴ Rot M y cols; 2009; Op. Cit.

glutamato en sectores como la amígdala y el hipocampo, aumentando los niveles del factor neurotrópico derivado del cerebro y estimulando la neuroplasticidad.

Sin embargo, el exceso de glutamato conduce a la activación de los receptores del ácido *N*-metil-D-aspártico fuera de la sinapsis. La hiperactivación de estos receptores aumenta el calcio intracelular a un nivel que disminuye en lugar de aumentar al factor neurotrópico derivado del cerebro produciendo atrofia y muerte celular. La degeneración de las células gliales que evitan el exceso de glutamato, puede acelerar este proceso. O sea que la toxicidad del glutamato participa en la fisiopatología del TDM ²⁵.

2.2.3. Aspectos clínicos de la depresión

La Depresión patológica se caracteriza por: 1) pesadumbre, falta de energía de espontaneidad y de reacción de las tendencias instintivas normales; 2) de propensión a la tristeza y la zozobra y, menos frecuentemente, al miedo y a la verdadera angustia; 3) subvaloración de sí mismo y propensión a sentirse culpable y acusarse de faltas, a la que se da exagerada importancia, con motivos triviales o sin fundamento alguno; 4) dificultad indecisión y lentitud para ejecutar los actos necesarios, aunque sean los más habituales; 5) ánimo apocado, sentimientos de impotencia para vivir y de insensibilidad moral ²⁶.

²⁵ Montesó-Curto, P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atención Primaria*, 2014; 46(3), 167-168.

²⁶ Vallejo J, Soria TV, Urretavizcaya M. Cronobiología de la depresión. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, directores. *Tratado de Psiquiatría*. Vol. 1. 2ª ed (reimpresión revisada). Madrid: Marbán; 2012.

Síntomas clínicos, el humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades ²⁷.

Un 50% de los pacientes empeora a la mañana con mayor gravedad de los síntomas y se alivia a medida que pasa el día. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer ²⁸.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Suelen

²⁷ Aguilar-Navarro S., Ávila-Funes J.A. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx* 2007;143(2): 141-148

²⁸ APA: American Psychiatric Association (2015); Op Cit.

malinterpretar los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia») ²⁹.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio ³⁰.

2.2.4. Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor (DSM-5) ³¹:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la

²⁹ Beck Aaron T., The Evolution of the Cognitive Model of Depression and its Neurobiological Correlates. *Am J Psychiatry* 2008;165:969-977.

³⁰ Dominguez J, Ruiz M, Gomez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes; 2012; (02);

³¹ APA: American Psychiatric Association (2015); Op. Cit.

anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo

remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.
- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica,

las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

2.2.5. Evaluación diagnóstica y tratamiento

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones virales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos ³².

Con frecuencia la depresión no se diagnostica o se trata en forma inadecuada. Esto

³² Pirl WF. Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients. JNCI Monographs. 2004(32):32-39. Accessed at: <http://jncimono.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/2004/32/32>

es desafortunado porque se dispone de varios tratamientos eficaces. El incluir el tratamiento de la depresión en los programas de atención primaria mejora la salud mental y la evolución social y la Fuerza de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomienda realizar escrutinio de depresión en los adultos durante la práctica clínica, para asegurar un diagnóstico exacto, un tratamiento eficaz y seguimiento adecuado ³³.

a) Tratamiento farmacológico

Existe gran variedad de antidepresivos para el tratamiento de la depresión, lo que permite a los clínicos seleccionar un esquema con base en su perfil de potenciales efectos adversos, subtipo de depresión, historia familiar o personal de respuesta a medicamentos específicos y condiciones psiquiátricas o médicas concomitantes.(20)

- **Inhibidores de la monoamino oxidasa**

Los IMAO, una de las primeras clases de antidepresivos desarrollada, bloquean la enzima que metaboliza aminas biogénicas, aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores. En los Estados Unidos se dispone en la actualidad de 3 IMAO: fenelzina, isocarboxazida y tranilcipromina. Rara vez se usan por sus efectos adversos (incluyendo hipotensión), letalidad con las sobredosis y porque la dosificación no es fácil.

- **Antidepresivos tricíclicos**

³³ American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry 157(suppl):1, 2010.

Los ATC actúan en varios transportadores y receptores, pero su efecto antidepressivo parece deberse al bloqueo de la recaptura de NE, 5-HT o ambos en las terminales presinápticas, aumentando la biodisponibilidad de estos neurotransmisores. Los ATC pueden subdividirse en aminas terciarias, que son inhibidores de la recaptura dual de 5-HT/NE (amitriptilina, imipramina, clomipramina) y las aminas secundarias, que son principalmente inhibidores de la recaptura de norepinefrina (desipramina, nortriptilina). (8)

- **Nuevos antidepressivos**

El primer ISRS, la fluoxetina, fue introducido en los Estados Unidos en 1988. En la actualidad seis ISRS han sido autorizados por la FDA: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram.

Estos agentes comparten todos la propiedad de bloquear la recaptura de 5-HT, pero existe cada vez mayor evidencia de que tienen también otros efectos.

Los ISRS son eficaces para tratar la depresión y muchos trastornos de ansiedad primaria. Tienen varias ventajas importantes sobre los medicamentos más antiguos, requieren un incremento gradual mínimo en la dosis y la dosis de inicio en ocasiones es eficaz e incluso la óptima. Quizá más importante es que estos medicamentos son seguros aún en sobredosis.

El costo puede ser un problema, la fluoxetina es el único ISRS disponible en la actualidad en forma genérica y los ISRS originales son más costosos que los antiguos antidepressivos, aunque esta diferencia puede no persistir una vez que se considera el costo de la vigilancia con los antidepressivos antiguos.

b) Psicoterapia

La psicoterapia suele usarse en conjunto con medicamentos para la depresión mayor o el trastorno distímico. Solo dos formas de psicoterapia han demostrado en estudios controlados ser eficaces en el tratamiento de la depresión: la psicoterapia interpersonal (PIP) y el tratamiento cognitivo-de comportamiento (TCC).

La PIP explora por lo menos 3 componentes de interacción: la formación de síntomas, las experiencias sociales e interpersonales y los patrones de resistencia de la personalidad. La PIP es una terapia estructurada de corto plazo que consiste en 12 a 16 sesiones, los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas depresivos del paciente, mejorar su autoestima y ayudar al paciente a desarrollar estrategias más eficaces para manejar las relaciones sociales e interpersonales.(6).

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión (16, 17).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Espinoza KA ³⁴.

Título: Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014.

Fuente: Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2014.

Resumen: En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada ($p > 0.05$). En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del H. Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ($p > 0.05$). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad, el tener pareja, el mayor tiempo de trabajo, la ocupación de enfermera en ambos hospitales; para depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayor a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores

³⁴ Espinoza KA. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2014

relacionados a depresión resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).

3.2. **Autor:** Fernández OA ³⁵.

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

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013

Resumen: Se realizó una encuesta aplicado una ficha epidemiológica y el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9) a una muestra de 200 reclutas. Se encontró síntomas depresivos positivos en 78% de reclutas, el 12,50% presentó síntomas de síndrome depresivo menor, un 4,5% tuvo síntomas de síndrome depresivo mayor. No se encontró diferencias en la edad, grado militar, instrucción, estado civil o tiempo de servicio en los grupos de diagnósticos, pero se encontró mayor consumo de drogas en casos con síntomas depresivos positivos (1,28%) o en aquellos con síndrome depresivo mayor (11,11%), así como antecedente psiquiátrico familiar o personal en 12% de casos con síndrome depresivo menor y 11% en el síndrome depresivo mayor. Las manifestaciones del síndrome depresivo mayor fueron en todos los casos disforia, cansancio y sensación de fracaso, y las demás manifestaciones se presentaron en 88,89%, a excepción de la pérdida de apetito que se presentó en 77,78%. Para el síndrome depresivo menor

³⁵ Fernández OA. Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur, Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2013

todos los casos tuvieron anhedonia, seguido de insomnio y pérdida de apetito en 96%, y en menor proporción cansancio (88%) o pérdida de la concentración (80%).

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Ruelas F, Yemira K ³⁶.

Título: Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011

Resumen: El objetivo general fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados evidenciaron que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima

³⁶ Ruelas F, Yemira K. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011

evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

A nivel internacional

3.4. **Autor:** Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, Marín SF ³⁷.

Título: Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz.

Fuente: UniverSalud, 2010; 6(12):4-10

Resumen: El objetivo de este estudio fue mostrar si existe alguna correlación entre el estilo de vida y la presencia de depresión o no en los adultos mayores que habitan en la ciudad de Veracruz. Este estudio incluyó 300 adultos mayores, de 60 y más años de edad, de ambos sexos y que tuvieran por lo menos dos años de vivir en la ciudad de Veracruz. Se excluyeron los que vivían en asilos, los discapacitados motores y hospitalizados. Previo consentimiento, se les aplicó el test MiniMental; la escala FANTASTIC para medir estilo de vida y la escala de Yesavage y Brink para depresión. Se aplicó la prueba de correlación de Pearson. Por grupos de edad, el comportamiento de la depresión fue igual. El estilo de vida calificado como excelente se presentó en el mayor porcentaje de esta población (58%). Se observó correlación positiva débil entre estilo de vida y depresión ($r=0.46$).

3.5. **Autor:** Hermida PD, Tartaglino MF, Stefani D ³⁸.

³⁷ Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, Marín SF. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. UniverSalud, 2010; 6(12):4-10

³⁸ HermidaPD. 2016; Op. Cit.

Título: Actitudes y significados acerca de la jubilación: un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores.

Fuente: LIBERABIT, 2016; 22(1): 57-66.

Resumen: El objetivo del estudio es evaluar si las expectativas sociales de «rol» diferencial de género influyen en la adaptación de los adultos mayores a la jubilación, a través de los significados y actitudes hacia el retiro laboral. Se empleó un diseño ex post facto, de carácter retrospectivo simple. Participaron 300 adultos mayores autoválidos de clase media, 150 varones y 150 mujeres, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano bonaerense (República Argentina). Se administró un cuestionario de datos sociodemográfico y perfil jubilatorio, la Escala de Actitudes hacia la jubilación y la adaptación argentina del Cuestionario de Significados acerca de la jubilación. Los resultados denotan que las mujeres, en comparación con los varones, presentan actitudes más favorables hacia la jubilación y la significan más como un «Descanso», «Comienzo» o «Continuidad». Esta diferencia podría deberse al impacto diferencial que generaría la pérdida del «rol» laboral de acuerdo al género

3.6. **Autor:** Galvanovskis A, Villar E ³⁹.

Título: Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación.

Fuente: Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, 2000; 16 (10):40-47

³⁹ Galvanovskis A, 2000; Op. Cit.

Resumen: Investigación sobre la influencia de la revisión de vida en el autoconcepto y la depresión en el período de jubilación. La revisión de la vida fue considerada como un proceso que consiste en evaluar lo significativos y satisfactorios que han sido los acontecimientos en diferentes aspectos de la vida de la persona y que puede darse en cualquier momento del ciclo vital. La jubilación es percibida como un evento que estimula a la personas a hacer un balance de vida. En otras palabras se buscaba como se ven impactados el autoconcepto y la depresión antes y después del retiro por el deseo de cambiar los pensamientos, sentimientos, acciones o logros relativos a las actividades de la persona en el pasado. Participaron 100 persona de 54 a 68 años de edad divididas en cuatro grupos: prejubilados 1, constituido por gente que le faltaban cinco años para retirarse; prejubilados 2, formado por personas un año antes del retiro; postjubilados 1, integrado por quienes llevaban un año jubilados y por último, postjubilados 2, constituido por personas cinco años después de la jubilación. Se aplicó la escala de revisión de la vida elaborada por DeGenova, el cuestionario de depresión de Beck y la escala de Tennessee de autoconcepto. El análisis de regresión múltiple fue utilizado para el tratamiento de los datos obtenidos. Se observó que la revisión de vida influye de manera diferente en el autoconcepto y en la depresión de los participantes de cada uno de los grupos. En los prejubilados 1, los aspectos más importantes son el trabajo y la familia; en los projubilados 2, el factor amigos es más influyente, para los postjubilados 1 lo que más impacta es la salud, los amigos y el trabajo; en los postjubilados 2 se encontró que lo que más interviene es la diversión, los amigos y además cobra importancia la religiosidad. Estos resultados confirman que la jubilación es un acontecimiento que impulsa al

individuo a reflexionar y evaluar su vida; asimismo sugiere que en distintas etapas del período de jubilación cobran importancia la satisfacción con áreas diferentes de la vida pasada



4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Establecer la relación entre los síntomas depresivos y las características asociadas a la jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa.

4.2. **Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia de los síntomas depresivos en pacientes policías jubilados atendidos en el Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique.
- 2) Describir la severidad de los síntomas depresivos en pacientes policías jubilados atendidos en el Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa.
- 3) Describir las características asociadas a los síntomas depresivos en personal policial jubilado que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa.

5. **Hipótesis**

Dado que la jubilación implica un cambio en la rutina y estilos de vida de los adultos mayores en relación a su pares en edad inferior a la jubilación, es probable que exista mayor frecuencia y severidad de síntomas depresivos en personal policial jubilado en relación a policías en actividad.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en el test de depresión de Zung (Anexo 2).

Materiales:

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

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes del grupo laboral policial que acuden a atención al Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa.

2.4. **Población:** Todos los Pacientes del grupo laboral policial que acuden a atención

al Hospital Julio Pinto Manrique de Arequipa, divididos en dos grupos: policías en actividad, y policías en jubilación.

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = proporción estimada de depresión en jubilados = 0.10

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 138.30 \approx 140$ integrantes.

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes pertenecientes al grupo ocupacional policial
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con deterioro cognitivo

- Pacientes previamente diagnosticados de trastorno psiquiátrico
- Presencia de un acontecimiento vital estresante en los últimos 30 días
(muerte de familiar, accidente grave, etc.).

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se evaluará a los policías jubilados o en actividad que acudan al hospital para solicitar su participación voluntaria, verificando que cumplan los criterios de selección. Se empleará la Escala de Depresión de Zung para determinar la presencia y la gravedad del cuadro depresivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

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

- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La escala de depresión de Zung ha sido validada en lengua española. Consta de 20 preguntas, es autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual. Para evitar el sesgo del «acostumbramiento» en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo ⁴⁰.

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems. Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos.

Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto.

Se puede valorar la severidad de la depresión con la siguiente escala:

⁴⁰ Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002.

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en las fichas de investigación serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñará en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

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

d) Plan de Recuento.

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

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 16				Diciembre 16				Enero 17			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2016

Fecha probable de término: 30 de Enero 2017

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Grupo de estudio: Jubilado En actividad

Edad: ____ años Sexo: Varón Mujer

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Separada

Viuda

Otra Ocupación (además de la actividad policial):

Su casa Seguridad particular Comerciante

Realiza actividad deportiva: No Sí

Observaciones:

.....

Anexo 3:

Escala de Depresión de Zung

A continuación, encontrarás algunas afirmaciones, marca con una X la que más se parezca a lo que tú sientes.

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUN AS VECES	BUEN NUME RO DE VECES	LA MAYOR IA DE LAS VECES
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

Anexo 4.

Consentimiento informado

Estimado participante,

Se le ha pedido participar en el estudio de investigación actual. El proyecto de investigación se titula “Síntomas depresivos y características asociadas a la jubilación en personal policial que acude al Hospital Cívico Policial Julio Pinto Manrique, Arequipa 2017”: El propósito del presente estudio es recopilar información sobre la presencia de depresión entre los policías jubilados, lo que permitirá identificar problemas relacionados a la jubilación y proponer medidas preventivas.

1. Procedimientos de investigación: Si usted decide participar en este estudio, se le pedirá llenar unos formularios que evalúa la presencia de depresión y los datos acerca de la jubilación. No se le pedirá proporcionar ninguna muestra de sangre o biológica de ningún tipo.
2. Confidencialidad: Su participación en el estudio es anónima. Todas las respuestas a las preguntas son privadas y no serán compartidas con ninguna otra persona. Los informes científicos se basarán en temas de grupo y no identificarán a ningún individuo.
3. Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria, y usted puede negarse a participar si usted no desea hacerlo en cualquier momento durante la realización del estudio.

Firma del participante

Anexo 5.
Matriz de Datos

N°	Grupo	Edad	Cat Edad	Sexo	E civil	Otra oc	Deporte	Observac	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	Puntaje	Presencia	Nivel
1	Jubilado	65	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	1	3	1	4	1	1	4	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	4	2	3	50	Con depresión	D. ligera
2	Jubilado	68	60-69 a	Mas	Separado	Su casa	No	-	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
3	Jubilado	79	70-79 a	Mas	Viudo	Comerciante	No	-	2	4	4	4	1	4	2	1	1	2	3	4	3	2	3	2	2	3	1	3	51	Con depresión	D. ligera
4	Jubilado	49	40-49 a	Fem	Viudo	Su casa	No	-	1	4	2	2	4	4	2	2	3	1	1	3	3	3	1	2	3	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
5	Jubilado	48	40-49 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	1	3	1	1	4	3	1	2	1	1	4	4	2	2	1	4	4	4	1	3	47	Sin depresión	Sin depresión
6	Jubilado	49	40-49 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	4	2	2	4	3	3	2	3	3	3	3	1	4	1	4	3	2	2	2	53	Con depresión	D. ligera
7	Jubilado	25	< 40 a	Fem	Soltera	Su casa	No	Baja x accidente	3	3	2	2	3	4	2	1	1	3	2	1	2	4	3	2	2	2	2	3	47	Sin depresión	Sin depresión
8	Jubilado	53	50-59 a	Mas	Casado	Su casa	No	De baja	2	4	4	2	2	2	3	3	3	1	4	2	2	3	4	1	1	1	3	3	50	Con depresión	D. ligera
9	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	3	2	2	1	3	3	1	2	2	2	4	3	4	2	3	2	2	2	3	3	49	Sin depresión	Sin depresión
10	Jubilado	47	40-49 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	4	2	4	4	2	3	1	1	1	4	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	52	Con depresión	D. ligera
11	Jubilado	57	50-59 a	Mas	Casado	Su casa	Si	Baja x accidente	1	3	1	1	2	2	1	1	1	2	3	3	1	3	2	3	4	4	1	4	43	Sin depresión	Sin depresión
12	Jubilado	87	80-89 a	Fem	Soltera	Su casa	Si	-	2	4	2	2	3	4	2	2	2	2	3	3	2	3	1	4	3	3	1	4	52	Con depresión	D. ligera
13	Jubilado	55	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	Si	-	1	2	3	3	3	3	1	1	1	1	4	3	1	4	3	2	2	2	3	1	44	Sin depresión	Sin depresión
14	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Su casa	Si	-	2	4	2	4	2	2	3	3	2	3	2	2	3	1	4	1	2	2	1	2	47	Sin depresión	Sin depresión
15	Jubilado	55	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	1	3	1	1	4	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	4	47	Sin depresión	Sin depresión
16	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	4	3	1	3	3	3	2	3	3	1	4	4	1	4	1	4	4	4	1	3	56	Con depresión	D. ligera
17	Jubilado	72	70-79 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	1	3	2	4	3	3	2	1	4	4	1	3	2	2	3	2	2	2	3	2	49	Sin depresión	Sin depresión
18	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	3	3	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	3	2	2	4	4	3	3	3	46	Sin depresión	Sin depresión
19	Jubilado	54	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	1	3	1	1	4	4	3	1	2	4	2	3	1	3	2	3	3	3	1	3	48	Sin depresión	Sin depresión
20	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Casado	Su casa	Si	-	2	4	3	2	4	4	1	4	3	2	4	3	2	2	3	3	3	4	1	2	56	Con depresión	D. ligera
21	Jubilado	49	40-49 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	2	2	3	3	2	3	2	2	1	1	4	4	3	2	3	2	2	3	3	1	48	Sin depresión	Sin depresión
22	Jubilado	44	40-49 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	2	4	3	2	4	2	2	3	2	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	2	51	Con depresión	D. ligera
23	Jubilado	45	40-49 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	1	3	1	1	4	4	1	2	2	2	1	3	4	3	4	3	3	2	1	4	49	Sin depresión	Sin depresión
24	Jubilado	60	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	4	4	4	1	4	49	Sin depresión	Sin depresión
25	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	3	2	3	3	2	3	2	2	2	1	3	2	3	3	1	3	2	4	4	3	51	Con depresión	D. ligera
26	Jubilado	69	60-69 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	2	2	4	2	2	2	3	1	4	3	2	3	2	3	2	4	2	2	49	Sin depresión	Sin depresión
27	Jubilado	33	< 40 a	Mas	Soltera	Su casa	No	-	2	2	1	2	3	2	3	3	2	1	2	3	3	3	3	4	2	3	1	3	48	Sin depresión	Sin depresión
28	Jubilado	37	< 40 a	Fem	Separado	Seguridad particular	No	-	2	3	1	1	4	4	1	1	1	2	1	1	3	3	1	4	4	3	2	3	45	Sin depresión	Sin depresión
29	Jubilado	72	70-79 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	2	2	1	3	1	4	2	2	3	2	2	4	3	3	2	1	4	4	2	3	50	Con depresión	D. ligera
30	Jubilado	39	< 40 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	2	1	3	2	4	2	2	3	3	2	4	2	3	4	2	2	2	2	2	2	49	Sin depresión	Sin depresión
31	Jubilado	44	40-49 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	2	4	2	2	3	4	2	1	1	3	2	1	2	4	2	3	3	4	2	3	50	Con depresión	D. ligera
32	Jubilado	62	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	3	1	3	4	2	1	1	2	2	3	4	1	2	1	3	4	4	1	4	48	Sin depresión	Sin depresión
33	Jubilado	51	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	Si	-	1	3	2	2	3	3	2	2	1	1	4	4	1	3	2	3	3	3	3	2	48	Sin depresión	Sin depresión
34	Jubilado	59	50-59 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	4	4	1	1	2	2	2	3	3	3	3	3	4	1	4	1	1	3	3	1	49	Sin depresión	Sin depresión
35	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	3	2	2	2	3	1	1	1	4	3	1	4	2	3	3	3	3	2	47	Sin depresión	Sin depresión
36	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	4	3	2	3	2	1	2	1	4	3	45	Sin depresión	Sin depresión
37	Jubilado	74	70-79 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	1	3	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3	2	4	1	4	3	3	1	3	47	Sin depresión	Sin depresión
38	Jubilado	81	80-89 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	1	2	3	2	3	1	2	3	4	3	1	2	2	3	3	3	2	4	48	Sin depresión	Sin depresión
39	Jubilado	76	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	2	3	2	2	3	3	2	1	3	4	2	2	2	1	1	3	3	3	2	3	47	Sin depresión	Sin depresión
40	Jubilado	62	60-69 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	3	4	2	4	2	4	2	2	3	3	46	Sin depresión	Sin depresión
41	Jubilado	97	≥ 90 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	2	3	1	4	1	2	3	2	4	3	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	45	Sin depresión	Sin depresión
42	Jubilado	80	80-89 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	1	2	4	4	2	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	3	55	Con depresión	D. ligera
43	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Separado	Comerciante	No	-	1	3	3	4	3	2	2	3	4	2	2	4	2	2	2	3	3	3	2	3	53	Con depresión	D. ligera
44	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	3	1	2	4	3	2	1	2	3	4	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
45	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	3	3	2	3	4	2	4	3	2	1	4	4	2	3	2	4	4	4	2	3	59	Con depresión	D. ligera
46	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	2	2	4	3	2	1	2	1	3	3	4	1	3	3	2	3	2	4	49	Sin depresión	Sin depresión
47	Jubilado	45	40-49 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	3	2	3	3	1	1	1	2	4	2	3	4	2	3	3	4	4	1	50	Con depresión	D. ligera
48	Jubilado	69	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	2	3	1	1	4	4	1	4	3	3	1	3	3	4	2	2	3	3	4	3	54	Con depresión	D. ligera
49	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	3	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	4	1	4	4	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
50	Jubilado	42	40-49 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	2	2	4	4	1	1	3	2	4	3	2	4	1	3	3	1	4	3	51	Con depresión	D. ligera
51	Jubilado	83	80-89 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	4	2	2	1	4	1	2	2	3	1	4	4	2	3	2	4	4	3	2	2	52	Con depresión	D. ligera
52	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	2	3	2	2	3	4	1	1	2	2	4	3	4	3	3	4	3	2	1	4	53	Con depresión	D. ligera

N°	Grupo	Edad	Cat Edad	Sexo	E civil	Otra oc	Deporte	Observac	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	Puntaje	Presencia	Nivel
53	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	1	1	4	4	2	1	2	2	1	1	4	2	3	2	2	2	3	3	44	Sin depresión	Sin depresión
54	Jubilado	80	80-89 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	1	3	3	2	3	4	2	2	2	1	4	4	2	3	2	4	4	3	2	4	55	Con depresión	D. ligera
55	Jubilado	60	60-69 a	Mas	Casado	Su casa	Si	-	1	1	4	1	4	2	3	1	2	3	3	3	2	3	1	1	1	3	3	4	46	Sin depresión	Sin depresión
56	Jubilado	77	70-79 a	Mas	Casado	Su casa	Si	-	1	3	2	3	3	1	1	1	2	1	3	3	2	3	2	3	3	4	2	4	47	Sin depresión	Sin depresión
57	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	4	3	2	3	3	4	2	2	1	2	3	1	4	2	2	3	3	3	1	3	51	Con depresión	D. ligera
58	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	2	4	1	1	4	3	4	3	2	2	2	4	2	3	2	3	3	4	2	3	54	Con depresión	D. ligera
59	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	4	3	2	2	2	44	Sin depresión	Sin depresión
60	Jubilado	64	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	4	2	2	4	1	2	51	Con depresión	D. ligera
61	Jubilado	54	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	Si	-	2	2	2	4	3	4	2	1	2	2	3	3	2	2	1	3	2	3	1	3	47	Sin depresión	Sin depresión
62	Jubilado	59	50-59 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	1	3	3	1	2	3	1	3	2	1	2	3	2	3	3	4	3	1	3	2	46	Sin depresión	Sin depresión
63	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	1	3	1	2	2	4	3	2	1	3	1	3	4	2	2	2	1	2	3	2	44	Sin depresión	Sin depresión
64	Jubilado	75	70-79 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	2	3	3	3	4	3	2	1	1	4	2	3	2	4	1	4	4	4	3	3	56	Con depresión	D. ligera
65	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	2	1	1	2	3	3	2	2	1	2	4	3	2	3	1	4	3	3	1	4	47	Sin depresión	Sin depresión
66	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	2	1	1	1	3	2	1	1	1	2	4	4	1	4	2	4	4	4	4	1	47	Sin depresión	Sin depresión
67	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	28	Sin depresión	Sin depresión
68	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	Si	-	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	25	Sin depresión	Sin depresión
69	Jubilado	69	60-69 a	Mas	Soltera	Seguridad particular	No	-	2	2	1	3	4	3	1	1	1	1	3	3	2	3	4	3	2	4	1	3	47	Sin depresión	Sin depresión
70	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	1	1	1	4	4	2	2	2	1	3	1	2	3	2	3	3	3	2	1	43	Sin depresión	Sin depresión
71	Jubilado	76	70-79 a	Mas	Separado	Comerciante	No	-	1	1	1	1	4	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	Sin depresión	Sin depresión
72	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Viudo	Su casa	No	-	1	4	1	2	1	1	4	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	31	Sin depresión	Sin depresión
73	Jubilado	65	60-69 a	Mas	Separado	Su casa	No	-	2	1	2	2	4	2	4	2	2	2	1	3	2	3	2	3	3	1	1	1	43	Sin depresión	Sin depresión
74	Jubilado	69	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	2	3	2	1	3	3	2	2	2	1	4	3	2	4	1	4	4	3	2	3	51	Con depresión	D. ligera
75	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Sin depresión	Sin depresión
76	Jubilado	60	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	27	Sin depresión	Sin depresión
77	Jubilado	74	70-79 a	Mas	Soltera	Seguridad particular	No	-	2	3	1	1	3	3	2	2	2	2	3	3	1	1	2	3	2	1	1	2	40	Sin depresión	Sin depresión
78	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	Sin depresión	Sin depresión
79	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	1	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	Sin depresión	Sin depresión
80	Jubilado	83	80-89 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	1	3	3	2	3	2	1	2	4	3	1	3	3	1	3	3	4	1	2	2	47	Sin depresión	Sin depresión
81	Jubilado	85	80-89 a	Mas	Viudo	Su casa	No	-	2	2	1	2	2	1	3	3	4	3	1	3	2	1	4	2	2	1	4	3	46	Sin depresión	Sin depresión
82	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Separado	Comerciante	No	-	1	3	3	1	2	2	2	1	1	2	3	3	2	4	1	4	3	3	2	3	46	Sin depresión	Sin depresión
83	Jubilado	70	70-79 a	Mas	Viudo	Comerciante	No	-	2	1	4	4	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	4	46	Sin depresión	Sin depresión
84	Jubilado	52	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	3	4	1	1	4	3	2	2	4	2	4	4	1	2	2	1	4	4	2	3	53	Con depresión	D. ligera
85	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Conviviente	Su casa	Si	-	2	4	1	1	1	2	3	3	4	4	3	4	1	3	4	1	1	2	3	2	49	Sin depresión	Sin depresión
86	Jubilado	57	50-59 a	Fem	Viudo	Comerciante	No	-	4	3	2	3	2	3	3	1	1	1	4	4	3	1	4	1	3	3	2	2	50	Con depresión	D. ligera
87	Jubilado	64	60-69 a	Mas	Separado	Comerciante	No	-	1	4	1	1	3	4	1	1	1	1	4	4	2	1	2	1	1	1	1	1	36	Sin depresión	Sin depresión
88	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	1	3	4	1	2	3	3	1	4	2	4	4	1	4	3	2	3	3	2	2	52	Con depresión	D. ligera
89	Jubilado	76	70-79 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	4	1	3	3	2	2	1	2	2	3	2	3	1	3	4	1	4	4	51	Con depresión	D. ligera
90	Jubilado	72	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	4	2	1	2	1	1	4	4	4	2	3	3	4	4	1	4	4	2	3	2	55	Con depresión	D. ligera
91	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	4	2	1	3	3	4	2	2	1	4	1	2	4	2	2	4	3	2	3	4	53	Con depresión	D. ligera
92	Jubilado	69	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	3	2	1	2	4	3	2	1	4	3	2	3	4	3	1	3	2	2	1	2	48	Sin depresión	Sin depresión
93	Jubilado	53	50-59 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	1	1	1	4	4	2	1	1	2	3	1	3	2	2	1	1	1	1	2	36	Sin depresión	Sin depresión
94	Jubilado	58	50-59 a	Fem	Viudo	Comerciante	No	-	4	3	3	1	3	1	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	48	Sin depresión	Sin depresión
95	Jubilado	74	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	2	4	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	2	60	Con depresión	D. moderada
96	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	2	3	2	2	3	4	2	1	2	2	3	1	4	1	4	3	3	2	3	2	49	Sin depresión	Sin depresión
97	Jubilado	84	80-89 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	4	3	1	3	3	1	3	1	3	2	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	52	Con depresión	D. ligera
98	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Separado	Su casa	No	-	2	1	2	3	4	2	1	3	1	2	2	3	2	3	2	4	1	1	1	3	44	Sin depresión	Sin depresión
99	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	4	1	3	2	2	2	2	3	40	Sin depresión	Sin depresión
100	Jubilado	64	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	1	1	1	2	4	2	1	2	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	2	33	Sin depresión	Sin depresión
101	Jubilado	71	70-79 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	2	1	1	2	3	3	2	2	1	2	4	3	2	3	1	4	3	3	1	4	47	Sin depresión	Sin depresión
102	Jubilado	60	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	27	Sin depresión	Sin depresión
103	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Separado	Comerciante	No	-	1	3	3	4	3	2	2	3	4	2	2	4	2	2	2	3	3	3	2	3	53	Con depresión	D. ligera
104	Jubilado	53	50-59 a	Mas	Casado	Su casa	No	De baja	2	4	4	2	2	2	3	3	3	1	4	2	2	3	4	1	1	1	3	3	50	Con depresión	D. ligera
105	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	1	1	1	4	4	2	2	2	1	3	1	2	3	2	3	3	3	2	1	43	Sin depresión	Sin depresión
106	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	3	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	4	1	4	4	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
107	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	1	3	1	2	2	4	3	2	1	3	1	3	4	2	2	2	1	2	3	2	44	Sin depresión	Sin depresión
108	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	1	3	3	1	2	3	1	3	2	1	2	3	2	3	3	4	3	1	3	2	46	Sin depresión	Sin depresión
109	Jubilado	74	70-79 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	1	3	2	2	3	3	1	1	2	2	3	3	2	4	1	4	3	3	1	3	47	Sin depresión	Sin depresión

N°	Grupo	Edad	Cat Edad	Sexo	E civil	Otra oc	Deporte	Observac	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	Puntaje	Presencia	Nivel
111	Jubilado	49	40-49 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	4	2	2	4	3	3	2	3	3	3	1	4	1	4	3	2	2	2	53	Con depresión	D. ligera	
112	Jubilado	80	80-89 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	1	2	4	4	2	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2	4	2	3	55	Con depresión	D. ligera
113	Jubilado	55	50-59 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	Si	-	1	2	3	3	3	3	1	1	1	1	4	3	1	4	3	2	2	2	3	1	44	Sin depresión	Sin depresión
114	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	1	3	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	4	1	3	2	2	2	2	3	40	Sin depresión	Sin depresión
115	Jubilado	72	70-79 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	2	2	1	3	1	4	2	2	3	2	2	4	3	3	2	1	4	4	2	3	50	Con depresión	D. ligera
116	Jubilado	79	70-79 a	Mas	Viudo	Comerciante	No	-	2	4	4	4	1	4	2	1	1	2	3	4	3	2	3	2	2	3	1	3	51	Con depresión	D. ligera
117	Jubilado	64	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	4	2	2	4	1	2	51	Con depresión	D. ligera
118	Jubilado	42	40-49 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	2	2	4	4	1	1	3	2	4	3	2	4	1	3	3	1	4	3	51	Con depresión	D. ligera
119	Jubilado	63	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	1	3	3	1	4	3	2	2	2	44	Sin depresión	Sin depresión
120	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	28	Sin depresión	Sin depresión
121	Jubilado	60	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	Si	-	1	2	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	4	4	4	1	4	49	Sin depresión	Sin depresión
122	Jubilado	68	60-69 a	Mas	Separado	Su casa	No	-	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	2	3	3	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
123	Jubilado	59	50-59 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	4	4	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	1	4	1	1	1	3	3	1	49	Sin depresión	Sin depresión
124	Jubilado	72	70-79 a	Mas	Conviviente	Seguridad particular	No	-	1	3	2	4	3	3	2	1	4	4	1	3	2	2	3	2	2	2	3	2	49	Sin depresión	Sin depresión
125	Jubilado	49	40-49 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	2	2	3	3	2	3	2	2	1	1	4	4	3	2	3	2	2	3	3	1	48	Sin depresión	Sin depresión
126	Jubilado	61	60-69 a	Mas	Separado	Su casa	No	-	2	1	2	3	4	2	1	3	1	2	2	3	2	3	4	1	1	1	3	3	44	Sin depresión	Sin depresión
127	Jubilado	76	70-79 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	3	3	4	1	3	3	2	2	1	2	2	3	2	3	1	3	4	1	4	4	51	Con depresión	D. ligera
128	Jubilado	33	< 40 a	Mas	Soltera	Su casa	No	-	2	2	1	2	3	2	3	3	2	1	2	3	3	3	3	4	2	3	1	3	48	Sin depresión	Sin depresión
129	Jubilado	55	50-59 a	Fem	Soltera	Su casa	No	-	3	3	2	2	3	4	2	1	1	3	2	1	2	4	3	2	2	2	2	3	47	Sin depresión	Sin depresión
130	Jubilado	45	40-49 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	3	3	2	3	3	1	1	1	2	4	2	3	4	2	3	3	4	4	1	50	Con depresión	D. ligera
131	Jubilado	73	70-79 a	Mas	Conviviente	Su casa	No	-	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	29	Sin depresión	Sin depresión
132	Jubilado	58	50-59 a	Mas	Casado	Seguridad particular	No	-	4	3	3	1	3	1	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	1	3	48	Sin depresión	Sin depresión
133	Jubilado	49	40-49 a	Fem	Viudo	Su casa	No	-	1	4	2	2	4	4	2	2	3	1	1	3	3	3	1	2	3	3	2	3	49	Sin depresión	Sin depresión
134	Jubilado	70	70-79 a	Mas	Viudo	Comerciante	No	-	2	1	4	4	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	4	46	Sin depresión	Sin depresión
135	Jubilado	62	60-69 a	Mas	Casado	Comerciante	Si	-	2	3	1	3	4	2	1	1	2	2	3	4	1	2	1	3	4	4	1	4	48	Sin depresión	Sin depresión
136	Jubilado	67	60-69 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	1	1	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	Sin depresión	Sin depresión
137	Jubilado	52	50-59 a	Mas	Conviviente	Comerciante	No	-	3	4	1	1	4	3	2	2	4	2	4	4	1	2	2	1	4	4	2	3	53	Con depresión	D. ligera
138	Jubilado	84	80-89 a	Mas	Casado	Su casa	No	-	4	3	1	3	3	1	3	1	3	2	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	52	Con depresión	D. ligera
139	Jubilado	39	< 40 a	Mas	Casado	Seguridad particular	Si	-	2	1	3	2	4	2	2	3	3	2	4	2	3	4	2	2	2	2	2	2	49	Sin depresión	Sin depresión
140	Jubilado	83	80-89 a	Mas	Casado	Comerciante	No	-	4	2	2	1	4	1	2	2	3	1	4	4	2	3	2	4	4	3	2	2	52	Con depresión	D. ligera