

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Factores Socio demográficos, Niveles de Ansiedad y de Depresión en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa 2015

**Autor:**

**JOHN CHRISTIAN CANNON ZEGARRA**

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2015**

Agradezco a Dios y a la Virgen de Chapi por darme la fuerza y la tranquilidad necesaria para culminar mis estudios y poder afrontar diversas dificultades que se me presentaron en el transcurso de mi carrera, agradezco a mis Padres por haberme apoyado económicamente y darme la posibilidad de cumplir con uno más de mis objetivos. Agradezco a mi ángel que siempre estuvo a mi lado, apoyándome en todo momento y dándome consejos oportunos para tomar correctas decisiones.



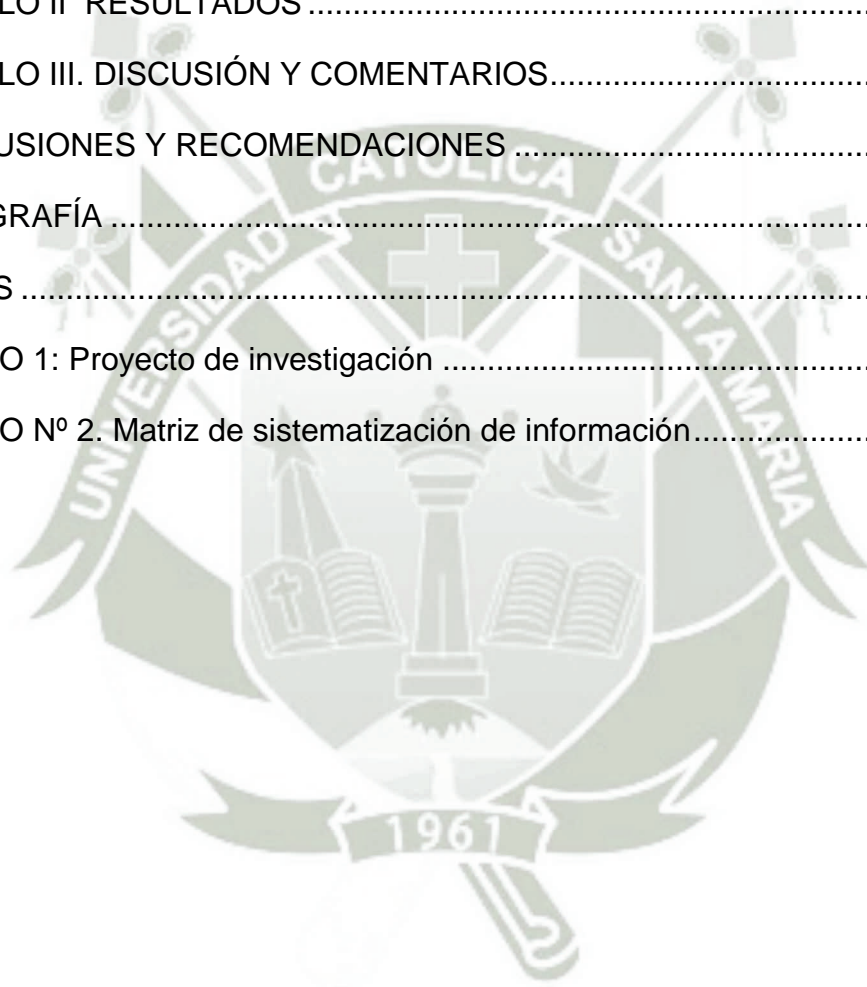
“Tú eres el conductor de tu mente, así que toma el control y mantenla ocupada con tus instrucciones indicándole a dónde quieres que vaya. Tu mente solo se maneja por su cuenta si no le dices que hacer.”

Rhonda Byrne



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	10
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	166
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	75
BIBLIOGRAFÍA .....	78
ANEXOS .....	81
ANEXO 1: Proyecto de investigación .....	82
ANEXO N° 2. Matriz de sistematización de información.....	137



## RESUMEN

La ansiedad y depresión son problemas de salud pública que pueden tener especial relevancia en personal militar. Por este motivo se busca determinar los factores socio demográficos y los niveles de ansiedad y de depresión en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa, para ello se encuestó a 90 integrantes del Servicio Militar aplicando una ficha de datos, la escala de ansiedad y Zung y el Test de depresión del paciente PHQ-9. Se asocian resultados mediante prueba chi cuadrado.

Encontrándose que los participantes tenían un promedio de edad de 19 años con una procedencia en su mayoría de la región Arequipa (58.89%), con un tiempo de actividad no menor de un año y que presentaban un 35.56% de casos de consumo de alcohol, 11.11% consumo de tabaco, y 5.56% consumo de drogas; un caso (1.11%) refirió antecedente de enfermedad psiquiátrica. Al aplicar el test de Ansiedad, se encontró puntajes normales en 75.56%, ansiedad moderada en 17.78% y ansiedad moderada-intensa en 6.67% de casos. La aplicación del test de depresión identificó depresión leve en 7.78% y depresión moderada en 3.33% de casos. El origen y la procedencia de Arequipa se relacionó con la presencia de depresión y ansiedad, y el consumo de tabaco lo hizo con la ansiedad ( $p < 0.05$ ).

Concluyéndose que los niveles de depresión y ansiedad son moderados en el personal militar del Ala Aérea N° 3 de la FAP los cuales están relacionados principalmente con la procedencia y el consumo de tabaco.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad – depresión – personal militar – escala de Zung – Cuestionario PHQ-9

## ABSTRACT

The anxiety and depression are public health problems that may be particularly important in military personnel. For this reason we seeks to determine the socio demographic factors and levels of anxiety and depression in the staff belonging to the Voluntary Military Service of Air Wing No. 3 FAP of Arequipa, All military service members were surveyed by applying a data sheet, anxiety scale of Zung and depression test PHQ-9. Outcomes are associated with chi square test.

Finding that participants had an average age of 19 years with a majority source of Arequipa (58.89%) region, with a time of not less activity than a year and had a 35.56% of cases referred to alcohol consumption, tobacco consumption in 11.11%, and 5.56% drug use; one case (1.11%) reported a history of psychiatric illness. In applying the test Anxiety, normal scores were found in 75.56%, 17.78% had moderate anxiety and moderate-to-severe anxiety in 6.67% of cases. With the application of depression test identified mild depression in 7.78% and moderate depression in 3.33% of cases. The origin and provenance of Arequipa was associated with the presence of depression and anxiety, and the consumption of snuff did with anxiety ( $p < 0.05$ ).

It concluded that the levels of depression and anxiety are moderate military personnel Air Wing No. 3 FAP which are mainly related to the origin and consumption of snuff.

**KEYWORDS:** Anxiety - Depression - military personnel - Zung - PHQ-9

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (13)

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de morbilidad en las sociedades actuales. De los 870 millones de personas que viven en la región europea, se estima que aproximadamente 100 millones sufren de ansiedad y depresión. La depresión es responsable por 6,2% de la morbilidad en la región europea de la Organización Mundial de Salud (OMS). (12)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (28) Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. (12)

La ansiedad es un estado emocional que constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Cuando esta respuesta adaptativa se da de una

manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto el plano físico como el psicológico y conductual.

Se trata de un problema de salud común, generalmente crónico, que causa considerablemente morbilidad y mala calidad de vida y que, con frecuencia, no es reconocido ni tratado. (6)

El ser humano, cuando debe afrontar situaciones que cree supera sus propias capacidades, es altamente probable que acabe desarrollando una problemática que atente contra su salud mental, su rendimiento, relaciones personales y sociales, etc.

Si esta es una reacción factible en cualquier persona, cabría pensar que aquellos individuos que hacen de su labor cotidiana el abordaje de situaciones críticas se convierten en una población diana susceptible de padecer afecciones en la citada salud mental. Profesionales de las emergencias: bomberos, policías, personal sanitario, así como personal militar que se ven envueltos en operativos en donde arriesgan sus vidas, tanto a nivel nacional como internacional, acaban siendo los representantes más característicos.

Estos trastornos traen consigo una gran limitación tanto en el desarrollo del aspecto personal, así como también social y laboral; por ello es importante conocer el número de casos que se presentan en el personal militar, debido a que dicho personal está constantemente bajo el estrés de conflictos tanto internos como externos; por otra parte dicho personal al estar en una

institución donde se prioriza el escalafón militar, trae consigo desigualdades y maltrato por parte de sus superiores; así mismo al estar alejados de su familia y de capacitarse dentro y fuera de la institución se crean situaciones que van deteriorando la salud mental. Aspectos de vital importancia en dichas personas que van a tener contacto con armamento, donde será necesario un adecuado equilibrio mental.

Al observar un creciente número de casos y al no contar con dicho estudio en esta población, se decide realizar el presente trabajo para evaluar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad y posteriormente tener un acertado diagnóstico, para luego poder realizar la promoción y restauración de la salud como medio de fortalecimiento para la capacidad y la disposición combativa de este personal.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que los indicadores sociodemográficos como la edad, lugar de nacimiento, nivel de instrucción y el consumo de tabaco, son indicadores significativos para obtener una relación con el nivel de ansiedad, siendo el consumo de tabaco el factor determinante que provoca niveles elevados.

Con relación a la depresión se encontró que los indicadores sociodemográficos como el lugar de nacimiento y el nivel de instrucción (instrucción primaria) se encontraban elevados.

## CAPÍTULO I

### 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), la Escala de Depresión de Test de Salud del paciente (PHQ-9) y en la Escala de Ansiedad de Zung.

**Materiales:**

- Material de escritorio
- Computadora portátil
- Sistema Operativo Windows 7
- Paquete Office 2010 para Windows
- Programa SPSS para Windows v.21

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional del Sur de la FAP de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El presente estudio se realizó de manera coyuntural durante el mes de enero del 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** personal militar que pertenece al Servicio Militar Voluntario.

**Población:** Todo el personal militar que pertenece al Servicio Militar Voluntario.

**Muestra:** No se consideró un cálculo de tamaño muestral ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

♦ **Criterios de Inclusión**

- Todas las personas que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio
- Toda persona que se encontraban realizando el Servicio Militar Voluntario que pertenezca al Ala Aérea N°3, Arequipa.

♦ **Exclusión**

- Personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario que se encuentren entre los 17 a 30 años.
- Personal que pertenecen al Servicio Militar Voluntario que se encuentren consumiendo algún medicamento antidepresivo sin prescripción médica.

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

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio descriptivo y de corte transversal.

## **5. Estrategia de Recolección de datos**

### **5.1. Organización**

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital Regional del Sur de Arequipa a fin de obtener la autorización para la realización del estudio.

Previamente se dialogó con los jefes de la institución y con los instructores a cargo del personal de tropa, el cual brindo apoyo en la coordinación y agrupación de dicho personal, para la realización del estudio.

Se preparó a la unidad de estudio en forma simultánea en un tiempo aproximado de 15 - 20 min. sobre la forma de llenado del cuestionario; para dicha preparación se obtuvo la ayuda de una psicóloga que trabaja en la institución. Se les entregó la ficha de recolección de datos personales, además de los cuestionarios de depresión y ansiedad; las cuales fueron llenadas en un tiempo aproximado de 20 a 30 min. para su resolución.

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**

#### **5.2.1. Escala de Ansiedad de Zung**

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar en un grupo de pacientes de consultorios externos en el Ducke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desordenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos

### **5.2.2. Test de Salud del paciente (PHQ-9)**

En el año del 2001 fue validado en EEUU por Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, que lo evidenciaron en el artículo: “Utilidad de un nuevo y breve cuestionario para la depresión”. En Latinoamérica ha sido validada en Chile, por un comité conformado por neurólogos, psiquiatras, psicólogos; el artículo: “Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile” fue publicado el año 2012 en la Revista chilena de Neuropsiquiatría. Así mismo fue validado en Perú el año 2012 en el artículo “Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión” cuyos autores fueron: Maria Calderon, Juan Antonio Galvez Buccollini, Golira Cueva, Carlos Ordoñez, Carlos Bromley,

Fabian Fiestas. En los resultados obtenidos se demostró la sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos

### **5.2.3. Ficha de recolección de datos**

No requiere validación por tratarse de una ficha de información.

### **5.3. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Procesamiento**

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

#### **b) 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 2013).

#### **c) Plan de Codificación:**

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

#### **d) Plan de Recuento.**

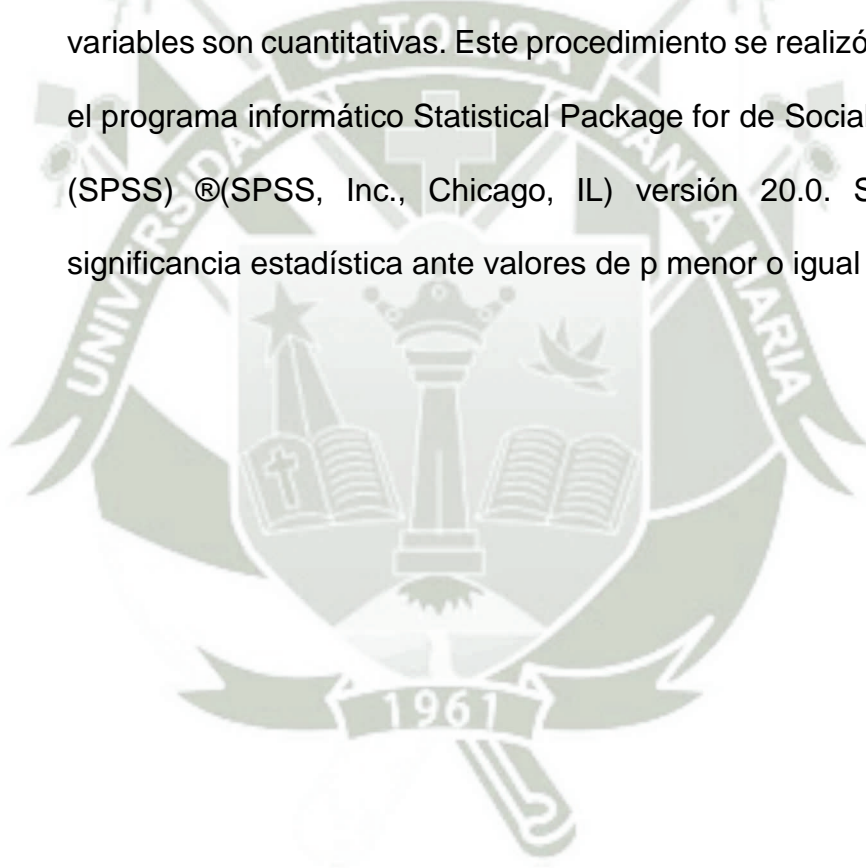
El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### **e) Plan de análisis**

- Estadística descriptiva: con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las

diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis fue de tipo descriptivo, caracterizando las variables bajo la forma de promedios ( $\pm$  Desviación Estándar) o porcentajes. Las variables se llevaron a gráficos o tablas, según las características presentes.

- Estadística inferencial: Basados en los resultados obtenidos, para el análisis de comparación de los resultados se utilizó la prueba de  $\chi^2$  si las variables son cualitativas y la prueba T de Student si las variables son cuantitativas. Este procedimiento se realizó utilizando el programa informático Statistical Package for de Social Sciences (SPSS) ®(SPSS, Inc., Chicago, IL) versión 20.0. Se aceptó significancia estadística ante valores de p menor o igual a 0.05.





**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 1**

**Distribución del personal militar en servicio según edad y sexo**

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
18	9	10.00	12	13.33	21	23.33
19	17	18.89	11	12.22	28	31.11
20	13	14.44	8	8.89	21	23.33
21	6	6.67	3	3.33	9	10.00
22	3	3.33	3	3.33	6	6.67
23	0	0.00	2	2.22	2	2.22
24	0	0.00	2	2.22	2	2.22
25	1	1.11	0	0.00	1	1.11
Total	49	54.44	41	45.56	90	100.00

Chi<sup>2</sup> = 8.26

G. libertad = 7

p = 0.31

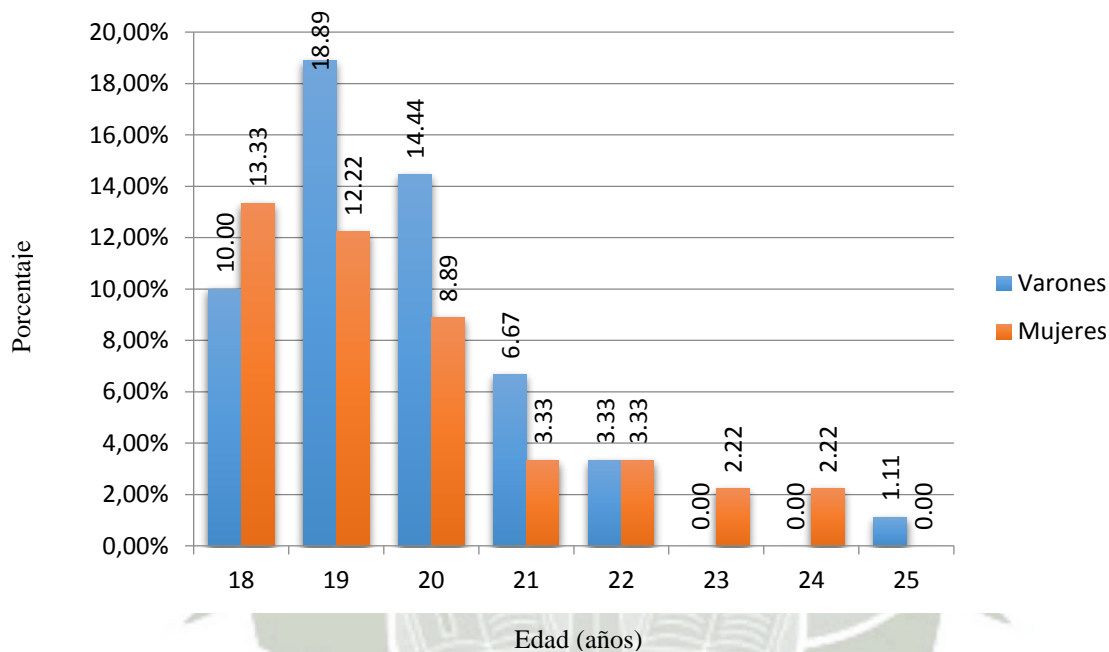
*Fuente: Elaboración propia*

En la **Tabla** y **Grafica 1** se puede apreciar la distribución según la edad y género; la mayor parte de la población estudiada fueron varones (54.44%) con edades que predominantemente se ubicaron entre los 19 y 20 años; la edad promedio fue de 19 años para ambos sexos, no encontrándose diferencias significativas en la edad de ambos grupos ( $p < 0.05$ ).

## FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA Nº3 FAP DE AREQUIPA

Gráfico 1

### Distribución del personal militar en servicio según edad y sexo



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 2**

**Distribución del personal militar en servicio según lugar de nacimiento**

<b>L. Nacim.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Arequipa	53	58.89
Puno	18	20.00
Cusco	12	13.33
M. de Dios	2	2.22
Lima	2	2.22
Apurímac	1	1.11
Ucayali	1	1.11
San Martín	1	1.11
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>

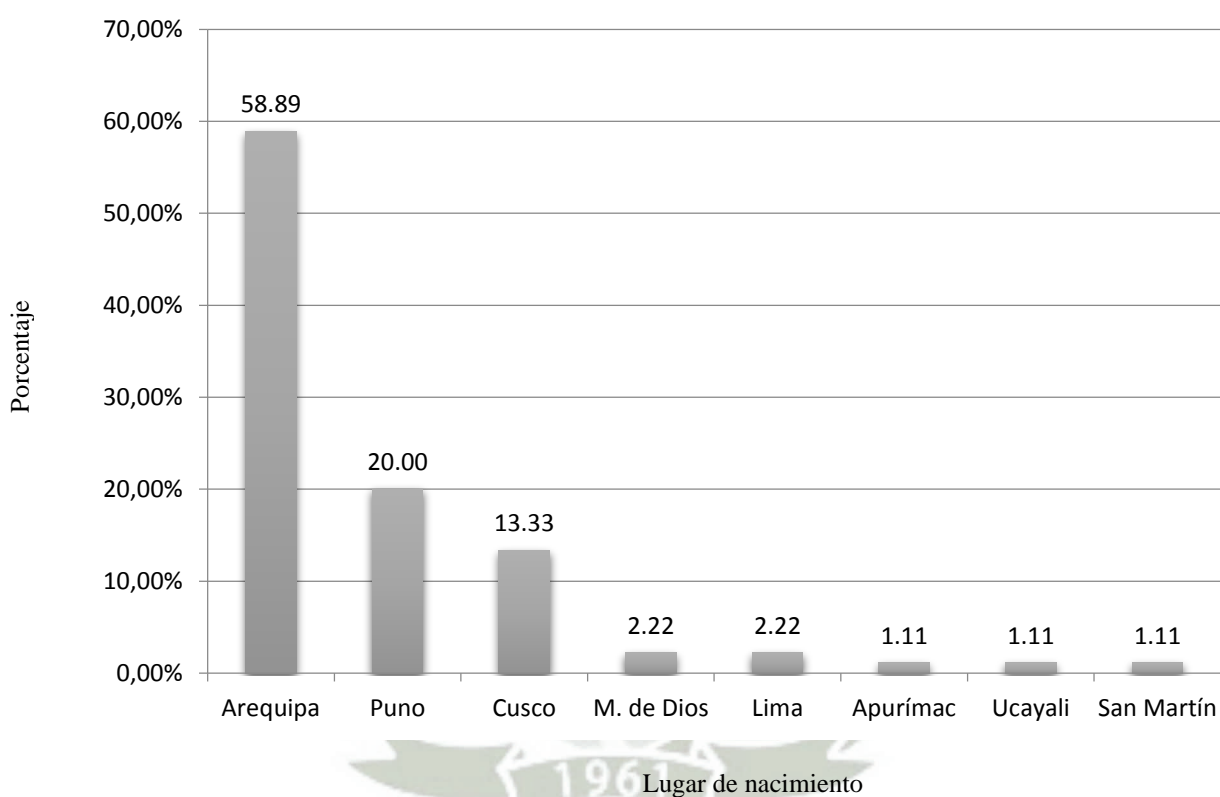
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 2** se muestra la distribución de los participantes según el lugar de nacimiento. De las 90 personas que cumplieron con los criterios de inclusión, se puede observar que la mayor parte de ellos nacieron en el departamento de Arequipa, expresando una distribución heterogénea.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 2**

**Distribución del personal militar en servicio según lugar de nacimiento**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 3**

**Distribución del personal militar en servicio según lugar de  
procedencia**

<b>L. Proced.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Arequipa	57	63.33
Castilla	1	1.11
Caravelí	1	1.11
Chuquibamba	1	1.11
Cusco	13	14.44
Puno	11	12.22
M. de Dios	2	2.22
Apurímac	1	1.11
Lima	1	1.11
Pucallpa	1	1.11
San Martín	1	1.11
Total	90	100.00

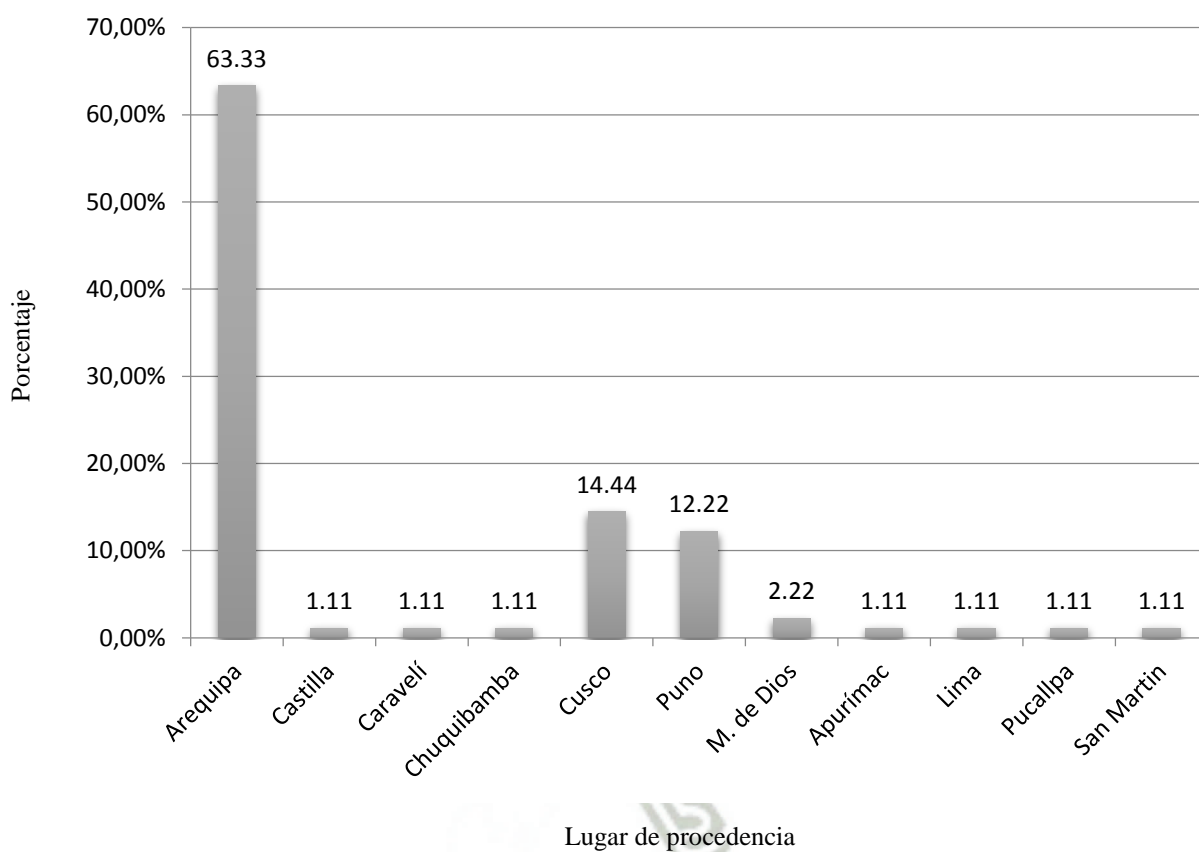
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 3** se muestra la distribución de los participantes según el lugar de procedencia; el cual también fue predominante en la provincia de Arequipa (63.33%), con casos individuales de otras provincias de Arequipa como Castilla, Caraveli o Chuquibamba (1.11% cada uno); el 14.44% eran del Cusco, y 12.22% procedían de Puno, entre otros; expresando también una distribución heterogénea.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 3**

**Distribución del personal militar en servicio según lugar de  
procedencia**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 4**

**Distribución del personal militar en servicio según grado de instrucción**

<b>G. Instruc.</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeto	1	1.11
Primaria	5	5.56
Secundaria	75	83.33
Técnico	9	10.00
Total	90	100.00

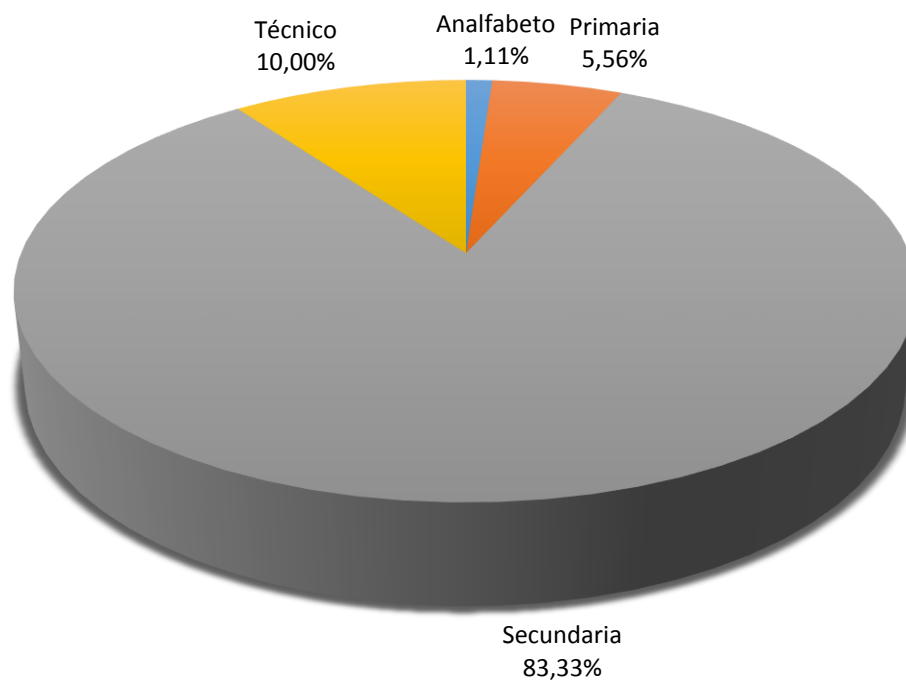
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 4** se aprecia el nivel de instrucción del personal evaluado; predominando el nivel de secundaria con un 83.33%, educación primaria 5.56% y un solo un caso de analfabetismo (1.11%).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 4**

**Distribución del personal militar en servicio según grado de instrucción**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 5**

**Distribución del personal militar en servicio según grado militar**

<b>G. Militar</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Avionero	44	48.89
Cabo	27	30.00
Sargento 1	5	5.56
Sargento 2	14	15.56
Total	90	100.00

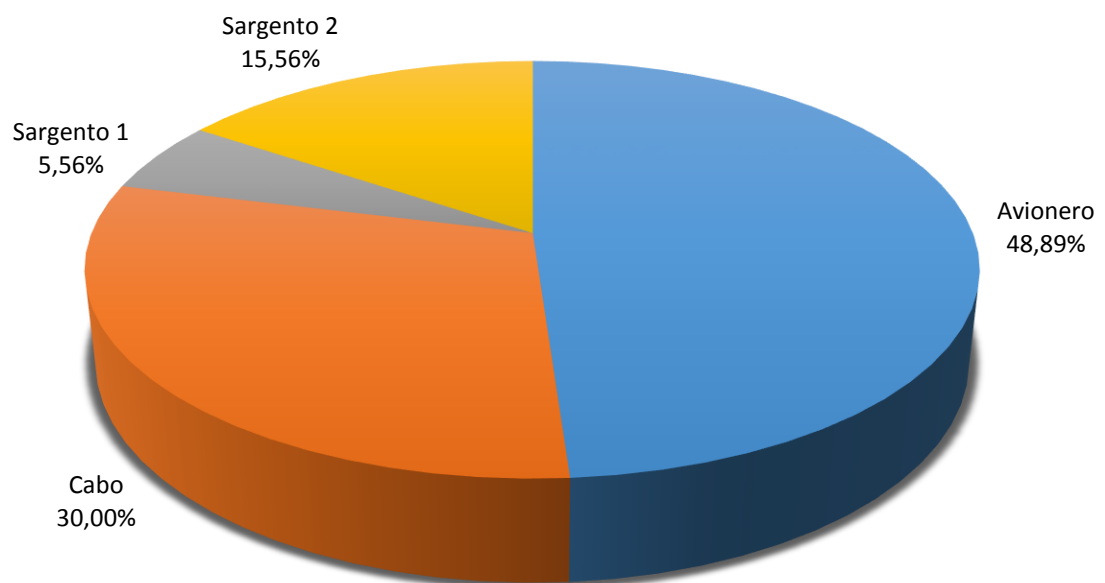
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 5** muestra que el personal militar encuestado presentaba en su mayoría el rango de Avionero (48.89%) y el rango de Cabo (30.0%).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 5**

**Distribución del personal militar en servicio según grado militar**



FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA

Tabla 6

## Distribución del personal militar según tiempo de servicio

T. servicio (Meses)	Nº	%
1-6 meses	37	41.11
7-12 meses	13	14.44
Mayor de 1 año	40	44.44
Total	90	100.00

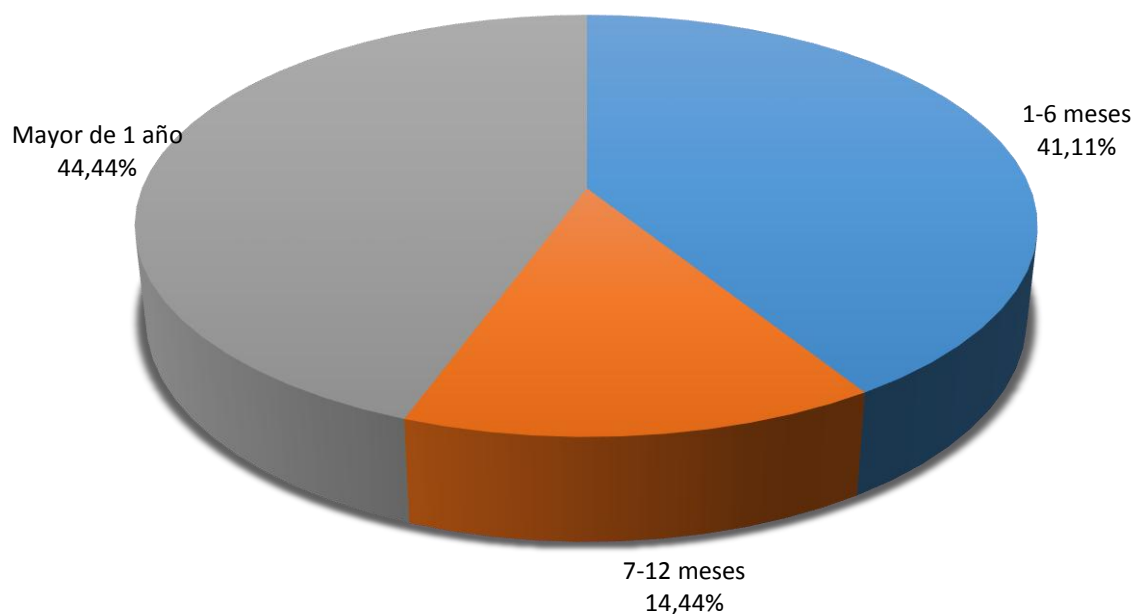
Fuente: Elaboración propia.

En la **Tabla** y **Grafica 6** muestra que el personal militar en su mayoría presenta un tiempo de actividad mayor a un año (44.44%) y de menor a 6 meses (41.11%).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 6**

**Distribución del personal militar según tiempo de servicio**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 7**

**Distribución del personal militar en servicio según hábitos sociales y  
antecedentes patológicos**

<b>H. sociales y A. Patológicos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguno	56	62.22
Consumo de alcohol	32	35.56
Consumo de tabaco	10	11.11
Consumo de drogas	5	5.56
Enf. Psiquiátrica	1	1.11

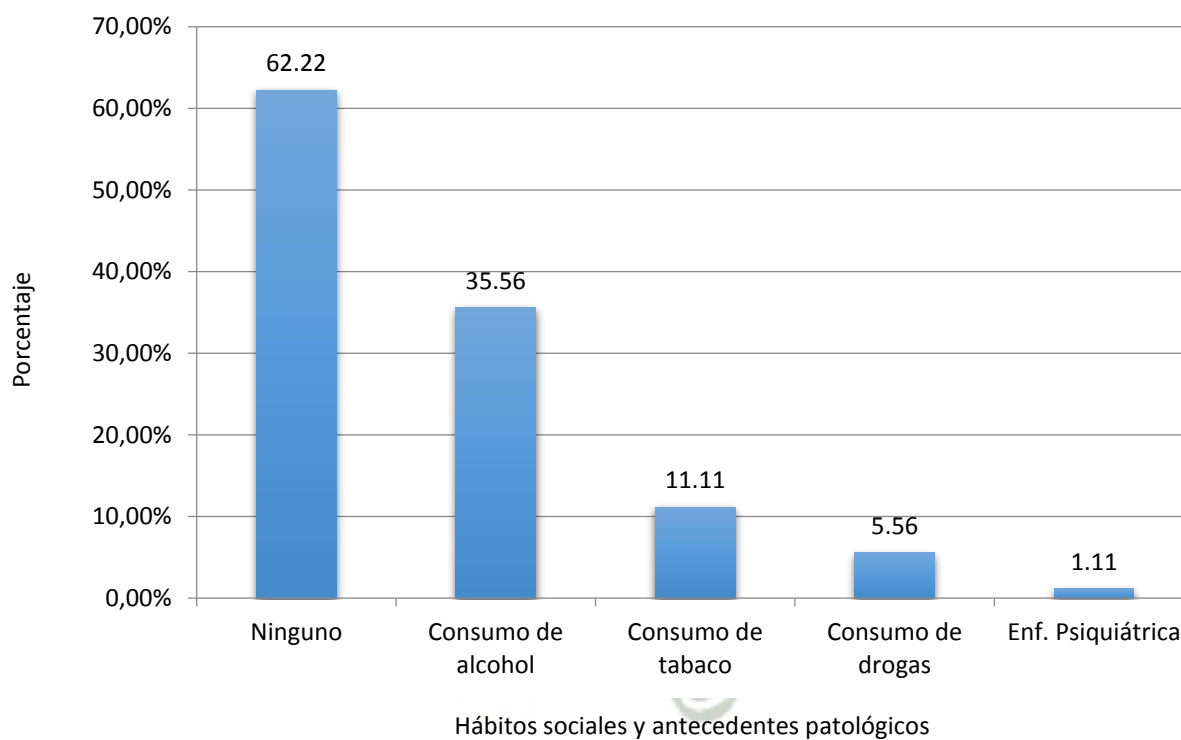
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla y Grafica 7** muestra que de los encuestados presentaban como hábitos sociales el consumo de alcohol en un 35.56%, consumo de tabaco 11.11% y el consumo de drogas en un 5.56%. Solo un caso refirió tener antecedente patológico de enfermedad psiquiátrica.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 7**

**Distribución del personal militar en servicio según hábitos sociales y  
antecedentes patológicos**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 8**

**Niveles de ansiedad en el personal militar evaluado**

<b>N. Ansiedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	68	75.56
Leve	16	17.78
Moderada	6	6.67
Total	90	100.00

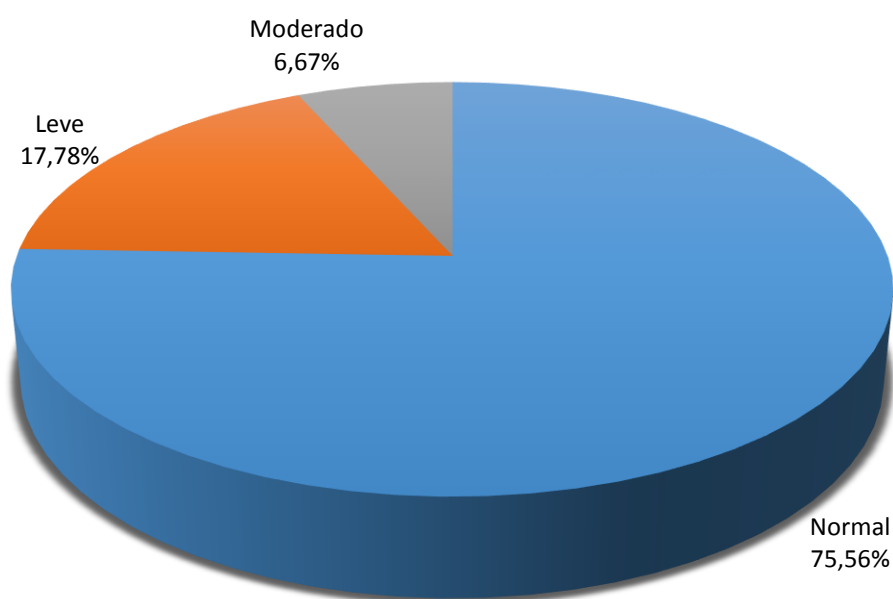
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 8**, muestra que el personal evaluado presentaba un 17.78% de nivel de ansiedad mínima y un 6.67% nivel de ansiedad severa.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 8**

**Niveles de ansiedad en el personal militar evaluado**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 9**

**Nivel de Ansiedad según edad**

Edad (años)	Total	Normal		Leve		Moderada	
		N°	%	N°	%	N°	%
18	21	14	66.67	5	23.81	2	9.52
19	28	21	75.00	5	17.86	2	7.14
20	21	16	76.19	3	14.29	2	9.52
21	9	8	88.89	1	11.11	0	0.00
22	6	6	100.00	0	0.00	0	0.00
23	2	1	50.00	1	50.00	0	0.00
24	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
25	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00
Total	90	68	75.56	16	17.78	6	6.67

Chi<sup>2</sup> = 11.04

G. libertad = 14

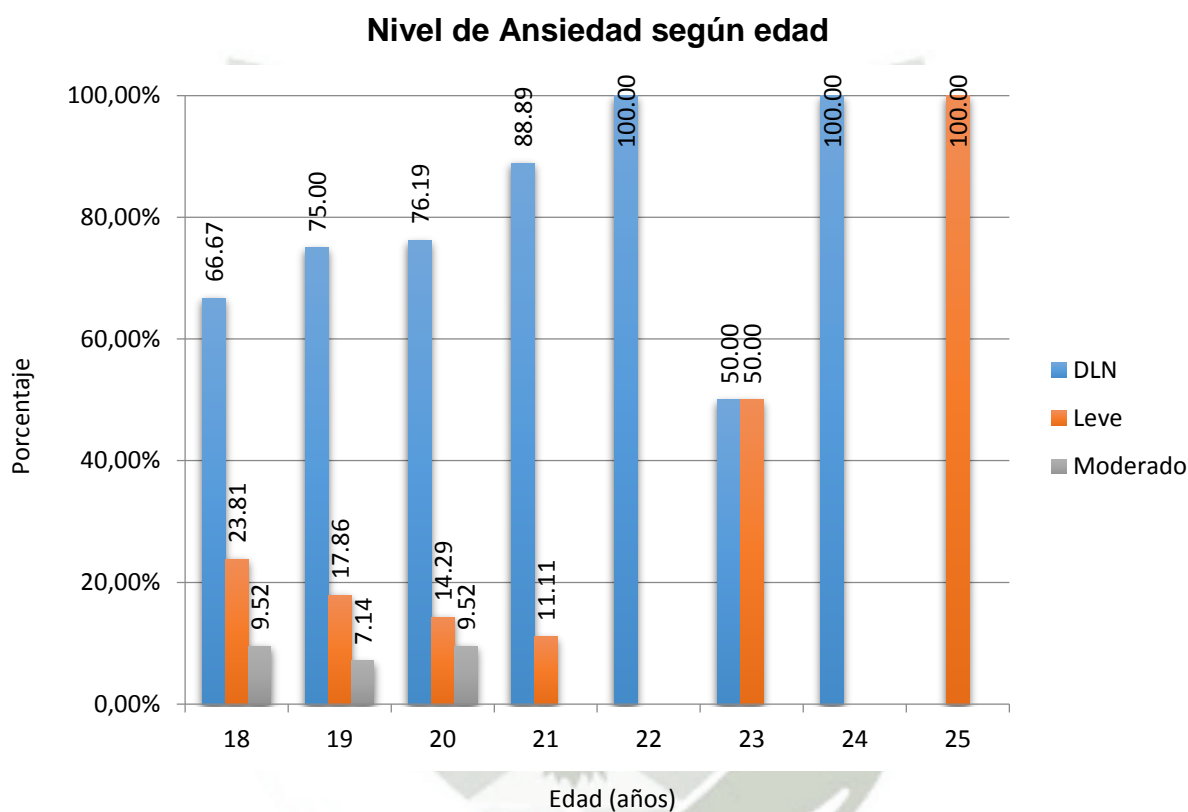
p = 0.68

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 9**, muestra un 55.96% de ansiedad leve y de 26.18% de ansiedad moderada, entre las edades de 18 a 20 años. No se encontraron diferencias significativas de los niveles de ansiedad en las diferentes edades ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 9**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 10**

**Nivel de ansiedad según sexo**

Sexo	Total	Normal		Leve		Moderado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Varones	49	38	77.55	8	16.33	3	6.12
Mujeres	41	30	73.17	8	19.51	3	7.32
Total	90	68	75.56	16	17.78	6	6.67

Chi<sup>2</sup> = 0.23

G. libertad = 2

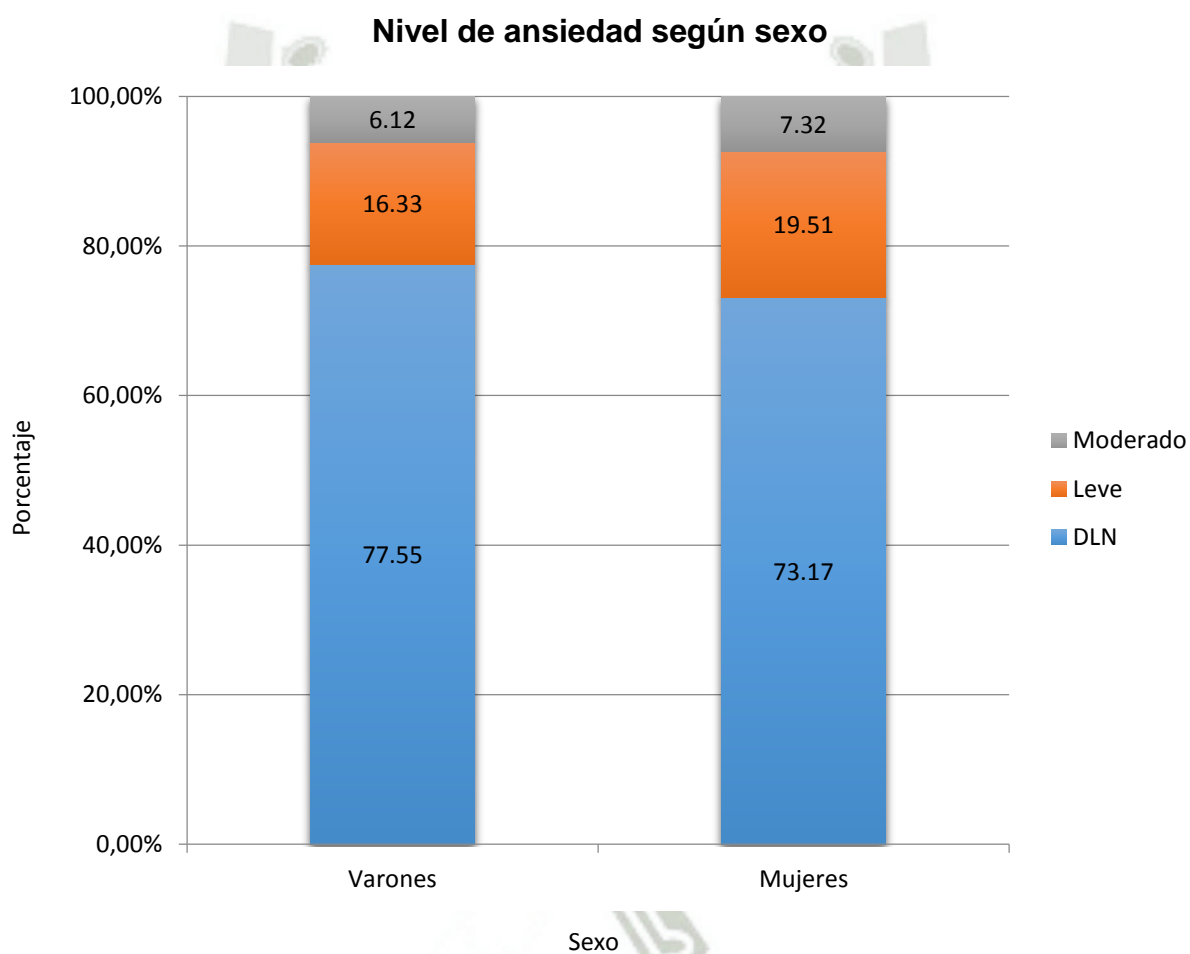
p = 0.89

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla y Grafica 10**, se encontraron niveles similares de ansiedad tanto en varones como en mujeres, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 10**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 11**

**Nivel de ansiedad según lugar de Nacimiento**

L. Nacim.	Total	Normal		Leve		Moderado	
		N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	53	38	71.70	10	18.87	5	9.43
Puno	18	16	88.89	2	11.11	0	0.00
Cusco	12	9	75.00	3	25.00	0	0.00
M. de Dios	2	1	50.00	0	0.00	1	50.00
Lima	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
Apurímac	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Ucayali	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00
San Martín	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>68</b>	<b>75.56</b>	<b>16</b>	<b>17.78</b>	<b>6</b>	<b>6.67</b>

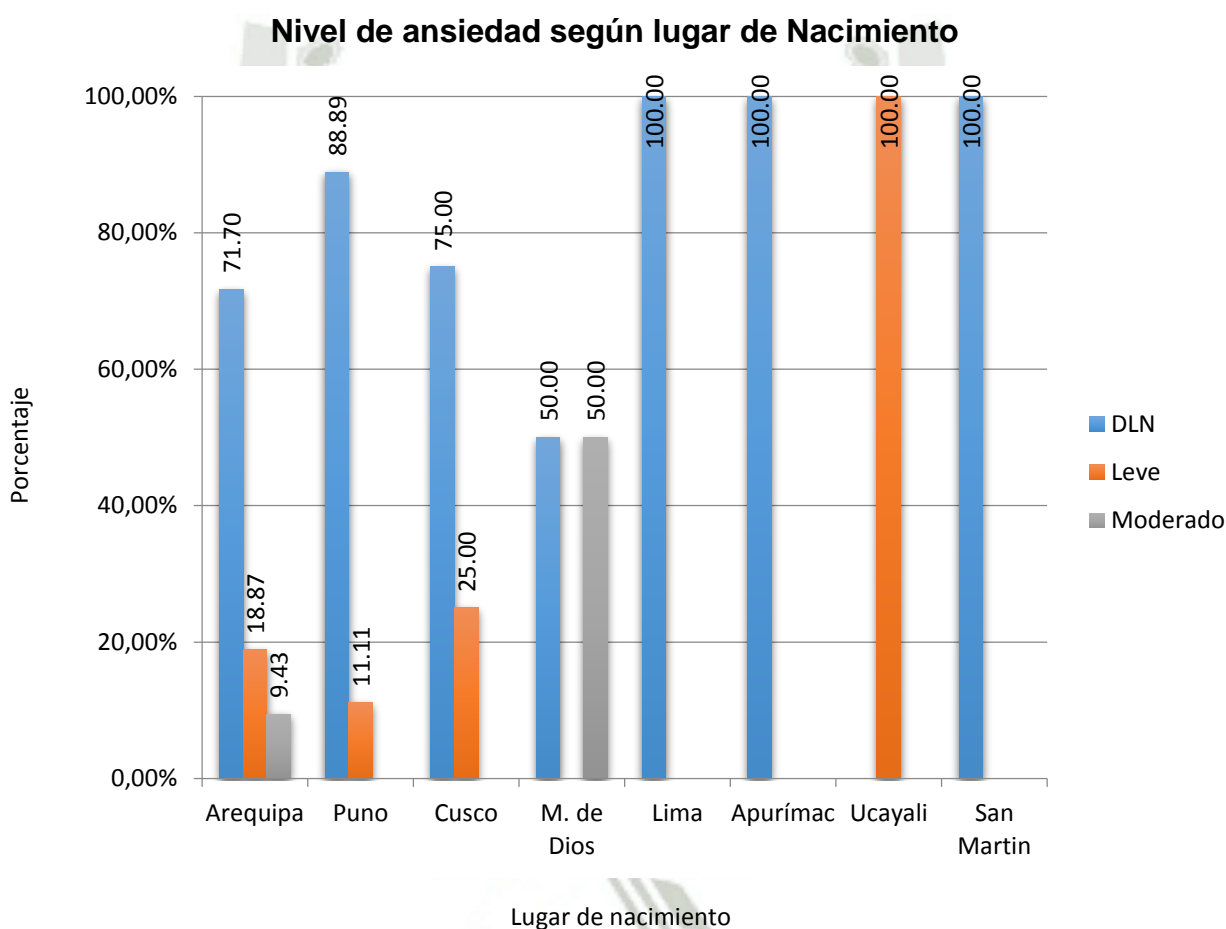
Chi<sup>2</sup> = 16.06      G. libertad = 14      p = 0.31

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla y Grafica 11**, muestra que un 17.78% presentaba ansiedad leve y un 6.67% ansiedad moderada. No se observó diferencia significativa.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 11**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 12**

**Nivel de ansiedad según lugar de procedencia**

L. Proceden.	Total	Normal		Leve		Moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arequipa	57	44	77.19	10	17.54	3	5.26
Cusco	13	9	69.23	3	23.08	1	7.69
Puno	11	10	90.91	1	9.09	0	0.00
M. de Dios	2	1	50.00	0	0.00	1	50.00
Apurimac	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Pucallpa	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00
San Martín	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Caravelí	1	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Chuquibamba	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Lima	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Castilla	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>68</b>	<b>75.56</b>	<b>16</b>	<b>17.78</b>	<b>6</b>	<b>6.67</b>

Chi<sup>2</sup> = 32.73

G. libertad = 20

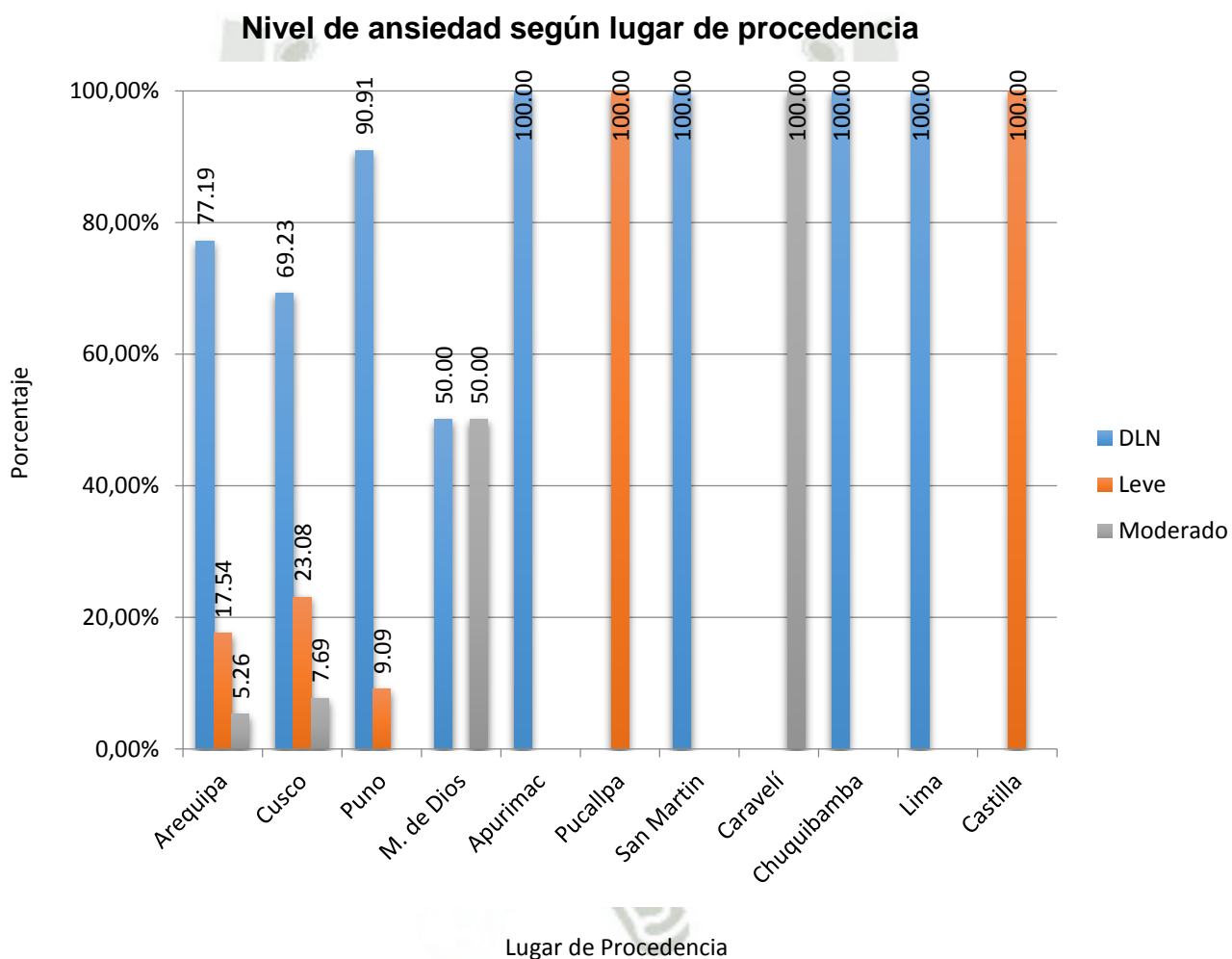
**p = 0.04**

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 12**, muestra un nivel leve de ansiedad en el personal que proviene del departamento de Arequipa (17.54%) y Cusco (23.08%). Y un nivel moderado en el personal que provenía de los departamentos de Caraveli, M. de Dios, Cusco y Arequipa.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 12**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 13**

**Nivel de ansiedad según nivel de instrucción**

N. Instruc.	Total	Normal		Leve		Moderado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Primaria	5	5	100.00	0	0.00	0	0.00
Secundaria	75	55	73.33	14	18.67	6	8.00
Técnico	9	7	77.78	2	22.22	0	0.00
Total	90	68	75.56	16	17.78	6	6.67

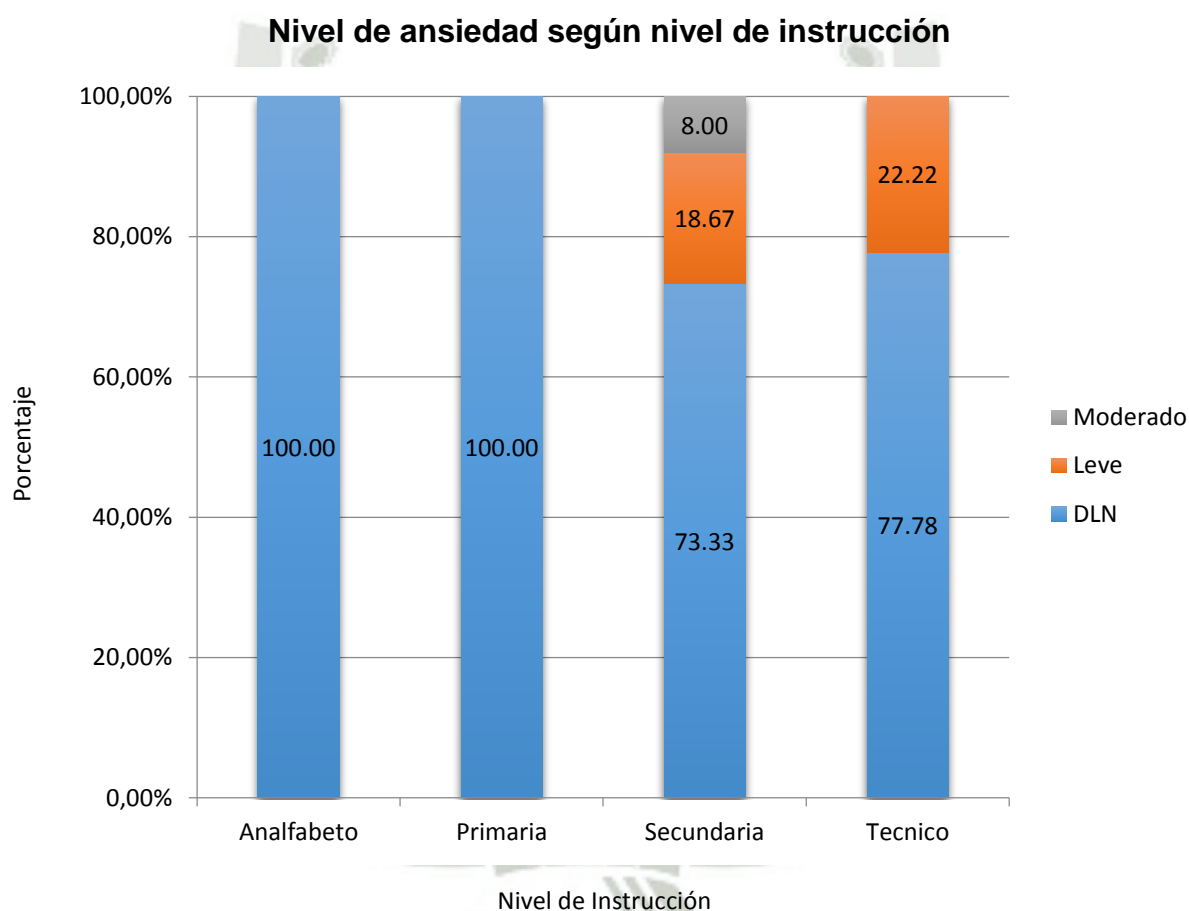
Chi<sup>2</sup> = 2.93      G. libertad = 6      p = 0.82

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 13**, muestra un 18.67% y 22.22% de ansiedad leve en el personal con instrucción secundaria y técnica respectivamente. No encontrándose diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 13**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 14**

**Nivel de Ansiedad según grado militar**

G. militar	Total	Normal		Leve		Moderado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avionero	44	35	79.55	6	13.64	3	6.82
Cabo	27	19	70.37	6	22.22	2	7.41
Sargento 1	5	4	80.00	1	20.00	0	0.00
Sargento 2	14	10	71.43	3	21.43	1	7.14
Total	90	68	75.56	16	17.78	6	6.67

Chi<sup>2</sup> = 1.44

G. libertad = 6

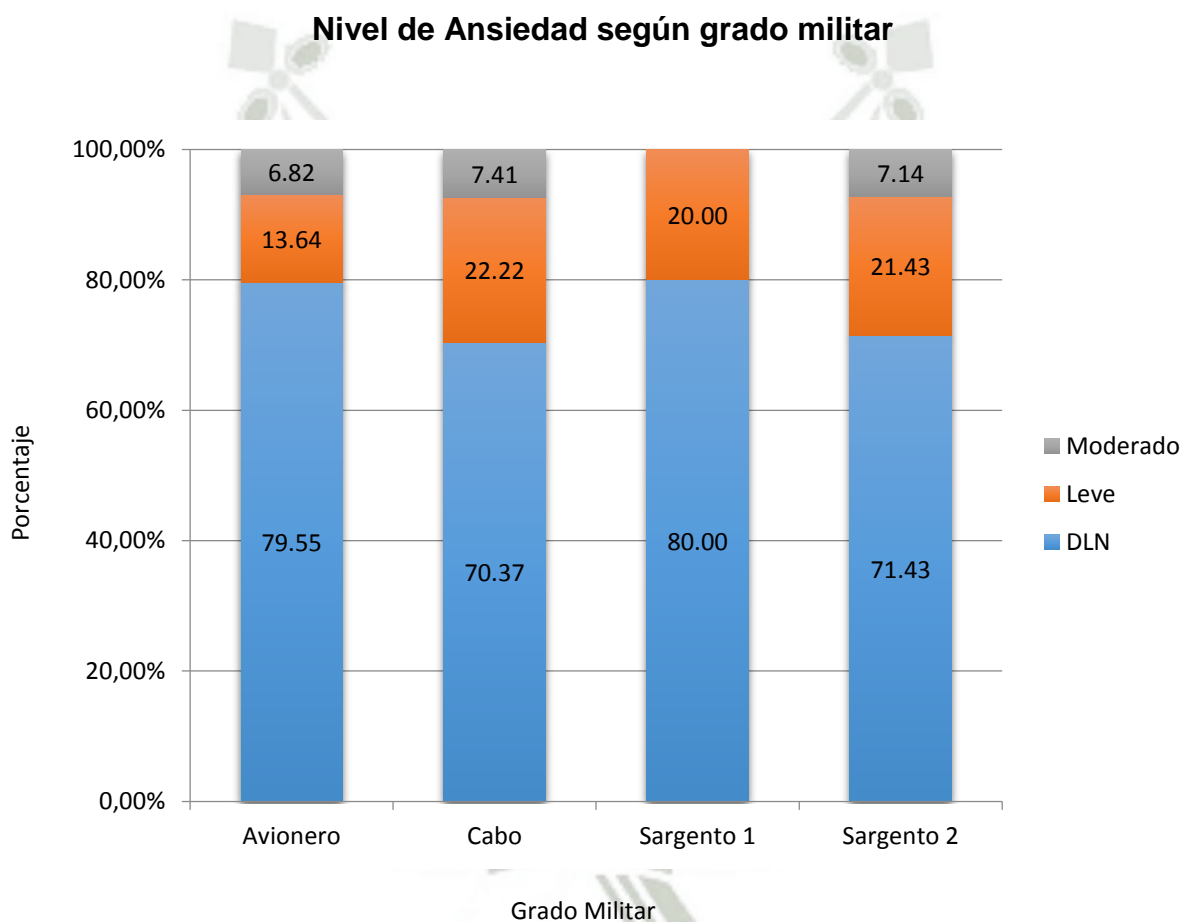
p = 0.96

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 14**, muestra el grado militar y el nivel de ansiedad. Siendo ligeramente superior la presencia de ansiedad leve y de moderado en el personal cuyo grado militar es Cabo. No se encontraron diferencias significativas entre el grado del personal y los niveles de ansiedad ( $p < 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 14**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 15**

**Nivel de Ansiedad según tiempo de servicio**

T. servicio (meses)	Total	Normal		Leve		Moderado	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-6 meses	37	30	81.08	5	13.51	2	5.41
7-12 meses	13	8	61.54	5	38.46	0	0.00
Mayor de 1 año	40	30	75.00	6	15.00	4	10.00
Total	90	68	75.56	16	17.78	6	6.67

Chi<sup>2</sup> = 5.79

G. libertad = 4

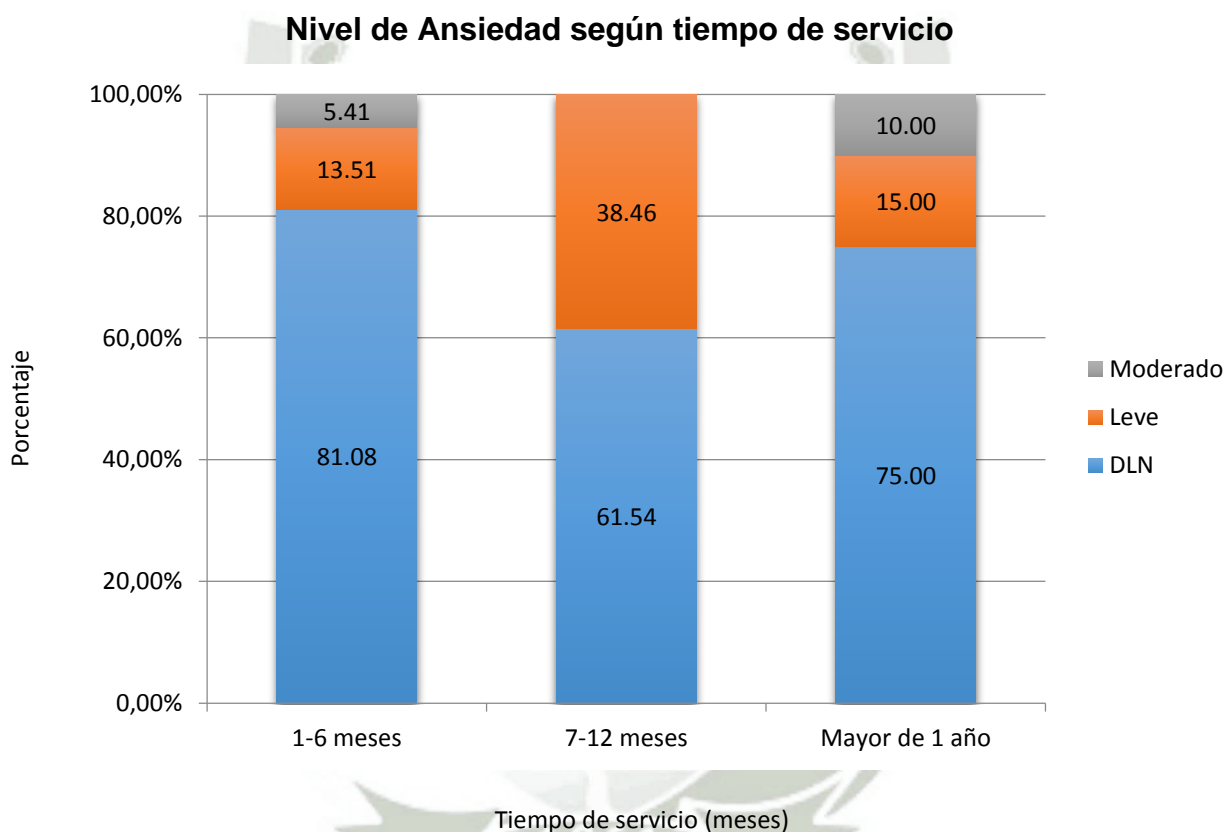
p = 0.22

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 15**, muestra el tiempo de servicio y el nivel de ansiedad. Siendo superior la presencia de ansiedad leve en el personal cuyo tiempo de servicio es de 7 - 12 meses. No se encontraron diferencias significativas entre el tiempo de actividad de servicio y los niveles de ansiedad.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 15**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 16**

**Nivel de ansiedad según hábitos sociales y antecedentes patológicos**

H. sociales y A. Patolog.		Total	Normal		Leve		Moderado		Chi <sup>2</sup>	p
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Enf. Psiquiátrica	Sí	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0.33	0.85
	No	89	67	75.28	16	17.98	6	6.74		
Consumo de alcohol	Sí	32	22	68.75	6	18.75	4	12.50	2.87	0.24
	No	58	46	79.31	10	17.24	2	3.45		
Consumo de tabaco	Sí	10	5	50.00	1	10.00	4	40.00	20.11	<b>0.00</b>
	No	80	63	78.75	15	18.75	2	2.50		
Consumo de drogas	Sí	5	2	40.00	2	40.00	1	20.00	3.77	0.15
	No	85	66	77.65	14	16.47	5	5.88		
Total		90	68	75.56	16	17.78	6	6.67		

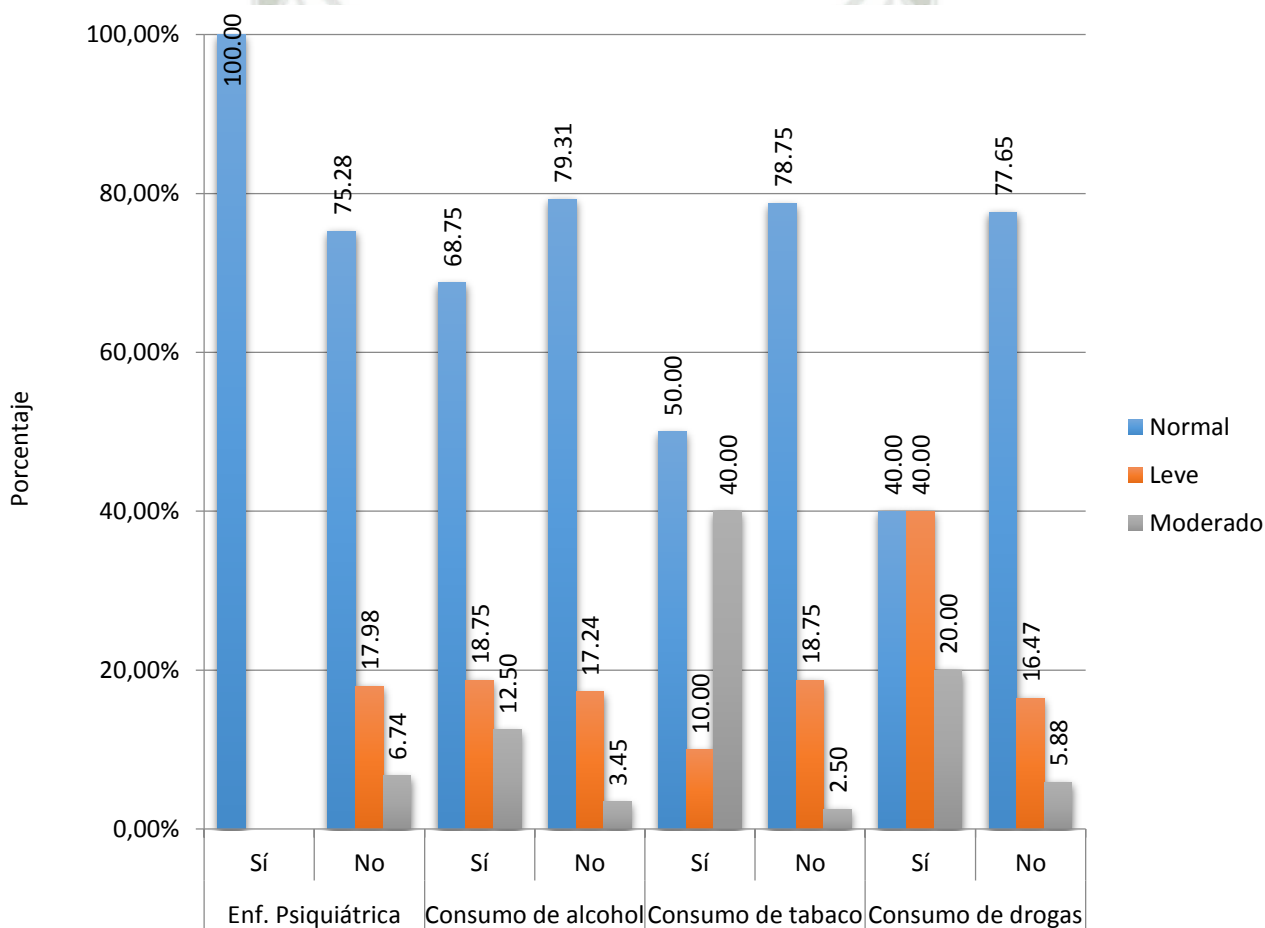
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 16**, se observa que se encontró una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) de la ansiedad (moderado) con el consumo de tabaco (40% de fumadores), drogas (20%) y alcohol (12.50%).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 16**

**Nivel de ansiedad según hábitos sociales y antecedentes patológicos**



Hábitos sociales y antecedentes patológicos

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 17**

**Niveles de depresión en el personal militar evaluado**

<b>N. Depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Normal	80	88.89
D. Leve	7	7.78
D. Moderada	3	3.33
Total	90	100.00

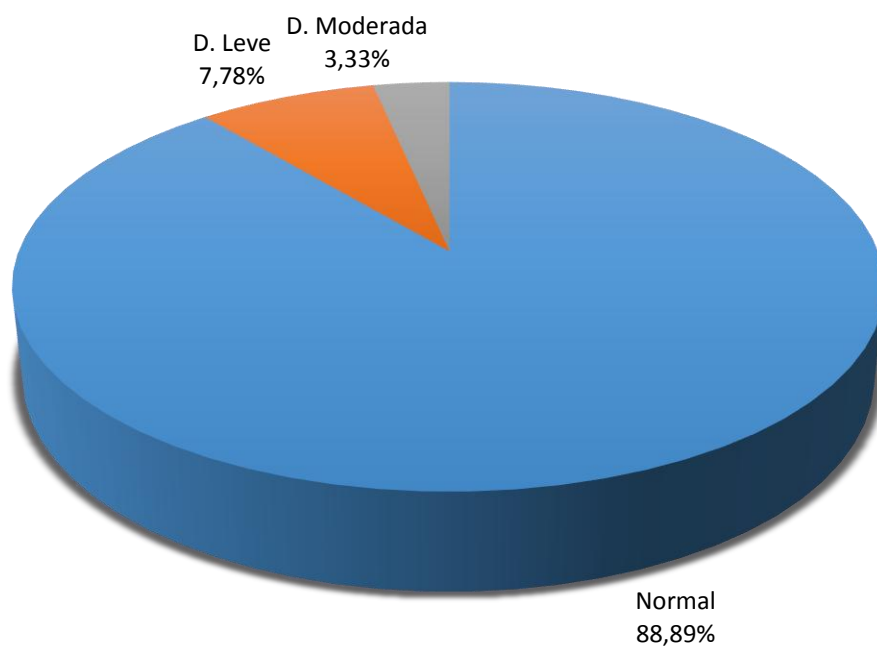
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 17**, muestra puntajes normales en un 88.89%, depresión leve en 7.78% del personal y depresión moderada en 3.33%.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 17**

**Niveles de depresión en el personal militar evaluado**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 18**

**Niveles de depresión según la edad**

Edad (años)	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		N°	%	N°	%	N°	%
18	21	20	95.24	0	0.00	1	4.76
19	28	26	92.86	2	7.14	0	0.00
20	21	18	85.71	2	9.52	1	4.76
21	9	6	66.67	2	22.22	1	11.11
22	6	5	83.33	1	16.67	0	0.00
23	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
24	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
25	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

Chi<sup>2</sup> = 9.09

G. libertad = 14

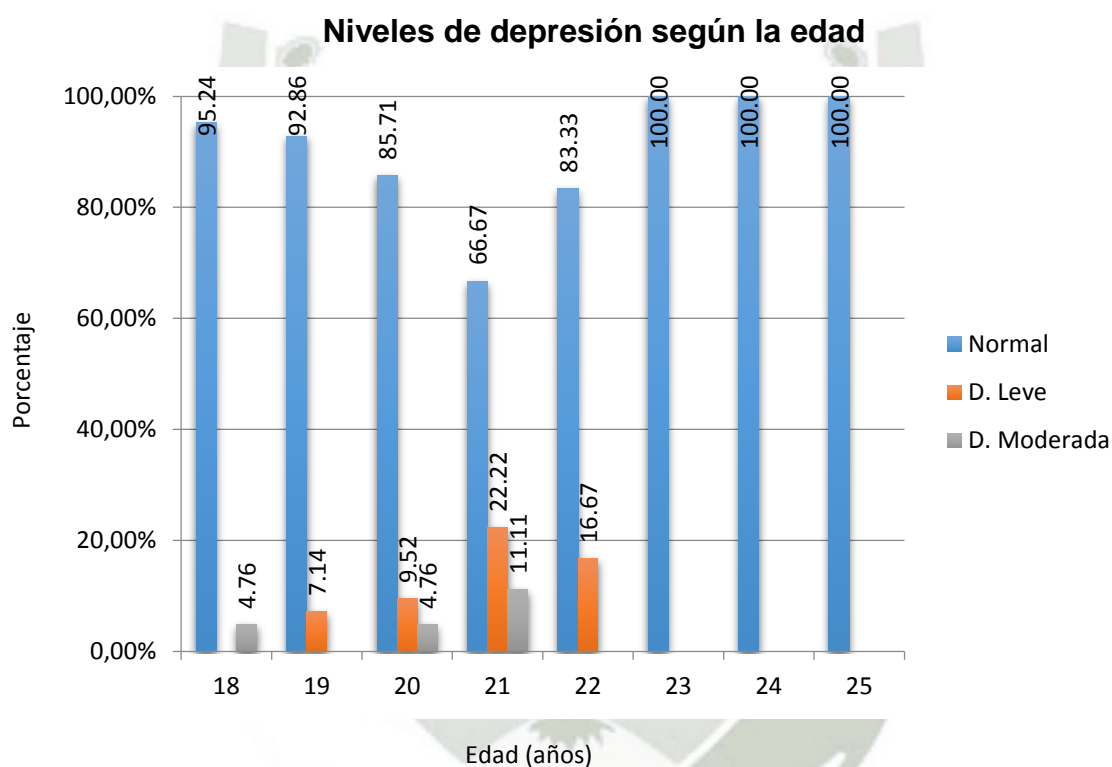
p = 0.83

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 18**, muestra un 7.78% depresión leve y un 3.33% depresión moderada en el personal evaluado. No encontrándose diferencias significativas en los niveles de depresión con la edad.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 18**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 19**

**Niveles de depresión según la sexo**

Sexo	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Varones	49	43	87.76	5	10.20	1	2.04
Mujeres	41	37	90.24	2	4.88	2	4.88
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

Chi<sup>2</sup> = 1.37

G. libertad = 2

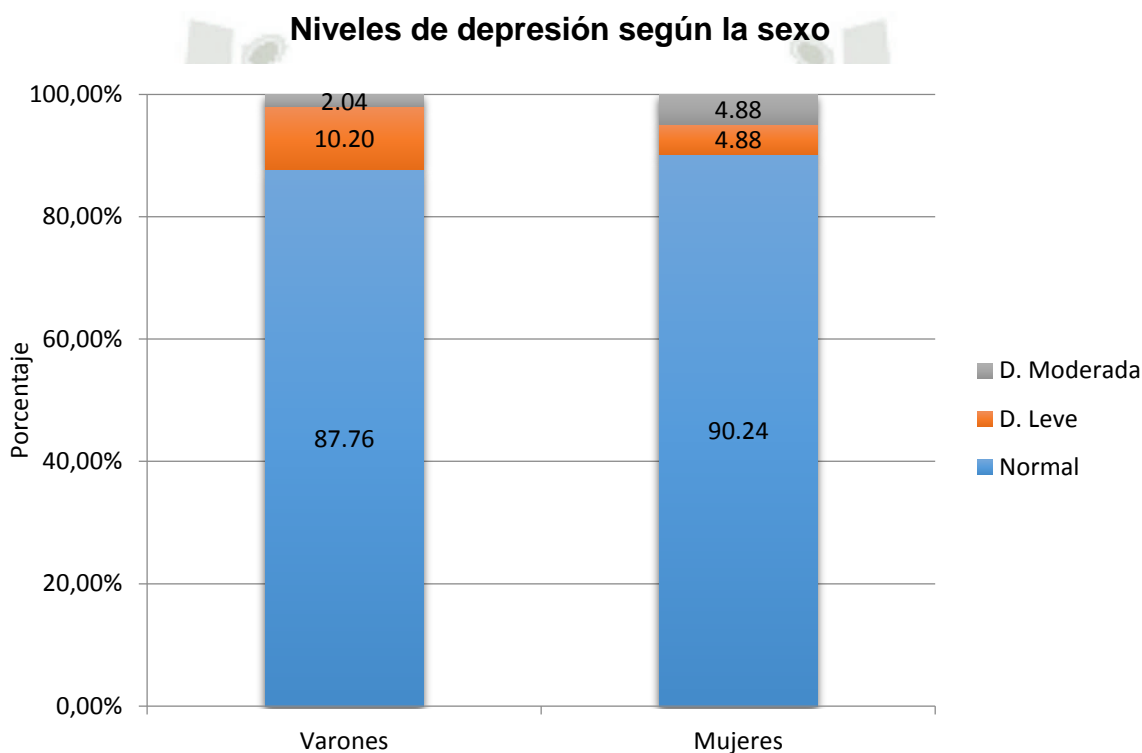
p = 0.50

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla y Grafica 19**, muestra un 7.78% de depresión leve y 3.33% de depresión moderada en el personal militar. No se encontraron diferencias significativas entre la edad y los niveles de depresión.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 19**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 20**

**Niveles de depresión según lugar de nacimiento**

L. Nacim.	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arequipa	53	46	86.79	5	9.43	2	3.77
Puno	18	18	100.00	0	0.00	0	0.00
Cusco	12	10	83.33	2	16.67	0	0.00
M. de Dios	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
Lima	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
Apurímac	1	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Ucayali	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
San Martín	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

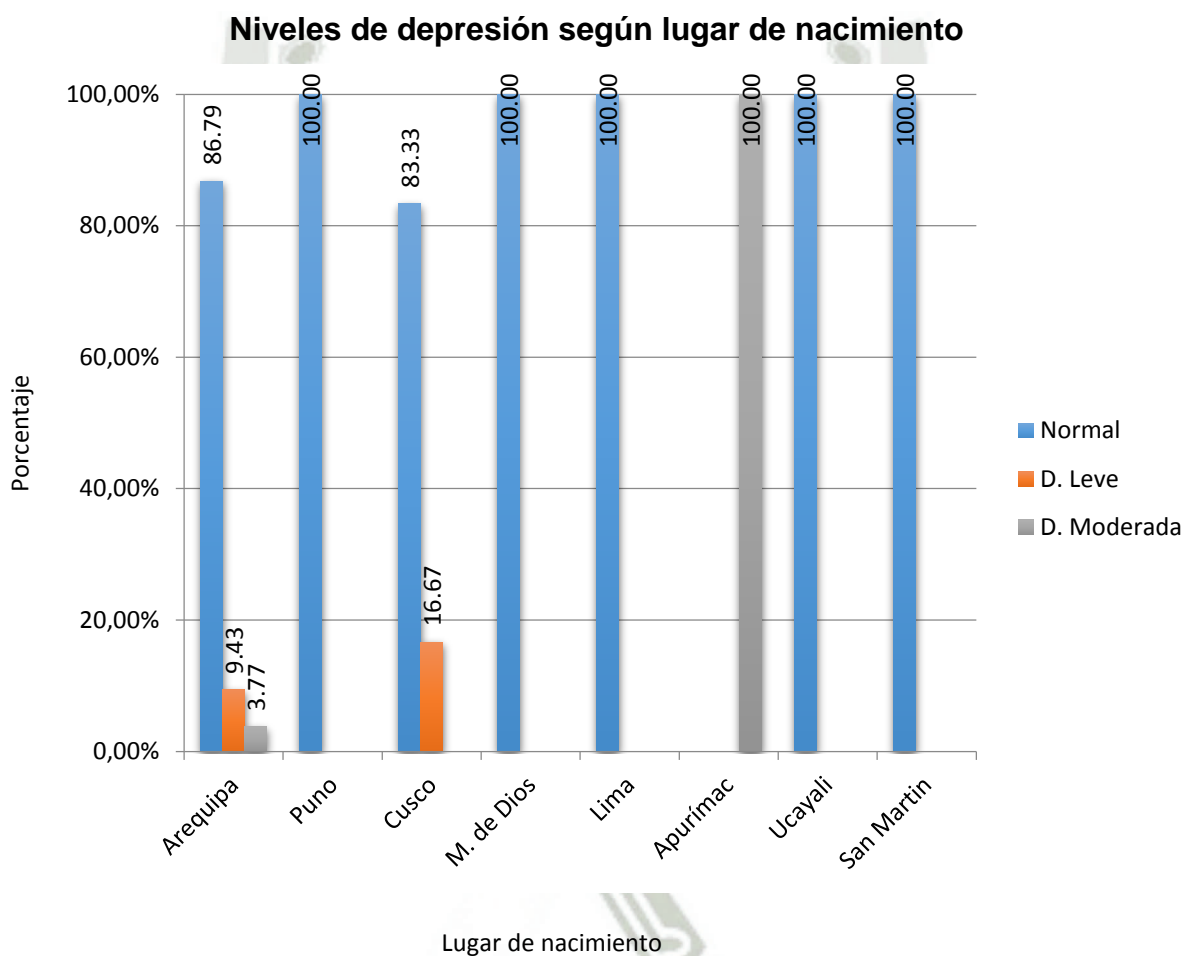
Chi<sup>2</sup> = 33.09      G. libertad = 14      p < 0.05

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 20**, muestra un porcentaje alto en el personal natural de Arequipa con un 3.77 % de depresión moderada y un 9.43% de depresión leve. Presentando diferencias significativas.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 20**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 21**

**Niveles de depresión según lugar de procedencia**

L. Proceden.	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	57	52	91.23	3	5.26	2	3.51
Cusco	13	10	76.92	3	23.08	0	0.00
Puno	11	11	100.00	0	0.00	0	0.00
M. de Dios	2	2	100.00	0	0.00	0	0.00
Apurimac	1	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Pucallpa	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
San Martín	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Caravelí	1	0	0.00	1	100.00	0	0.00
Chuquibamba	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Lima	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Castilla	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>88.89</b>	<b>7</b>	<b>7.78</b>	<b>3</b>	<b>3.33</b>

Chi<sup>2</sup> = 48.17

G. libertad = 20

p < 0.05

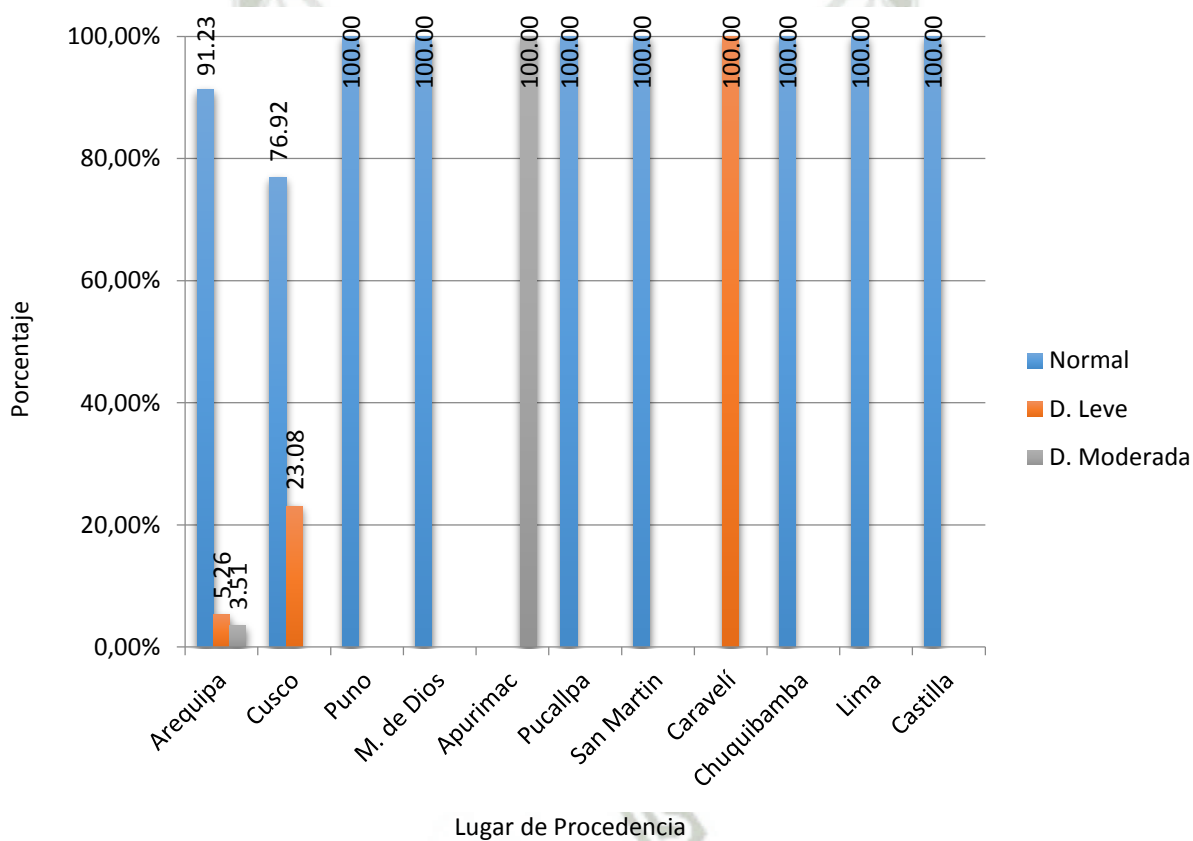
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 21**, muestra que el personal procedente de Arequipa presenta un 3.51 % de depresión moderada y un 5.26 % de depresión leve. En el personal proveniente del cusco presento un 23.08 % de depresión leve Presentando diferencias significativas.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
N°3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 21**

**Niveles de depresión según lugar de procedencia**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 22**

**Niveles de depresión según nivel de instrucción**

N. Instruc.	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00
Primaria	5	4	80.00	0	0.00	1	20.00
Secundaria	75	66	88.00	7	9.33	2	2.67
Tecnico	9	9	100.00	0	0.00	0	0.00
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

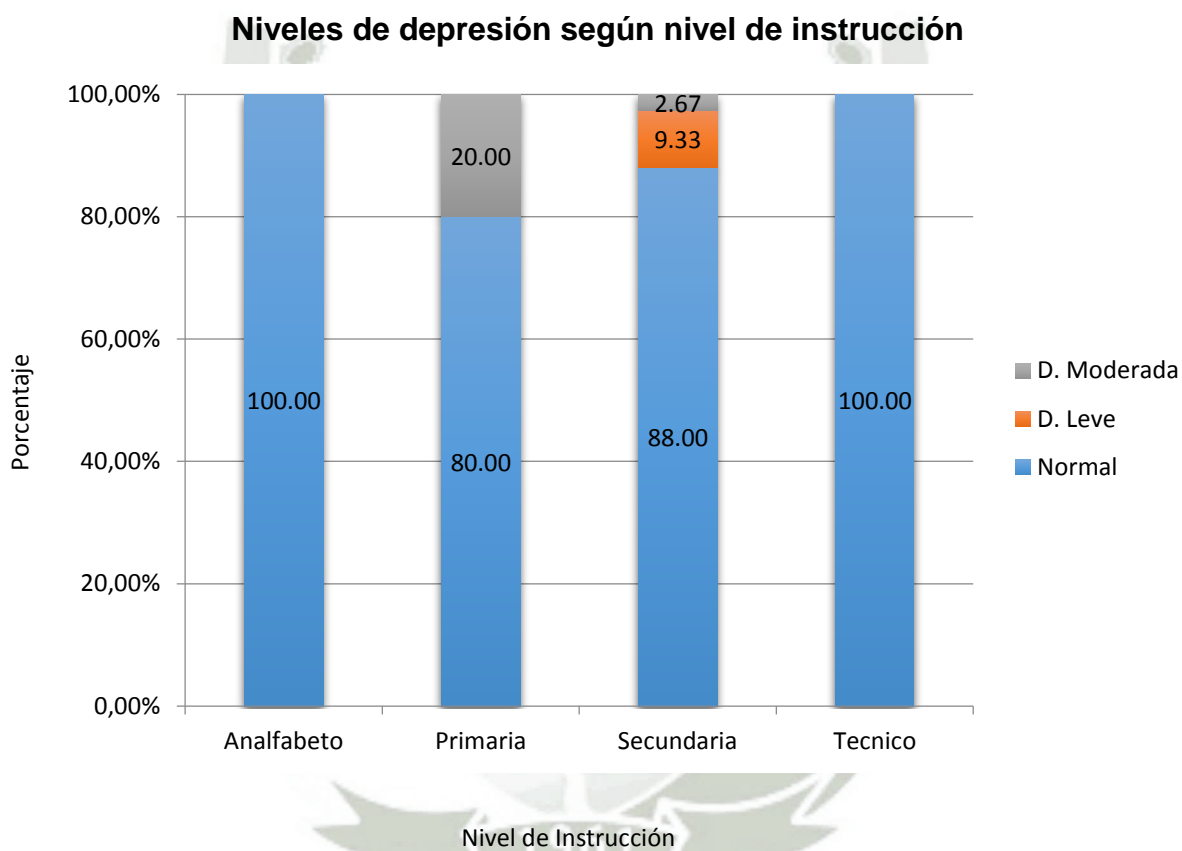
Chi<sup>2</sup> = 6.19      G. libertad = 6      p = 0.40

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 22**, muestra que un 9.33% presento D. leve y un 22.67% D. moderada en aquellos que se encuentran en nivel Primaria y Secundaria; no encontrándose diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 22**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 23**

**Niveles de depresión grado militar**

G. militar	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avionero	44	39	88.64	3	6.82	2	4.55
Cabo	27	25	92.59	2	7.41	0	0.00
Sargento 1	5	5	100.00	0	0.00	0	0.00
Sargento 2	14	11	78.57	2	14.29	1	7.14
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

Chi<sup>2</sup> = 3.36

G. libertad = 6

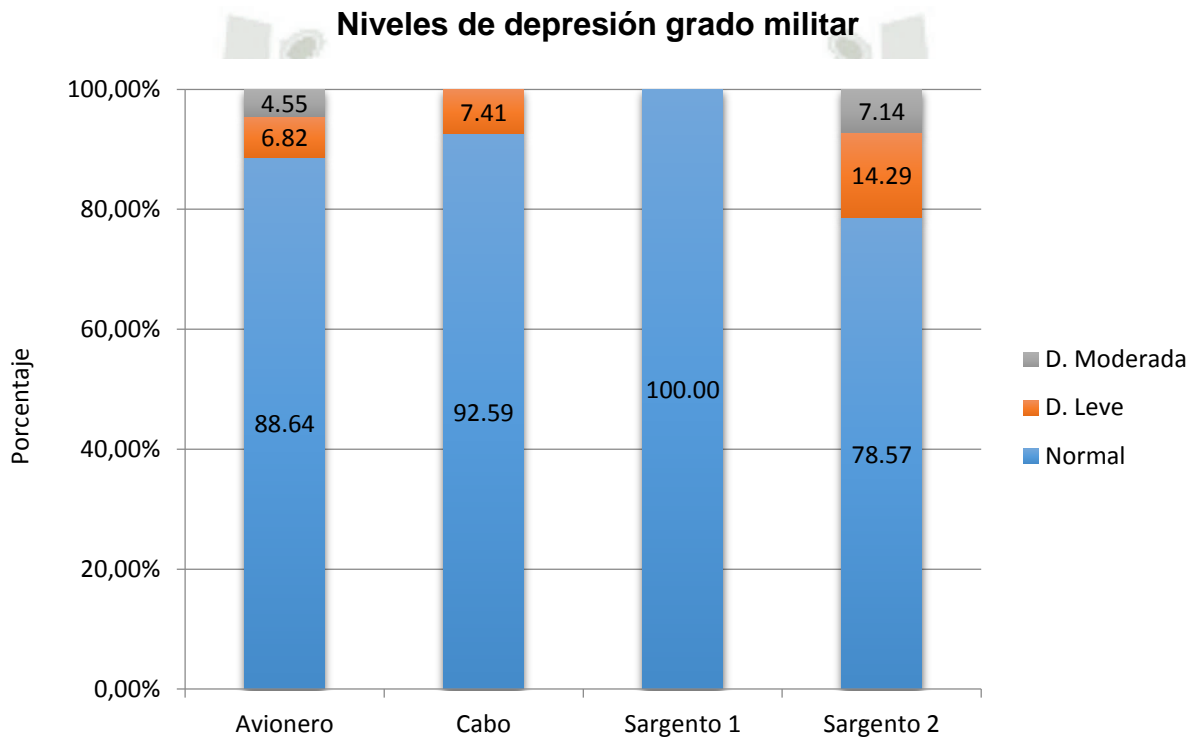
p = 0.76

*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 23**, Nos muestra un 28.52% de D. leve en aquellos cuyos grados son Avionero, Cabo y Sargento 2. Así mismo un 11.69% de D. moderada en el personal cuyo grado son Avionero y Sargento 2. No se encontraron diferencias significativas entre el grado del personal y los niveles de depresión.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 23**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 24**

**Niveles de depresión grado militar tiempo de servicio**

T. servicio (meses)	Total	Normal		D. Leve		D. moderada	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-6 meses	37	34	91.89	1	2.70	2	5.41
7-12 meses	13	12	92.31	1	7.69	0	0.00
Mayor de 1 año	40	34	85.00	5	12.50	1	2.50
Total	90	80	88.89	7	7.78	3	3.33

Chi<sup>2</sup> = 3.49

G. libertad = 4

p = 0.48

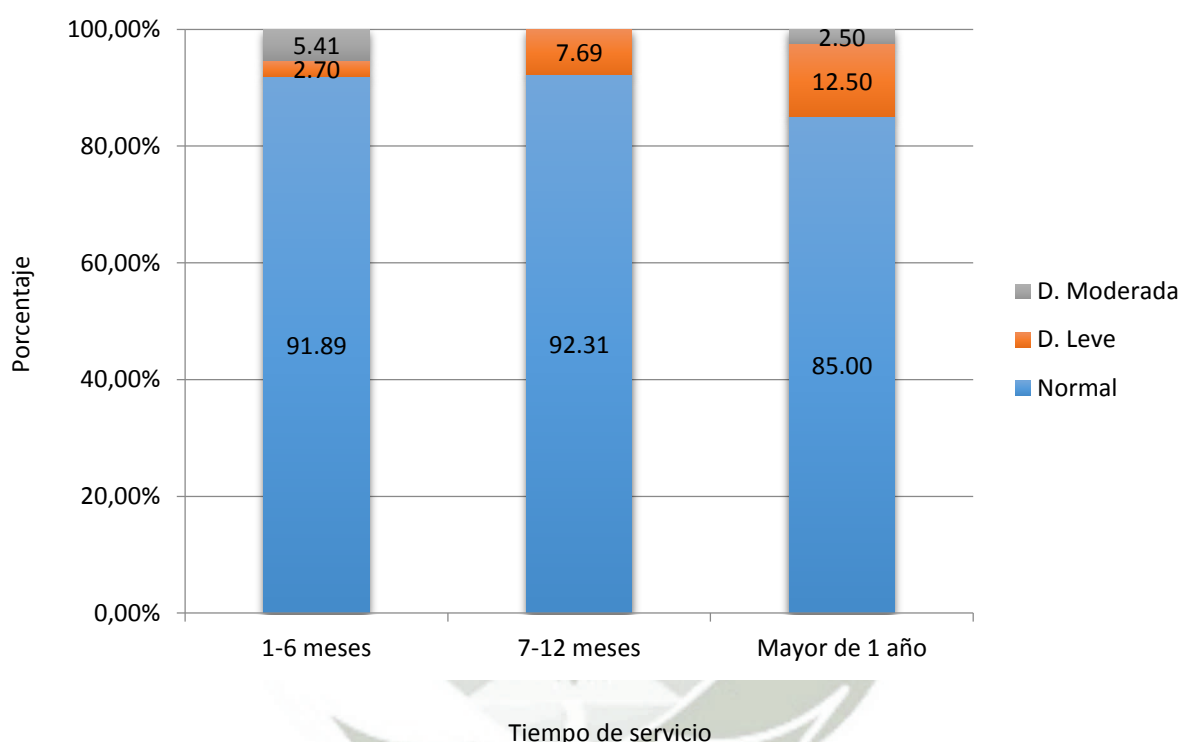
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 24**, se puede apreciar que los participantes con un tiempo mayor de 1 año presentaron depresión leve (12.50%) y aquellos con un tiempo menor de 6 meses presentaron depresión moderada (5.41%). No se encontraron diferencias significativas entre el tiempo de servicio y los niveles de depresión.

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 24**

**Niveles de depresión grado militar tiempo de servicio**



**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Tabla 25**

**Niveles de depresión según los hábitos sociales y antecedentes  
patológicos**

H. social y H. Patológico		Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		Chi <sup>2</sup>	p
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Enf. Psiquiátrica	Sí	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0.13	0.94
	No	89	79	88.76	7	7.87	3	3.37		
Consumo de alcohol	Sí	32	27	84.38	4	12.50	1	3.13	1.54	0.46
	No	58	53	91.38	3	5.17	2	3.45		
Consumo de tabaco	Sí	10	7	70.00	2	20.00	1	10.00	4.11	0.13
	No	80	73	91.25	5	6.25	2	2.50		
Consumo de drogas	Sí	5	3	60.00	2	40.00	0	0.00	4.73	0.09
	No	85	77	90.59	5	5.88	3	3.53		
Total		90	80	88.89	7	7.78	3	3.33		

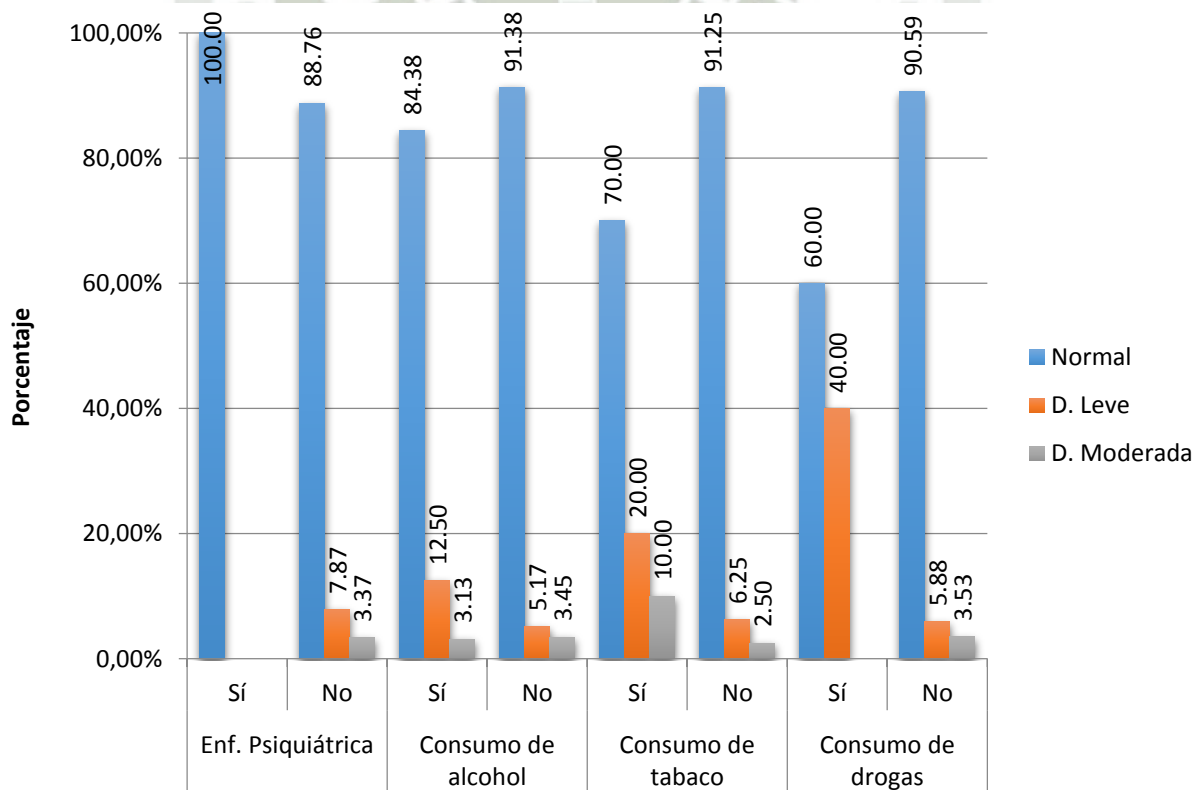
*Fuente: Elaboración propia.*

En la **Tabla** y **Grafica 25**, muestra que en cuanto a los antecedentes patológicos, ninguno se asoció de manera significativa con los niveles de depresión tanto para el consumo de sustancias o el antecedente de enfermedad psiquiátrica ( $p > 0.05$ ).

**FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS, NIVELES DE ANSIEDAD Y DE DEPRESIÓN EN EL  
PERSONAL QUE PERTENECE AL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO DEL ALA AÉREA  
Nº3 FAP DE AREQUIPA**

**Gráfico 25**

**Niveles de depresión según los hábitos sociales y antecedentes  
patológicos**



**Hábitos sociales y antecedentes patológicos**

Factores sociodemográficos		Factores asociados a la ansiedad en el personal evaluado										Factores asociados a la depresión en el personal evaluado					
		Normal		Moderado		Medio-Intensa		Normal		D. Leve		D. Moderada					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Edad	Total	21	14	66.67%	5	23.81%	2	9.52%	20	95.24%	0	0.00%	1	4.76%			
	18 años	28	21	75.00%	5	17.86%	2	7.14%	26	92.86%	2	7.14%	0	0.00%			
	19 años	21	16	76.19%	3	14.29%	2	9.52%	18	85.71%	2	9.52%	1	4.76%			
	20 años	9	8	88.89%	1	11.11%	0	0.00%	6	66.67%	2	22.22%	1	11.11%			
	21 años	6	6	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	5	83.33%	1	16.67%	0	0.00%			
	22 años	2	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	23 años	2	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	24 años	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	25 años	49	38	77.55%	8	16.33%	3	6.12%	43	87.76%	5	10.20%	1	2.04%			
	Varones	41	30	73.17%	8	19.51%	3	7.32%	37	90.24%	2	4.88%	2	4.88%			
Mujeres	53	38	71.70%	10	18.87%	5	9.43%	46	86.79%	5	9.43%	2	3.77%				
Nacimiento	Puno	18	16	88.89%	2	11.11%	0	0.00%	18	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Cusco	12	9	75.00%	3	25.00%	0	0.00%	10	83.33%	2	16.67%	0	0.00%			
	M. de Dios	2	1	50.00%	0	0.00%	1	50.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Lima	2	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Apurímac	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%			
	Ucayali	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	San Martín	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Arequipa	57	44	77.19%	10	17.54%	3	5.26%	52	91.23%	3	5.26%	2	3.51%			
	Cusco	13	9	69.23%	3	23.08%	1	7.69%	10	76.92%	3	23.08%	0	0.00%			
	Puno	11	10	90.91%	1	9.09%	0	0.00%	11	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
Procedencia	M. de Dios	2	1	50.00%	0	0.00%	1	50.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Apurímac	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%			
	Pucallpa	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	San Martín	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Caravelí	1	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%			
	Churubamba	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Lima	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			
	Castilla	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%			

Instrucción	Analfabeto	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	20.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Primaria	5	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	4	5.33%	0	0.00%	1	1.33%	1	1.33%
	Secundaria	75	55	73.33%	14	18.67%	6	8.00%	66	73.33%	7	77.78%	2	22.22%	2	22.22%
	Técnico	9	7	77.78%	2	22.22%	0	0.00%	9	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Grado militar	Avionero	44	35	79.55%	6	13.64%	3	6.82%	39	144.44%	3	11.11%	2	7.41%	2	7.41%
	Cabo	27	19	70.37%	6	22.22%	2	7.41%	25	500.00%	2	40.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Sargento 1	5	4	80.00%	1	20.00%	0	0.00%	5	35.71%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	Sargento 2	14	10	71.43%	3	21.43%	1	7.14%	11	78.57%	2	14.29%	1	7.14%	1	7.14%
Tiempo de servicio	1-6 meses	37	30	81.08%	5	13.51%	2	5.41%	34	261.54%	1	7.69%	2	15.38%	2	15.38%
	7-12 meses	13	8	61.54%	5	38.46%	0	0.00%	12	30.00%	1	2.50%	0	0.00%	0	0.00%
	Mayor de 1 año	40	30	75.00%	6	15.00%	4	10.00%	34	85.00%	5	12.50%	1	2.50%	1	2.50%
Enf. Psiquiátrica	Sí	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
	No	89	67	75.28%	16	17.98%	6	6.74%	79	7900.00%	7	700.00%	3	300.00%	3	300.00%
Consumo de alcohol	Sí	32	22	68.75%	6	18.75%	4	12.50%	27	30.34%	4	4.49%	1	1.12%	1	1.12%
	No	58	46	79.31%	10	17.24%	2	3.45%	53	165.63%	3	9.38%	2	6.25%	2	6.25%
Consumo de tabaco	Sí	10	5	50.00%	1	10.00%	4	40.00%	7	12.07%	2	3.45%	1	1.72%	1	1.72%
	No	80	63	78.75%	15	18.75%	2	2.50%	73	730.00%	5	50.00%	2	20.00%	2	20.00%
Consumo de drogas	Sí	5	2	40.00%	2	40.00%	1	20.00%	3	3.75%	2	2.50%	0	0.00%	0	0.00%
	No	85	66	77.65%	14	16.47%	5	5.88%	77	1540.00%	5	100.00%	3	60.00%	3	60.00%
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>68</b>	<b>75.56%</b>	<b>16</b>	<b>17.78%</b>	<b>6</b>	<b>6.67%</b>	<b>80</b>	<b>94.12%</b>	<b>7</b>	<b>8.24%</b>	<b>3</b>	<b>3.53%</b>	<b>3</b>	<b>3.53%</b>

En el cuadro resumen podemos observar que los factores sociodemográficos relacionados con la ansiedad como son el lugar de procedencia y los antecedentes patológicos como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, mostraron una asociación significativa. Así mismo aquellos factores relacionados con la depresión como el lugar de nacimiento y el lugar de procedencia presentaron también diferencias significativas.

### CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La composición y la asociación de las características sociodemográficas del personal militar con la ansiedad se evaluó en las siguientes tablas; las Tablas y Gráficos 1, 9 y 10 muestran 90 participantes incluidos en el estudio, de los cuales el 54.44% del personal evaluado fueron varones y 45.56% mujeres, con edad predominante para ambos de 19 años (31.11% del total). Con respecto a la relación de la edad con la ansiedad; no se encontraron diferencias significativas de los niveles de ansiedad en las diferentes edades ( $p > 0.05$ ), lo que implica que tanto el personal de menor o mayor edad tuvo niveles similares de ansiedad. La no existencia de diferencias significativas coincide con lo informado en estudios previos (26), lo cual refuerza esta afirmación.

En relación del sexo con la ansiedad, se encontró niveles similares de ansiedad tanto en varones como en mujeres, sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ). A diferencia de otros estudios en donde se observa que la ansiedad se presenta comúnmente en mujeres en edad reproductiva las cuales son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad, aproximadamente entre 2 a 3 veces más que los hombres. (23)(26)(27)

Las Tablas y Gráficos 2, 11, 3 y 12 respectivamente muestran el lugar de nacimiento, la procedencia y su relación con la ansiedad. El lugar de nacimiento del personal militar; el 58.89% de casos nació en Arequipa, 20% en Puno y 13.33% en Cusco, y en menor proporción de otros departamentos

del Perú como Madre de Dios, Ucayali o San Martín. La procedencia fue también predominante en la provincia de Arequipa (63.33%), con casos individuales de otras provincias de Arequipa como castilla, Caravelí o Chuquibamba) (1.11% cada uno); el 14.44% eran del Cusco, y 12.22% procedían de Puno, entre otros. Encontrándose diferencias significativa en relación al lugar de procedencia, observando que hubo más ansiedad de grado leve en el personal que provenían de Arequipa (17.54%) o Cusco (23.08%) en relación a los demás, que tenían niveles predominantes normales de ansiedad. Por otra parte estos datos no se pueden comparar con otros estudios debido a que tanto Perales C. y col. (19) como Camacho S. y col. (20) no consideraron el lugar de nacimiento ni el de procedencia en la población al momento de determinar el grado de ansiedad.

En las Tablas y Gráficos 4 y 13 respectivamente muestran el nivel de instrucción del personal evaluado y su relación con la ansiedad. Se aprecia un caso de analfabetismo (1.115), 5.56% tenía educación primaria, 83.33% educación secundaria, y 10% educación técnica. Y la influencia de la instrucción con los niveles de ansiedad, no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0.05$ ), aunque se notó más ansiedad en los que tienen instrucción secundaria y técnica en comparación con los iletrados o con los de instrucción primaria (todos ellos normales); lo cual podría deberse a objetivos personales que no fueron concluidos. Por otro lado no se puede comparar con otros estudios ya que no fue considerado el nivel de instrucción al momento de determinar el grado de ansiedad.

En las Tablas y Gráficos 5 y 14 respectivamente se encontró que el grado militar del personal evaluado fue de avionero en 48.89%, un 30% fueron cabos, y 5.56% sargento primero y 15.56% sargento segundo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad según el grado militar ( $p < 0.05$ ). Así mismo en las Tablas y Gráficos 6 y 15 donde muestra el tiempo de actividad en el servicio del personal fue de 1 a 6 meses en 41.11% de casos, de 7 a 12 meses en 14.44% y de más de 1 año en 44.44%. Y en donde no se encuentra diferencias significativas con el tiempo de actividad en el servicio con los niveles de ansiedad, esto debido a que no permanecieron el suficiente tiempo como para manifestar un trastorno mental, el cual se podría tal vez observar en el personal militar que lleva más tiempo en las fuerzas armadas.

En las Tablas y Gráficos 7 y 16 respectivamente muestran los hábitos sociales y antecedentes patológicos referidos por el personal militar; en el cual un 62.22% de casos no hubo antecedentes de importancia; el 35.56% de casos refirió consumo de alcohol, 11.11% de casos consumo de tabaco, y 5.56% consumo de drogas. En un caso (1.11%) se refirió antecedente de enfermedad psiquiátrica. Además se observa que hay una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) del consumo de tabaco con la ansiedad de nivel moderado (40% de fumadores), que fue mayor que en los que consumen drogas (20%) o alcohol (12.50%). Por otro parte los estudios demostraron una estrecha relación entre el consumo de sustancias y el aumento significativo del nivel de ansiedad, así como también el nivel de ansiedad determina el curso en el consumo de ciertas sustancias. (28)(29)

Al aplicar el test de Ansiedad (Tabla y Gráfico 8), se encontró puntajes normales en 75.56% del personal, con ansiedad leve en 17.78% y ansiedad moderada en 6.67% de casos. En comparación con el estudio de Sosa Soto (23) en donde se encontró que el 30.9% presentaba niveles normales de ansiedad, el 63.9% tenían ansiedad leve y el 5.2% tenía ansiedad moderada. No hubo casos de ansiedad severa.

Con la aplicación del test de depresión en el personal militar, se identificó puntajes normales en 88.89%, depresión leve en 7.78% del personal y depresión moderada en 3.33%, como se aprecia en la Tabla y Gráfico 17. Comparando con los resultados de Fernández Franco (21) en donde se encontró depresión leve en 78% de reclutas, el 12.50% presentó depresión moderada y un 4.5% tuvo síntomas de síndrome depresión severa mayor y un 5% no presentó síntomas depresivos.

La asociación de los factores sociodemográficos con la depresión en relación a la edad se muestra en la Tabla y Gráfico 18; al igual que con la ansiedad, no se encontraron diferencias en los niveles de depresión con la edad, tomando en cuenta que no se examinó a todo el personal, con diferentes edades, de la FAP en donde se podría haber encontrado diferencia significativa; tampoco se encontró diferencia significativa con el sexo (Tabla y Gráfico 19), aunque sí en el lugar de nacimiento y procedencia, siendo más alto en los naturales y procedentes de Arequipa, (Tablas y Gráficos 20 y 21). Comparando con el estudio de Fernández Franco (21) en donde se encontró que la proporción de casos que procedían de lugares diferentes a Arequipa

fue mayor en aquellos con Sínd. Depresivo menor (72%) y aquellos con Sínd. Depresivo mayor (55.56%), con lo que se determina que no necesariamente la lejanía de su lugar de origen en el personal militar influye en los niveles de depresión que pudieran presentar.

La Tabla y Gráfico 22 muestran la influencia de la instrucción con la depresión, no encontrándose diferencias significativas ( $p > 0.05$ ), aunque hubo más deprimidos moderados entre los que tenían instrucción primaria (20%). En comparación con lo reportado por Fernández Franco (21), en el que tampoco se encontró diferencia significativa entre los niveles de instrucción y los niveles de depresión, concluyéndose que no existe una asociación directa entre el grado de instrucción y la frecuencia con que se presentan los trastornos depresivos.

Tampoco se registró diferencias significativas de los niveles de depresión con el grado militar ( $p > 0.05$ ; Tabla y Gráfico 23), ni con el tiempo de actividad (Tabla y Gráfico 24). En el estudio de Fernández Franco (21) se encontró mayor proporción de pacientes con Sínd. Depresivo mayor en un tiempo de actividad menor (77.78% en menos de 6 meses), en el estudio de Sosa Soto (23), en donde un 31.1% se encontró entre 1 – 6 meses, un 35.6% entre 7 – 12 meses y un 33.3% un tiempo mayor de una año. Hay que destacar que se encontró pocos casos de depresión en el personal cuyo grado era avionero y cabo, por lo cual se debe a su menor asimilación a las condiciones de la vida militar.

Con respecto a los hábitos sociales y los antecedentes patológicos, no se asoció de manera significativa con los niveles de depresión (Tabla y Gráfico 25) tanto para el consumo de sustancias o el antecedente de enfermedad psiquiátrica ( $p > 0.05$ ); en comparación con el estudio de Fernández Franco (21) en donde registraron mayor consumo de drogas en casos con síntomas positivos (1.28%) o en aquellos con síndrome depresivo mayor (11.11%); así como con el antecedente psiquiátrico familiar o personal en donde encontraron un 12 % de casos con síndrome depresivo menor y un 11% con síndrome depresivo mayor.





**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Primera.** Las características Sociodemográficas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa muestran similar proporción de varones y mujeres, con una edad predominante de 19 años, naturales y procedentes de Arequipa, y con instrucción en su mayoría secundaria, y grado de avionero, con más de un año de servicio; el principal antecedente patológico en casi un tercio de casos fue consumo de alcohol.
- Segunda.** El nivel de depresión del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa fue leve en 7.78% y moderado en 3.33%.
- Tercera.-** El nivel de ansiedad del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa fue leve en 17.78% de casos y moderado en 6.67%.
- Cuarta.-** Entre las características sociodemográficas, se encontró que el personal que proviene de la Región Arequipa tiene una mayor tendencia a presentar ansiedad y depresión, así mismo se observó la presencia de ansiedad en el personal que consume tabaco.

## RECOMENDACIONES

### **Primera**

Se recomienda a la sanidad de la FAP realizar seguimiento a los casos identificados con ansiedad y depresión en sus niveles más altos para brindar tratamiento y apoyo terapéutico, y en la medida de lo posible, identificar las causas para prevenir daños mayores.

### **Segunda**

Se recomienda al servicio de psicología, utilizar test de depresión y ansiedad, así mismo relacionarlos con los factores sociodemográficos al momento de evaluar el ingreso del personal, además de realizar evaluaciones periódicas en las diferentes unidades FAP, con el objetivo de llevar un control continuo de la salud mental del personal de tropa durante su estadía militar.

### **Tercera**

Para mejorar la adaptación del personal de tropa, se recomienda al servicio de psicología, la difusión de programas formativos y educativos con el objeto de identificar, prevenir y afrontar la aparición de trastornos psicológicos.

### **Cuarta**

Se recomienda a la sanidad FAP, realizar estudios en el personal militar en actividad de diferentes grupos etarios y que se encuentre cursando estudios técnicos o universitarios con el objeto de conocer la relación que ejerce el servicio militar sobre el estado de ánimo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. First M, Frances A, Pincus H. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta ed. Lopez J, editor. Barcelona: Masson; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Cuarta ed. García P, Magariños M, editors. Madrid: Medica Panamericana; 2000.
3. CALDERON, María et al. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012, vol.29, n.4, pp. 578-579.
4. Delarze L., Cuevas V., Fernández G., López G. Protocolos de Psiquiatría del Adulto: Servicio de Salud Araucanía Sur. Chile; 2011
5. HERNANDEZ G, Guillermo et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 133, n. 8, agosto 2005
6. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras.
7. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. Can J Psychiatry. 2006; 51: 100-113
8. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional
9. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España.
10. Bravo M, Saiz J, Bobes J. Ansiedad generalizada: Manual de Residente en Psiquiatría. Primera ed. Madrid: Diapason; 2009.
11. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. Séptima ed. Wilkins W&, editor. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.

12. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Atención primaria. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
13. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, et al. Current Diagnosis and treatment: Psychiatry. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies; 2008.
14. Rivera B, Corrales A, Caceres , Pina J. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Scielo. 2007 Diciembre.
15. Pastor E, Ocoña M, Valero S, Turroja M. Que es la depresion. ActualPsico. Mayo 2009
16. Beers M y Berkow R. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 11 edición. Merck and Co. Inc. Ediciones Harcourt S.A. 2007
17. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile, MINSAL, 2013
18. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013
19. Perales C, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2011 Diciembre
20. Camacho S. Diferencia de los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Militar del Sur de Arequipa. UCSM. 2011.
21. Fernandez FO. Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur. UCSM. 2013.
22. Amezcua ME, Gonzales RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. Scielo. 2003 Diciembre.
23. Sosa, V. Correlación de la dinámica familiar con síntomas de depresión y ansiedad del personal de tropa de la Brigada de Servicios 113 - RMS - 2007. Tesis para optar el grado de bachiller de Medicina en la Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2008.

24. Villafuertes, A. Factores psicosociales asociados a síntomas depresivos en estudiantes preuniversitarios de la Academia Mendel, Arequipa 2008. Tesis para optar grado de bachiller de Medicina en la Universidad Católica de Santa María.
25. Gonzáles, L.; Sanabria, P.; Zuluaga, H. Percepción de la calidad de vida la salud mental en oficiales de las Fuerzas militares Colombianas. Revista Colombiana del Ministerio de Defensa. 7(2): 8-15. 2010.
26. Ingles, C.; Piqueras, J.; Carcia-Fernandez, J. Diferencias de genero y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. Psychotherma Vol.22, N 3, pp 376-381 2010.
27. Arenas, C.; Puigaerver, A.; Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiologica. Escritor de psicología Vol 3 N 1 pp 20-29 2009.
28. Mae, C.; Cano A.; Ansiedad y Tabaco. Scielo Vol 18 N3 pp 213-231 2009.
29. Iruiria, M.; Caballo, V.; Ovejer, A. Trastornos de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. Psicología conductual, 2009.
30. [http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10\\_20.htm](http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_20.htm)
31. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)





**Anexo 1**  
**Proyecto de investigación**

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana  
Programa Profesional de Medicina Humana**



**Factores Socio demográficos, Niveles de Ansiedad y de  
Depresión en el personal que pertenece al Servicio Militar  
Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa 2015.**

**Autor:**

**JOHN CHRISTIAN CANNON ZEGARRA**

Trabajo de Investigación para obtener el Título  
Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa – Perú  
2015**

## I. PREAMBULO

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (1)

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de morbilidad en las sociedades actuales. De los 870 millones de personas que viven en la región europea, se estima que aproximadamente 100 millones sufren de ansiedad y depresión. La depresión es responsable por 6,2% de la morbilidad en la región europea de la Organización Mundial de Salud (OMS). (2)

Las enfermedades psiquiátricas explican el 16% de los años de vida saludable perdidos por discapacidad o muerte prematura en el Perú, lo que coloca a este grupo de enfermedades como la causa más importante de carga de enfermedad en el país. De estas, la depresión unipolar es una de las más importantes, junto con los problemas relacionados al consumo de alcohol (3).

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. (28) Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. (2)

La ansiedad es un estado emocional que constituye una respuesta adaptativa ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Cuando esta respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca en la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto el plano físico como el psicológico y conductual.

El 90% de los problemas psiquiátricos pueden ser manejados en la atención primaria de salud, por ello la detección y manejo por parte de los médicos no psiquiatras constituye un gran apoyo para enfrentar la depresión unipolar en las poblaciones. Sin embargo, se ha

evidenciado que los médicos no psiquiatras no reconocen los síntomas ni establecen el tratamiento adecuado (3).

Se trata de un problema de salud común, generalmente crónico, que causa considerablemente morbilidad y mala calidad de vida y que, con frecuencia, no es reconocido ni tratado. (4)

El ser humano, cuando debe afrontar situaciones que cree supera sus propias capacidades, es altamente probable que acabe desarrollando una problemática que atente contra su salud mental, su rendimiento, relaciones personales y sociales, etc.

Si esta es una reacción factible en cualquier persona, cabría pensar que aquellos individuos que hacen de su labor cotidiana el abordaje de situaciones críticas se convierten en una población diana susceptible de padecer afecciones en la citada salud mental. Profesionales de las emergencias: bomberos, policías, personal sanitario, así como personal militar que se ven envueltos en operativos en donde arriesgan sus vidas, tanto a nivel nacional como internacional, acaban siendo los representantes más característicos.

Estos trastornos traen consigo una gran limitación tanto en el desarrollo del aspecto personal, así como también social y laboral; por ello es importante conocer el número de casos que se presentan en el personal militar, debido a que dicho personal está constantemente bajo el estrés de conflictos tanto internos como externos; por otra parte dicho personal al estar en una institución donde se prioriza el escalafón militar, trae consigo desigualdades y maltrato por parte de sus superiores; así mismo al estar alejados de su familia y de realizar estudios dentro y fuera de la institución se crean situaciones que van deteriorando la salud mental. Aspectos de vital importancia en dichas personas que van a tener contacto con armamento, donde será necesario un adecuado equilibrio mental.

Al observar un creciente número de casos y al no contar con dicho estudio en esta población, se decide realizar el presente trabajo para evaluar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad y posteriormente tener un acertado diagnóstico, para luego poder realizar la promoción y restauración de la salud como medio de fortalecimiento para la capacidad y la disposición combativa de este personal.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1 Problema de investigación

#### 1.1 Enunciado del problema

Niveles de depresión, ansiedad y factores sociodemográficos del personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP, Enero 2015

#### 1.2 Descripción del problema

##### a) Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Medicina Humana

Especialidad : Psiquiatría Clínica

Línea : Depresión y Ansiedad

##### b) Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Tipo de Variable
<b>Nivel de Depresión</b>	Test de Salud del paciente (PHQ-9)	Normal Depresión Leve Depresión moderada Depresión severa	Cualitativa/ ordinal
<b>Nivel de Ansiedad</b>	Escala de Ansiedad de Zung	Normal: Menos de 45 puntos Ansiedad moderada: de 45 a 59 puntos Ansiedad severa: de 60 a 74 puntos Ansiedad extrema: más de 75 puntos	Cualitativa/ ordinal
<b>Factores Socio-demográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Grado de instrucción</li> <li>• Hábitos Nocivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años</li> <li>• Masculino/Femenino</li> <li>• Soltero/Casado/Conviviente</li> <li>• Analfabeto/Primaria/Secundaria/Técnico</li> <li>• Fuma/alcohol/drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numérica continua</li> <li>• Categórica nominal</li> <li>• Categórica nominal</li> <li>• Categórica nominal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de servicio</li> <li>• Grado del personal</li> <li>• Lugar de trabajo</li> <li>• Antecedente de enfermedad Psiquiátrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meses</li> <li>• Avionero/Cabo/Sgto 1/Sgto 2</li> <li>• Nombre de Unidad</li> <li>• SI/NO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categórica nominal</li> <li>• Categórica nominal</li> <li>• Categórica nominal</li> <li>• Categórica nominal</li> </ul>
--	--	---	--

Fuente de elaboración propia

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es el nivel de Depresión en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?
2. ¿Cuál es el nivel de Ansiedad en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?
3. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?
4. ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de Depresión en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?
5. ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y el nivel de Ansiedad en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?
6. ¿Qué relación existe entre las variables sociodemográficas y los niveles de Depresión y Ansiedad en el personal que realiza el Servicio Militar del Ala aérea N°3-FAP?

d) Tipo de investigación

Se trata de un estudio de campo

e) Nivel de la investigación

La presente investigación es un estudio descriptivo y de corte transversal.

### **1.3 Justificación del problema**

El presente estudio posee **Originalidad** debido a que está dirigido a establecer el nivel de depresión, nivel de ansiedad y su relación con las variables sociodemográficas en el personal que pertenece al servicio militar voluntario, no contando con estudios actualizados en nuestra región que evalúen la severidad de este problema.

Tiene **relevancia científica**, debido a que se cuenta con poca información relacionada con depresión, ansiedad y con las variables sociodemográficas en el personal que pertenece al servicio militar voluntario, y por ello no se le da la importancia necesaria en el primer momento de la evaluación.

Tiene **relevancia social** porque permite identificar cuáles son los grupos que poseen los grados de depresión y ansiedad severos y así poder realizar medidas correctivas para mejorarlas.

El estudio es **contemporáneo** ya que la depresión y la ansiedad son un problema frecuente en la población.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño descriptivo en el que se cuenta con la participación activa de una población accesible.

Por último, reconociéndome como parte activa del Sistema Prestador de Salud es de **interés personal** el desarrollo de este trabajo, no solo como inicio de posteriores investigaciones que sirvan para mi desarrollo personal, sino también, como integrante de la sociedad en la que me desenvuelvo.

## 2 Marco Conceptual

### 2.1 Ansiedad

#### 2.1.1 Concepto

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento, se la incluye entre los trastornos mentales (5)

#### 2.1.2 Etiología

La etiopatogenia de los TA constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje (6). Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. (7) Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafé, locus ceruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante. A veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues en estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés (cortisol, ACTH, etc.) y en la ansiedad (8).

- a) FACTORES BIOLÓGICOS: Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. (9) La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social. (6)

- b) **FACTORES PSICOSOCIALES:** Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. (9,6) Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello. (9)
- c) **FACTORES TRAUMÁTICOS:** Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad. (9,6)
- d) **FACTORES PSICODINÁMICOS:** La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (7). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivocompulsivos. (6)
- e) **FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES:** Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (6)

### 2.1.3 Tipos de ansiedad

El DSM-IV-TR contiene una lista de 11 tipos diagnósticos de trastornos de ansiedad, que van desde el trastorno de angustia, con agorafobia y sin ella,

hasta el trastorno de ansiedad generalizada de causa desconocida y conocida (10)

**a) Trastorno de angustia con agorafobia y sin ella**

El trastorno de angustia se caracteriza por crisis espontáneas de angustia, bien solitarias o asociadas a agorafobia (miedo a los espacios abiertos, salir solo de casa o estar entre la multitud). La angustia puede evolucionar en etapas: crisis subclínicas, crisis completas de angustia, ansiedad anticipatoria, evitación fóbica de situaciones concretas y agorafobia.

Puede llevar al abuso de alcohol o de drogas, depresión y restricciones laborales y sociales. La agorafobia aparece a veces sola, aunque los pacientes suelen sufrir crisis asociadas de angustia. La ansiedad anticipatoria se caracteriza por el miedo a la aparición de angustia, con indefensión o humillación. Los pacientes con un trastorno de angustia presentan, a menudo, molestias somáticas varias, relacionadas con una disfunción del sistema nervioso autónomo, el riesgo es mayor entre las mujeres (11).

**b) Agorafobia sin historia de trastorno de angustia**

La ansiedad que provocan lugares o situaciones, como una multitud, los espacios abiertos o salir de casa, se acompaña de un temor a la imposibilidad de escaparse o fugarse. Esta situación se evita o se perpetúa con un sufrimiento intenso, a veces incluso con el miedo a una crisis de angustia. Algunos pacientes con agorafobia no salen nunca de casa o solo lo hacen en compañía (11)

**c) Trastorno de ansiedad generalizada**

Implica una preocupación excesiva por circunstancias, acontecimientos o conflictos de la vida cotidiana. Los síntomas pueden fluctuar y solaparse con otras enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos. La ansiedad es difícil de controlar, produce sufrimiento subjetivo y altera áreas importantes de la vida personal. Afecta a niños y adultos y su prevalencia alcanza el 45% a lo largo de la vida. La razón entre mujeres y hombres es de 2 a 1 (11).

**d) Fobia específica**

La fobia es un miedo irracional a un objeto (p.ej. caballos, alturas, agujas) la persona experimenta una enorme ansiedad al exponerse al objeto temido y trata de evitarlo a toda costa. Hasta el 25% de la población padece fobias específicas. Son más frecuentes entre las mujeres (11).

**e) Fobia social**

La fobia social es un miedo irracional a situaciones públicas. Puede acompañarse de crisis de angustia. Suele suceder al comienzo de la adolescencia pero puede aparecer durante la infancia. Afecta hasta el 13% de las personas y no hay diferencia entre los sexos (11).

**f) Trastorno obsesivo-compulsivo**

El trastorno obsesivo-compulsivo comprende ideas, imágenes, rumiaciones, impulsos o pensamientos (obsesiones) intrusos y recurrentes o patrones repetidos de comportamiento o acción (compulsiones). Las obsesiones y las compulsiones son ajenas al Yo y producen ansiedad, si se opone resistencia. Su prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 2 y el 3%. Los hombres se afectan igual que las mujeres. La edad media de comienzo corresponde a los 22 años (11).

**g) Trastornos por estrés postraumático y agudo**

La ansiedad de estos trastornos la produce un acontecimiento extraordinariamente estresante, que se revive durante las pesadillas y los pensamientos diurnos (memoración). Los síntomas de la experiencia revivida, evitación e hipervigilancia duran más de un mes. Cuando los síntomas del paciente se extienden menos de un mes, el diagnóstico correcto es un trastorno por estrés agudo. Suele afectar dos veces más a las mujeres, sigue una evolución crónica y puede acompañarse de abuso de sustancias y depresión (11).

**h) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica**

Es amplia la gama de enfermedades médicas y neurológicas que pueden causar síntomas de ansiedad (11).

**i) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

**j) Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Este trastorno describe a pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que no satisfacen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad ni lo de los trastornos del estado de ánimo (11).

**k) Trastorno de ansiedad no especificado**

- Trastorno adaptativo con ansiedad. Se aplica al paciente con una situación estresante clara, cuya ansiedad excesiva surge en los 3 primeros meses y no se extiende, en principio, más de 6.
- Ansiedad secundaria a otro trastorno psiquiátrico. El 70% de pacientes deprimidos sufre ansiedad. Los pacientes con psicosis suelen presentar ansiedad. La ansiedad es común en el delirium y en la demencia.
- Ansiedad situativa. Los efectos de la situación estresante desbordan de forma pasajera la capacidad de afrontamiento.
- Ansiedad de separación y ansiedad frente a los extraños. Los adultos con regresión, incluidos algunos con enfermedades médicas, manifiestan a veces ansiedad al separarse de los seres queridos o en respuesta al personal hospitalario.
- Ansiedad relacionada con la pérdida de la autoestima. Puede constituir una reacción a la enfermedad, al rechazo o a la pérdida del trabajo, sobre todo si se experimenta como una derrota o un fracaso.
- Ansiedad relacionada con la pérdida del autocontrol. Los pacientes que necesitan sentir el control pueden verse muy amenazados en circunstancias donde este capitula, como ante

enfermedades médicas o una hospitalización. La pérdida de autonomía laboral puede precipitar ansiedad.

- Ansiedad relacionada con la dependencia o intimidad. Cuando no se han satisfecho o resuelto las necesidades previas de dependencia, un paciente puede sentir ansiedad frente a una relación estrecha, que implica cierta dependencia, o en un hospital, donde se entrega el control.
- Ansiedad relacionada con la culpa y el castigo. Si un paciente espera un castigo por un delito imaginario o real, puede sentir ansiedad y buscar activamente o incluso infligirse el mismo el castigo (11).

#### 2.1.4 Signos y síntomas de los trastornos de ansiedad (11)

Signos somáticos	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temblor, fasciculación, agitación</li> <li>• Dolor de espalda, cefalea</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Disnea, hiperventilación</li> <li>• Fatigabilidad</li> <li>• Respuesta de sobresalto</li> <li>• Hiperactividad vegetativa</li> <li>• Rubefacción y palidez</li> <li>• Taquicardia, palpitaciones</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Manos frías</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Sequedad de boca</li> <li>• Polaquiuria</li> <li>• Parestesias</li> <li>• Dificultad para la deglución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de terror</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Hipervigilancia</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Disminución de la libido</li> <li>• “Nudo de la garganta”</li> <li>• Molestias de estomago</li> </ul>

#### 2.1.5 Diagnostico

El reconocer los TA en los pacientes que asisten al consultorio aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral del paciente (12). El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica. Luego es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10, muy importante para estos pacientes

que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida y adaptación (13).

### 2.1.6 Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad comprende un enfoque psicofarmacológico y la psicoterapia (4).

#### a) No Farmacológico

Múltiples estudios en pacientes con trastorno de ansiedad han demostrado que:

- La información al paciente forma parte del manejo integral de los T. de Ansiedad.
- La implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento mejora la satisfacción con la consulta (incrementando la confianza) y los resultados clínicos, lo que comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial.
- Se debe proporcionar al paciente y a la familia, información científica basada en la evidencia (BE), sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, y tener en cuenta su opinión, para facilitar la toma de decisiones compartida.
- Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.
- El tratamiento de primera línea para la fobia específica (FE) es la terapia de exposición, la cual ofrece en general adecuada solución a los síntomas.
- Se debe ofrecer terapia de exposición a los pacientes con presencia de fobia específica por sus resultados benéficos.
- La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directo, en ella paciente y terapeuta (profesional experto) trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión.
- Está indicada la TCC, realizada por profesionales capacitados que se adhieran a los protocolos de tratamiento fundamentados empíricamente.

- La TCC es efectiva para el tratamiento de la TAG, ya que disminuye los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión.
- No hay evidencia de que la TCC aplicada durante más de 6 meses (10 sesiones) consiga una mayor efectividad a más largo plazo.
- Para la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio.
- La TCC para el tratamiento del T. de Ansiedad Generalizada (TAG) a corto plazo es tan eficaz como la terapia farmacológica, si bien, falta evidencia de comparación para constatar esta eficacia a largo plazo.
- En una revisión sistemática se encontró que la TCC es un tratamiento efectivo en los pacientes adultos con TOC.
- La TCC está indicada para el T. de Ansiedad Generalizada o T. Pánico (con y sin agorafobia) o Fobia social o Fobia específica o T. Obsesivo-Compulsivo (TOC).
- La TCC puede ser aplicada de manera individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque el tratamiento individual con lleva menores tasas de abandono.

Por su eficacia, en los trastornos de ansiedad se recomienda el tratamiento combinado (TCC y farmacológica), aunque se necesitan más estudios de comparación.

#### **b) Farmacológico**

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad pre mórbida en el paciente; todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación.

Considerar antes de prescribir el tratamiento farmacológico:

- Edad del paciente
- Tratamiento previo
- Riesgo de intento suicida o abuso
- Tolerancia
- Posibles interacciones con otros medicamentos

- Posibilidad de estar embarazada o en edad fértil sin método anticonceptivo.
- Preferencia del paciente
- Costos.

A todo paciente que inicie tratamiento farmacológico se debe informar sobre: posibles efectos secundarios, síntomas de abstinencia tras interrupción del tratamiento, no inmediatez del efecto, duración del tratamiento y necesidad del cumplimiento (4).

### **1. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG):**

- Los antidepresivos han mostrado ser eficaces
- Paroxetina e Imipramina presentan eficacia y tolerabilidad similar
- No se han encontrado diferencias en términos de abandono entre Imipramina, Venlafaxina y Paroxetina
- Los efectos adversos de los antidepresivos descritos disminuyen a los 6 meses en los pacientes que continúan con la medicación
- La interrupción brusca del tratamiento con Inhibidores Selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS) se asocia con efectos adversos como mareo, cefalea, náuseas, vómito, diarrea, trastornos de movimiento, insomnio, irritabilidad, alteraciones visuales, letargo, anorexia y estados de desánimo.
- Las Benzodiazepinas (BZD) (Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam y Diazepam) han demostrado ser eficaces. Primariamente reducen más los síntomas somáticos que los psíquicos.
- El uso de BZD se asocia a un mayor riesgo de dependencia, tolerancia, sedación, accidentes de tráfico y efectos de su retirada (ansiedad de rebote)
- La interrupción del tratamiento conlleva un riesgo de recaída del 20% al 40% entre 6 y 12 meses después de la interrupción del mismo (4).

Para el TAG se recomienda:

- Iniciar el tratamiento lo antes posible

- Uso de BZD (Alprazolam, Lorazepam, Diazepam o Clonazepam) en el inicio del tratamiento, en las reagudizaciones y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas).
- En el tratamiento a largo plazo, y desde el inicio se recomienda el uso de ISRS. Iniciar con Paroxetina, Sertralina o Escitalopram, sino hay mejoría cambiar a Venlafaxina o Imipramina
- Para retirar el ISRS debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia
- Cuando la respuesta a las dosis óptimas de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción.
- Para indicar el uso de Venlafaxina en pacientes hipertensos el médico debe estar seguro que la patología está controlada, a través de la toma de la Presión Arterial al inicio del tratamiento y en forma regular durante el tiempo que dure el mismo.
- En caso de utilizar Venlafaxina la dosis no deberá ser mayor a 75 mgs por día.
  - No se recomienda la prescripción de Venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardiacas o infarto agudo de miocardio, y en pacientes HTA solo se utilizará cuando esté controlada (4).

## 2. Tratamiento del Trastorno de Pánico:

- Los antidepresivos son el medicamento de elección en el tratamiento farmacológico de mantenimiento para reducir el número de crisis de pánico.
- Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico.
- Los ISRS (Paroxetina, Fluoxetina, Citalopram, Sertralina e Imipramina) comparados con placebo, mejoran los síntomas en la ansiedad anticipatoria, evitación agorafóbica y en los síntomas

relacionados con la discapacidad funcional y la calidad de vida, así como mejoran significativamente la gravedad del pánico.

- Los ISRS (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram) son los medicamentos de primera elección. Cuando el ISRS no puede prescribirse o no hay mejoría del paciente después de 12 semanas de tratamiento, debe utilizarse un antidepresivo tricíclico (Imipramina, Clomimipramina).
- Las BZD han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la crisis de pánico.
- Estos medicamentos se encuentran asociados a un amplio espectro de efectos adversos (dependencia, síndrome de abstinencia por su cese y recurrencia ante la discontinuidad del tratamiento), durante y después del tratamiento.
- En la crisis de pánico la combinación de psicoterapia y BZD versus monoterapia conductual solo es eficaz durante la fase aguda.
- El tratamiento de elección en la crisis de pánico es el uso de BZD (Diazepam, Alprazolam, Clonazepam y Lorazepam) a dosis bajas.
- En la fase de mantenimiento no se recomienda el uso de BZD (4).

### **3. Tratamiento de la Fobia Social:**

- Los ISRS (Paroxetina, Escitalopram, Sertralina) son considerados los medicamentos de primera línea; Clonazepam, Alprazolam, Gabapentina y Citalopram de segunda línea, mientras Fluoxetina, Bupropion y Mirtazapina de tercera.
- En la fobia social simple puede indicarse el uso de propranolol.
- En la fobia social simple (síntomas fóbicos en situaciones sociales claramente definidas) se recomienda el uso de propranolol antes de la exposición, mientras para la fobia social generalizada el uso de ISRS (Paroxetina) (4).

### **4. Tratamiento de las Fobias Específicas:**

- El tratamiento farmacológico en las fobias específicas es mínimo debido al alto grado de éxito de la terapia de exposición.
- Existen pocos estudios combinados de BZD y terapia de exposición, en ellos no ha encontrado beneficio adicional con el uso del medicamento (4).

### 5. Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC):

- Para el tratamiento del TOC se recomiendan antidepresivos:
  - ✓ Primera línea: ISRS (Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina)
  - ✓ Segunda línea: Venlafaxina y citalopram
  - ✓ Tercera línea: Clomipramina IV, Escitalopram.
- No se ha demostrado en forma consistente la eficacia de medicamentos como Clonazepam en el tratamiento del TOC.
- Se debiera esperar hasta 8 a 12 semanas con un fármaco a dosis máxima para evaluar respuesta óptima antes de intentar un segundo fármaco (4).

Activo	ALPRAZOLAM	CLONACEPAM	IMIPRAMINA	FLUOXETINA	PAROXETINA	SERTRALINA
Dosis recomendada	0,75-1,5 mg al día (Iniciar con 0,5mg y manejar a dosis/respuesta)	0,5-4 mg/día (Iniciar con 0,5 mg y manejar a dosis/respuesta)	150-250 mg/día (Iniciar con 50 mg e incrementar de 25-50mg cada 7 días)	20-60mg/día (Iniciar con 20mg e incrementar 20mg c/7 días)	20-40mg al día (Iniciar con 10mg e incrementar 10mg cada 7 días)	100-200mg/día (Iniciar con 25mg e incrementar 20mg c/7 días)
Presentación	0,5, 1 y 2 mg	0,5 y 2 mg con	25 mg	20 mg	20 mg	50 mg y 100mg
Tiempo (período de uso)	De 4-8 semanas Con horario, posteriormente a necesidad clínica		De 12 a 24 meses			
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sedación,</li> <li>- Torpeza psicomotriz.</li> <li>- Debilidad y fatiga.</li> <li>- Ataxia o incoordinación motora.</li> <li>- Sequedad de boca</li> <li>- Disfunción sexual.</li> <li>- Visión borrosa</li> <li>- Cefalea.</li> <li>- Sensación de palpitations y taquicardia.</li> <li>- Alteraciones gastrointestinales como náusea, vómito y estreñimiento o diarrea.</li> <li>- Confusión mental</li> <li>- Insomnio</li> <li>- Hipotensión arterial</li> <li>- Sialorrea.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Insomnio</li> <li>-Sedación</li> <li>-Sequedad de Mucosas</li> <li>-Mareo.</li> <li>-Estreñimiento</li> <li>-Visión borrosa.</li> <li>-Hipotensión o Hipertensión arterial.</li> <li>-Taquicardia.</li> <li>-Disuria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nerviosismo</li> <li>-Ansiedad</li> <li>-Insomnio</li> <li>-Bradicardia</li> <li>-Aritmias</li> <li>-Ccngección nasal</li> <li>-Trastornos visuales</li> <li>-Malestar respiratorio</li> <li>-Disfunción Sexual</li> <li>-Retención Urinaria</li> <li>-Reacciones hipersensibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Náusea,</li> <li>-Somnolencia,</li> <li>-Cefalea,</li> <li>- Estreñimiento,</li> <li>-Sudoración,</li> <li>-Temblor</li> <li>-Astenia,</li> <li>-Disfunción sexual</li> <li>-Hipotensión postural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Náusea</li> <li>-Diarrea</li> <li>-Dolor Abdominal</li> <li>-Mareo</li> <li>-Hipotensión Arterial</li> <li>-Palpitaciones</li> <li>-Edema</li> <li>-Disfunción sexual masculina.</li> </ul>
Interacciones	<p>Se incrementan los niveles séricos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACO</li> <li>- Cimetidina.</li> <li>- Disulfiram</li> <li>- Eritromicina.</li> <li>- Heparina.</li> <li>- Isoniazida.</li> <li>- ISRS</li> <li>- Provenecid.</li> <li>- Valproatos.</li> <li>- Ketoconazol.</li> </ul> <p>Su uso aumenta los niveles séricos de:</p> <p>Fenitoina Antidepresivos tricíclicos Digoxina.</p> <p>Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etanol</li> <li>- Opiáceos.</li> </ul> <p>Puede tener un efecto opuesto con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Acetazolamida</li> <li>-Teofilina</li> </ul> <p>La Carbamazepina disminuye la concentración plasmática, en tanto el</p>		<p>Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos.</p> <p>Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina.</p> <p>Potencia la depresión producida por el alcohol.</p>	<p>-Ccn Warfarina y Digtoxina se potencian sus efectos adversos.</p> <p>-Incrementa el efecto de los depresores del SNC.</p> <p>-Ccn Triptano (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.</p> <p>-Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar sus niveles</p> <p>-Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores</p> <p>Tienen efecto sobre el sistema</p>	<p>Incrementa el efecto de los -IMAO, Antidepresivos tricíclicos, -Fenotiacinas, -Diuréticos -Anti-arrítmicos.</p> <p>Aumenta los efectos adversos de los digitálicos.</p> <p>Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico o grave con riesgo para la vida.</p> <p>También pueden bloquear el efecto</p>	<p>Con warfarina aumenta efectos anticoag. por desplazamiento de proteínas plasmáticas.</p> <p>Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas.</p> <p>Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico</p> <p>Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína Incrementand sus niveles</p> <p>Incrementan niveles de beta</p>

	Valproato la aumenta.		microsómico hepático (citocromo P450)  Interacciona con hipoglucemiantes orales (favorece hipoglucemia)	analgésico de la codeína e incrementar sus niveles.  Incrementan niveles betabloqueadores  Aumento de niveles antipsicóticos	bloqueadores
Contraindicaciones	<p><b>Absolutas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipersensibilidad al fármaco.</li> <li>-Miastenia Grave y apnea del sueño.</li> </ul> <p><b>Relativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EPOC</li> <li>-Enfermedad o insuficiencia hepática o renal.</li> <li>-Porfiria,</li> <li>-Glaucoma</li> <li>-Adicción a sustancias.</li> </ul> <p>Durante el embarazo no se aconseja su utilización, particularmente en el primer trimestre, al igual que durante la lactancia</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.</p> <p>Uso NO aconsejado en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retención urinaria</li> <li>- Estreñimiento</li> </ul> <p>Con alto riesgo suicida ( por toxicidad en sobredosis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiopatas</li> <li>- Múltiples medicaciones</li> </ul> <p>Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.</p> <p>Uso NO aconsejado en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Retención urinaria</li> <li>-Estreñimiento</li> </ul> <p>Con alto riesgo suicida ( por toxicidad en sobredosis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cardiopatas</li> <li>-Múltiples medicaciones</li> </ul>	<p>Riesgo en el embarazo.</p> <p>Hipersensibilidad al fármaco.</p>	<p>Riesgo en el embarazo.</p> <p>Hipersensib. al fármaco.</p> <p>Epilepsia.</p>	

### 2.1.7 Evaluación de la Escala de Ansiedad de Zung.

La Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 ítems, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre”. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro

que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a como se ha sentido la última semana. (14)

Los ítems tienen dirección positiva o negativa, por ejemplo, la primera frase “Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre” tiene un sentido positivo, mientras que la frase “Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto”, tiene un sentido negativo, pues describe la sensación opuesta a la que tienen la mayoría de las personas ansiosas, que es intranquilidad y dificultad para estarse quieto. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo) (14).

Además en el formato de la EAA se usa un número par y no impar de respuestas posibles para que la persona no pueda marcar la columna central para dar la impresión de que pertenece al término medio.

Una vez obtenido el valor individual de cada información en el margen derecho de la tabla, se suma dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un índice de valoración de ansiedad en base a la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{Total}}{\text{Promedio maximo de 80}} \times 100 = \text{Indice de Ansiedad}$$

El índice de la escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. (15)

Índice EAA	Equivalencia Clínica
a. 25-49	Rango normal. Dentro de los Límites Normales (DLN).
b. 50-59	Presencia de ansiedad mínima.
c. 60 – 69	Presencia de ansiedad marcada o severa.
d. 70 a mas	Presencia de ansiedad en grado máximo.

## 2.2 DEPRESIÓN

### 2.2.1 Concepto

Es un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que cursa con una alteración del humor básico de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañada de ansiedad y en los que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de

inhibición, sensación de vacío, pérdida de interés, disminución de la comunicación y del contacto social, trastornos del sueño y del apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, falta de autoestima y falta de concentración (24).

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Y es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad (24).

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (24).

La depresión ocurre con mayor frecuencia en el género femenino siendo el doble que la de los varones, esto puede comenzar a cualquier edad pero se presenta en la tercera década de la vida (24).

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (24).

### **2.2.2 Etiología**

La depresión puede deberse a un sin número de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida de empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos.

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos la noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión (11).

#### **a) Primarias**

##### **a. Bioquímicas cerebrales**

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manía.

Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor.

Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

b. Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea. Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

c. Neurofisiológicos

Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza electroencefalograma. Es la disminución de los movimientos oculares rápidos.

d. Genéticos y familiares

Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia el trastorno depresivo mayor es de 1,5 - 3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.

e. Factores Psicológicos

Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

b) Secundarias

a. Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos AINES (indometacina, fenocetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina; griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitalicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales.

b. Enfermedades orgánicas

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.

c. Enfermedades infecciosas

Hepatitis, influenza y brucelosis.

d. Enfermedades psiquiátricas

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.

Trastorno físicos que pueden ocasionar depresión

Efectos secundarios de los medicamentos
• Anfetaminas (síndrome de abstinencia)
• Antipsicóticos
• Betabloqueadores
• Cimetidina
Anticonceptivos orales
• Cicloserina
• Insometacina
• Metildopa
• Reserpina
• Vinblastina
• Vincristina
Infecciones
• SIDA
• Gripe
• Sífilis (estadio tardío)
• Tuberculosis
• Hepatitis vírica
• Neumonía vírica
Trastorno hormonales
• Enfermedad de Addison
• Enfermedad de Cushing
• Altos valores de hormonas paratiroidea
• Valores bajos y altos de hormona tiroidea
• Valores bajos de hormonas hipofisarias
Enfermedad de tejido conectivo
• Artritis reumatoidea

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> </ul>
Trastornos neurológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores cerebrales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones craneales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerosis múltiple</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apnea del sueño</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentes vasculares cerebrales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsia del lóbulo temporal</li> </ul>
Trastornos nutricionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelagra (deficiencia de vitamina B6)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia perniciosa (deficiencia de vitamina B12)</li> </ul>
Canceres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CA abdominal (de ovario y de colon)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CA diseminados por todo el organismo</li> </ul>

### Estrés militar

En la práctica se observa que con mayor frecuencia se presentan los síntomas de estrés en el personal militar examinados en el examen médico de control de salud, asociados con la presencia de conflictos con los jefes, aumento de la responsabilidad en los últimos 6 meses, no disfrute de sus vacaciones, no disfrute adecuado del tiempo libre. Se ha constatado dificultades o poca comunicación entre el primer nivel de atención y el tercer nivel.

Considerando el ritmo de trabajo, prontitud, calidad y la existencia de estresores muy peculiares del medio militar, se presenta como una necesidad crear estrategias de detección, intervención, por ser una población de riesgo sometida a estresores domésticos tanto civiles como militares (20).

### 2.2.3 CLASIFICACION

La clasificación Internacional de enfermedades de la OMS (CIE-10) distingue dentro de los trastornos depresivos, a la siguiente clasificación: (23)

**a) Episodio depresivo leve**

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

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo (23).

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

a. Sin síndrome somático

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

b. Con síndrome somático

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

**b) Episodio depresivo moderado**

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

son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (23).

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

a. Sin síndrome somático

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

b. Con síndrome somático

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

**c) Episodio depresivo grave sin síntoma**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son

particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas (23).

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado (23).

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

#### **d) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (23).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

#### **e) Otros episodios depresivos**

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos leve y, grave con síntomas psicóticos, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la

variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales) (23).

Incluye:

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

#### f) **Episodio depresivo sin especificación**

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación.

#### **2.2.4 CUACRO CLINICO**

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando como monosílabos o callado. El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de auto denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño. En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado. Para estos pacientes ser capaz de llorar, representa un signo de mejoría (16).

La melancolía, llamada antes depresión endógena, constituye un cuadro clínico cualitativamente distinto, caracterizado por una lentitud de pensamiento y actividad notable o agitación psicomotriz (inquietud,

retorcerse las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional y pérdida de capacidad para experimentar placer.

El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, con su punto más bajo por la mañana. La mayoría de los pacientes melancólicos se quejan de tener dificultad para conciliar el sueño, se despiertan muchas veces y sufren insomnio a mitad de la noche o por la mañana muy temprano. El deseo sexual falta o está disminuido a menudo. Puede haber también amenorrea, anorexia y pérdida de peso con alteraciones secundarias del equilibrio electrolítico (16).

En la depresión atípica los signos vegetativos dominan el cuadro clínico, incluyendo síntomas de ansiedad y fobia, empeoramiento nocturno, insomnio inicial, hipersomnia que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia con aumento de peso. Los pacientes que sufren este tipo de depresión tienen un mejor estado de ánimo ante acontecimientos positivos, pero a menudo se derrumba ante las menores adversidades, cayendo en una posición paralizante, por eso se dice que la depresión atípica y los episodios bipolares, se traslapan (16).

## 2.2.5 DIAGNOSTICO

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

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-IV como el CIE 10 son:

### **Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10**

**A.** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún periodo de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

### Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar momentos importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- 2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- 3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- 4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- 5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- 6) Pérdida marcada de apetito
- 7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- 8) Notable disminución la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, decima versión, CIE-10. OMS

### Criterios para el Episodio Depresivo Mayor, DSM-IV-TR

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un periodo de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

**Nota:** no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicando por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros (ej. Apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable.
- 2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)
- 3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. Variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. **Nota:** en niños considérese no alcanzar la ganancia de peso esperada.
- 4) Insomnio o hipersomnía casi todos los días.

<p>5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autoreproches o culpa por estar enfermo).</p> <p>8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)</p> <p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.</p>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>

Fuente: Traducción de: **Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, Fourth edition, text revision.** Washington, DC, American psychiatric association, 2000

## 2.2.6 TRATAMIENTO

### a) Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico de la depresión se suele limitar a los cuadros depresivos moderados o graves. En los pacientes diagnosticados de depresión leve no se suele recurrir a terapia farmacológica, debido a su estrecho perfil beneficio-riesgo. Únicamente se recomienda en caso de fracaso de otras terapias, problemas médicos o psicológicos asociados, o historial previo de depresión moderada o grave.

Los antidepresivos constituyen el tratamiento farmacológico más utilizado en los trastornos depresivos por su eficacia, pocas contraindicaciones, relativo margen de seguridad y reversibilidad de los efectos adversos.

### Depresión Grave

El tratamiento incluye intervenciones descritas para la depresión leve, antidepresivos para el tratamiento de la depresión moderada y psicoterapia.

Se han encontrado diferencias significativas al añadir TCC al tratamiento con antidepresivos, sobretodo mientras mayor es el grado de severidad (17,18).

### **Depresión Refractaria**

El mayor peso de las evidencias disponibles en el tratamiento de personas con depresión refractaria, viene de las intervenciones biológicas. Sin embargo, los equipos especializados deben desarrollar todas sus habilidades psicosociales para la adecuada evaluación integral de estas personas y para la implementación de un plan terapéutico individual que contemplen las dimensiones psicológicas, familiares, educacionales, laborales y comunitarias.

Las estrategias biológicas que se deben considerar en estos casos son:

- **Optimizar dosis de antidepresivos:** Utilizando las dosis más altas que tolere la persona y que contribuyan al alivio sintomático.
- **Cambio a un antidepresivo diferente:** En este caso además de los ISRS y duales, se podrían considerar los antidepresivos tricíclicos, ya que en algunas personas pueden tener menos efectos colaterales y adecuada respuesta terapéutica.
- **Potenciación con Litio:** Se recomienda como terapia coadyuvante en los trastornos depresivos que no responden a tratamiento con antidepresivos. Niveles plasmáticos entre 0,8 a 1,2 mmol/ltr.
- **Potenciación con Hormona Tiroidea:** La liotironina o triyodotironina, ha probado que cuando se combina con antidepresivos mejora en aquellas personas que no tienen un hipotiroidismo. La levotiroxina no parece tener el mismo efecto. No se ha demostrado utilidad en adolescentes.
- **Combinación de dos antidepresivos y potenciación con antipsicóticos atípicos:** algunos ensayos clínicos han mostrado efectividad de estas estrategias en personas con depresiones refractarias.

### **b) Tratamiento Farmacológico Efectivo**

Actualmente existen más de treinta fármacos antidepresivos eficaces, con distintos mecanismos de acción, farmacocinética y farmacodinamia (17). Dichos fármacos antidepresivos presentan una similar eficacia, diferenciándose principalmente en su perfil de efectos colaterales, sus cualidades farmacocinéticas, su eficacia en otras patologías psiquiátricas o en sus mecanismos de acción (17).

Todos los antidepresivos muestran un patrón de respuesta, en la cual la tasa de mejora es más alta durante 1-2 semanas y más baja durante las semanas 4-6 (17). Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son bien tolerados en comparación con los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y generalmente se recomiendan como primera línea de tratamiento farmacológico para la depresión.

a) Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

La mayoría de los agentes tricíclicos inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida, dopamina, mecanismos que se han postulado como responsables de su acción terapéutica. Además bloquean receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos H1 y receptores alfa 1 adrenérgicos. Estos mecanismos se han asociados a los distintos efectos colaterales de los tricíclicos (17,18).

Existe evidencia que sugiere una diferencia estadísticamente significativa en favor de otros tipos de fármacos antidepresivos en reducir la posibilidad de abandono del tratamiento debido a efectos secundarios (17,18).

Tal como señala Heerlein (17,18), en los últimos años se ha tendido a minimizar el uso de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión, debido a que otros fármacos presentan un menor espectro de efectos colaterales.

## Propiedades farmacocinéticas de los antidepresivos tricíclicos

Fármaco	Vida media hrs.	Estabilización concentración plasmática (días)	% Unión a proteínas plasmáticas	Intervalo dosis mg/día	Intervalo concentración plasmática mg/día	Concentración tóxica plasmática
Clomipramina	20-30	4-6	>90	100-250	160-400	>500
Imipramina	6-28	2-5	80-90	150-300	180-350	>500
Amitriptilina	9-46	3-8	>90	150-300	120-250	>500
Nortriptilina	18-56	4-11	>90	50-150	50-150	>500

Fuente: Tolosa, 2002(187)

Diversos estudios controlados y algunos metanálisis han demostrado que los antidepresivos tricíclicos no son más eficaces que el placebo para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes y no deben utilizarse como fármacos de primera línea (17,18). Por otra parte, estos fármacos se asocian con una mayor tasa de efectos secundarios que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y pueden ser mortales después de una sobredosis.

### b) Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS inhiben a la bomba de recaptación pre sináptica de serotonina, lo cual aumenta inicialmente la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, produciendo una regulación de los receptores, incrementando finalmente en la transmisión neta serotoninérgica (17). A continuación se presentan las principales características de los ISRS.

### Características de los ISRS

Fármaco	Rango dosis diarias	Vida media	Efectos adversos principales	Principales interacciones
Citalopram	20-40 mg	33 hrs.	Nauseas, vómitos, dispepsia, dolor estomacal, diarrea, erupciones, sudoración, agitación, ansiedad, jaqueca, insomnio, temblores, disfunciones sexuales, hiponatremia y trastornos	Evitar IMAOS, hierba de San Juan. Precaución con el alcohol. Medicinas anti-inflamatorias no-esteroidales, triptofano y warfarina. Síndrome de QT largo congénito, pacientes geriátricos, con disfunción hepática, metabolizadores lentos de Citocromo P450 2C19, o en tratamiento concomitante con Cimetidina.

			hemorrágicos cutáneos	
Escitalopram	10-20 mg	30 hrs.	Similares al Citalopram, arritmia ventricular	Similares al Citalopram, arritmia ventricular
Fluoxetina	20 mg	4-6 días	Similares al Citalopram pero la agitación y el insomnio pueden ser más comunes	Inhibe CYP3A4 y CYP2D6. Aumenta los niveles plasmáticos de antipsicóticos, benzodiazepinas carbamazepina, ciclosporina, fentonia y ATC.
Paroxetina	20-50 mg	24 hrs.	Similares al Citalopram pero los efectos antimuscarínicos pueden ser más comunes	Potente inhibidor de CYP2D6. Eleva los niveles plasmáticos de algunos ATC y antipsicóticos. Contraindicados IMAO Precaución con: alcohol, litio, anti- inflamatorias no-esteroidales, hierba de San Juan, triptofano y warfarina. Suspender en presencia de Tinnitus
Sertralina	50-200 mg	26 hrs.	Similares al Citalopram	Inhibidor de CYP2D6 (más probable que ocurra en dosis mayores o iguales a 100 mg/día). Eleva los niveles plasmáticos de algunos ATC y antipsicóticos. Contraindicados IMAO Precaución con: alcohol, litio, anti- inflamatorias no-esteroidales, hierba de San Juan, triptofano y warfarina

c) **Tratamiento Electroconvulsivante:** Se utiliza en adultos y adolescentes con depresión severa y refractaria a otras formas de tratamiento, según Norma Técnica del Ministerio de Salud. Puede ser indicado cuando las condiciones del paciente configuran un riesgo vital para sí mismo o para terceros.

#### d) **Intervenciones Psicosociales Efectivas**

En 2010 el Real colegio Escocés, publica una Guía de Práctica Clínica respecto del Tratamiento No Farmacológico de la Depresión en Adultos (17,18)

- Técnicas de autoayuda
- Musicoterapia

- Ejercicio físico

### e) Psicoterapias Efectivas

Un metanálisis publicado en 2010 (17) que buscaba estimar si el efecto del tratamiento psicológico dependía de la gravedad del cuadro depresivo, se encontró que el tamaño del efecto del tratamiento psicológico fue consistentemente mayor que las condiciones del control.

- Terapia Interpersonal (TIP)
- Terapia de Activación Conductual
- Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
- Terapia Psicodinámica
- Terapia de Resolución de Problemas
- Consejería (Counselling)
- Terapia de Pareja
- Terapia Familiar
- Mindfulness basada en la terapia cognitiva

#### 2.2.7 EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PHQ-9

La *escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)*, la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: (3)

<b>Puntos de Corte</b>
------------------------

<b>Síntomas de Depresión o Leve</b>	<b>D. Leve</b>	<b>D. Moderada</b>	<b>E. Grave</b>
Menor de 10	10-14	15-19	20-27

La principal ventaja del PHQ-9 sobre otros instrumentos de tamizaje para depresión es su rapidez; puede ser auto aplicado y, además de ser herramienta diagnóstica, también indica la gravedad del cuadro, por lo que serviría para hacer un seguimiento del manejo y evolución de cada paciente (3)



### 3 Análisis de antecedentes investigativos

#### Locales

**3.1 Título:** *Diferencia de los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Militar del Sur Arequipa Diciembre 2010 a Febrero 2011 (20).*

**Autor** Susan Karen Camacho Chura

**Lugar de Publicación:** Arequipa-Perú 2011

#### **Resumen:**

*OBJETIVO: Diferenciar los niveles de ansiedad y depresión en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acudieron al Hospital Militar del Sur Arequipa Diciembre 2010 a Febrero 2011*

**MATERIAL Y METODO:** Se revisaron 280 historias clínicas que presentaban las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton de pacientes adultos mayores militares y civiles

**RESULTADOS:** En 180 militares se encontró que no presentaban ansiedad el 14.4%, ansiedad leve el 43.9% y moderada-grave el 41.7%; de 100 civiles, el 21% no presentaba ansiedad, ansiedad leve el 49% y moderada-grave el 30%; con un Chi cuadrado de  $4.2 < 5.99$  por lo que no se encontraron diferencias significativas entre militares y civiles. Con respecto a depresión se encontró una ausencia de la misma en el 43.9%, depresión leve en el 31.1%, depresión moderada el 16.7% y depresión grave el 4%; con un Chi cuadrado de  $3.5 < 7.82$  por lo que tampoco se encontró diferencias significativas en los niveles de depresión entre civiles y militares. En conclusión que los niveles de ansiedad y depresión se presentan con las mismas características tanto entre civiles y militares; por lo que no existen diferencias significativas con lo correspondiente a dichas patologías.

**3.2 Título:** *Correlación de la dinámica familiar con síntomas de ansiedad y depresión del personal de tropa de la Brigada de Servicios 113 – RMS - 2007 (23)*

**Autor:** Sosa Soto, Verónica Iris

**Lugar de Publicación:** Arequipa-Perú 2007

**Resumen:**

**OBJETIVO:** Evaluar la correlación de la dinámica familiar con síntomas de ansiedad y depresión del personal de tropa de la Brigada de Servicios 113 de la Región Militar del Sur de la ciudad de Arequipa.

**MATERIAL Y METODOS:** Trabajo de tipo transversal, descriptivo de correlación, se evaluó a 223 varones del personal de tropa, quienes realizaron el servicio militar voluntario en la Brigada de Servicios 113 en el 2007. Se evaluó la dinámica familiar con el APGAR familiar de SmilkStein; los niveles de ansiedad y depresión con la escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung.

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

**3.3 Título:** *Factores Psicosociales asociados a síntomas depresivos en estudiantes preuniversitarios de la Academia Mendel, Arequipa 2008 (24)*

**Autor:** Alexander Villafuertes Mendoza

**Lugar de Publicación:** Arequipa-Perú 2008

**Resumen:**

**OBJETIVO:** Evaluar los factores psicosociales asociados con la presencia de síntomas depresivos en los estudiantes pre-universitarios de la Academia Mendel, 2008.

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudió a una población de 290 estudiantes de la Academia Pre-universitaria Mendel como muestra de un universo de 1050 alumnos que oscilan entre los 15 y 24 años. Se utilizó la escala de evaluación para la detección de trastornos depresivos de Goldberg adaptada para el

castellano y un cuestionario a través del cual se obtienen datos del estudiante investigado con relación a las características psicosociales y los síntomas depresivos.

**RESULTADOS:** Los factores psicosociales investigados están asociados a los síntomas depresivos en un 76,6% de los alumnos estudiados, además se ha obtenido que los alumnos de 24 años lo presentan con una frecuencia de 100%, en el sexo masculino con 81,8%, en los que viven solos con 76,9%, con pareja sentimental en un 34,1%, en aquellos con una frecuencia de postulación mayor a 7 en un 100%.

**3.4 Título:** *Frecuencia de depresión y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Región Militar Sur, Arequipa 2013 (21)*

**Autor:** Oscar Andrés Fernández Franco

**Lugar de Publicación:** Arequipa-Perú 2013

**Resumen:**

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

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó una encuesta la cual se aplicó en una ficha epidemiológica y un cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) a una muestra de 200 reclutas. Se muestra los resultados mediante estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Se encontró síntomas depresivos en 78% de reclutas, de los cuales el 12.50% presentaba síndrome depresivo menor, 4.5% 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 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.

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

## Nacionales

### 3.5 **Título:** “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú” (19)

**Autor:** Perales A., Chue H., Padilla A., Barahona L.

**Lugar de Publicación:** Lima- Perú 2011

#### **Resumen**

**OBJETIVO:** Determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del Distrito Judicial de Lima, Perú.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal y descriptivo. De una población de 1137 magistrados del Poder Judicial y del Ministerio Público del Distrito Jurisdiccional de Lima se tomó una muestra aleatoria estratificada donde cada institución constituyó un estrato. La muestra estuvo conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Se aplicó un cuestionario compuesto por cuatro instrumentos para determinar los niveles de estrés general y laboral, ansiedad y depresión, previo consentimiento informado.

**RESULTADOS:** El estrés general estuvo presente en el 18,5 % de los magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el 25,9 %. El estrés general estaba asociado con la depresión (OR: 4,9; IC95 % 1,6-15,1) y ansiedad (OR: 8,5; IC95 % 2,5-28,6) en el modelo de regresión logística. Conclusiones. Un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los encuestados presentan, al menos, una de estas condiciones. Se recomienda que los programas de intervención y prevención se dirijan al manejo del estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación.

## Internacionales

3.6 **Título:** *“Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000”*  
(22)

**Autor:** María Eugenia Amézquita Medina, Rosa Elena González Pérez, Diego Zuluaga Mejía.

**Lugar de Publicación:** Cali-Colombia 2000

**Resumen:**

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado, modalidad presencial, de la Universidad de Caldas, año 2000.

**MATERIAL Y METODOS:** Fue una investigación cuantitativa y transversal, en la cual se utilizó un diseño descriptivo relacional. Se estableció la prevalencia de ansiedad, depresión y comportamiento suicida. Estas variables se relacionaron con edad, sexo, estado civil, facultad, programa, nivel académico y socioeconómico, actividad laboral, procedencia, residencia actual, pérdidas y tipo, satisfacción con la carrera y ambiente universitario. La muestra estuvo conformada por 625 estudiantes. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado. El nivel de confianza fue del 95%; es decir, el error de estimación fue del 0,05.

**RESULTADOS:** De los 625 estudiantes, el 44% eran hombres y el 54%, mujeres. El mayor porcentaje correspondió al intervalo de edad entre 21 y 25 años, el 92,1% eran solteros y el 52,6% correspondía al estrato tres; el 85,5% no trabajaba.

Las pérdidas más significativas en los últimos seis meses fueron: afectivas en un 36,8%; y dentro de éstas, las más significativas fueron la ruptura de relaciones de noviazgo, la muerte y el distanciamiento de un familiar; académicas, en un 26,9%, económicas, en un 19,5%; de salud, en un 13,8%, de estas, fueron las más relevantes los problemas gastrointestinales, los estados gripales y las lesiones osteomusculares; y el 83,8% expresó estar muy satisfecho con la carrera. Entre los factores del ambiente universitario que los estudiantes consideraron como precipitantes de depresión y ansiedad

mencionaron: dificultades en las relaciones con los docentes el 18,7%; con compañeros de estudio, el 26,3%; con las directivas universitarias, el 5,3%; y las evaluaciones y responsabilidades académicas, con un 60,5% y un 49,1%, respectivamente. El 49,8% reportó depresión; el 58,1%, ansiedad y el 41%, ideación suicida.

3.7 **Título:** “Percepción de la calidad de vida y la salud mental en oficiales de las fuerzas militares en Colombia” (25)

**Autor:** Gonzales Quevedo Luis Artemo, Sanabria Ferrand Pablo Alfonso, T.C. Humberto Zuluaga.

**Lugar de Publicación:** Lima – Perú 2010

**Resumen:**

**OBJETIVO:** Determinar la percepción de calidad de vida de oficiales y su relación con factores de salud mental con el fin de aportar elementos para el fortalecimiento de programas de promoción y prevención.

**MATERIAL Y METODOS:** Se utilizó una metodología correlacional tipo encuesta de prevalencia, la muestra fue de 296 oficiales de alto rango voluntarios y 200 oficiales de otras especialidades. Se evaluaron cinco aspectos de calidad de vida general (auto aceptación, adaptación al medio, estabilidad, integridad física y proyección), y seis indicadores de psicopatología (depresión, ansiedad, manía, psicosis, estrés postraumático y trastorno disocial)

**RESULTADOS:** Se obtuvo niveles de calidad de vida general y militar altos y que los niveles bajos se asocian con altas probabilidades de tener alguna psicopatología. Los oficiales de alto rango tuvieron niveles similares de calidad de vida comparados con oficiales de otras áreas excepto en proyección en la que fueron de nivel inferior. Además los resultados sugirieron que es necesario intervenir diferentes aspectos (sociales, institucionales, personales, entre otros) para mejorar los niveles de calidad de vida y disminuir la probabilidad de la presencia patológica.

## 4 Objetivos

### 4.1. Objetivo general

Determinar los Factores Socio demográficos y los niveles de Ansiedad y de Depresión en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa.

### 4.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar los Factores Sociodemográficos del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa
- 2) Determinar el nivel de depresión del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa.
- 3) Determinar el nivel de ansiedad del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa.
- 4) Establecer la relación entre las características sociodemográficas con la depresión y ansiedad en el personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario del Ala Aérea N°3 FAP de Arequipa.

## 5 Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional

## III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### 1.1. Técnicas

Se utilizara la técnica de encuesta tipo cuestionario, para lo cual se procederá a solicitar permiso a la Dirección del Hospital Regional del Sur, de la FAP, Arequipa.

#### 1.2. Instrumentos

### 1.2.1. Instrumentos

- 1.2.1.1. Ficha de recolección de datos (Anexo 1)
- 1.2.1.2. Escala de Depresión de Test de Salud del paciente (PHQ-9)  
(Anexo 2)
- 1.2.1.3. Escala de Ansiedad de Zung (Anexo 3)

## 2. Campo de verificación

### 2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizara en el Hospital Regional del Sur de Arequipa

### 2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizara en forma coyuntural durante el mes de enero del 2015

### 2.3. Unidades de estudio

- 2.3.1. **Universo:** Todo el personal militar que pertenece al Servicio Militar Voluntario
- 2.3.2. **Población:** Personal militar que pertenece al Servicio Militar Voluntario.
- 2.3.3. **Muestra:** No se considera un cálculo de tamaño muestral ya que se incluirán a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección
- 2.3.4. **Criterios de inclusión**
  - Todas las personas que estén de acuerdo en participar en el estudio
  - Toda persona que se encuentre realizando el Servicio Militar Voluntario que pertenezca al Ala Aérea N°3, Arequipa.
- 2.3.5. **Criterios de Exclusión**

- Personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario que sea menor de 17 años o mayor de 30 años.
- Personal que pertenecen al Servicio Militar Voluntario que se encuentren consumiendo algún medicamento antidepresivo sin prescripción médica.

### **3. Estrategia de recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital Regional del Sur de Arequipa a fin de obtener la autorización para la realización del estudio.

Recolección de datos y una vez concluida, estos será organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

#### **3.2. Recursos**

##### **3.2.1. Recursos humanos**

- Investigador
- Tutor

##### **3.2.2. Recursos Materiales**

- Material de escritorio
- Ficha de recolección de datos
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico

##### **3.2.3. Recursos Financieros**

###### **3.2.3.1. Financiado por el autor**

#### **3.3. Validación de los instrumentos**

##### **3.3.1. Escala de Ansiedad de Zung**

Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la Ansiedad como de la Autoevaluación de la Depresión, aplicándolas en primer lugar en un grupo de pacientes de consultorios externos en el

Ducke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desordenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos

### **3.3.2. Test de Salud del paciente (PHQ-9)**

En el año del 2001 fue validado en EEUU por Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, que lo evidenciaron en el artículo: “Utilidad de un nuevo y breve cuestionario para la depresión”. En Latinoamérica ha sido validada en Chile, por un comité conformado por neurólogos, psiquiatras, psicólogos; el artículo: “Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile” fue publicado el año 2012 en la Revista chilena de Neuropsiquiatría. Así mismo fue validado en Perú el año 2012 en el artículo “Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión” cuyos autores fueron: Maria Calderon, Juan Antonio Galvez Buccollini, Golira Cueva, Carlos Ordoñez, Carlos Bromley, Fabian Fiestas. En los resultados obtenidos se demostró la sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos

### **3.3.3. Ficha de recolección de datos**

No requiere validación por tratarse de una ficha de información.

## **3.4. Criterios para el manejo de los resultados**

### **a. A nivel de recolección**

Los datos registrados en los Anexos 1, 2 y 3, serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b. A nivel de sistematización

Para el procesamiento de datos se procederá a transformar los datos al sistema digital y elaborar una Matriz de Datos Estadística para Windows. Se analizará la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes, de donde se obtendrán las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos.

c. A nivel de estudio de datos

- Estadística descriptiva: con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis será de tipo descriptivo, caracterizando las variables bajo la forma de promedios ( $\pm$  Desviación Estándar) o porcentajes. Las variables se llevarán a gráficos o tablas, según las características presentes.
- Estadística inferencial: Basados en los resultados obtenidos, para el análisis de comparación de los resultados se utilizará la prueba de  $\chi^2$  si las variables son cualitativas y la prueba T de Student si las variables son cuantitativas. Este procedimiento se realizará utilizando el programa informático Statistical Package for de Social Sciences (SPSS) ©(SPSS, Inc., Chicago, IL) versión 20.0. Se aceptará significancia estadística ante valores de p menor o igual a 0.05.

a. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Cuadro N° 02

Actividades	Enero 2015				Marzo 2015				Abril 2015				Mayo 2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema																
2. Revisión bibliográfica																
3. Elaboración del proyecto																
4. Aprobación del proyecto																
5. Ejecución																
6. Análisis e interpretación																
7. Informe final																



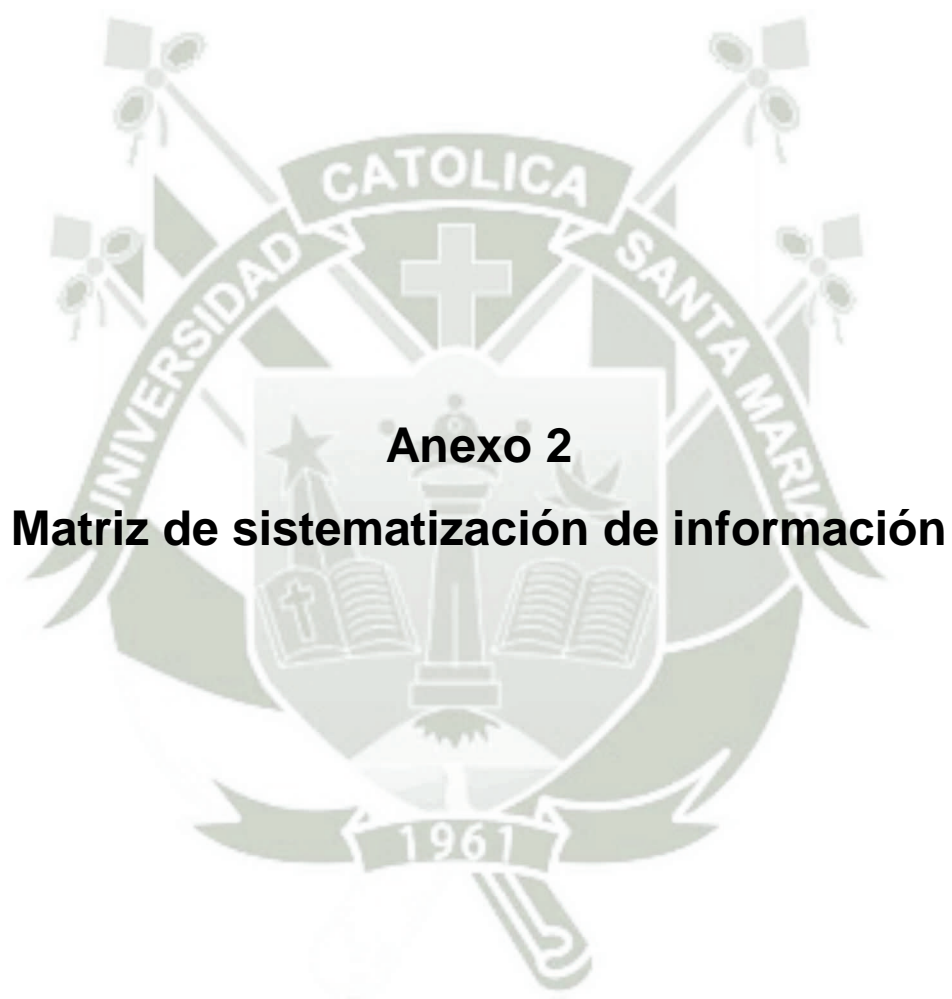
## BIBLIOGRAFÍA

1. First M, Frances A, Pincus H. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta ed. Lopez J, editor. Barcelona: Masson; 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Cuarta ed. Garcia P, Magariños M, editors. Madrid: Medica Panamericana; 2000.
3. CALDERON, María et al. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012, vol.29, n.4, pp. 578-579.
4. Delarze L. , Cuevas V.,\_ Fernández G., López G. Protocolos de Psiquiatría del Adulto: Servicio de Salud Araucanía Sur. Chile; 2011
5. HERNANDEZ G, Guillermo et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 133, n. 8, agosto 2005
6. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras.
7. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. Can J Psychiatry. 2006; 51: 100-113
8. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. ASMR Revista Internacional
9. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F, et al. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. Novelda, España.
10. Bravo M, Saiz J, Bobes J. Ansiedad generalizada: Manual de Residente en Psiquiatría. Primera ed. Madrid: Diapason; 2009.
11. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de Psiquiatría. Séptima ed. Wilkins W&, editor. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2009.

12. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Atención primaria. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2002
13. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, et al. Current Diagnosis and treatment: Psychiatry. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies; 2008.
14. Rivera B, Corrales A, Caceres , Pina J. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Scielo. 2007 Diciembre.
15. Pastor E, Ocoña M, Valero S, Turroja M. Que es la depresion. ActualPsico. Mayo 2009
16. Beers M y Berkow R. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 11 edición. Merck and Co. Inc. Ediciones Harcourt S.A. 2007
17. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile, MINSAL, 2013
18. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013
19. Perales C, Padilla A, Barahona L. Estres, ansiedad y depresion en magistrados de Lima, Peru. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2011 Diciembre
20. Camacho S. Diferencia de los niveles de ansiedad y depresion en militares en retiro y civiles adultos mayores de 65 años que acuden al Hospital Militar del Sur de Arequipa. UCSM. 2011.
21. Fernandez FO. Frecuencia de depresion y características epidemiológicas del personal que pertenece al Servicio Militar Voluntario en la Region Militar Sur. UCSM. 2013.
22. Amezquita ME, Gonzales RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresion, ansiedad y comportamiento suicida en la poblacion estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. Scielo. 2003 Diciembre.
23. Sosa, V. Correlacion de la dinamica familiar con sintomas de depresion y ansiedad del personal de tropa de la Brigada de Servicios 113 - RMS - 2007. Tesis para optar el grado de bachiller de Medicina en la Universidad Católica de Santa maria. Arequipa 2008.
24. Villafuertes, A. Factores psicosociales asociados a sintomas depresivos en estudiantes preuniversitarios de la Academia Mendel, Arequipa 2008. Tesis

para optar grado de bachiller de Medicina en la Universidad Católica de Santa María.

25. González, L.; Sanabria, P.; Zuluaga, H. Percepción de la calidad de vida la salud mental en oficiales de las Fuerzas militares Colombianas. Revista Colombiana del Ministerio de Defensa. 7(2): 8-15. 2010.
26. Ingles, C.; Piqueras, J.; Carcia-Fernandez, J. Diferencias de genero y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. Psicotherma Vol.22, N 3, pp 376-381 2010.
27. Arenas, C.; Puigaerver, A.; Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiologica. Escritor de psicología Vol 3 N 1 pp 20-29 2009.
28. Mae, C.; Cano A.; Ansiedad y Tabaco. Scielo Vol 18 N3 pp 213-231 2009.
29. Irurtia, M.; Caballo, V.; Ovejer, A. Trastornos de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. Psicología conductual, 2009.
30. [http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10\\_20.htm](http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_20.htm)
31. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)



Nº	Edad	Sexo	L. Nacimto	Procedencia	E. Civil	Gr. Instrucción	Grado	Tiempo de actividad	Enf. Psiquiatrica	Alcohol	Frecuencia	Tabaco	Frecuencia	Drogas	Frecuencia	TOTAL PQ	Diagnostico	Tabla	Diagnostico
2	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	49	DLN
4	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	7	SDL	59	DLMod
7	20 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	46	DLN
13	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	45	DLN
15	20 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
17	18 años	F	Arequipa	Chuquibamba	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	6	SDL	49	DLN
18	22 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	12	D. Leve	44	DLN
20	19 años	F	Puno	Puno	Soltero	Primaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	45	DLN
30	18 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Tecnico	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	53	DLMod
40	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	48	DLN
43	18 años	F	Puno	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	1	SDL	48	DLN
44	19 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
46	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	46	DLN
48	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	1	SDL	48	DLN
53	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	56	DLMod
59	19 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	44	DLN
10	19 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	1	SDL	48	DLN
22	19 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Tecnico	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	46	DLN
36	19 años	F	Puno	Puno	Soltero	Analfabeto	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	44	DLN
38	20 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	48	DLN
54	19 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	43	DLN
62	19 años	F	Puno	Arequipa	Soltero	Primaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	48	DLN
77	21 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	45	DLN
83	19 años	F	Arequipa	Castilla	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	51	DLMod
51	22 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
58	21 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
63	20 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	49	DLN
76	19 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	46	DLN
85	20 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	18	D. Moderada	64	DMI
24	20 años	F	Puno	Arequipa	Soltero	Tecnico	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	7	SDL	48	DLN
27	22 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	5	SDL	48	DLN
57	19 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	4	SDL	50	DLMod
23	24 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Tecnico	Sgto1	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	0	SDL	40	DLN
79	23 años	F	Lima	Lima	Soltero	Tecnico	Sgto1	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	5	SDL	46	DLN
80	24 años	F	Puno	Puno	Soltero	Tecnico	Sgto1	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	4	SDL	46	DLN
26	20 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	6	SDL	49	DLN
56	21 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	10	D. Leve	50	DLMod
68	20 años	F	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	5	SDL	59	DLMod
84	23 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Tecnico	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	3	SDL	53	DLMod
12	18 años	F	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	15	D. Moderada	63	DMI
45	18 años	F	M. de Dios	M. de Dios	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	8	SDL	66	DMI
1	21 años	M	Apurimac	Apurimac	Soltero	Primaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	16	D. Moderada	45	DLN
3	18 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	38	DLN
5	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	45	DLN
6	18 años	M	Puno	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	54	DLMod
9	18 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	1	SDL	39	DLN
14	19 años	M	San Martin	San Martin	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	45	DLN
16	20 años	M	Arequipa	Carabeli	Soltero	Secundaria	Avro	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	10	D. Leve	60	DMI
21	18 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	50	DLMod

29	19 años	M	Cusco	Cusco	Soltero	Primaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	46	DLN
32	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	43	DLN
39	20 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Avro	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	49	DLN
47	18 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	1	SDL	40	DLN
49	18 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	41	DLN
50	19 años	M	Puno	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	43	DLN
70	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Tecnico	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	7	SDL	45	DLN
74	18 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	44	DLN
90	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	3	SDL	43	DLN
34	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
37	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	6	SDL	49	DLN
52	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	48	DLN
61	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	51	DLMod
66	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	6	SDL	53	DLMod
69	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	4	SDL	43	DLN
87	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	Si	Una vez	7	SDL	45	DLN
11	25 años	M	Ucayali	Pucallpa	Soltero	Secundaria	Sgto1	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	9	SDL	51	DLMod
67	21 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Sgto1	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	2	SDL	45	DLN
35	21 años	M	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	13	D. Leve	44	DLN
55	21 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	No	-	No	-	No	-	5	SDL	43	DLN
8	20 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	9	SDL	46	DLN
19	22 años	M	M. de Dios	M. de Dios	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	2	SDL	46	DLN
28	19 años	M	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	7	SDL	45	DLN
33	21 años	M	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	5	SDL	49	DLN
41	19 años	M	Lima	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	8	SDL	45	DLN
42	20 años	M	Cusco	Cusco	Soltero	Secundaria	Avro	7-12 meses	No	Si	Ocasional	No	-	Si	Una vez	11	D. Leve	55	DLMod
81	18 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Primaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	1	SDL	46	DLN
82	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	2	SDL	43	DLN
60	20 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	4	SDL	45	DLN
64	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	8	SDL	54	DLMod
72	22 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	3	SDL	46	DLN
89	20 años	M	Puno	Puno	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	0	SDL	44	DLN
75	19 años	M	Puno	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	No	-	No	-	0	SDL	43	DLN
65	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	No	-	Si	Ocasional	Si	Una vez	9	SDL	53	DLMod
31	18 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Tecnico	Avro	1-6 meses	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	5	SDL	48	DLN
73	19 años	M	Arequipa	Cusco	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	11	D. Leve	63	DMI
78	19 años	M	Puno	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	7-12 meses	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	4	SDL	49	DLN
86	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	Si	Una vez	13	D. Leve	63	DMI
88	21 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	7	SDL	40	DLN
25	19 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Cabo	Mayor de 1 año	No	Si	Ocasional	Si	Ocasional	No	-	1	SDL	48	DLN
71	22 años	M	Arequipa	Arequipa	Soltero	Secundaria	Sgto2	Mayor de 1 año	Si	Si	Ocasional	Si	Ocasional	Si	Una vez	3	SDL	48	DLN

## ANEXO N°1 FORMULARIO

### PRESENTACION

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

### DATOS GENERALES

- Fecha:
- Edad:
- Unidad:
- Lugar de Nacimiento:
- Estado Civil Sotero ( ) Casado ( ) Conviviente ( )
- Tiempo de permanencia en el Servicio Militar:  
1-6 meses ( ) 7- 12 meses ( ) Mayor de un año ( )
- Alguna vez en Ud. Ha sido diagnosticado o algún familiar alguna enfermedad psiquiátrica? Si ( ) No ( )  
Cual:.....  
.....  
.....  
.....
- Lugar de Procedencia:
- Grado:
- Consume alcohol: Si ( ) No ( )  
Frecuencia: Diario ( ), Interdiario ( ), 1 vez por semana ( ) Ocasional ( )
- Alguna vez ha consumido drogas: Si ( ) No ( )  
Cantidad: Una vez ( ) De 2 a 5 veces ( ) Mas de 5 veces ( )



### ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

		Nunca o Casi Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					

10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con DNI N°:..... a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “NIVELES DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAL DEL SERVICIO MILITAR VOLUNTARIO, AREQUIPA 2015”. Habiendo sido informado del propósito del mismo, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confiabilidad.

Firma del paciente

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente

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

ATTE

CANNON ZEGARRA JOHN C.

Autor de Estudio