

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**

Tesis presentada por el Bachiller:

Armaza Lazo, Joan Manuel

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dra. Chuquipalla Zamallos, Maribel

Arequipa – Perú

2020



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 097-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

ARMAZA LAZO JOAN MANUEL

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

NINGUNA

Arequipa, 22 de junio del 2020

Dr. MIGUEL FERNANDO FARFÁN DELGADO

Dr. JOSE ALVARADO ACO

Dr. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRÍGUEZ



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 097-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

ARMAZA LAZO JOAN MANUEL

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Las indicadas

Arequipa, ... 22 de Junio 2020

.....
Dr. MIGUEL FERNANDO FARFÁN DELGADO

.....
Dr. JOSE ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco
MÉDICO - PSQUIATRA
CMP: 14051 - RNE: 9805

.....
Dr. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRÍGUEZ



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 097-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

ARMAZA LAZO JOAN MANUEL

Nuestro dictamen es:

Favorable.

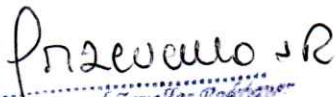
OBSERVACIONES:

Rehacer el ítem Recomendaciones

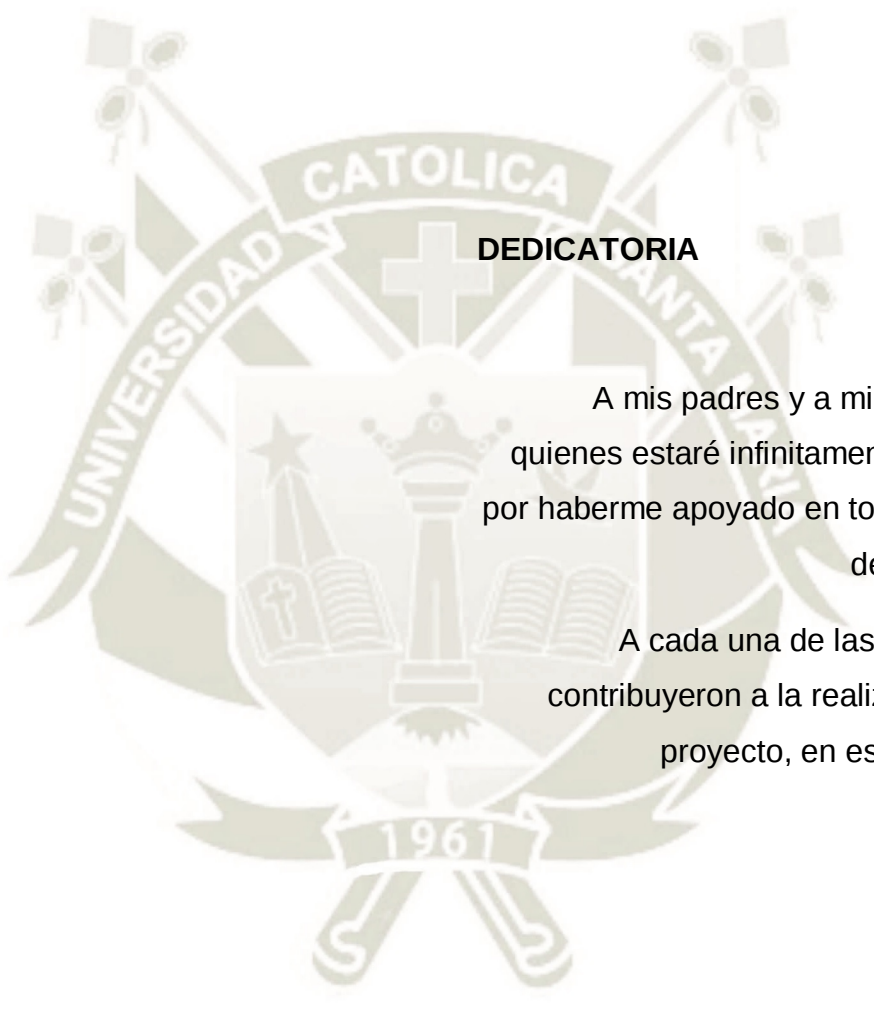
Arequipa, ... 19 de junio del 2020

.....
Dr. MIGUEL FERNANDO FARFÁN DELGADO

.....
Dr. JOSE ALVARADO ACO


Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
Especialista en Salud Mental del Niño, Adolescente y Familia
Medico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.O.P. 33303 - RNE 15303

.....
Dr. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRÍGUEZ



DEDICATORIA

A mis padres y a mi hermano, con quienes estaré infinitamente agradecido por haberme apoyado en todo momento y de mil maneras.

A cada una de las personas que contribuyeron a la realización de este proyecto, en especial a Mary.

EPÍGRAFE

En algún lugar, algo increíble está esperando a ser descubierto.

Carl Sagan.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita por hogar en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de investigación no experimental, prospectivo, transversal de nivel correlacional llevado a cabo durante el mes de febrero del 2020 en el que se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y una ficha de recolección de datos. La población de estudio comprendió todos los trabajadores ambulantes que se encontraron en el perímetro comprendido entre Santa Catalina, Calle Ayacucho, Calle Santo Domingo y Avenida Independencia que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra abarcó a 50 trabajadores ambulantes de ambos sexos. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para determinar la relación entre las variables con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=1.00$) muestra que el nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$). El 66.0% de los trabajadores no presenta depresión, el 34.0% presenta algún grado de depresión, siendo la depresión moderada la más frecuente con un 22.0%, un 8.0% depresión ligera y un 4.0% depresión severa. El 88.0% son de estrato socioeconómico bajo, mientras que el 12.0% de los ambulantes son de estrato medio bajo.

Conclusiones: El nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar no presenta relación estadística significativa, pero si lo hizo el nivel de depresión y el número de personas que dependen económicamente de los trabajadores.

Palabras Clave: Depresión, ingreso per cápita, ambulantes, Zung.

ABSTRACT

Objective: To determine if there is a relationship between the level of depression and household income per capita in street workers in the city of Arequipa.

Materials and methods: A non-experimental, prospective, cross-sectional research study of correlational level was carried out during the month of February 2020. The survey was used as the technique and as instruments the Self-Assessment Scale for Zung Depression and the data collection form. The study population included street workers in the city of Arequipa that are located in the perimeter between Santa Catalina, Ayacucho Street, Santo Domingo Street and Independencia Avenue that met the inclusion criteria. The sample included 50 ambulant workers of both sexes. Pearson's chi-square test was used to determine the relationship between the variables with a significance level of 5%.

Results: According Chi-square test ($X^2=1.00$) the level of depression and household income per capita has no significant statistical relationship ($P>0.05$). 66.0% of street workers had a normal range of depression, 34.0% presents some level of depression among which 22.0% with moderate depression, 8.0% with slight depression and 4.0% severe depression. 88.0% have a low socioeconomic status, while 12.0% of the itinerants are of a low middle class.

Conclusions: The level of depression and household income per capita has no significant statistical relationship, while depression and the number of people who depend economically on street workers have a significant statistical relationship.

Keywords: Depression, per capita income, traveling, Zung.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por presentar una extensa gama de síntomas físicos, emocionales y cognitivos, es una de las enfermedades mentales más incapacitantes y comunes. Actualmente es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la primera causa de discapacidad a nivel mundial ya que el grado de deterioro personal, laboral y social puede ser muy severo.

Es una enfermedad que tiende a la cronicidad requiriendo, muchas veces, intervención psicológica y, en casos graves, es necesaria la intervención de un médico especialista en psiquiatría ya que puede conducir al suicidio.

Su etiología es compleja ya que resulta de la interacción de diversos factores biológicos, psicosociales y genéticos y, a pesar del tiempo que ha sido estudiada, las bases biológicas de la depresión no están del todo claras.

Se han publicado numerosos trabajos que han estudiado la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la depresión, concluyendo que, la pobreza puede deteriorar la salud mental de un individuo provocando en él diversos desórdenes mentales. Por tanto, se concluye en la mayoría de estudios que, a mayor pobreza, los índices de enfermedad mental son mayores.

Actualmente en el Perú según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2019, la pobreza afecta aproximadamente al 20 % de la población, siendo este porcentaje considerable. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue estudiar la relación que existe entre el nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar en una población subempleada, relacionando, además, otras variables socioeconómicas.

Cabe resaltar que no se ha encontrado variada información acerca de estudios similares en nuestro medio, recalcando la importancia de ahondar el tema en estudios posteriores.

Para el presente estudio se aplicó la técnica de la encuesta, se incluyó una muestra de 50 trabajadores ambulantes de ambos sexos, siendo una investigación de carácter no experimental, prospectivo y transversal de nivel correlacional. Se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson para determinar la relación entre las variables con un nivel de significancia del 5%.

Luego de realizar el estudio se encontró que el 66.0% de los trabajadores no presenta depresión, el 34.0% presenta algún grado de depresión, siendo la depresión moderada la más frecuente con un 22.0%. Se concluyó que el nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar no presentan relación estadísticamente significativa pero si lo hizo el nivel de depresión y el número de personas que dependen económicamente de los trabajadores.



INDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I MATERIALES Y MÉTODOS	1
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	2
2. Campo de verificación	2
3. Tipo de investigación	3
4. Diseño de investigación:	3
5. Estrategia de Recolección de datos.....	4
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	7
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	34
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	47
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	48
ANEXO 2: ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG	49
ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	52
ANEXO 5: PROYECTO DE TESIS	53

INDICE DE TABLAS

TABLA N°. 1 NIVEL DE DEPRESIÓN EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	8
TABLA N°. 2 INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	10
TABLA N°. 3 INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	12
TABLA N°. 4 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	14
TABLA N°. 5 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	16
TABLA N°. 6 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	18
TABLA N°. 7 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	20
TABLA N°. 8 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	22
TABLA N°. 9 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	24
TABLA N°. 10 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEGURO DE SALUD DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	26
TABLA N°. 11 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE INSTRUCCION DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	28
TABLA N°. 12 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	30
TABLA N°. 13 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	32

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº. 1 NIVEL DE DEPRESIÓN EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	9
GRAFICO Nº. 2 INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	11
GRAFICO Nº. 3 INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	13
GRAFICO Nº. 4 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	15
GRAFICO Nº. 5 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	17
GRAFICO Nº. 6 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	19
GRAFICO Nº. 7 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	21
GRAFICO Nº. 8 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	23
GRAFICO Nº. 9 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	25
GRAFICO Nº. 10 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEGURO DE SALUD DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	27
GRAFICO Nº. 11 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE INSTRUCCION DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	29
GRAFICO Nº. 12 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA	31
GRAFICO Nº. 13 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA.....	33



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

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

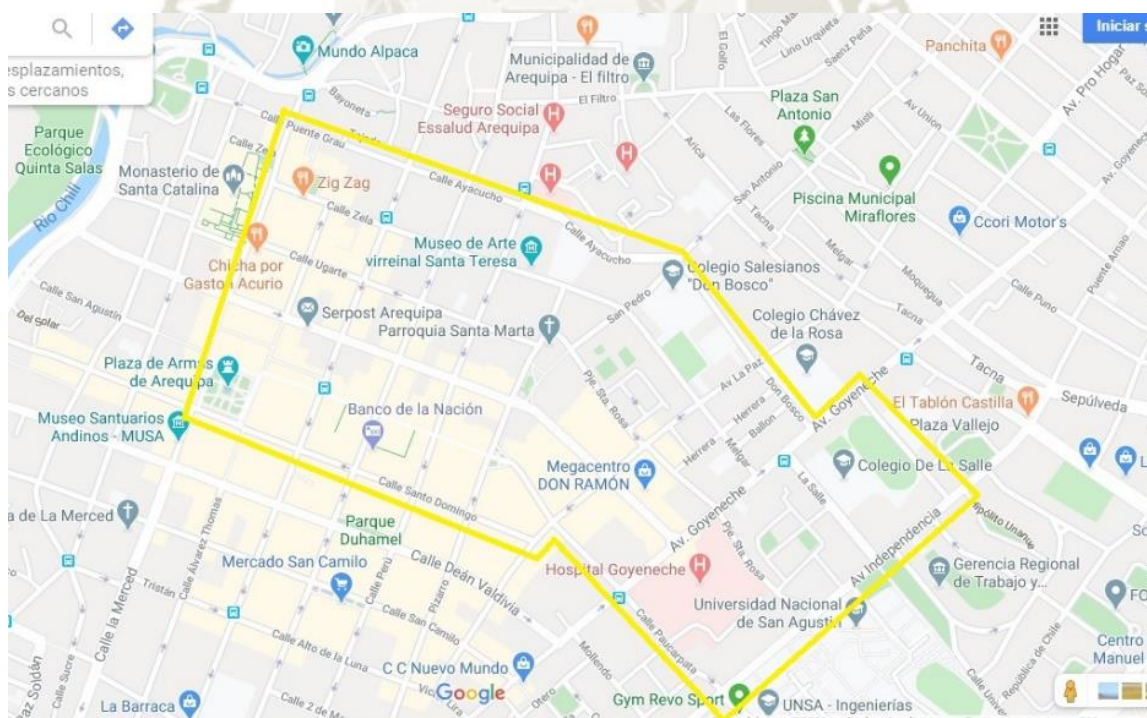
Instrumentos: Consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 3) y la escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Computadora.
- Impresora.
- Papel.
- Lapiceros.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial



Fuente: Google Maps

El estudio se realizó en las calles que conforman el perímetro comprendido entre Santa Catalina, Calle Ayacucho, Calle Santo Domingo y Avenida Independencia.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló durante el mes de febrero del año 2020.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

Todos los trabajadores ambulantes que se encontraron en el perímetro comprendido entre Santa Catalina, Calle Ayacucho, Calle Santo Domingo y Avenida Independencia.

2.3.2. Muestra

Trabajadores ambulantes que se encontraron laborando al momento de la encuesta, con el cumplimiento de los siguientes criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

2.4.1. Criterios de inclusión

Trabajadores que aceptaron participar en el estudio.

Ser mayores de edad.

De ambos sexos.

Trabajadores que hayan firmado el consentimiento informado (Anexo 1).

2.4.2. Criterios de exclusión

Trabajadores que presentaron algún trastorno psiquiátrico diagnosticado por un especialista.

Trabajadores que se negaron a firmar el consentimiento informado.

3. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Es un estudio no experimental, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Luego de la aprobación del proyecto de tesis, se procedió a recolectar los datos recorriendo el perímetro de calles previamente mencionado durante dos semanas en diferentes días y horarios, encontrándose un total de 117 trabajadores ambulantes de los cuales 54 aceptaron participar, por lo que a ellos se les entregó los instrumentos de medición y el consentimiento informado (ver Anexo 1). Según los criterios de exclusión tuvieron que descartarse 4 fichas de recolección, quedándonos con un total de 50 fichas correctamente llenadas con sus respectivos consentimientos informados.

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

5.2. Recursos

5.2.1. Humanos

El investigador Joan Manuel Armaza Lazo.

Tutor: Dra. Maribel Chuquipalla Zamallos.

5.2.2. Financieros:

Autofinanciamiento.

5.3. Validación de los instrumentos

Para la evaluación del nivel de depresión se utilizó La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (ver Anexo 2), la cual consiste en 20 preguntas.

La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung ha sido validada en varios estudios de investigación tanto a nivel internacional como nacional, por tanto no requiere de una nueva validación.

La Ficha de recolección de datos, no requiere validación debido a que es sólo para recojo de información (1, 2).

5.4. Estrategias para la interpretación de resultados.

5.4.1. A nivel de sistematización.

Para el debido procesamiento de la información se tabuló manualmente los datos obtenidos, valorando cada respuesta de La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y realizando la sumatoria final para la determinación del nivel de depresión. Con respecto a la información de la ficha de recolección de datos (Anexo 3) no se valoró inmediatamente ninguna pregunta.

Posteriormente la información obtenida fue transcrita ordenadamente a una matriz de sistematización de datos en una hoja de cálculo de Excel, donde se procedió a calcular el ingreso per cápita por hogar, el cual resulta de la división entre el ingreso estimado del hogar y el número de personas que viven en el hogar.

Se dividió a la población estudiada según el método de Dalenius-Hodges, usado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (3), el cual consiste en la formación de estratos los más homogéneos posible según el ingreso per cápita por hogar. Los rangos de ingreso per cápita por hogar para cada estrato social en Arequipa son:

- Estrato alto: 1 487,3 a más.
- Estrato medio alto: 1 091,5- 1 487,3.
- Estrato medio: 882,0- 1 091,5.
- Estrato medio bajo: 672,5- 882,0.
- Estrato bajo: 672,5 a menos.

Para finalizar se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 23.0.

5.4.2. A nivel de estudio de datos.

Según los datos obtenidos del programa SPSS 23.0, la información se procesó en gráficos y cuadros, donde se establecían las frecuencias y porcentajes.

Se empleó estadística descriptiva, con la prueba Chi-cuadrado para estudiar la asociación de las diversas variables.





CAPÍTULO II RESULTADOS

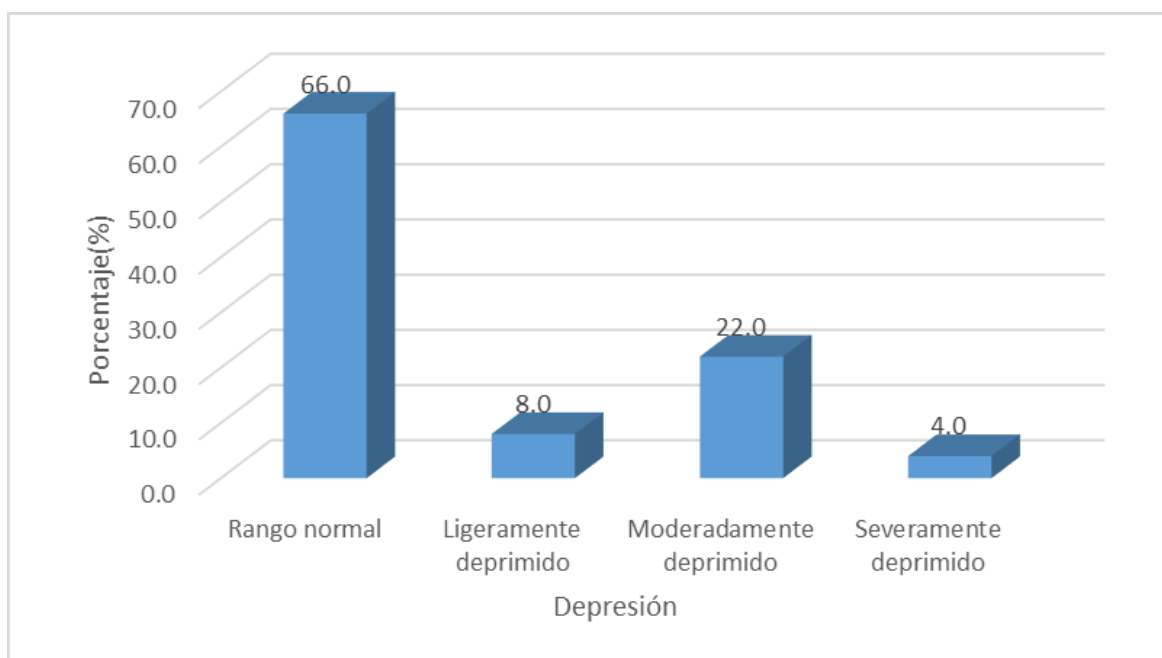
TABLA N°. 1
NIVEL DE DEPRESIÓN EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD
DE AREQUIPA

Depresión	N°.	%
Rango normal	33	66.0
Ligeramente deprimido	4	8.0
Moderadamente deprimido	11	22.0
Severamente deprimido	2	4.0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 66.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa no presentaron depresión a ningún nivel, seguido del 22.0% de trabajadores moderadamente deprimidos, el 8.0% se encuentran ligeramente deprimidos y el 4.0% tienen depresión severa.

GRAFICO N°. 1
NIVEL DE DEPRESIÓN EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD
DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

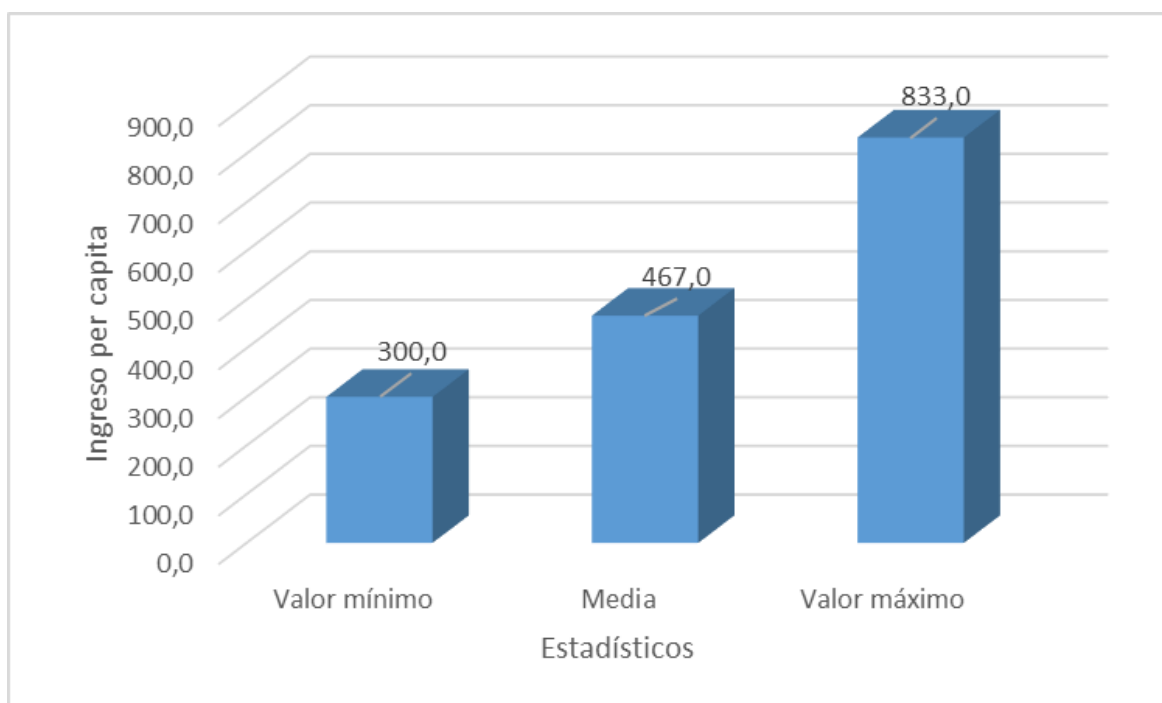
TABLA N°. 2
INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR DE TRABAJADORES AMBULANTES
DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Estadísticos	Ingreso mensual
Media	467.00
Desviación estándar	129.66
Valor máximo	833
Valor mínimo	300
TAMAÑO	50

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra que la media del ingreso per cápita por hogar de trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa es de 467 soles, el ingreso per cápita por hogar máximo es de 833 soles y el ingreso per cápita por hogar mínimo es de 300 soles.

GRAFICO N°. 2
INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR DE TRABAJADORES AMBULANTES
DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

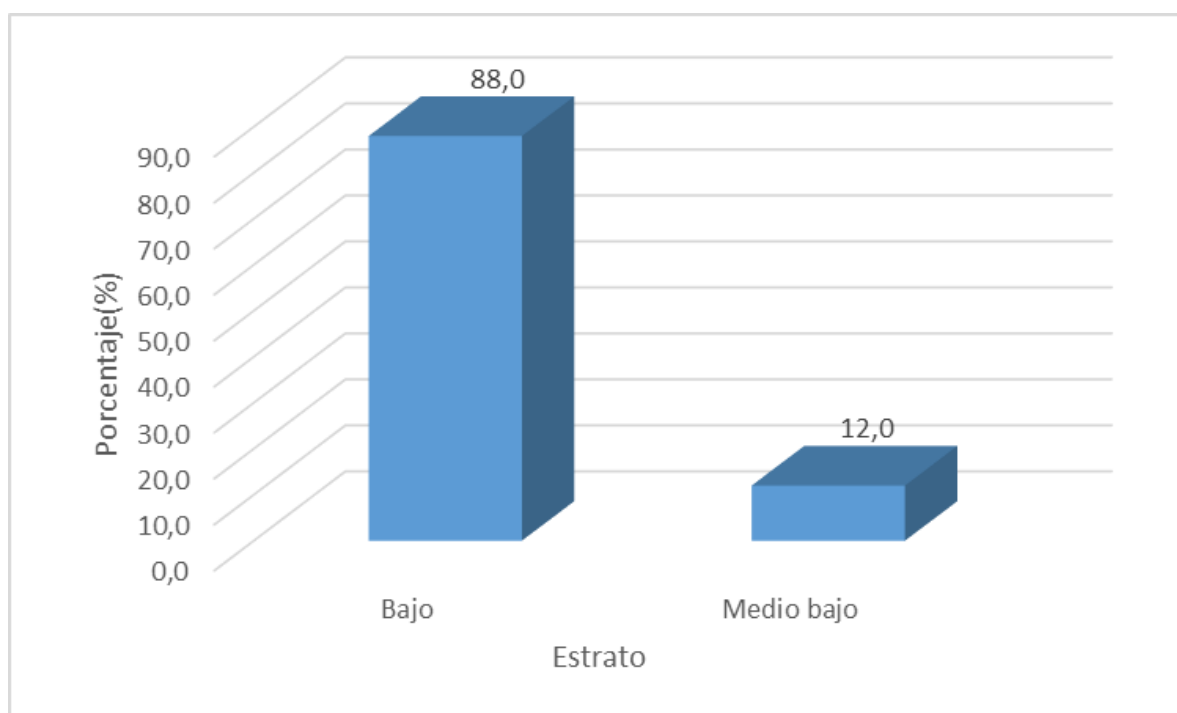
TABLA N°. 3
INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Estrato	N°.	%
Bajo	44	88.0
Medio bajo	6	12.0
TOTAL	50	100
Media	467.00	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 3 muestra que el 88.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa tienen son de estrato socioeconómico bajo ya que tienen un ingreso per cápita de 672.50 soles o menos, mientras que el 12.0% de los ambulantes son de estrato medio bajo con un ingreso per cápita entre 672.5 a 882 soles.

GRAFICO N°. 3
INGRESO PER CÁPITA POR HOGAR SEGÚN ESTRATO EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

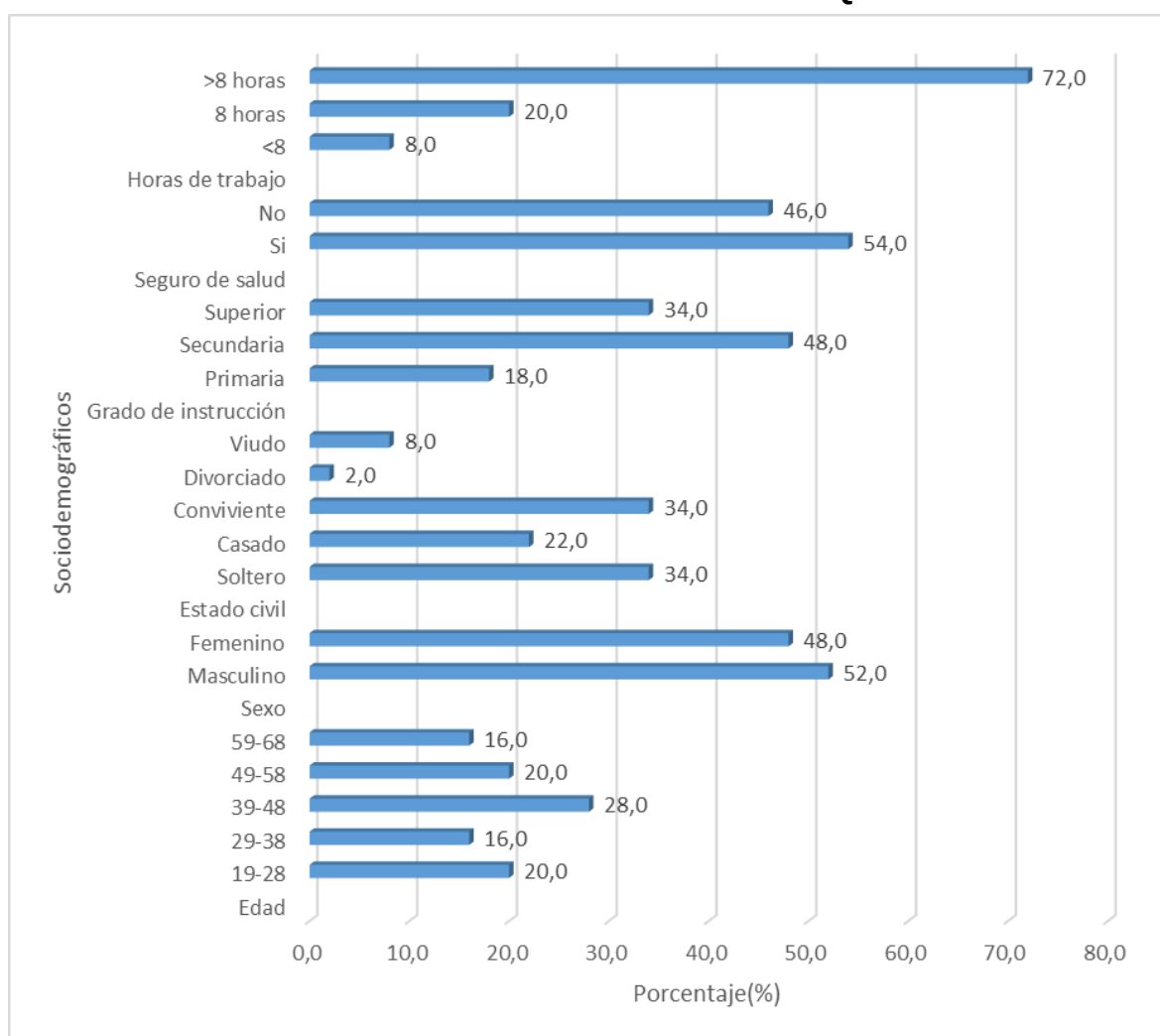
TABLA N°. 4
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Sociodemográficos	N°.	%
Edad		
19-28	10	20.0
29-38	8	16.0
39-48	14	28.0
49-58	10	20.0
59-68	8	16.0
Sexo		
Masculino	26	52.0
Femenino	24	48.0
Estado civil		
Soltero	17	34.0
Casado	11	22.0
Conviviente	17	34.0
Divorciado	1	2.0
Viudo	4	8.0
Grado de instrucción		
Primaria	9	18.0
Secundaria	24	48.0
Superior	17	34.0
Seguro de salud		
Si	27	54.0
No	23	46.0
Horas de trabajo		
<8	4	8.0
8 horas	10	20.0
>8 horas	36	72.0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que el 28.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa tienen entre 39 a 48 años, seguido del 52.0% de ambulantes de sexo masculino, el 34.0% son solteros, el 48.0% de los ambulantes tienen instrucción secundaria, el 54.0% tienen seguro de salud, mientras que el 72.0% trabajan más de 8 horas diarias.

GRAFICO N°. 4
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

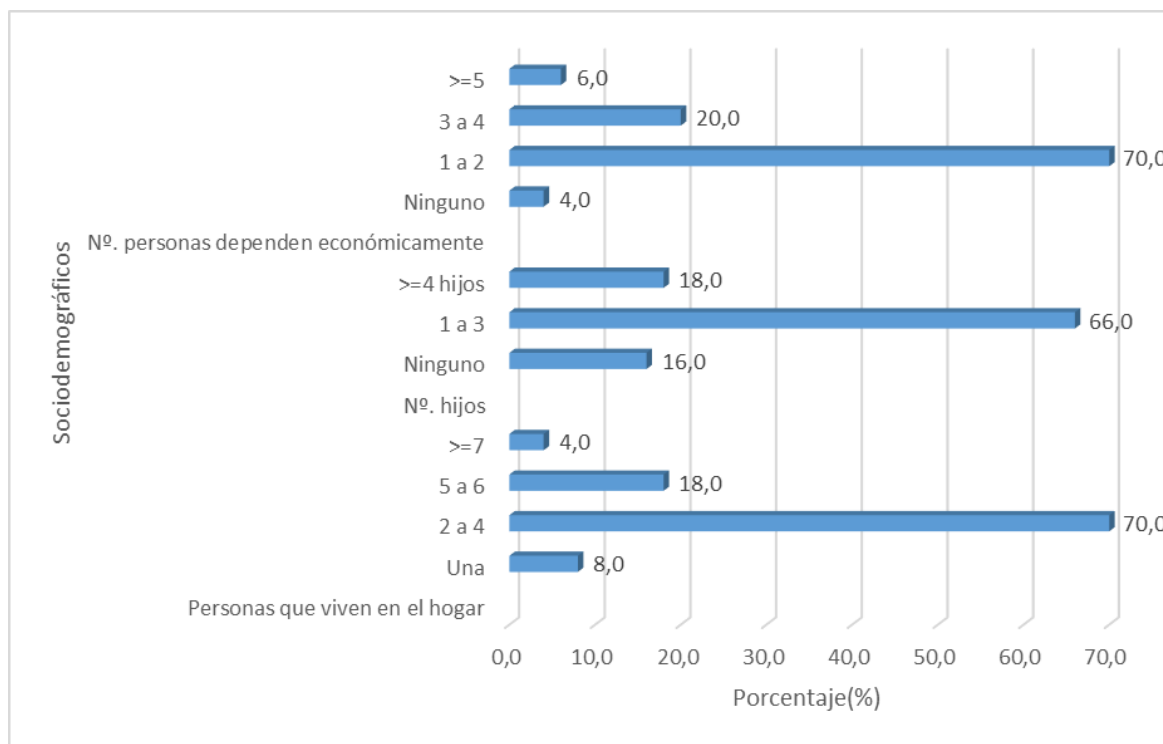
TABLA N°. 5
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Sociodemográficos	N°.	%
Personas que viven en el hogar		
Una	4	8.0
2 a 4	35	70.0
5 a 6	9	18.0
>=7	2	4.0
N°. hijos		
Ninguno	8	16.0
1 a 3	33	66.0
>=4 hijos	9	18.0
N°. personas dependen económicamente		
Ninguno	2	4.0
1 a 2	35	70.0
3 a 4	10	20.0
>=5	3	6.0
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 muestra que en los hogares del 70.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa viven de 2 a 4 personas, el 66.0% tienen entre 1 a 3 hijos, mientras que el 70.0% de los ambulantes tienen a una o dos personas que dependen económicamente de él.

GRAFICO Nº. 5
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 6
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA POR
HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA

Estrato	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Bajo	29	58.0	3	6.0	10	20.0	2	4.0	44	88.0
Medio bajo	4	8.0	1	2.0	1	2.0	0	0.0	6	12.0
Medio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medio alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

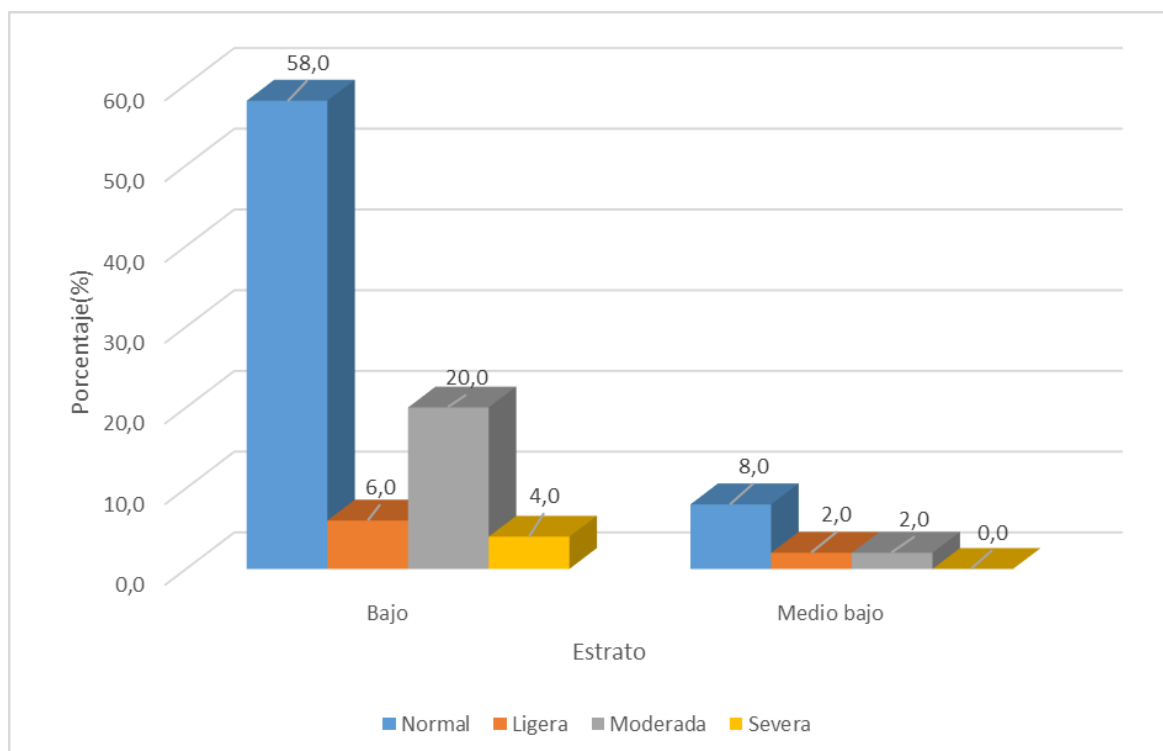
Fuente: Elaboración Propia.

$\chi^2=1.00$ $P>0.05$ $P=0.80$

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=1.00$) muestra que el nivel de depresión y el ingreso per cápita según estrato no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 58.0% de trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa de estrato bajo no presentaron depresión, el 20.0% de los trabajadores de estrato bajo presentaron depresión moderada, mientras que el 8.0% de los ambulantes sin depresión son de estrato medio bajo.

GRAFICO N°. 6
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA POR
HOGAR SEGÚN ESTRATO EN TRABAJADORES AMBULANTES DE LA
CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 7
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Edad	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
19-28	7	14.0	0	0.0	3	6.0	0	0.0	10	20.0
29-38	5	10.0	2	4.0	1	2.0	0	0.0	8	16.0
39-48	7	14.0	0	0.0	6	12.0	1	2.0	14	28.0
49-58	7	14.0	1	2.0	1	2.0	1	2.0	10	20.0
59-68	7	14.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	8	16.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=14.31$$

$$P>0.05$$

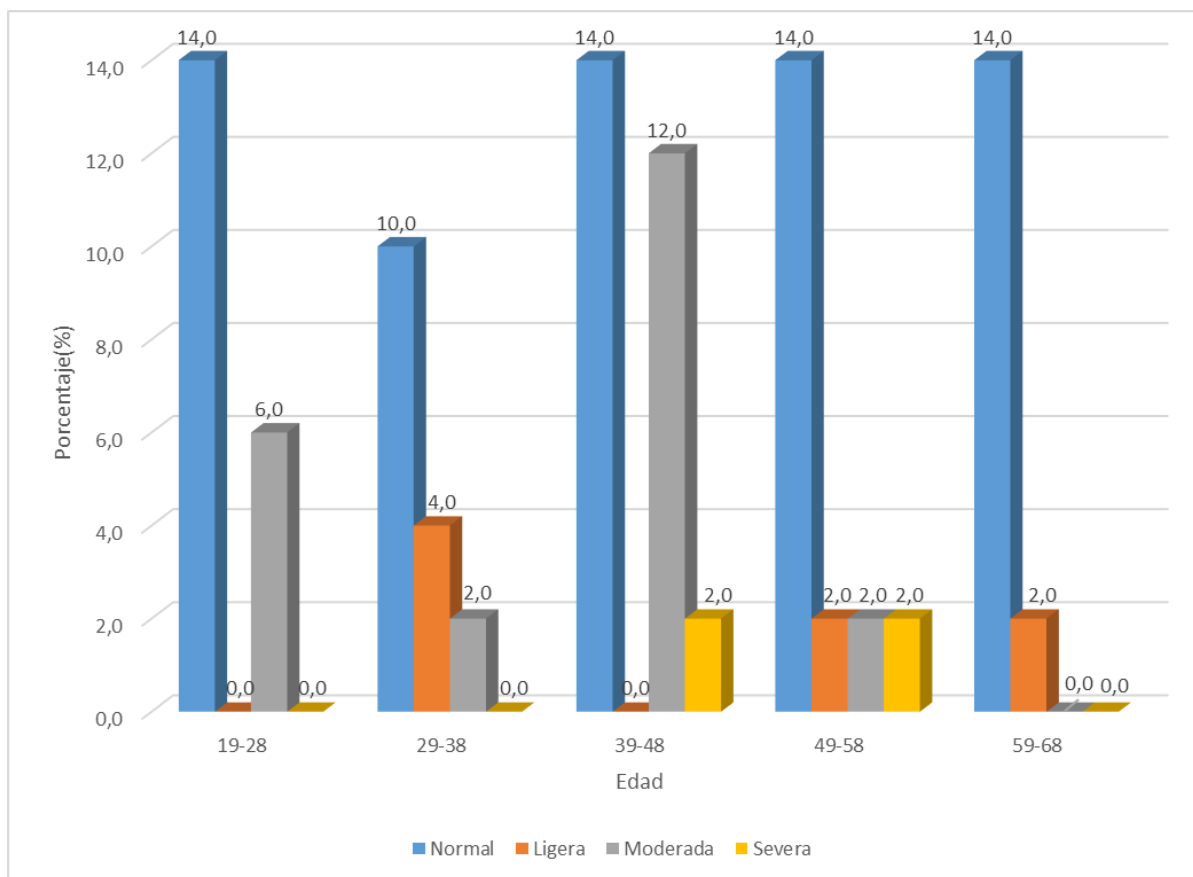
$$P=0.28$$

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.31$) muestra que el nivel de depresión y la edad no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 12.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa moderadamente deprimidos tienen entre 39-48 años, mientras que el 14.0% de los trabajadores con depresión normal tienen entre 19-28 años. El rango de edad con mayor prevalencia de depresión es el de 39-48 años con un 14.0%.

GRAFICO N°. 7

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 8
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Sexo	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Masculino	18	36.0	3	6.0	3	6.0	2	4.0	26	52.0
Femenino	15	30.0	1	2.0	8	16.0	0	0.0	24	48.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

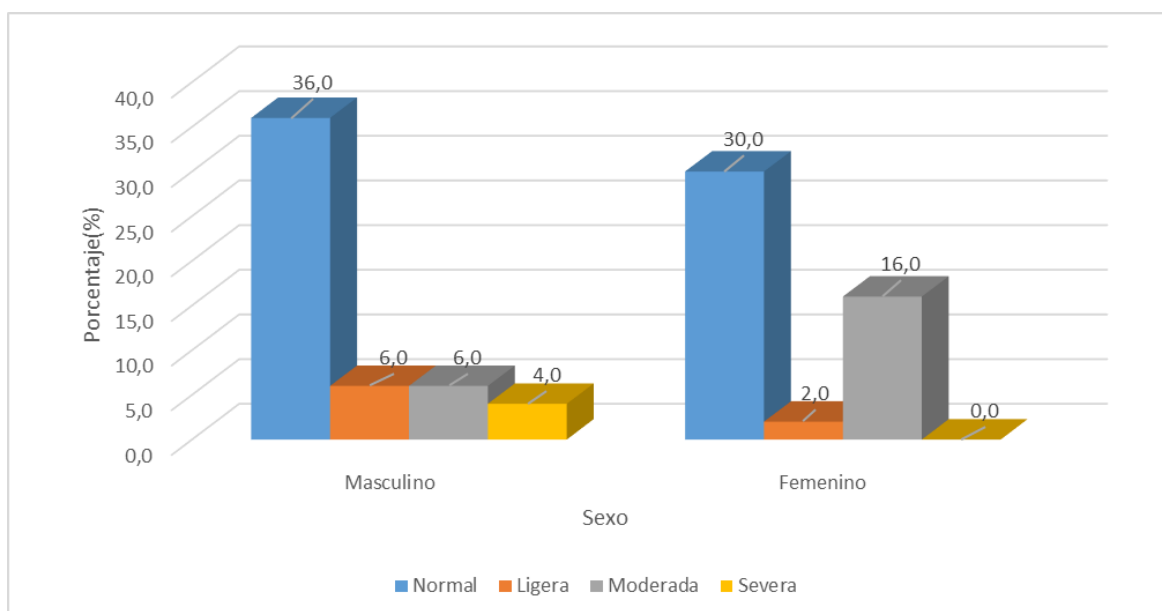
$X^2=5.47$ $P>0.05$ $P=0.14$

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.47$) muestra que el nivel de depresión y el sexo no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 36.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa sin depresión son de sexo masculino, mientras que el 16.0% de los ambulantes moderadamente deprimidos son de sexo femenino. El sexo con mayor prevalencia de depresión es el femenino con un 18.0%.

GRAFICO N°. 8

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEXO DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 9
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Estado civil	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltero	10	20.0	2	4.0	5	10.0	0	0.0	17	34.0
Casado	7	14.0	0	0.0	2	4.0	2	4.0	11	22.0
Conviviente	13	26.0	1	2.0	3	6.0	0	0.0	17	34.0
Divorciado	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0
Viudo	2	4.0	1	2.0	1	2.0	0	0.0	4	8.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

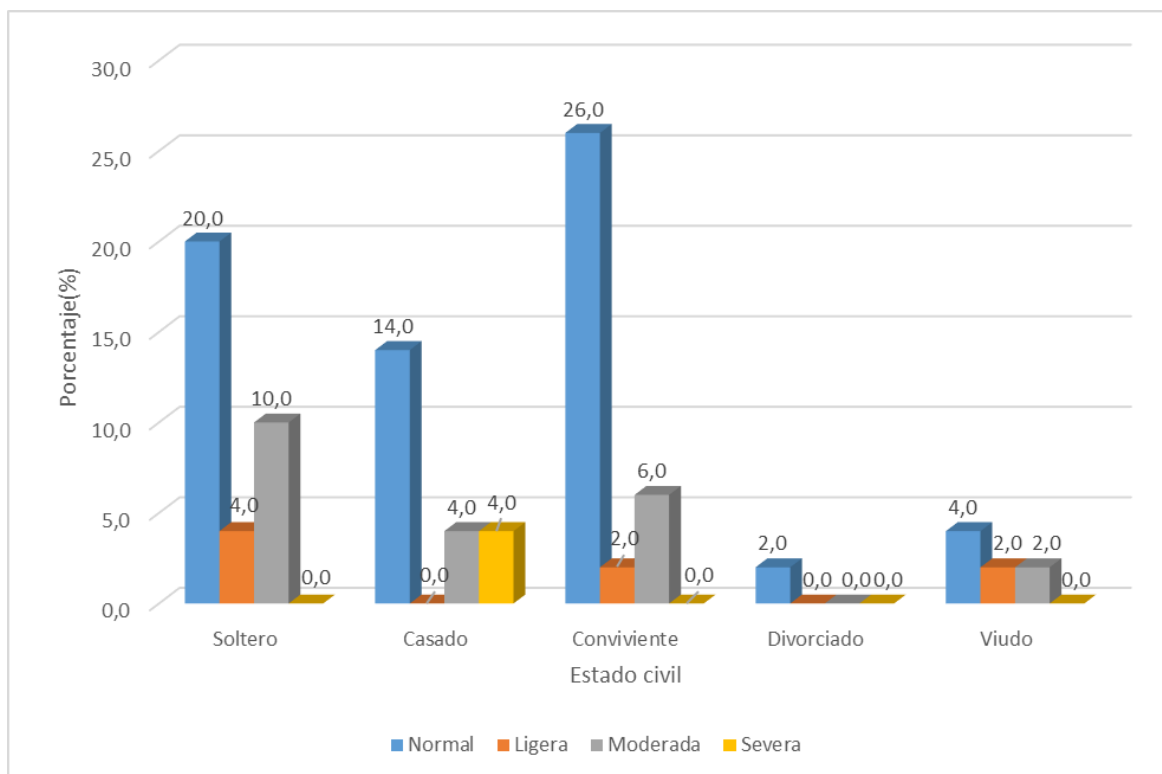
$\chi^2=11.52$ $P>0.05$ $P=0.48$

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=11.52$) muestra que el nivel de depresión y el estado civil no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 26.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa con depresión normal son convivientes, mientras que el 10.0% de los ambulantes moderadamente deprimidos son solteros. El estado civil con mayor prevalencia de depresión es el soltero con un 14.0%.

GRAFICO N°. 9

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO CIVIL DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 10
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEGURO DE SALUD DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

Seguro de salud	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Si	19	38.0	1	2.0	7	14.0	0	0.0	27	54.0
No	14	28.0	3	6.0	4	8.0	2	4.0	23	46.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

Fuente: Elaboración Propia.

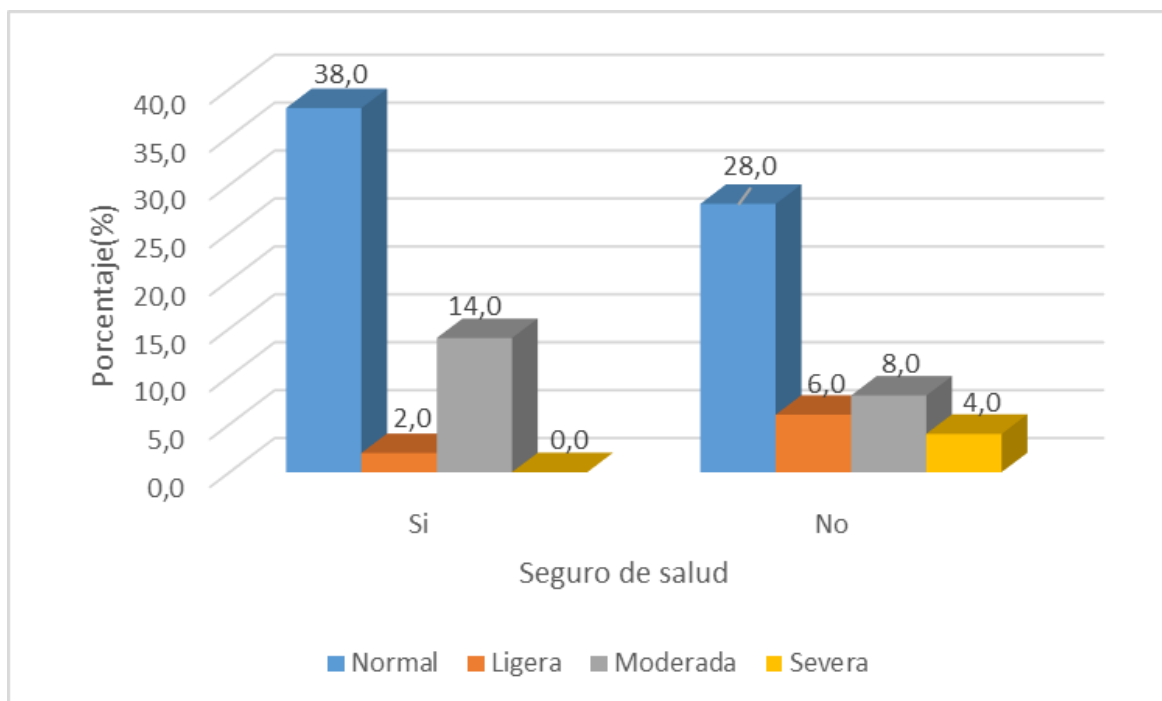
$$X^2=4.28 \quad P>0.05 \quad P=0.23$$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.28$) muestra que el nivel de depresión y el seguro de salud no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 38.0.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa con depresión normal cuentan con seguro de salud, mientras que el 8.0% de los ambulantes moderadamente deprimidos no tienen seguro de salud.

GRAFICO N°. 10

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SEGURO DE SALUD DE
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 11
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE
INSTRUCCION DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA

Grado de instrucción	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Primaria	5	10.0	2	4.0	2	4.0	0	0.0	9	18.0
Secundaria	17	34.0	1	2.0	6	12.0	0	0.0	24	48.0
Superior	11	22.0	1	2.0	3	6.0	2	4.0	17	34.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

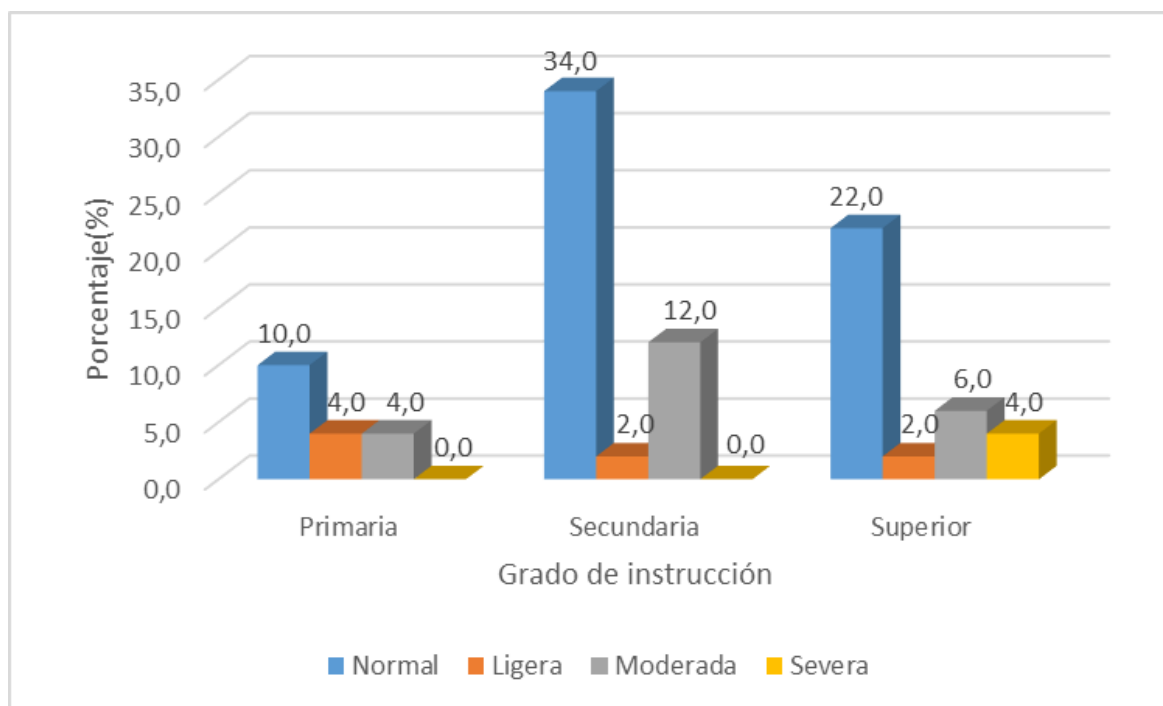
Fuente: Elaboración Propia.

$X^2=7.17$ $P>0.05$ $P=0.30$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.17$) muestra que el nivel de depresión y el grado de instrucción no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 34.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa con depresión normal tienen instrucción secundaria, mientras que el 6.0% de los ambulantes moderadamente deprimidos tienen instrucción superior. El grado de instrucción con mayor prevalencia de depresión es secundaria con un 14.0%.

GRAFICO N°. 11
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL GRADO DE
INSTRUCCION DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 12
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL NÚMERO DE HORAS DE
TRABAJO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA

Número de horas de trabajo	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<8	3	6.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	4	8.0
8 horas	5	10.0	1	2.0	4	8.0	0	0.0	10	20.0
>8 horas	25	50.0	2	4.0	7	14.0	2	4.0	36	72.0
TOTAL	33	66.0	4	8.0	11	22.0	2	4.0	50	100

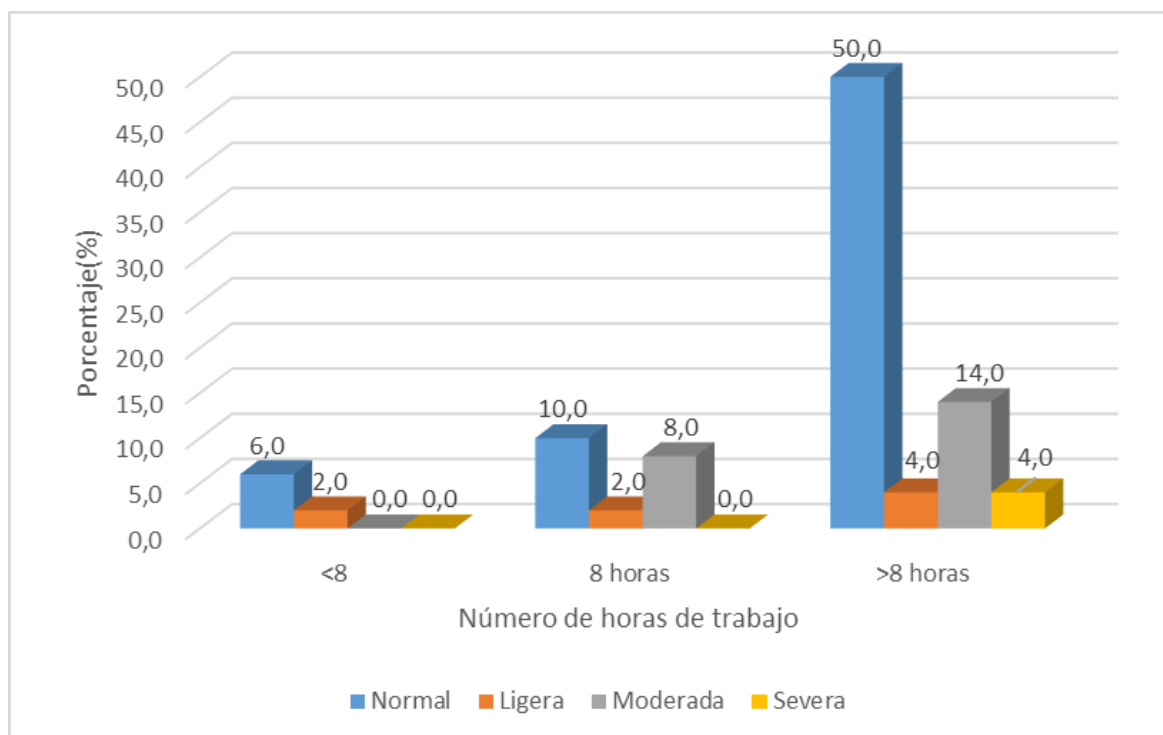
Fuente: Elaboración Propia.

$X^2=5.50$ $P>0.05$ $P=0.48$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.50$) muestra que el nivel de depresión y el número de horas de trabajo no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 10.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa con depresión normal trabajan 8 horas diarias, mientras que el 14.0% de los ambulantes moderadamente deprimidos trabajan más de 8 horas diarias. El número de horas de trabajo con mayor prevalencia de depresión es > 8 horas con un 22.0%.

GRAFICO N°. 12
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL NÚMERO DE HORAS DE
TRABAJO DE TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE
AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA N°. 13
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CANTIDAD DE
PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA

N°. personas que dependen económicamente	Depresión								TOTAL	
	Normal		Ligera		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ninguno	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	4,0
1 a 2	25	50,0	1	2,0	8	16,0	1	2,0	35	70,0
3 a 4	7	14,0	1	2,0	2	4,0	0	0,0	10	20,0
>=5	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	3	6,0
TOTAL	33	66,0	4	8,0	11	22,0	2	4,0	50	100

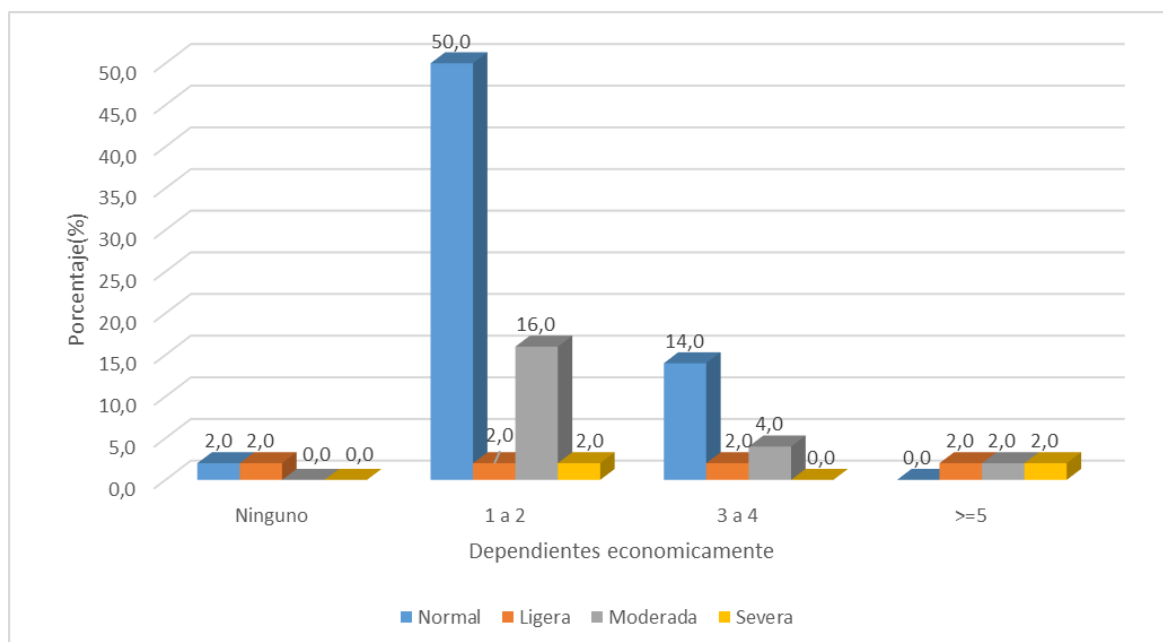
Fuente: Elaboración Propia.

$\chi^2=17.95$ $P<0.05$ $P=0.04$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=17.95$) muestra que el nivel de depresión y el número de personas que dependen económicamente de trabajadores ambulantes presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 50.0% de los ambulantes tienen a una o dos personas que dependen económicamente de él.

GRAFICO N°. 13
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA CANTIDAD DE
PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE TRABAJADORES
AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA



Fuente: Elaboración Propia.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Como comenta Saraceno, B. y Barbui, C en su estudio *Poverty and Mental Illness*, la epidemiología antes de 1980 da evidencia que la posición socioeconómica estaba inversamente relacionada con la prevalencia de desórdenes psiquiátricos como esquizofrenia, depresión mayor, etc. Incluso dada la alta tasa de enfermedad mental en las personas de baja posición socioeconómica, sugiere que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes mentales (4).

Desde esa publicación, ha habido numerosos estudios que intentan ampliar la visión general de las enfermedades mentales, y varios de ellos se enfocan en su relación con la posición socioeconómica. A nivel local no se dispone de diversa información, por lo que son necesarios más estudios de esta índole. Por tal motivo, el presente trabajo tiene con la intención de determinar si existe relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita por hogar en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

La Tabla N°. 4 y N°. 5 de nuestro estudio muestra que el 28.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa tienen entre 39 a 48 años, seguido del 52.0% de ambulantes de sexo masculino, el 34.0% son solteros, el 48.0% de los ambulantes tienen instrucción secundaria, el 54.0% tienen seguro de salud, el 72.0% trabajan más de 8 horas diarias, en los hogares del 70.0% de los trabajadores ambulantes viven de 2 a 4 personas, el 66.0% tienen entre 1 a 3 hijos, mientras que el 70.0% de los ambulantes tienen a una o dos personas que dependen económicamente de él. Además, la tabla N°. 3 muestra que el 88.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa son de estrato socioeconómico bajo ya que tienen un ingreso per cápita de 672.50 soles o menos.

Comparemos los resultados de nuestra muestra “homogénea” socioeconómicamente hablando con un estudio más heterogéneo, el de Rodolfo Castro y colaboradores en su estudio llamado *Integración familiar y variables socioeconómicas en Arequipa metropolitana* cuyo objetivo fue el de determinar las relaciones que existen entre la integración familiar y ciertas variables de tipo socioeconómico. En dicho estudio se encontró que con respecto al nivel socioeconómico, el 51.1% de la muestra se considera de clase media, mientras que el 8.4% ostenta un nivel socioeconómico alto y el 40.2% de la población tienen un nivel socioeconómico bajo; el 68.4% de la muestra está conformado por personas casadas, el 6% por personas solteras; el 34.2% de la muestra tienen dos

hijos, el 28.4% tres, dando una media de número de hijos por hogar de 2,72. Lo importante de este estudio es que se encontraron relaciones significativas y positivas entre los ingresos económicos y el grado de instrucción. Además, indican que la integración familiar está relacionada positiva y significativamente con los ingresos económicos, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico. Concluyen mencionando que las personas con mejores estudios pueden acceder a mejores trabajos, lo que permite incrementar sus ingresos, mejorando su nivel socioeconómico; y todo este comportamiento generaría una mayor conciencia de la importancia de la familia y, evidentemente, mejores niveles de integración (5).

Encontramos cierta similitud con el trabajo llamado *Estudio socioeconómico y cultural de los hogares en extrema pobreza en el Distrito de Socabaya – Vivienda Taller Ampliación Socabaya – 2018* en el que la entrevista a 50 hogares da como resultado que el 58% de parejas tienen entre uno y dos hijos, el 30% está compuesta por tres o cuatro hijos; el 44% cuentan con estudios culminados en primaria y el 68% reciben 400 nuevos soles y el 24% ganan 800 nuevos soles. Se concluye entre otros que “la ausencia de la seguridad ciudadana hace del poblador una presa fácil de los delitos comunes, lo que provoca desconfianza en los demás” (6).

La Tabla N°. 1 muestra que el 66.0% de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa no presenta depresión, y que el 34.0% presenta algún grado de depresión, siendo la depresión moderada la más frecuente con un 22.0%, seguida en un 8.0% con depresión ligera y el 4.0% con depresión severa. Además, luego de cruzar las variables se obtuvo que el nivel de depresión y el ingreso per cápita no presenta relación estadística significativa ($P > 0.05$). El 20.0% de los trabajadores ambulantes moderadamente deprimidos son de estrato socioeconómico bajo, mientras que el 8.0% de los ambulantes con depresión normal son de estrato medio bajo. Según la prueba de chi cuadrado la edad, el sexo, el estado civil, contar con seguro de salud y la cantidad de horas diarias de trabajo no presentan relación estadística significativa con los niveles de depresión, mientras que la cantidad de personas que dependen de los trabajadores ambulantes presenta relación estadística significativa es decir hay dependencia de las variables.

Nuestros resultados no coinciden con un estudio realizado en una población diferente, que encontró que el 73.10% de las gestantes con nivel socioeconómico bajo presentaron características depresivas (7).

Se encuentra relativa similitud con otro estudio llevado a cabo en Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el 2006, cuyo resultado menciona que prevalencia anual de trastornos depresivos en general de personas que no cubren ni las necesidades básicas y las que cubren solo las necesidades básicas de alimentación fue de 20%. Mientras que la prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico de personas que no cubren ni las necesidades básicas y las que cubren solo las necesidades básicas de alimentación fue de 47,2 %. En este caso la evaluación de la pobreza estuvo basada en la valoración subjetiva de la jefa del hogar o esposa del jefe del hogar, la cual respondía en qué medida los ingresos familiares satisfacían las necesidades básicas tales como alimentación, vestido, salud, educación; y no básicas como distracción, educación diferenciada, etc. Dicha valoración permitió la clasificación siguiente: A aquellos integrantes de una familia que no pueden satisfacer la necesidad básica de alimentación son considerados pobres extremos; si satisfacen la necesidad básica de alimentación, pero no las otras necesidades básicas, son considerados pobres; y a los miembros de aquellas familias que satisfacen sus necesidades básicas y otras necesidades se les considera no pobres (8).

A nivel nacional, se encontraron coincidencias con Fonseca Livias, Abner en su estudio titulado *Relación entre el nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de los Colegios de Huaral 2015*; quien con una muestra de 328 adolescentes informa que el 98.8% de los adolescentes del distrito de Huaral presentan algún grado de depresión, que el 69% de la población estudiada pertenecen al nivel socioeconómico bajo y concluye que no existe una relación entre el nivel socioeconómico y la depresión, así como tampoco hay relación entre el nivel socioeconómico bajo con los grados de depresión en adolescentes de los colegios de Huaral (9).

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en la ciudad de Lima y Callao en 2002, encontró una importante asociación entre indicadores de pobreza, tanto en la percepción de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con los ingresos familiares como con la medición a través de

necesidades básicas insatisfechas (NBI) y los trastornos ansiosos y depresivos. De esta manera la prevalencia a 6 meses de trastornos depresivos se encontraba en 6,6% entre las personas que manifestaron que podían satisfacer sus necesidades básicas y otras necesidades con sus ingresos familiares, mientras que dicha prevalencia se encontraba en 19,5% entre las personas que no podían satisfacer sus necesidades básicas nutricionales (10).

Una réplica de este estudio encontró que la prevalencia anual de trastornos depresivos en general de personas que no cubren ni las necesidades básicas y las que cubren solo las necesidades básicas de alimentación fue de 18,3 %. Mientras que la prevalencia anual de cualquier trastorno psiquiátrico de personas que no cubren ni las necesidades básicas y las que cubren solo las necesidades básicas de alimentación fue de 33.8%. Concluyen que existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y la presencia de trastornos psiquiátricos, siendo esta mayor, en situaciones de pobreza (11).

Finalmente, los resultados de un estudio llamado *Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015*, indican que, variables como la condición de ser mujer, el no tener instrucción alguna, el vivir sin pareja y ser pobre estuvieron significativamente asociadas con la depresión (12).

En América Latina, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales, realizado en Santiago de Chile, confirmó una mayor prevalencia de trastornos entre las personas de un nivel social bajo (13).

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo se asemejan ligeramente a los encontrados por Rosero Flores, Andrés Alejandro y Valarezo Gutiérrez, Elsa Elizabeth quienes en su estudio llamado *Prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito*; encontraron que la prevalencia de depresión fue del 24.90%; y que de acuerdo a la escala de Zung, en los pacientes deprimidos el 32.35% presentaron depresión leve y el 19.11% depresión moderada o severa. Es importante resaltar que la prevalencia de depresión en este estudio fue más alta en el grupo de estudio que en la población general y que la enfermedad fue más frecuente en las personas con menos años de instrucción (14).

En Colombia en la Revista Colombiana de Psiquiatría en un artículo llamado *Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015*, en el que entrevistó en total a 13.200 hogares se informa que la presencia de problemas de salud mental y los trastornos de depresión y ansiedad, fue ligeramente más alta en la población pobre. Además, se concluye que existe una relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y la presencia de afecciones mentales en la población. También al relacionar la educación y pobreza, los resultados indican que, a mayor nivel educativo disminuye la proporción de personas en situación de pobreza(15).

A nivel internacional en European Journal of Public Health encontramos un artículo llamado *The evolution of mental health in Spain during the economic crisis* publicado por Xavier Bartoll y colaboradores que reporta deterioro en la salud mental entre varones durante la crisis económica en España, especialmente entre aquellos de baja posición socioeconomica (16).

Los resultados de nuestro trabajo no coinciden con los de un estudio llevado a cabo en Canadá llamado *A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations*, en el que se concluye que las tasas de angustia psicológica y de cualquier trastorno mental y abuso de sustancias fueron más altas en la población con bajos ingresos; en dicho estudio se encuestó a 36 984 ciudadanos con el objetivo de comparar tasas de alta angustia psicológica y desórdenes mentales entre poblaciones con bajos ingresos y aquellas que no tenían bajos ingresos (17).

Nuestros resultados no coinciden con los de una revisión sistemática publicada en el 2010 llamada *Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review*, en la que se analizaron 115 estudios publicados en 33 diferentes países entre 1990 y 2008. En este estudio se enfocaron en la relación entre enfermedades mentales y pobreza en países de bajos y medianos ingresos. Lo importante a resaltar en esta revisión es que se trabaja con diferentes indicadores de pobreza, tales como bajos ingresos, bajo nivel de educación, desempleo, baja clase social, seguridad alimentaria, etc. Según el estudio, la literatura de los últimos 19 años indica que las condiciones económicas y sociales están vinculadas con desórdenes mentales comunes en países con bajos y

medianos ingresos y que, la mayoría de los estudios reportaron asociación positiva entre una gama de indicadores de pobreza y desórdenes mentales comunes. Y al finalizar los autores pretenden abrir debate e ir más allá al plantear cuál de las diferentes dimensiones de pobreza es la que tiene mayor o menor asociación (18).

Finalmente, es importante mencionar un estudio longitudinal de 7 años que incluyó una muestra de 11 909 individuos llamado *Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study* que dio como resultado que la reducción de la pobreza disminuía el puntaje de la depresión, mientras que el aumento de la pobreza tenía como consecuencia un aumento del puntaje de la depresión y que el efecto de la reducción de la pobreza fue mayor que su aumento (19). Dicho dato es importante a nivel de la salud pública ya que los hallazgos encontrados en otro estudio apoyan la idea que la mejora de las oportunidades económicas rurales son un componente de las estrategias destinadas a mejorar la salud mental (20).

Como vemos, la mayoría de literatura acerca del tema reporta que existe asociación entre el nivel socioeconómico y la enfermedad mental. La pregunta por plantear es la siguiente:

¿Por qué las personas de nivel socioeconómico bajo tienen mayores índices de enfermedad mental?

El hallazgo de un estudio longitudinal llevado a cabo en Estados Unidos llamado *Pathways from neighborhood poverty to depression among older adults* fue que la violencia del barrio es el mecanismo clave a través del cual la pobreza dio forma al riesgo de depresión entre adultos mayores. Haciendo hincapié que la violencia causada por inseguridad que se presenta en barrios pobres es el detonante para desarrollar depresión (21).

Hallazgos recientes indican que la pobreza causa estrés, siendo definido este como la reacción de un organismo a demandas ambientales que exceden su capacidad de regulación (22). Además, en *Socioeconomic status is associated with stress hormones* se concluye que el bajo estatus socioeconómico se asocia a niveles basales más altos de cortisol y catecolaminas. Se sabe también que el nivel de cortisol se halla elevado en personas deprimidas (23).

Según se explica en *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor* (24) y en *La nueva biología de la mente*, sucesos muy estresantes pueden conducir a depresión. El estrés genera la activación del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal que produce mediante el cortisol a cambios estructurales en el hipocampo, la corteza prefrontal y diversas zonas, a atrofia neuronal y a disminución de la neuroplasticidad, generando así cambios en la estructura y función del cerebro, que lleva al aplanamiento de las emociones, disminución en la memoria, etc. La que la liberación de cortisol a largo plazo en casos de depresión y estrés genera cambios en el sueño, energía y apetito (25).

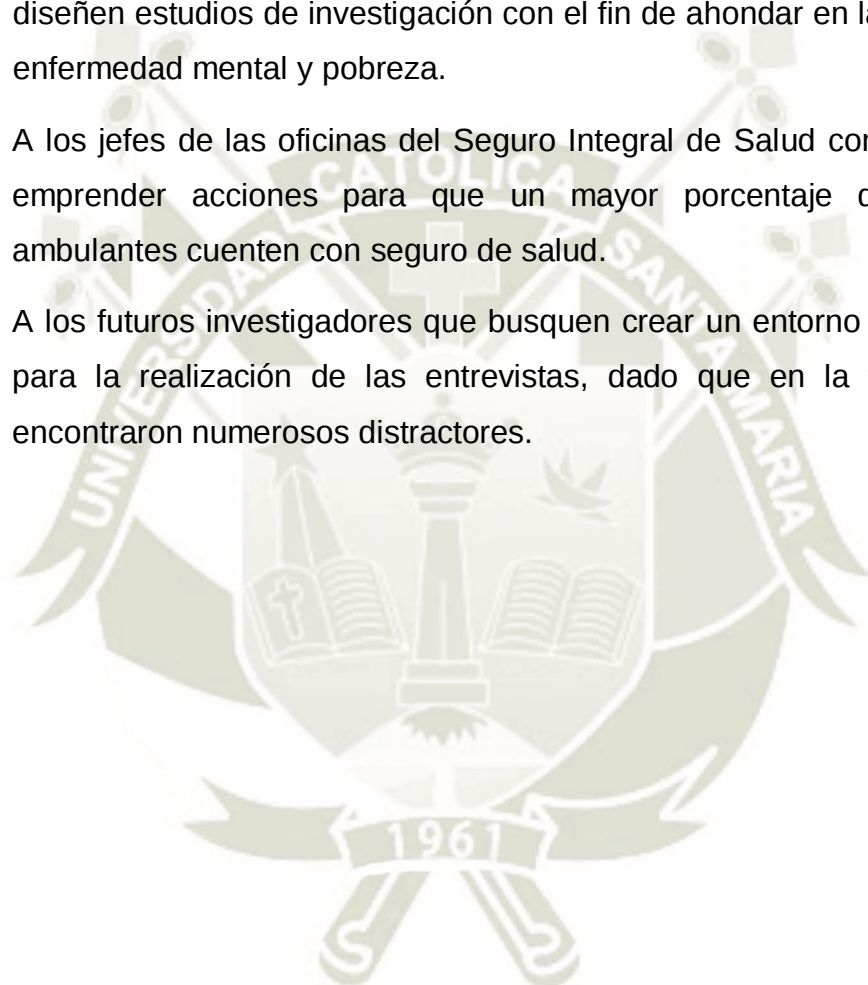


CONCLUSIONES

- Primera:** El nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar no presenta relación estadística significativa ($P > 0.05$).
- Segunda:** Dos tercios de los trabajadores ambulantes estudiados no presenta depresión, mientras que el 34.0% presenta algún grado de depresión, siendo la depresión moderada la más frecuente con un 22.0%, seguida en un 8.0% con depresión ligera y el 4.0% con depresión severa.
- Tercera:** El promedio del ingreso per cápita por hogar de los trabajadores ambulantes es de 467.00 soles. Más de tres cuartas partes de los trabajadores estudiados son de estrato socioeconómico bajo ya que tienen un ingreso per cápita por hogar de 672.50 soles o menos, mientras que el 12.0% de los trabajadores son de estrato medio bajo con un ingreso per cápita entre 672.5 a 882 soles.
- Cuarta:** Casi un tercio de los trabajadores ambulantes tienen entre 39 a 48 años, poco más de la mitad son de sexo masculino, el 34.0% son solteros, el 48.0% de los ambulantes tienen instrucción secundaria, 54.0% tienen seguro de salud, mientras que 72.0% trabajan más de 8 horas diarias. 70.0% viven con 2 a 4 personas en su hogar, 66.0% tienen entre 1 a 3 hijos, mientras que 50.0% de los ambulantes tienen a una o dos personas que dependen económicamente de él.
- Quinta:** El ingreso per cápita, la edad, el sexo, estado civil, el grado de instrucción y las horas diarias de trabajo, no presentan relación con el nivel de depresión, mientras que la cantidad de personas que dependen económicamente de los trabajadores ambulantes presenta relación con los niveles de depresión, es decir hay dependencia de variables.

RECOMENDACIONES

1. Al coordinador de salud mental de la gerencia regional de salud a fin de que desarrolle un programa preventivo promocional de tamizaje de depresión en vendedores ambulantes del centro histórico de Arequipa.
2. A la Facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María para que a través de los coordinadores de investigación de la facultad diseñen estudios de investigación con el fin de ahondar en la relación de la enfermedad mental y pobreza.
3. A los jefes de las oficinas del Seguro Integral de Salud con el objetivo de emprender acciones para que un mayor porcentaje de vendedores ambulantes cuenten con seguro de salud.
4. A los futuros investigadores que busquen crear un entorno más adecuado para la realización de las entrevistas, dado que en la vía publica se encontraron numerosos distractores.

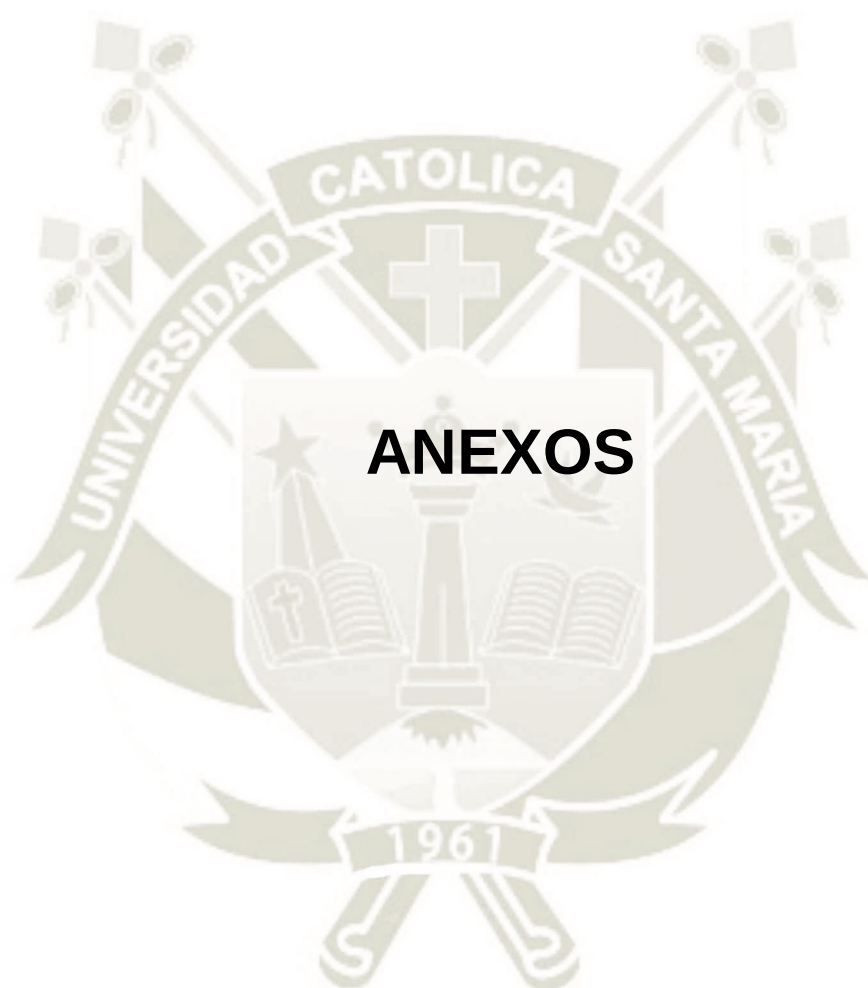


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cogollo Z, Díaz C, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. Colombia Médica [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2006 (Abril-Junio).
2. Velásquez Cabrejos, Hilarie Stephanía. Validez y confiabilidad del Test de Zung que categoriza la depresión en adultos mayores. – zonas de la Región Cajamarca. 2019. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2020.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Planos Estratificados por Ingreso a nivel de Manzanas de las Grandes Ciudades 2017.
4. Saraceno, B., & Barbui, C. (1997). Poverty and Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(3), 285–290.
5. Rodolfo Castro, Walter Arias, Sergio Dominguez, María Alejandra Masías, Ximena Salas, Fiorela Canales y Arantxa Flores. Integración familiar y variables socioeconómicas en Arequipa metropolitana. *Revista de Investigación (Arequipa)* ISSN versión impresa 2309-6683 Año 2013, Volumen 4, 35-65.
6. Barraza Meléndez, Josefina. Estudio socioeconómico y cultural de los hogares en extrema pobreza en el Distrito de Socabaya – Vivienda Taller Ampliación Socabaya – 2018. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional de San Agustín. 2018.
7. Luz Giovanna Choque Aguilar. Arequipa. Peru. Factores relacionados a algunas características depresivas en gestantes del centro de salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena, Arequipa 2019. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad nacional de San Agustín. 2019.
8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006.
9. Fonseca Livias, Abner. Relación entre el nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de los Colegios de Huaral 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

10. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2008; XVII (1 y 2):1-197.
11. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Lima: *Anales de Salud Mental*; 2013.
12. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med.* 2017;78(4):393-7.
13. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
14. Rosero Flores, Andrés Alejandro; Valarezo Gutiérrez, Elsa Elizabeth. Prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito. Disertación previa a la obtención del título de médico/a cirujano/a. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
15. Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo, Martin Rondón. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev colomb psiquiat* 2016; 45(S1):31–38.
16. Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2013). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415–418.
17. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can.* 2010 Jun;30(3):84-94.
18. Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528.
19. Vincent Lorant, Christophe Croux, Scott Weich, Denise Deliege, Johan Mackenbach, Marc Ansseau. Depression and socio-economic risk factors: 7-

- year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry* (2007), 190, 293-298.
20. Simmons, Leigh Ann & Braun, Bonnie & Charnigo, Richard & Havens, Jennifer & Wright, David. (2008). Depression and Poverty Among Rural Women: A Relationship of Social Causation or Social Selection. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 24. 292-8.
 21. Spruha Joshi, Stephen J. Mooney, Andrew G. Rundle, James W. Quinn, John R. Beard, Magdalena Cerdá. Pathways from neighborhood poverty to depression among older adults. *Health & Place* 2017; 43.
 22. Johannes Haushofer, Ernst Fehr. On the psychology of poverty. *Science* 2014; 3(6186).
 23. Cohen, S., Doyle, W. J., & Baum, A. (2006). Socioeconomic Status Is Associated With Stress Hormones. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 414–420.
 24. Elsy Arlene Pérez-Padilla, Víctor Manuel Cervantes-Ramírez, Nayeli Alejandra Hijuelos-García, Juan Carlos Pineda-Cortés, Humberto Salgado-Burgos. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica* 2017; 28:89-115.
 25. Eric R. Kandel. La nueva biología de la mente. Editorial Planeta; 2018.



ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación: Relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

Desarrollado por el investigador Joan Manuel Armaza Lazo.

También doy fe, de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que brindo es confidencial, por lo tanto, no afectara a mi persona de ninguna manera. Además, sé que en cualquier momento puedo dejar de proporcionar la información y/o dejar de participar.

Además, afirmo que se me proporciono suficiente información sobre los aspectos éticos que involucran mi participación, y que puedo obtener más información, en caso de que lo considere necesario, con el investigador mencionado, a través del siguiente correo electrónico: jmal_94@hotmail.com.

Fecha:

Nombre y firma del participante

Firma del investigador

ANEXO 2:
ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN 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.

Por favor marque con una X la columna más adecuada.	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Tengo tanto apetito como antes.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				

12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Me siento útil y necesario.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Puntaje: _____

Fuente: Cogollo Z, Díaz C, Campo A. 2006, Velásquez Cabrejos, Hilarie
Stephanía 2020

ANEXO 3:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°: _____

Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas:

Ingreso estimado del hogar (Ganancia mensual aproximada que aportan todos los miembros del hogar): _____ Soles

Número de personas que viven en el hogar (incluyendo a usted): _____

Número de hijos: _____ hijos

Número de personas que dependen económicamente de usted: _____

Edad: _____ años

Sexo: () Masculino () Femenino

Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo

Cuenta con algún tipo de Seguro de Salud: () Si () No

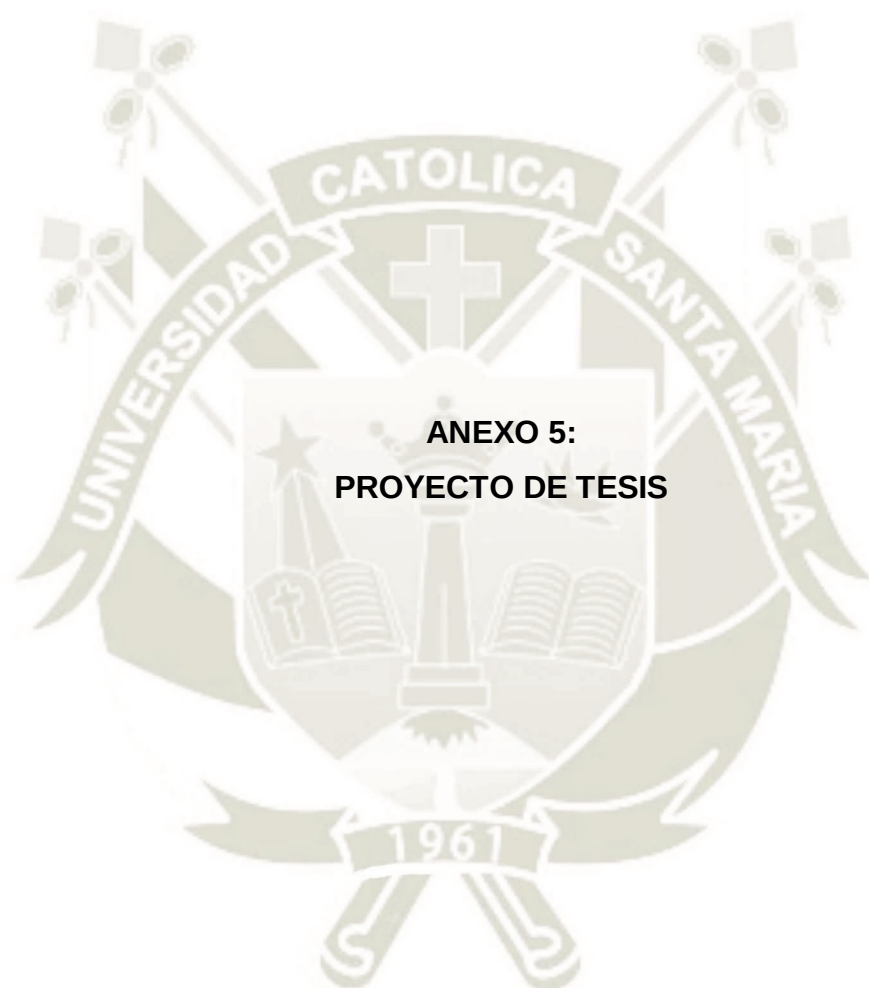
Grado de instrucción: () Primaria () Secundaria () Superior

Número de horas de trabajo: () Menos de 8 horas () Más de 8 horas () 8 horas

¿Tiene usted algún trastorno mental diagnosticado? () Si () No

ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

ID	Ingreso estimado	Nro personas que hijos	Personas que dependen	Edad	Sexo	Estado civil	Seguro de salud	Grado de instrucción	Numero de horas	Puntaje escala	Depresión	PBI percapita	Estrato
1	2000	3,00	2,00	3,00	2,00	2	2	1	2	3	69	3,00	333
2	1800	3,00	2,00	2,00	3,00	2	1	1	2	2	69	3,00	300
3	1400	2,00	2,00	2,00	2,00	3	3	2	3	3	68	3,00	466
4	900	2,00	2,00	2,00	4,00	1	2	2	3	3	70	4,00	450
5	1200	2,00	1,00	2,00	3,00	1	1	2	2	3	60	3,00	600
6	800	2,00	1,00	2,00	3,00	1	1	2	2	3	69	3,00	400
7	3000	4,00	3,00	4,00	3,00	2	2	1	1	2	69	3,00	333
8	600	1,00	3,00	4,00	3,00	1	2	2	3	3	70	4,00	600
9	2000	3,00	2,00	2,00	3,00	2	3	1	2	3	62	3,00	400
10	1500	3,00	2,00	3,00	3,00	2	3	1	2	3	65	3,00	300
11	900	2,00	3,00	2,00	5,00	2	2	1	1	2	46	1,00	450
12	1800	3,00	2,00	3,00	3,00	2	3	2	2	2	44	1,00	360
13	1800	2,00	2,00	3,00	2,00	2	3	2	1	3	50	2,00	450
14	1100	2,00	3,00	2,00	5,00	1	2	2	1	3	47	1,00	550
15	1000	2,00	3,00	2,00	5,00	1	5	1	3	1	45	1,00	500
16	2400	3,00	1,00	1,00	1,00	2	1	1	3	3	41	1,00	480
17	800	2,00	2,00	2,00	4,00	1	1	2	2	3	38	1,00	400
18	1500	2,00	2,00	3,00	4,00	1	3	1	1	3	40	1,00	375
19	3000	3,00	1,00	4,00	2,00	1	1	2	3	3	50	2,00	600
20	1000	2,00	2,00	2,00	1,00	1	3	1	3	2	45	1,00	500
21	600	2,00	1,00	2,00	4,00	1	1	2	2	2	50	2,00	300
22	4800	4,00	2,00	2,00	5,00	1	3	1	2	1	38	1,00	685
23	1400	2,00	2,00	2,00	5,00	2	5	1	3	3	41	1,00	466
24	1000	2,00	2,00	2,00	5,00	1	2	1	2	3	40	1,00	333
25	2000	2,00	2,00	3,00	1,00	2	1	2	3	3	37	1,00	500
26	1800	2,00	1,00	2,00	1,00	2	1	2	2	3	41	1,00	600
27	1500	2,00	3,00	2,00	2,00	1	3	2	2	3	39	1,00	500
28	3500	3,00	1,00	3,00	3,00	1	1	2	3	3	36	1,00	700
29	500	1,00	3,00	2,00	4,00	1	5	1	2	2	69	3,00	500
30	1200	2,00	2,00	2,00	1,00	2	3	2	3	3	45	1,00	400
31	1500	3,00	2,00	3,00	2,00	1	3	1	3	3	39	1,00	300
32	800	2,00	2,00	2,00	2,00	2	2	1	3	3	47	1,00	400
33	700	1,00	2,00	2,00	1,00	2	1	1	2	2	38	1,00	700
34	400	1,00	2,00	2,00	2,00	1	1	2	2	3	34	1,00	400
35	1100	2,00	2,00	2,00	4,00	1	3	1	3	3	38	1,00	366
36	850	2,00	2,00	2,00	4,00	2	1	1	2	3	34	1,00	425
37	1200	2,00	2,00	2,00	3,00	2	3	2	2	2	35	1,00	400
38	1500	2,00	2,00	2,00	1,00	2	1	2	3	3	67	3,00	750
39	1350	2,00	2,00	2,00	3,00	2	3	1	2	3	38	1,00	450
40	2500	2,00	2,00	2,00	1,00	1	3	1	2	1	45	1,00	833
41	1800	2,00	2,00	2,00	3,00	2	1	2	3	3	35	1,00	450
42	800	2,00	3,00	2,00	5,00	1	2	1	1	3	40	1,00	400
43	1650	2,00	2,00	3,00	3,00	1	3	2	2	3	41	1,00	412
44	1200	2,00	1,00	2,00	1,00	2	1	1	3	2	68	3,00	600
45	1400	2,00	3,00	1,00	5,00	1	5	1	1	1	50	2,00	700
46	900	2,00	2,00	2,00	4,00	1	2	2	2	3	38	1,00	450
47	1600	2,00	2,00	2,00	4,00	2	2	1	2	3	36	1,00	400
48	1200	2,00	2,00	3,00	3,00	2	4	2	2	3	42	1,00	300
49	900	2,00	2,00	2,00	4,00	1	1	1	1	3	40	1,00	300
50	1900	2,00	2,00	2,00	2,00	1	3	1	2	3	48	1,00	475



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN E INGRESO PER CÁPITA EN
TRABAJADORES AMBULANTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA**

Proyecto de Tesis presentado por el
Bachiller:

Armaza Lazo, Joan Manuel

Para optar el Título Profesional de: **Médico
Cirujano**

Asesor:

Dra. Chuquipalla Zamallos, Maribel

Arequipa – Perú

2020

I. PREÁMBULO

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por presentar una extensa gama de síntomas físicos, emocionales y cognitivos, es una de las enfermedades mentales más incapacitantes y comunes. Actualmente es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la primera causa de discapacidad a nivel mundial ya que el grado de deterioro personal, laboral y social puede ser muy severo.

Es una enfermedad que tiende a la cronicidad requiriendo, muchas veces, intervención psicológica y, en casos graves, es necesaria la intervención de un médico especialista en psiquiatría ya que puede conducir al suicidio.

Su etiología es compleja ya que resulta de la interacción de diversos factores biológicos, psicosociales y genéticos y, a pesar del tiempo que ha sido estudiada, las bases biológicas de la depresión no están del todo claras.

Se han publicado numerosos trabajos que han estudiado la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la depresión, concluyendo que, la pobreza puede deteriorar la salud mental de un individuo provocando en él diversos desórdenes mentales. Por tanto, se concluye en la mayoría de estudios que, a mayor pobreza, los índices de enfermedad mental son mayores.

Actualmente en el Perú según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2019, la pobreza afecta aproximadamente al 20 % de la población, siendo este porcentaje considerable.

Por lo tanto, el presente trabajo estudiara la relación que existe entre el nivel de depresión y el ingreso per cápita por hogar en una población subempleada, relacionando, además, otras variables socioeconómicas, para así aportar conocimiento médico con potencial impacto social.

Cabe resaltar que no se han encontrado variada información acerca de estudios similares en nuestro medio, recalcando la importancia de ahondar el tema en estudios posteriores.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Existe relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita por hogar en trabajadores ambulantes?

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento

- a. Área general: Ciencias de la Salud
- b. Área Específica: Medicina Humana
- c. Especialidad: Psiquiatría.
- d. Línea: Depresión.

1.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Variables dependientes			
Nivel de depresión	Respuestas a la escala de Zung	25-49 Rango normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido 70 o más Severamente deprimido	Categórica Ordinal
Variables independientes			
Ingreso per cápita del hogar	Ficha de recolección de datos	Soles	Numérica Cardinal
Ingreso estimado del hogar	Ficha de recolección de datos	Soles	Numérica Cardinal
Número de personas que viven en el hogar	Ficha de recolección de datos	1 2 3 4,etc	Numérica Cardinal
Número de hijos	Ficha de recolección de datos	1 2 3	Numérica Cardinal

		4,etc	
Número de personas que dependen económicamente	Ficha de recolección de datos	1 2 3 4,etc	Numérica Cardinal
Edad	Ficha de recolección de datos	Años	Numérica Cardinal
Sexo	Ficha de recolección de datos	Masculino/Femenino	Categórica Nominal
Estado civil	Ficha de recolección de datos	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Categórica Nominal
Seguro de salud	Ficha de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
Grado de instrucción	Ficha de recolección de datos	Primaria Secundaria Superior	Categórica Nominal
Número de horas de trabajo	Ficha de recolección de datos	Menos de 8 horas Más de 8 horas	Numérica Cardinal

1.2.3. Interrogantes básicas

- i. ¿Existe relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita por hogar en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa?
- ii. ¿Cuál es el nivel de depresión en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa?
- iii. ¿Cuál es el ingreso per cápita del hogar en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa?
- iv. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa?
- v. ¿Existe asociación entre el nivel de depresión y factores sociodemográficos en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa?

1.2.4. Tipo de investigación

Investigación de campo

Diseño de investigación

No experimental, prospectivo y transversal

1.2.5. Nivel de investigación

Nivel correlacional

1.3. Justificación del problema:

1.3.1. Originalidad:

El presente trabajo de estudio posee originalidad ya que siendo el Perú, un país donde las tasas de pobreza son elevadas, me resulta extraño no haber encontrado en nuestro medio, abundante y variada cantidad de trabajos de investigación que busquen estudiar la relación entre la pobreza y la depresión.

1.3.2. Justificación científica:

El presente trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento científico al estudiar la relación entre un factor que ha sido ampliamente estudiado en numerosos estudios alrededor del mundo con la aparición de síntomas depresivos en nuestro medio.

1.3.3. Justificación social:

La pobreza en nuestro país es un problema que involucra a todos, ya que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2018, el 20,5% de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 6 millones 593 mil personas, se encontraban en situación de pobreza. Por lo que, es necesario estudiar la relación entre pobreza y enfermedad mental en nuestro medio (1).

1.3.4. Factibilidad:

El presente estudio es posible, ya que requiere de la resolución de una ficha de recolección de datos y de la Escala de Autoevaluación para la

Depresión de Zung por parte de trabajadores ambulantes, mismo que, se efectuara en el presente año durante el mes de febrero.

1.3.5. Justificación personal:

Tal es la situación actual, respecto a la depresión, que resulta imposible no notar el aumento de campañas de salud mental por todos los medios de comunicación. Si entendemos a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, me resultaría importante aportar conocimiento en el área de la salud mental, ya que considero que la depresión es una de las enfermedades con mayor impacto en el individuo, familia y la sociedad.

2. MARCO TEORICO

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. Definición

La organización mundial de la salud se refiere a la depresión como una enfermedad mental y calcula que afecta a más de 300 millones de personas; es diferente de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana (1).

El concepto engloba a la depresión como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, insomnio, sentimientos de minusvalía, anorexia e ideación suicida. A menudo también manifiestan ansiedad y variada sintomatología somática (2).

La depresión mayor es un desorden grave y recurrente relacionado con la disminución del funcionamiento de los roles y la calidad de vida. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (3).

Se debe tener clara la diferencia entre el episodio depresivo mayor y el trastorno depresivo mayor.

El episodio depresivo mayor se caracteriza por un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo

deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. (2). Son una preocupación importante de salud pública en todas las regiones del mundo y está vinculado fuertemente a las condiciones sociales (3).

El trastorno depresivo mayor se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente:

- El episodio único se caracteriza porque sólo se ha presentado un episodio depresivo mayor.
- El recurrente se caracteriza por ser el más común y algunos investigadores estiman que se puede presentar hasta en el 80% de los pacientes (2).

2.1.2. Epidemiología

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, osea uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos (4).

Según un estudio publicado en 2018, en atención primaria uno de cada diez pacientes, en promedio, se presenta con síntomas depresivos, y se sabe que la prevalencia de depresión aumenta en la atención secundaria (5). Se concluye también que la depresión mayor es un trastorno común, con casi una de cada cinco personas experimentando un episodio en algún momento de su vida (6).

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental reportó en el 2002 una prevalencia de estado depresivo moderado a severo de 9,8% en adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao. Una réplica de este estudio en el año 2012 arrojó una prevalencia de 3,8% (7).

Asimismo, en el 2012 las enfermedades neuropsiquiátricas también ocuparon el primer lugar de carga de enfermedad, produciendo 1 010 594 años saludables perdidos, lo que representa una razón de 33.5 por

1000 habitantes. La prevalencia de vida de al menos un trastorno mental en nuestro país fue 29%, y la prevalencia de al menos dos y tres trastornos fue 10,5% y 4%, respectivamente. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes con un 14,9%, seguido por los trastornos del humor con un 8,2%, los trastornos de control de impulsos representaron el 8,1% y los trastornos por consumo de sustancias el 5,8% (8).

2.1.3. Clasificación de los síndromes depresivos.

Las diferentes clasificaciones de los síndromes depresivos se encuentran plasmadas en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (dsm-V); ambas están basadas en la clasificación de síntomas que buscan un consenso en pro de una aplicación práctica y de un lenguaje común que permita el trabajo entre investigadores y clínicos (4).

La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en la categoría F.32 incluye al episodio depresivo y lo subdivide en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado (2).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) divide a los trastornos depresivos como:

- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente.
- Trastorno disforico premenstrual
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado (1).

2.1.4. Fisiopatología

La identificación de los circuitos neuronales y sus mecanismos moleculares son fundamentales para entender la fisiopatología del trastorno depresivo. Por tal motivo, se han realizado diversos estudios genéticos en humanos y en roedores para identificar los circuitos cerebrales involucrados en este trastorno mental (9).

El sistema límbico regula el control de las emociones en el ser humano y desencadena respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los retos que comprometen la homeostasis, la supervivencia y la reproducción de un organismo, garantizando que éstos sean almacenados en la memoria para ser recordados durante eventos futuros. Su funcionamiento está regulado por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la acetilcolina, noradrenalina, dopamina, la serotonina, etc., los cuales luego de interaccionar de una manera compleja dan origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables (9).

Diversos estudios demostraron que, fisiológicamente los pacientes con depresión mayor presentan un mayor flujo sanguíneo y un mayor metabolismo en zonas de la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial, así como una disminución de la actividad en las zonas dorso-medial y dorso-antero lateral de la corteza prefrontal y de la zona ventral anterior de la corteza cingulada. Estas alteraciones comprometen regiones talámicas, y diversos circuitos hipotalámicos, con la participación de la amígdala, la corteza orbital medial, y diversas regiones del estriado (9).

Se ha observado en los últimos estudios, alteraciones neurobiológicas en pacientes deprimidos, entre los que destacan: cambios estructurales, cambios neuroendocrinos, cambios celulares y moleculares. Se cree que las áreas cerebrales que están implicadas con la depresión mayor

son la amígdala, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y el hipocampo, donde se observa una reducción en el volumen y el grosor de estas áreas (9).

2.1.5. Etiología

2.1.5.1. Las monoaminas:

Desde hace 50 años, el enfoque biológico de la depresión ha sido dominado por la hipótesis de las monoaminas, la cual propone que la depresión es causada por una carencia funcional de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina en las regiones límbicas del cerebro (9).

Esta hipótesis se apoyó por el hallazgo de que el tratamiento con reserpina, el cual es un fármaco antihipertensivo que agota las reservas de las monoaminas, causó episodios depresivos en algunos pacientes. Fundamentalmente se especuló que la depresión se debe a una reducción en la disponibilidad de noradrenalina y serotonina, resaltando que los fármacos antidepresivos ejercen su acción terapéutica mediante el incremento de la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores (9).

La serotonina se sintetiza a partir del aminoácido triptófano y se almacena en vesículas presinápticas que se liberaran ulteriormente al espacio sináptico. Una vez que se encuentra en la hendidura sináptica, la serotonina actúa sobre receptores pre y post sinápticos, siendo retirada de este espacio por medio de su receptación mediante transportadores específicos localizados en la membrana pre sináptica, evitando de esta forma que la neurotransmisión se extienda indefinidamente (9).

Un gran número de fármacos antidepresivos usados en la actualidad se unen con gran facilidad a este transportador y lo inhiben, extendiendo la permanencia de la serotonina en la hendidura sináptica y por tanto alargan su efecto en las neuronas blanco. La acción de la serotonina termina cuando es convertida en el ácido 5-hidroxiindolacético por acción de la monoaminoxidasa mitocondrial.

Las acciones de la 5-HT en el cerebro están mediadas por 14 receptores de membrana agrupados en 7 familias (9).

Se sabe que la serotonina y sus receptores afectan a muchas funciones cerebrales, incluyendo el apetito, el sueño, la actividad motora, el comportamiento sexual, la percepción sensorial, la regulación de la temperatura y la secreción de las hormonas (9).

Además, diversos estudios han relacionado al receptor 5-HT_{1A} serotoninérgico con el trastorno depresivo mayor. Los resultados de tomografía de emisión de positrones sugieren una reducción del receptor 5-HT_{1A} en personas con depresión mayor y estudios post-mortem proveen pruebas adicionales de la reducción en la expresión del receptor 5-HT_{1A} en la corteza prefrontal ventrolateral, la corteza temporal y en el hipocampo, áreas que están implicadas en los trastornos del ánimo (9).

2.1.5.2. La genética:

Recientemente se ha propuesto que la depresión tiene su origen en la interacción de factores ambientales y genéticos que producen alteraciones en la liberación de las monoaminas (9).

En la actualidad se han reportado casi 200 genes involucrados con el trastorno depresivo mayor. De todos los genes asociados, siete se reportan con mayor significancia, los cuales son: GNB3, HTR1A, MTHFR, 5HTTP / SLC6A4, APOE, DRD4, y SLC6A3. La caracterización de cada uno de estos genes relacionados a la depresión mayor ha sido complicado debido a una influencia poligénica, con interacciones entre variantes genéticas y las exposiciones ambientales (9).

Estudios reportan que las investigaciones realizadas en familiares de pacientes que padecen depresión mayor proponen un mayor riesgo de depresión en parientes de primer grado; en dos estudios se reportó que la depresión mayor hereditaria, afecta más a mujeres que a hombres (9).

Por otro lado, las mutaciones en las regiones genéticas implicadas en la función anómala del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (como el alelo FKBP5) se han asociado con un mayor riesgo de depresión. También se ha reportado que los patrones de metilación en el DNA que codifica para el factor neurotrófico derivado del cerebro, el cual es una neurotrofina, se han asociado con la severidad de la depresión y la presencia de ideación suicida. También se menciona que un polimorfismo promotor de inserción/delección (5-HTTLPR) del gen que codifica para el transportador de la recaptura de serotonina (SLC6A4), se encuentra relacionado con la ansiedad y con la resiliencia a la adversidad (9).

2.1.5.3. El estrés:

Se sugiere que los trastornos depresivos representan modificaciones en el sistema nervioso central en respuesta a niveles crónicos de estrés (8).

La hipótesis del estrés postula que los trastornos depresivos son causados por alteraciones de las funciones tróficas que impiden la adecuada función de las neuronas y producen alteración de la plasticidad neuronal. Cada evento estresante que experimentamos puede tener impacto importante y duradero en el cerebro, alterando su función y estructura. Por ello, se asume que el estrés crónico es desencadenante de graves consecuencias cognitivas, lo cual puede propiciar una serie de trastornos psiquiátricos como la depresión mayor y el estrés postraumático (9).

El aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal se ha asociado con diversos trastornos neuropsiquiátricos debido a sus efectos negativos sobre el sistema nervioso central, ya que promueve la atrofia de las proyecciones dendríticas neuronales, disminuye la neuroplasticidad y la neurogénesis, así como aumenta la muerte neuronal. Por lo tanto, una numerosa gama de funciones cognitivas puede ser alterada por el mal funcionamiento de dicho eje, al incrementarse la liberación de la hormona adrenocorticotrópica y

llevando a una excesiva producción de glucocorticoides y activación de receptores. Por lo tanto, la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, producto del estrés, provoca cambios estructurales en el hipocampo y otras regiones cerebrales por acción del cortisol, los cuales favorecen la atrofia neuronal y disminuyen la neurogénesis en diferentes lugares del sistema nervioso central en respuesta al estrés (9).

En un estudio publicado en 2015, se menciona que la hormona liberadora de corticotropinas se asoció con un aumento de los síntomas depresivos de anhedonia (10).

En un estudio publicado en el año 2016, se observó que luego de provocar periodos de estrés en ratones, aumentaba la concentración de corticosterona, la cual incrementaba a su vez los niveles de glutamato en el área prefrontal. Dado que el glutamato tiene función excitadora, causó un aumento de la excitabilidad en las neuronas de la corteza prefrontal y luego de 24 horas los investigadores habían notado que las dendritas de las neuronas de la corteza prefrontal habían sufrido atrofia (11).

2.1.6. Presentación clínica

El trastorno depresivo puede presentarse de manera aislada o acompañado de otras categorías diagnósticas y convertirse en una enfermedad recurrente o crónica (12).

Los pacientes deprimidos pueden ser divididos en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar. El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos, este grupo es diagnosticado con más facilidad tanto por el psiquiatra como por el médico general.

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos tales como el cansancio, cefalea, insomnio, anorexia; estos pacientes son sometidos con frecuencia a múltiples exámenes y a tratamientos inefectivos. El tercer grupo se manifiesta por la presencia de otros

síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad, la cual es a menudo mal diagnosticada y tratada (2).

2.1.6.1. Predominio depresivo:

Los síntomas más importantes en este grupo son el ánimo deprimido y la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. Se manifiestan por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, ideación o intentos de suicidio, pensamientos de muerte, abandono o disminución de las actividades placenteras, hasta incluso, disminución del placer sexual (2).

2.1.6.2. Predominio somático:

Aunque se sabe que cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastornos de la homeostasis, problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos.

Algunos autores denominan a estas depresiones como “enmascaradas” en las cuales predominan los síntomas orgánicos, pero es importante recalcar que generalmente se acompañan de los síntomas cuya presencia confirmará el paciente al ser interrogado.

Entre los referentes de la homeostasis general es frecuente la pérdida de peso y ésta, cuando no tiene una causa orgánica definida debe hacer sospechar la depresión. Lo mismo sucede con el insomnio. La fatiga fácil y la somnolencia diurna también son frecuentes. Es importante resaltar la asociación entre depresión y dolor, la cual está bien establecida. En general estos dolores son vagos, difusos y atípicos. Éste es el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son dolores de cabeza, dolores articulares, dolores torácicos, de los miembros, dolores abdominales y neuralgias (2).

2.1.6.3. Predominio de otros síntomas psiquiátricos:

Según se sabe, la ansiedad es la máscara más común de la depresión, ésta es experimentada de una forma diferente a la

producida por las ansiedades de la vida normal. Puede también acompañarse de síntomas del sistema nervioso autónomo, tales como sudoración de las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de la boca, opresión en el pecho, etc (2).

2.1.7. Diagnostico

Un estudio encontró que los médicos generales sólo diagnosticaron correctamente el 36% de los pacientes deprimidos que entrevistaron, además diagnosticaron 19% de depresiones en pacientes que no estaban deprimidos. Quizá se presenta tal error debido a que la mayoría de las depresiones se presentan con síntomas o máscaras orgánicas o psiquiátricas (2).

Los cuadros con sintomatología predominantemente depresiva son identificados con mayor facilidad, pero en aquellos pacientes que consultan por síntomas somáticos, el profesional movido por una formación biológica, utiliza la tecnología médica o refiere al paciente a otros especialistas de acuerdo con la sintomatología. Sin embargo, estos cuadros predominantemente orgánicos, en la mayoría de los casos, presentan los síntomas depresivos (2).

A continuación presentamos los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según DSM V (13).

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso).

Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta (p. ej., modificación de más del 5 por ciento del peso corporal en un mes) o aumento de peso o disminución del apetito casi todos los días.

Nota: En niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento) (4).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (15).

2.1.8. Curso y evolución

El inicio de la depresión suele ser gradual, pero se sabe que a veces puede ser abrupto (6).

El curso de la depresión varía considerablemente a lo largo de la vida. La minoría de los episodios depresivos mayores son únicos y su duración promedio sin tratamiento es de seis meses. Aproximadamente el 50% a 60% de las depresiones mayores presentan un segundo episodio, después de dos episodios la posibilidad de recurrencia es del 70%, y después de tres episodios el riesgo es del 90%. Aunque en general la recuperación después de un episodio depresivo es completa, un tercio de los pacientes no se recuperan totalmente y mantienen un grado moderado de sintomatología entre los episodios (2).

Según el DSM V, la posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio. Además se sabe que otras características que se asocian a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: Estar soltero o vivir solo, ser varón y tener intensos sentimientos de desesperanza (13).

2.2. INGRESO PER CÁPITA.

2.2.1. Definición

El Banco Central de Reserva del Perú define al ingreso per cápita o al Producto Bruto Interno per cápita como el conjunto de remuneraciones promedio obtenida por los habitantes de un país en un periodo determinado, generalmente un año, es utilizado para comparar estándares de vida entre países y para expresar el potencial económico de un país (14).

Según el Ministerio de Economía y Finanzas el ingreso per cápita es el promedio de Producto Bruto Interno por cada persona y es calculado dividiendo el Producto Bruto Interno total por la cantidad de habitantes de la economía (15).

El Producto Bruto Interno (PBI) es la medida más común para medir el desempeño económico de una nación y es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado, el cual generalmente es un año. Producto hace referencia

a valor agregado; interno se refiere a que es la producción dentro de las fronteras de una economía; y bruto se refiere a que no se contabilizan la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones de capital (15).

En palabras fáciles de entender el PBI es una medida de la actividad económica, mientras más crezca el PBI de una nación significa que económicamente el país está progresando. El PBI per cápita o ingreso per cápita hace referencia al promedio de Producto Bruto Interno por persona, y este crecerá en medida que aumente el valor de los bienes y servicios que produzca una nación (16).

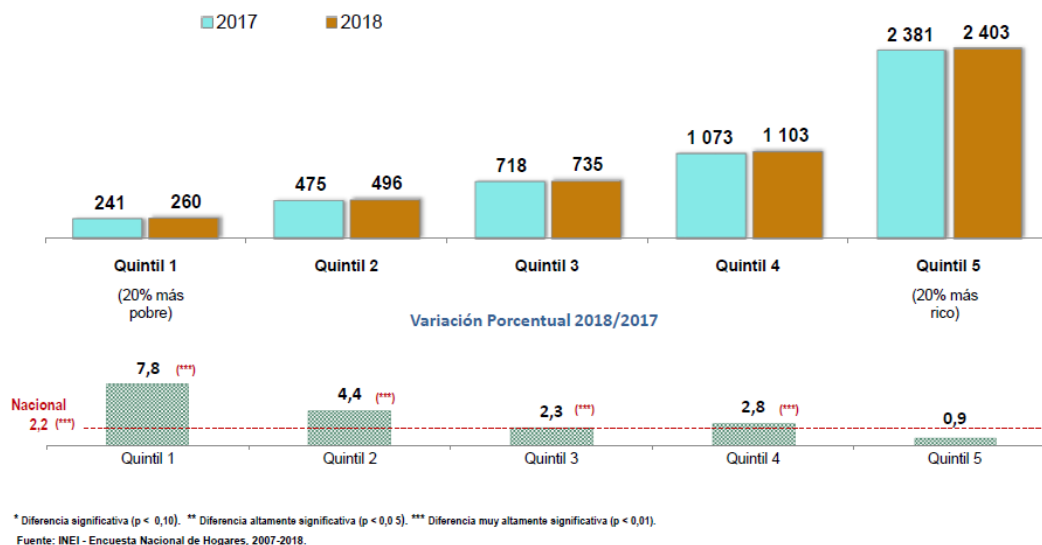
2.2.2. Ingreso per cápita y quintiles de pobreza.

El ingreso per cápita puede ser utilizado como indicador de pobreza, si ordenamos la población de un país desde el individuo más pobre al más rico y dividimos dicha población en 5 partes iguales.

Como vemos en el siguiente cuadro publicado en abril del 2019 por José García Zanabria, Jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática, al presentar los Resultados de la Pobreza Monetaria al año 2018, cada quintil representa el 20 % del total, donde el primer quintil agrupa a los más pobres es decir los que tienen menos ingresos y el quinto quintil a los de mayor ingreso (15).

Perú: Ingreso Real Per Cápita Promedio Mensual, según quintiles: 2017 – 2018

(Soles constantes base = 2018 a precios de Lima Metropolitana)



Fuente: Resultados de la Pobreza Monetaria al año 2018

2.2.3. Pobreza

2.2.3.1. Definición:

No existe una única definición de pobreza; en general, se refiere a la carencia o falta de acceso al conjunto básico de bienes y servicios en un nivel que se considera inaceptable, y la pobreza extrema es la situación en la dicha ausencia significa un detrimento excesivo del bienestar o amenazan la vida (16).

La pobreza conlleva no solo cargas económicas sino también dificultades psicosociales. Los que viven en la pobreza encuentran luchas diarias que van desde problemas tangibles (por ejemplo, la obtención de necesidades básicas) y a problemas intangibles (17).

Las cifras de la pobreza a nivel mundial son lamentables, ya que se estima que más de 1.5 billones de personas en el mundo viven con menos de \$ 1 por día. Esta falta de medios financieros tiene consecuencias impactantes: Por ejemplo en África, la persona promedio muere 21 años antes que en Europa, un tercio de la población es analfabeta y uno de cada tres niños tiene retraso del crecimiento (18).

Se considera un problema social grave, ya que la pobreza puede significar vivir en la miseria, una muerte temprana y hasta criar a niños que enfrentaran panoramas similares (18). En razón de ello, la OMS incluyó entre los objetivos del milenio proyectos que pueden mitigar factores asociados al incremento de la pobreza, como la falta de educación, las desigualdades de género, la falta de acceso a salud, etc (16).

2.2.3.2. Pobreza y relación con la enfermedad mental.

Debido a que evitar la enfermedad tal vez sea la necesidad primaria del ser humano, la relación entre pobreza y salud se manifiesta desde la definición de la canasta de bienes y servicios que se considera básica, y en la literatura científica hay evidencia que da cuenta del círculo de retroalimentación entre las dos, mediante el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad y las precarias condiciones de salud pueden convertirse en una barrera para acceder a la canasta básica (16).

La relación entre pobreza y salud mental ha sido estudiada desde el siglo pasado, uno de los primeros en analizar esta relación fue Saraceno y colaborador (19).

De acuerdo con Saraceno y colaborador, la pobreza puede deteriorar salud mental por el aumento del estrés que genera la exclusión social, el escaso acceso a servicios de salud y el incremento de la violencia. También menciona que la enfermedad mental puede ser un factor que incremente la profundidad de la pobreza debido al mayor gasto en salud, la estigmatización, la pérdida de productividad, etc (16).

Para establecer un vínculo entre la condición de pobreza y la presencia de enfermedad mental en nuestros días, un estudio en Canadá publicado en el año 2010 comparo los desórdenes mentales en personas con bajos ingresos y en personas que no tenían bajos ingresos; se llegó a la conclusión que la tasas de prevalencia de depresión mayor, fobia social y trastorno de pánico son más altas en el grupo de bajos ingresos (20).

Las revisiones de 5 estudios epidemiológicos de India, Brasil, Chile y Zimbabwe y de otros 11 estudios de un rango de países de ingresos bajos y medios, sugieren que los trastornos mentales comunes (que incluye depresión y ansiedad) están fuertemente asociados con niveles más bajos de educación y nivel socioeconómico; pero los mecanismos por los cuales se mantiene el ciclo de la pobreza y trastornos mentales comunes son complejos (21).

Con respecto a la depresión, varios estudios sugieren que los entornos físicos y sociales en los que viven las personas, tienen influencia importante en su salud mental. Los estudios han vinculado fuertemente las características económicas negativas a nivel del barrio, como la pobreza, la desigualdad, la desventaja y la inestabilidad residencial con un mayor riesgo de depresión (22).

Por otro lado, variados datos sugieren que los ingresos más altos se asocian con más felicidad y satisfacción con la vida. Estos hallazgos muestran que la pobreza se correlaciona con depresión y ansiedad.

Así, la gran mayoría de los hallazgos sugiere que el aumento de la pobreza conduce mayormente a afecto negativo y estrés, y que su disminución tiene el efecto contrario (18).

Hay posibles maneras a través de las cuales la pobreza del barrio puede influir en la depresión.

Por un lado, las personas que viven en barrios pobres están expuestas a eventos vitales más estresantes, como el desempleo, presencia de violencia, etc. Además, los eventos estresantes de la vida se han relacionado con la depresión entre los adultos mayores. Por ejemplo, un estudio entre adultos mayores encontró que las personas que sufren de dificultades económicas tienen más probabilidades de deprimirse en comparación con los adultos mayores con menos dificultades financieras (22).

Los vecindarios pobres pueden carecer de servicios que apoyen la organización social, como iglesias y centros comunitarios. La falta de

organización social puede llevar al aislamiento, lo que también se ha demostrado que aumenta el riesgo de depresión (22).

Los barrios con niveles más altos de pobreza tienen niveles más bajos de control social, niveles más altos de crimen y desorden. Los niveles más altos de crimen pueden generar temor y estrés entre los habitantes, mientras que los niveles más bajos de control pueden resultar en una menor confianza y obstaculizar los esfuerzos para reducir el crimen. Además, los niveles más bajos de control social pueden obstaculizar el apoyo social para hacer frente al miedo y estrés inducidos por los altos niveles de delincuencia y desorden. El miedo y el estrés son causas conocidas de depresión.

También las áreas de mayor pobreza a menudo también tienen menos acceso a áreas verdes y menos accesibilidad para caminar (22).

Finalmente, a pesar que factores sociales y culturales tales como nivel socioeconómico pueden tener un rol en la depresión mayor, la genómica y otros factores subyacentes conducen a la ocurrencia de esta patología (23).

2.3. VENDEDOR AMBULANTE

La Asociación Nacional de Vendedores Ambulantes de la India (NASVI) define al vendedor ambulante como una persona que ofrece bienes o servicios para la venta al público que se caracteriza por no tener una estructura construida permanentemente, en lugar de ello, cuenta con una estructura estática temporal o puesto móvil o de carga. Los vendedores ambulantes pueden estar estacionarios y ocupar espacio en los pavimentos o pueden ser móviles, y recorrer de un lugar a otro llevando sus mercancías (24).

Dicho trabajador puede ser formal o informal.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.1. En el área local:

No se han encontrado trabajos similares.

3.2. En el área nacional:

Autor: Melo-Vega Vinatea, Claudia (2009)

Título: Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana.

Fuente: Repositorio de tesis Pontificia Universidad Católica del Perú

Resumen: El término trabajo infantil suele ser definido como el trabajo que priva a los niños y adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental; en sus formas más extremas, implica niños que son esclavizados, separados de sus familias, expuestos a graves riesgos y enfermedades, etc. (IPEC, 2009). Algunos estudios han encontrado que los niños trabajadores experimentan emociones negativas asociadas a su condición. Debido a las características sociales, económicas y familiares que tienen estos niños, existe un alto porcentaje de niños trabajadores que se encuentran en situación de riesgo, no solo físico sino también social y mental. Así mismo, se asocian al trabajo infantil, consecuencias similares a las que se encuentran en el trastorno depresivo (Molina, Tomas, Saté y Baeza, 2000). Ante lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva existentes en niños trabajadores que asisten a los colegios del programa Proniño en Lima Metropolitana? (28).

Autor: Fonseca Livias, Abner (2015)

Titulo: Relación entre el nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de los Colegios de Huaral 2015.

Fuente: *Universidad Nacional Hermilio Valdizán; Repositorio Institucional – UNHEVAL.*

Resumen: Éste estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel socioeconómico (NSE) y la depresión en estudiantes del cuarto y quinto grado de secundaria de los colegios del distrito de Huaral durante el periodo 2015. El diseño de investigación fue de tipo transversal – correlacional ya que trata de evaluar el grado de relación existente entre ambas variables en un mismo periodo de tiempo. La población fue de 2234 adolescentes de los cuales se seleccionó una muestra probabilística de 332 estudiantes; asimismo, para el recojo de la información, se utilizó el test Psicológico de Zung, instrumento que mide la depresión, como también el cuestionario de Nivel Socioeconómico - APEIM (Asociación Peruana de Empresas de Investigación y Mercado) para evaluar el nivel socioeconómico de la muestra. Para medir la asociación de las variables en estudio se utilizó el Chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados más importantes encontrados se reportan que el 98.8% de los adolescentes del distrito de Huaral presentan algún grado de depresión y el 69% de la población estudiada pertenecen al nivel socioeconómico bajo. Se concluye, finalmente que no existe relación entre el nivel socioeconómico y la depresión en adolescentes de los colegios del distrito de Huaral (29).

3.3. En el área internacional

Autor: Rosero Flores, Andrés Alejandro; Valarezo Gutiérrez, Elsa Elizabeth, (2011)

Titulo: Prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito.

Fuente: Repositorio de Tesis de Grado y Postgrado de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador.

Resumen: El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, la severidad de esta enfermedad en esta población y las diferencias sociodemográficas entre los sujetos de estudio que presentaron depresión y los que no, en el mes de julio del 2011. Se realizaron entrevistas para ver si los participantes satisfacían los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR, se utilizó la escala autoaplicada de depresión de Zung para cuantificar la severidad de la enfermedad, y una encuesta creada por nosotros para establecer diferencias sociodemográficas entre los vendedores informales deprimidos y no deprimidos. Para el análisis de datos determinamos la prevalencia y severidad de la enfermedad, y comparamos las características sociodemográficas de los sujetos utilizando las pruebas de Chi cuadrado, la de T de Student y la de U de Mann-Whitney según corresponda. Demostramos que la prevalencia de depresión es del 24.90%; y que de acuerdo a la escala de Zung, en los pacientes deprimidos según el DSM-IV-TR, el 32.35% presentaron depresión leve y el 19.11% depresión moderada o severa. Las principales conclusiones de nuestro trabajo fueron que la prevalencia de depresión es más alta en el grupo de estudio que en la población general; que la mayoría de casos de la patología son leves; y que la enfermedad es más frecuente en los sujetos con menos años de instrucción, sin apoyo familiar y con comorbilidades asociadas (30).

Autor: Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo y Martin Rondón (2015)

Título: Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015.

Fuente: Revista Colombiana de Psiquiatría.

Resumen: Introducción: La pobreza se ha relacionado en algunos estudios con peores desenlaces en problemas y trastornos mentales. Se lo considera un círculo en el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad mental y esta a su vez conduce a mayor pobreza. En Colombia no existen estudios al respecto.

Objetivo: Describir la asociación en Colombia entre problemas y trastornos mentales y la condición de pobreza según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM). **Material y métodos:** Empleando la muestra de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, ponderada por los factores de expansión para la población, mediante entrevistas semiestructuradas se emplearon los instrumentos SRQ-20, AUDIT C y A, PCL modificado, APGAR familiar y CIDI-CAPI, para establecer la prevalencia de problemas y trastornos mentales, clasificando entre pobres y no pobres según el IPM. **Resultados:** Se entrevistó en total a 13.200 hogares, el 13,5% de ellos en condición de pobreza; en estos, el 6,2% de la población adolescente reportó algún trastorno a lo largo de la vida y el 4,6% en los últimos 12 meses; en contraste, en el mismo grupo de edad, pero no en condición de pobreza, las tasas fueron del 7,2 y el 3,3% respectivamente. En adultos en pobreza, la prevalencia de trastornos a lo largo de la vida fue del 9,2 y el 4,3% en el último año; los no pobres mostraron prevalencias del 9,1 y el 3,9 respectivamente. **Conclusiones:** Existe una relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y la presencia de afecciones mentales en la población colombiana; no obstante, no parece que haya asociación entre la exacerbación de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental (16).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Determinar si existe relación entre el nivel de depresión e ingreso per cápita por hogar en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

4.2. Objetivos específicos:

- i. Determinar el nivel de depresión en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.
- ii. Determinar el ingreso per cápita en trabajadores ambulantes y estratificarlo según el método de Dalenius-Hodges.
- iii. Describir las características sociodemográficas de trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

- iv. Establecer si existe asociación entre el nivel de depresión y factores sociodemográficos en trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa.

5. HIPÓTESIS:

Dado que los trabajadores ambulantes son personas de nivel socioeconómico bajo, es probable que existan altos niveles de depresión, según lo indica la mayoría de estudios alrededor del mundo.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizará como técnica la encuesta.

1.2. Instrumentos

Se aplicaran los siguientes instrumentos para la medición de las variables:

1.2.1. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W. W. Zung en 1965, consiste en una encuesta en la que se encuentran 20 preguntas cuyo propósito es valorar que tan deprimido se encuentra un paciente.

Hay diez preguntas elaboradas de forma negativa, y diez en forma positiva. 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).

El rango de calificación es de 20-80.

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

La escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung fue traducida y validada al español por Conde-López y de Esteban en 1975. Cabe resaltar que la escala de Zung no constituye una prueba diagnóstica para esta enfermedad, sino solamente un instrumento de cribado para la misma (25).

1.2.2. Ficha de recolección de datos

Este instrumento ha sido elaborado por el investigador para fines del presente estudio, en el cual se obtendrán diferentes datos de los encuestados para describir las características sociodemográficas como:

Sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, número de horas de trabajo, etc.

El instrumento es solo una herramienta para describir las características sociodemográficas de los trabajadores ambulantes de la ciudad de Arequipa, y dado que cada valoración de los diferentes ítems no tiene puntaje, no requiere de validación.

1.3. Materiales:

- Computadora
- Impresora
- Papel
- Lapiceros

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará en las calles que conformen el perímetro comprendido entre Santa Catalina, Calle Ayacucho, Calle Santo Domingo y Avenida Independencia.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollara durante el mes de febrero del año 2020.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

Todos los trabajadores ambulantes que se encuentren en el perímetro comprendido entre Santa Catalina, Calle Ayacucho, Calle Santo Domingo y Avenida Independencia.

2.3.2. Muestra

Los trabajadores ambulantes que se encuentren laborando al momento de la encuesta, con el cumplimiento de los siguientes criterios de selección.

- Criterios de inclusión

Trabajadores ambulantes que acepten participar en el estudio y que cuenten con consentimiento informado firmado.

-Criterios de exclusión

Trabajadores ambulantes que presenten algún trastorno psiquiátrico diagnosticado por un especialista.

Trabajadores ambulantes que no resuelvan los instrumentos de la manera adecuada.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Una vez que el proyecto de tesis sea aprobado, el investigador invitara a participar en el presente estudio a los trabajadores previo consentimiento informado firmado.

Posteriormente se entregara a los trabajadores que acepten participar una ficha de recolección de datos y el instrumento de evaluación de depresión, la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

Luego de haberse concluido la recolección de datos, se procederá a crear una base de datos y el análisis estadístico de los resultados.

Para terminar, se elaborará el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

El investigador Joan Manuel Armaza Lazo, alumno de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dra. Maribel Chuquipalla Zamallos.

3.2.2. Financieros:

Autofinanciamiento.

3.3. Validación de los instrumentos

La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, ha sido validada en varios estudios de investigación tanto a nivel internacional como nacional, por tanto no requiere de una nueva validación.

La Ficha de recolección de datos, no requiere validación debido a que es sólo para recojo de información (25,26).

3.4. Estrategias para el manejo de los Resultados

Para el procesamiento de los datos obtenidos se tabulara manualmente los datos recogidos.

Se valorará cada afirmación del cuestionario de Autoevaluación para la Depresión de Zung y luego de realizar la sumatoria final se determinara la prevalencia y el grado de depresión.

Con respecto a los datos de la ficha socioeconómica se prestara atención a la obtención del ingreso per cápita por hogar, el cual resulta de la división entre el ingreso estimado del hogar y el número de personas que viven en el hogar.

Se puede dividir a la población según el método de Dalenius-Hodges (usado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática), el cual consiste en la formación de estratos de manera que la varianza sea mínima al interior del estrato y máxima entre cada uno de ellos, para así formar estratos los más homogéneos posible. De esta manera se establecen rangos de ingreso per cápita por hogar por cada estrato social, dividiendo a así a la población en: Estrato alto, estrato medio alto, estrato medio, estrato medio bajo y estrato bajo (27).

Los rangos de ingreso per cápita por hogar para cada estrato social en Arequipa son:

Estrato alto: 1 487,3 a más.

Estrato medio alto: 1 091,5- 1 487,3.

Estrato medio: 882,0- 1 091,5.

Estrato medio bajo: 672,5- 882,0.

Estrato bajo: 672,5 a menos.

Posteriormente la información obtenida será ordenada en una matriz de sistematización en una hoja de cálculo de Excel. Luego se realizará el análisis estadístico, con el programa estadístico SPSS 23.0.

Según los resultados del Software SPSS; se procesara en graficos y cuadros estadísticos la información obtenida estableciendo las frecuencias y porcentajes.

Finalmente se desarrollara el análisis utilizando pruebas estadísticas de asociación de variables, tales como el chi-cuadrado, etc.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Tiempo año 2019-2020	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo	
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. Elección del tema	X	X	X	X														
2. Revisión bibliográfica					X	X	X	X	X	X								
3. Aprobación del proyecto											X	X	X	X				
4. Ejecución															X	X		
5. Análisis e interpretación																	X	
6. Informe final																		X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 12 enero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Toro R, Yepes L. Fundamentos de la Medicina: Psiquiatría. 5ª Edición. Impreandes Presencia S.A. Colombia. 2013.
3. Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 9, 90 (2011) doi:10.1186/1741-7015-9-90
4. Schulz PE, Arora G. Depression. Continuum (Minneapolis, Minn). *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*. 2015; 21(3):756-71.
5. Malhi GS, Outhred T, Hamilton A, Boyce PM, Bryant R, Fitzgerald PB, Lyndon B, Mulder R, Murray G, Porter RJ, Singh AB, Fritz K.. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. *Med J Aust*. 2018 Mar 5;208(4):175-180.
6. Gin S Malhi, J John Mann. Depression. *The Lancet* 2018; Volume 392.
7. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med*. 2017;78(4):393-7
8. Ministerio de Salud del Perú (2014) Carga de Enfermedad en el Perú - Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos. Lima: Ministerio de Salud del Perú.
9. Elsy Arlene Pérez-Padilla, Víctor Manuel Cervantes-Ramírez, Nayeli Alejandra Hijuelos-García, Juan Carlos Pineda-Cortés, Humberto Salgado-Burgos. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica* 2017; 28:89-115
10. Waters RP, Rivalan M, Bangasser DA, Deussing JM, Ising M, Wood SK, et al. Evidence for the role of corticotropin-releasing factor in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015; 58:63–78.
11. Musazzi L, Tornese P, Sala N, Popoli M. Acute stress is not acute: sustained enhancement of glutamate release after acute stress involves readily releasable pool size and synapsin I activation. *Mol Psychiatry*. 2016; In press.
12. Aina Oliver-Quetglas, Elena Torres, Sebastià March Llull, Isabel M. Socías,

- Magdalena Esteva. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2013; Vol 41.
13. American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
 14. Cuela, R. (2020). Glosario - I. [online] Banco Central de Reserva del Perú. Available at: <http://www.bcrp.gob.pe/publicaciones/glosario/i.html> [Accessed 12 enero 2020].
 15. Mef.gob.pe. (2020). Ministerio de Economía y Finanzas. [online] Available at: <https://www.mef.gob.pe/en/component/content/article?id=61:conoce-los-conceptos-basicos-para-comprender-la-economia-del-pais> [Accessed 12 enero 2020].
 16. Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo, Martin Rondón. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev colomb psiquiat* 2016; 45(S1):31–38.
 17. Kristin D. Mickelson, Stacey L. Williams. Perceived Stigma of Poverty and Depression: Examination of Interpersonal and Intrapersonal Mediators. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2008; 27(9): .
 18. Johannes Haushofer, Ernst Fehr. On the psychology of poverty. *Science* 2014; 3(6186).
 19. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 1997;42:285–90.
 20. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can*. 2010;30:84–94.
 21. C. Lund et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 517-528
 22. Spruha Joshi, Stephen J. Mooney, Andrew G. Rundle, James W. Quinn, John R. Beard, Magdalena Cerdá. Pathways from neighborhood poverty to depression among older adults. *Health & Place* 2017; 43.
 23. Aquino JP, Londono A, Carvalho AF. An update on the epidemiology of major depressive disorder across cultures. In: Kim Y-K, ed. Understanding depression. *Singapore: Springer*, 2018: 309–15.
 24. Defining street vendors. [Internet]. National Association of Street Vendors of

- India [citado 12 enero 2020]. Disponible en: <http://nasvinet.org/newsite/defining-street-vendors/>
25. Cogollo Z, Díaz C, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. Colombia Médica 2006 (Abril-Junio).
26. Velásquez Cabrejos, Hilarie Stephanía. Validez y confiabilidad del Test de Zung que categoriza la depresión en adultos mayores. – zonas de la Región Cajamarca. 2019. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2020.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Planos Estratificados por Ingreso a nivel de Manzanas de las Grandes Ciudades 2017.
28. Melo-Vega Vinatea, Claudia. Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Repositorio de tesis Pontificia Universidad Católica del Perú 2009.
29. Fonseca Livias, Abner. Relación entre el nivel socioeconómico y depresión en adolescentes de los Colegios de Huaral 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2015.
30. Rosero Flores, Andrés Alejandro; Valarezo Gutiérrez, Elsa Elizabeth. Prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito. Disertación previa a la obtención del título de médico/a cirujano/a. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2011.