

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



**“INFLUENCIA DE LOS SUCESOS VITALES
ESTRESANTES EN LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE LA UPAO. PERÚ. 2013 –
2014”.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

Alonso Paúl, Venegas Espejo

ASESORA:

Rosa Ángela, Lozano Ibáñez

Trujillo, marzo del 2014

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos muchas gracias.

DEDICATORIA

*A su paciencia y comprensión,
prefirieron sacrificar su tiempo
trabajando para que yo pudiera
cumplir el mío. Por su bondad y
sacrificio que inspiraron a ser mejor
para Uds., muchas gracias Papá
Pepe y Mamá Lucy.*

*A esas personas
importantes en mi vida, que
siempre estuvieron listas para
brindarme toda su ayuda,
ahora me toca regresar un
poquito de todo lo inmenso que
me han otorgado. Con todo mi
cariño, para Diego y Renato.*

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES	
PORTADA	
PAGINA DE DEDICATORIA	
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	5
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	21
DISCUSION	27
CONCLUSIONES	32
SUGERENCIAS	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
Anexos:	38

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la presencia de sucesos vitales estresantes influyen en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, de casos y controles prospectivo. La población de estudio estuvo constituida por 68 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin depresión clínica.

Resultados: La edad promedio fue 17.4 – 18.7 años. El sexo femenino tuvo una frecuencia de 56% y 60% en el grupo con depresión y sin depresión, respectivamente. El puntaje de la Escala de Sucesos Vitales Estresantes (ESVE) fue de 216.4 para el grupo con depresión y de 173.5 para el grupo sin depresión. En la ESVE se tomaron 3 puntos de corte 100, 150 y 200 para evaluar la asociación entre la ESVE y el desarrollo de depresión. Con un puntaje >100 puntos, el Odds ratio (OR) fue 2.75 y el intervalo de confianza (IC) al 95% entre 0.49 y 15.33, y en la prueba chi cuadrado se obtuvo un valor de 1.43 con un $p > 0.1$. Por otro lado, con un puntaje >150 y >200 el OR fue de 3.26 y 6.79 respectivamente, con un IC al 95% de 1.07 – 9.96 y 2.83 – 19.8 respectivamente. Y en la prueba de chi cuadrado se obtuvo 4.53 y 13.34 respectivamente y un valor $p > 0.05$ y > 0.01 respectivamente.

Conclusiones: Los sucesos vitales estresantes influyen en la depresión en los adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego. La frecuencia de sucesos vitales estresantes en los adolescentes fue mayor en el grupo con depresión. Al comparar las frecuencias de sucesos vitales estresantes en los adolescentes con y sin depresión el promedio fue mayor en el grupo con depresión

con una importante significancia estadística ($p < 0.01$). La presencia de sucesos vitales estresantes con una puntuación de 150 y 200 según la escala influyen en la depresión clínica en adolescentes.

Palabras Clave: Sucesos vitales estresantes, depresión, adolescentes, estudiantes de medicina.

ABSTRACT

Objective: Demonstrate if presence of stressful life events influences depression in teenager at Faculty of Medicine UPAO.

Methods: Was conducted an analytic, observational, cases and controls prospective investigation. The study population was conformed for 68 teenagers distributed in 2 groups: with and without clinical depression.

Results: The average age was between 17.4 – 18.7 years. The female had a frequency of 56% and 60% in the group with depression and without depression, respectively. The score of Stressful Life Events Scale (SLES) was 216.4 for the group with depression and 173.5 for the group without depression. In SLES were taken 3 cutoffs 100, 150 and 200 to evaluate the association between SLES and the development of depression. With a score in SLES >100 points, the odds ratio (OR) was 2.75 and the confidence interval (CI) at 95% between 0.49 and 15.33 and in the chi square value was 1.51 with $p > 0.1$. Furthermore, with a score >150 and >200 the OR was 3.26 and 6.79 respectively and the calculation of the CI at 95% 1.07 – 9.96 and, 2.83 – 19.80 respectively. And the chi-square test was 4.53 and 13.34 respectively and $p < 0.05$ and < 0.01 respectively. When comparing averages SLES among adolescents with and without depression, the average was 216.4 (SD 28.8) for the group with depression and 173.5 (SD 25.2) for the group without depression. The relationship of the scale

score and adolescents with and without depression with t test was 3.92 with a high statistical significance ($p < 0.01$).

Conclusions: Stressful life events influence depression in adolescents, Faculty of Medicine, UPAO. The frequency of stressful life events in adolescents was higher in the group with depression. When comparing the frequency of stressful life events in adolescents with and without depression, the average was higher in the group with depression with significant statistical significance ($p < 0.01$). The presence of stressful life events with a score of 100, 150 and 200 points according to the scale influencing clinical depression in adolescents.

Keywords: Stressful life events, depression, adolescent, students, medical.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades^{1,2}.

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud. Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta; en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan un grave problema de salud pública y mental³⁻⁵.

Los datos aportados sobre episodio depresivo mayor por el último estudio comunitario del National Comorbidity Survey de EEUU le dan una prevalencia a lo largo de la vida de 17.1% (21.3% para las mujeres y 12.7% para los varones). Dicha patología se sitúa ya en el cuarto lugar entre las 10 causas principales de la carga mundial de morbilidad y si las predicciones son correctas en los próximos 20 años llegara a ocupar el segundo lugar⁶. Los trastornos depresivos en la práctica médica se asocian al aumento en la morbilidad y mortalidad y aumento en las estancias hospitalarias. Se asocia además al no cumplimiento del tratamiento instaurado, a la incapacidad laboral o educacional y al aumento de costos directos e indirectos del padecimiento. El Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo

Noguchi muestra en un estudio epidemiológico realizado por la misma institución en la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) una prevalencia de trastornos depresivos de 17%, siendo los valores para varones y mujeres de 13.3% y 20.5%, respectivamente⁷.

Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta. Tomando en cuenta los costos personales, sociales y económicos que se invierten en el tratamiento de la depresión, la investigación se ha centrado en identificar los factores que se asocian con este trastorno, como son la relación entre el estrés de la vida y la depresión, fijando su interés en el papel que cumplen los sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno depresivo⁸⁻¹¹.

Durante la adolescencia, el ajuste psicológico en ambos sexos se deriva, en gran parte, del afrontamiento de múltiples circunstancias de estrés. Entre estos acontecimientos se incluyen acontecimientos vitales estresantes de carácter normativo que los menores suelen experimentar con frecuencia durante la adolescencia, tales como la transición a la Educación Secundaria, el cambio de compañeros de clase, la llegada de la menstruación o la independencia del núcleo familiar de un hermano mayor. Asimismo, dentro de la variedad de estresores a los que los adolescentes deben hacer frente, se encuentran otros acontecimientos menos frecuentes y por tanto considerados no normativos entre la población adolescente general, tales como la muerte de un progenitor, el divorcio de los padres, o el desalojo del hogar¹²⁻¹⁵.

Algunos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición o mantenimiento del trastorno. Dentro de esta aproximación de diátesis -

estrés, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado; este ha sugerido que son los factores ambientales los que la explican, a los que se les ha definido como «sucesos vitales estresantes»; éstos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido¹⁶⁻¹⁸.

Algunos investigadores consideraban que la presencia de acontecimientos vitales graves podría servir para predecir depresión sólo en algunos casos, y que acontecimientos menos graves no se relacionan en la predicción de la depresión. Sin embargo, en años recientes se ha observado que formas más leves de estrés en la vida cotidiana si pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión^{19, 20}.

La relación entre estrés y depresión se ha centrado en estresores esporádicos, de contenido negativo, llegando a la conclusión de que tanto el número de estresores como su gravedad se relacionan con el inicio de un episodio depresivo. En algunos estudios sobre el tipo de sucesos vitales estresantes que experimentan los adolescentes se encontró que los más frecuentes presentaban una naturaleza muy distinta: cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales). Estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes. Por otro lado los adolescentes que presentaban depresión de larga duración habían experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares²¹⁻²³.

1.2. Antecedentes:

Badassin S et al, en 2008 en Brasil determinaron que la educación y formación médica pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos que pueden conducir a posibles consecuencias académicas y profesionales. El objetivo fue investigar las características de los síntomas depresivos entre 481 estudiantes de medicina (79.8% del total de matriculados). Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y análisis en racimo fueron usados para describir mejor las características de los síntomas depresivos. La educación y la formación médica en Brasil se divide en básicas (primer y segundo año), intermedio (tercero y cuarto año) e internado (quinto y sexto año). El estudio organizó cada elemento del IDB en los siguientes grupos: afectivo, cognitivo y somático. El análisis estadístico se realizó mediante análisis de la varianza (ANOVA) con Tukey post-hoc corregido para comparaciones múltiples. Hubo 184 (38.2%) de estudiantes con síntomas depresivos (IDB >9). El internado correspondió al mayor puntaje IDB respecto a básicas ($p < 0.001$) e intermedia ($p < 0.001$). Los grupos afectivo, cognitivo y somáticos fueron significativamente mayores en el periodo de internado. Un análisis exploratorio de los posibles factores mostró que las mujeres ($p = 0.020$), no tienen un padre que ejerció la medicina ($p = 0.016$), y el internado ($p = 0.001$) fueron factores para el desarrollo de los síntomas depresivos. Concluyendo que existe una alta prevalencia hacia los síntomas depresivos entre los estudiantes de medicina, en particular las mujeres, en el nivel de internado, implicando principalmente a los grupos somáticos y afectivos y no tener un padre que ejerció la medicina. La evaluación activa de estos estudiantes en la evaluación de sus síntomas depresivos es importante con el fin de prevenir el desarrollo de co-morbilidad y riesgo de suicidio²⁴.

Kumar G et al, en 2012 en La India evaluó la prevalencia de depresión y sus factores asociados en estudiantes de medicina. Una muestra aleatoria estratificada de 400 estudiantes fue evaluada por el IDB por los investigadores. Las asociaciones entre la depresión y la de estudio, los factores sociales, como el consumo de alcohol, la drogadicción, problemas familiares, antecedentes familiares

de depresión y estar lejos de casa fueron analizados por un análisis univariado. La prevalencia global de depresión fue 71.25%. Entre las personas con depresión, una mayoría (80%) tenían depresión grado leve y moderada. El estudio mostró que el 46.3% (132) de los deprimidos eran mujeres y el 53.7% (153) eran varones. De acuerdo a las puntuaciones corte, 115 estudiantes (29.8%) calificaron como normal (0-9), 111 (27.8%) como depresión leve (10-18), 117 (29.3%) como depresión moderada (19-29), 30 (7.5%) como depresión grave (30-40), y 27 (6.7%) como depresión muy grave (>40). La prevalencia de depresión fue comparativamente menor entre el primer y segundo año de los estudiantes de medicina (57% y 50%, respectivamente) y la diferencia entre el grado de depresión y el año de estudio resultó ser significativa ($X^2 = 122$, $p < 0.001$). La prevalencia fue significativamente más entre los que tienen problemas familiares y la historia familiar de depresión. Concluyendo que la depresión es muy frecuente entre los estudiantes de medicina. Considerando que los resultados apuntan a la importancia de una amplia selección y asesoramiento psiquiátrico de esta población vulnerable²⁵.

Veyta M et al, en 2012 en México identificaron la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato en 2292 adolescentes de 15 a 19 años mediante un estudio analítico, encontrando que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar, existieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de grados de estrés de los sucesos vitales cuando se analizó por sexo, encontrando una media más alta en mujeres; se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social ($r=0.34$; $p<0.001$), además se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes. Concluyendo que el grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes, además, el hecho de ser mujer y haber vivido algún suceso vital estresante se asocia a un mayor puntaje de síntomas de depresión²⁶.

Shapero B et al, en 2013 en Norteamérica mediante un estudio multivariado analizaron los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas de depresión específicamente el efecto del abuso emocional de la niñez en la reactividad al estrés en 281 pacientes; encontrando que los resultados apoyan la hipótesis de la sensibilidad al estrés para principios de la historia emocional de abuso, los individuos con mayor severidad el abuso emocional en la infancia experimentaron mayores incrementos en los síntomas depresivos cuando se enfrentaron a factores estresantes dependientes actuales. Así como también aquellos que recibieron abusos físicos y sexuales en la infancia. Concluyendo que este estudio pone de relieve la importancia del abuso emocional como un indicador para la reactividad a los acontecimientos estresantes de la vida²⁷.

Reyes – Rodríguez et al, en 2013 en Puerto Rico evaluaron 2163 adolescentes de primer año de la Universidad de Puerto Rico usando el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario abierto de sucesos vitales estresantes. 9% de la muestra reportaron síntomas de depresión de moderado a severo. El análisis de chi cuadrado reveló alta significancia para la prevalencia de 3 de los sucesos vitales estresantes en mujeres que en hombres, 10.2% y 7.3% respectivamente. X^2 4.13 $p=0.42$, rompiéndose la significancia estadística (25.3% mujeres y 17.8% hombres; X^2 13.76 $p< 0.01$), y enfermedad (11.2% mujeres y 7.3% hombres; X^2 7.23, $p = 0.007$). El modelo que mejor explica la varianza de los puntajes del inventario de depresión de Beck entre las mujeres fue la presencia del riesgo suicida, ruptura de la relación, enfermedad, reubicación de la escuela, mientras que en los hombres un modelo similar sin la variable ruptura de pareja resultó en un mejor ajuste. Concluyendo que los estudiantes de primer año presentan un amplio rango de síntomas de depresión y ciertos eventos vitales estresantes se asocian con un incremento en la prevalencia de síntomas de depresión. La detección temprana de la depresión y programas de prevención adaptados deben desarrollarse para mejorar la salud mental y el desempeño académico entre la población universitaria²⁸.

1.3. Justificación:

Los trastornos del estado de ánimo son una patología creciente en nuestro medio, siendo la depresión más frecuente durante la adolescencia. Se ha determinado el impacto de la depresión en los adolescentes en relación con ausentismo escolar y universitario así como su interacción en el núcleo familiar y en su entorno social, en este sentido resulta de utilidad precisar todas aquellas situaciones que potenciarían la aparición de la misma y dado que los adolescentes constituyen un grupo vulnerable ante las circunstancias desfavorables de su entorno resulta conveniente precisar la influencia de los sucesos vitales estresantes y su contribución en la aparición de trastornos depresivos, por eso nos planteamos la siguiente interrogante:

1.4. Problema:

¿Los sucesos vitales estresantes influyen en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego?

1.5. Hipótesis:

Hipótesis nula:

La presencia de sucesos vitales estresantes no influye en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Hipótesis alternativa:

La presencia de sucesos vitales estresantes influye en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

1.6. Objetivos:

Objetivo General

Demostrar que la presencia de sucesos vitales estresantes influye en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Objetivos Específicos

- Señalar las características sociodemográficas de los adolescentes incluidos en el estudio.
- Determinar la frecuencia de sucesos vitales estresantes en los adolescentes con depresión y sin depresión.
- Comparar las frecuencias de sucesos vitales estresantes en los adolescentes con depresión y sin depresión.
- Precisar los promedios de la escala de sucesos vitales estresantes en los adolescentes con y sin depresión.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

Población diana:

El presente estudio tuvo como población diana a todos los estudiantes adolescentes de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO durante el periodo Diciembre 2013 – Enero 2014.

Población de estudio:

Es aquella parte de la población diana que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

Criterios de inclusión (Casos):

- Adolescentes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO con depresión, que deseen voluntariamente participar en la investigación.

Criterios de inclusión (Controles):

- Adolescentes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO sin depresión, que deseen voluntariamente participar en la investigación.

Criterios de exclusión (Casos y controles):

- Adolescentes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO con diagnóstico previo de trastornos del estado de ánimo, con diagnóstico previo de psicosis, con historia de abuso de sustancias, consumidores de medicamentos psicotrópicos y con enfermedades crónicas sistémicas.

2.2. MUESTRA:

Unidad de Análisis:

Encuestas aplicadas a los estudiantes adolescentes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Diciembre 2013 – Enero 2014 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Unidad de Muestreo:

Estudiantes adolescentes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Diciembre 2013 – Enero 2014 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Tamaño muestral:

Recurriendo a las formulas habituales para determinar el tamaño muestral mínimo necesario para la comparación de dos proporciones, tenemos:

$$OR = w = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} \Rightarrow p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

w = Valor aproximado del odds ratio que se desea estimar (4)

p_1 = Frecuencia de la exposición entre los casos

p_2 = Frecuencia de la exposición entre los controles (30%)

$$p_1 = \frac{4 \times 0.30}{(1-0.30)+4 \times 0.30} = \frac{1.24}{1.9} = 0.63.$$

Se estima que aproximadamente, un 63% de los casos tienen depresión.

Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño de la muestra se usará la siguiente expresión:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]}{(p_1 - p_2)}$$

Dónde:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

n = Número de casos

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{1-\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

Reemplazando los valores, se tiene: $n = 34.18 = 34$

CASOS: (Adolescentes con depresión) = 34 adolescentes

CONTROLES: (Adolescentes sin depresión) = 34 adolescentes

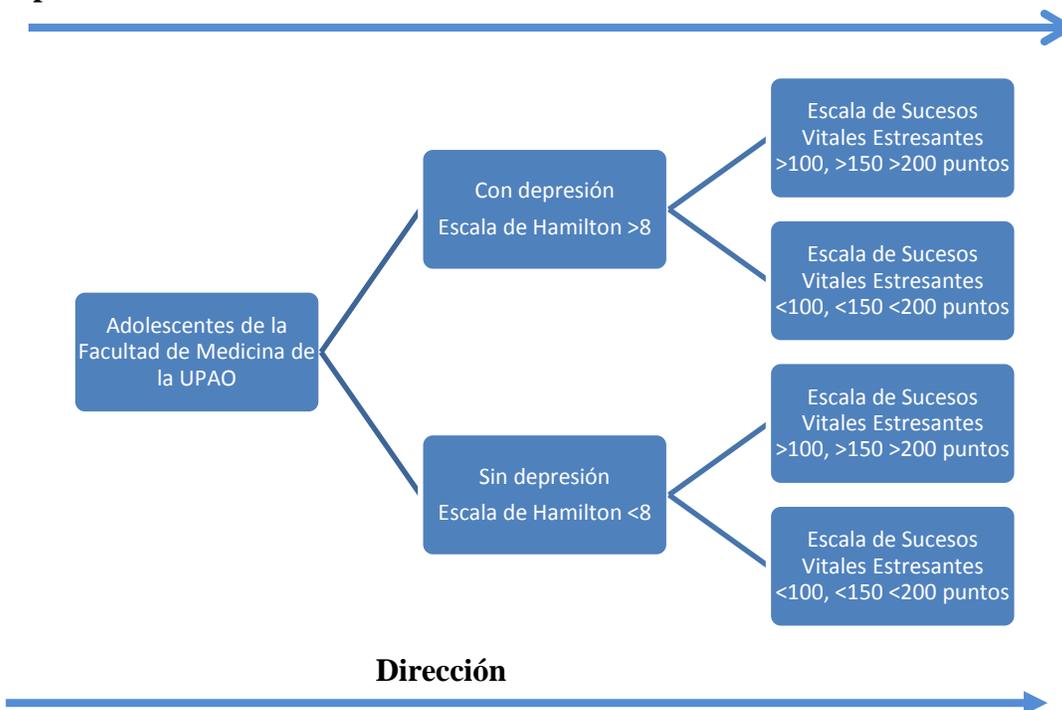
Diseño específico:

Este estudio correspondió a un diseño analítico, observacional, de casos y controles prospectivo

P	NR	G1	X1
		G2	X1

- P: Población
- NR: No randomización
- G1: Adolescentes con depresión
- G2: Adolescentes sin depresión
- X1: Sucesos vitales estresantes.

Tiempo



2.3. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE: Depresión	Cualitativa	Nominal	Escala Hamilton	Si-No
INDEPENDIENTE: Sucesos vitales estresantes	Cuantitativa	Discreta	Escala de Sucesos vitales estresantes	Puntaje
INTERVINIENTE Edad	Cuantitativa	Discreta	Documento de identidad	Años

2.4 DEFINICIONES OPERACIONALES:

2.4.1 Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se evidencia a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1) la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; para fines de la presente investigación se considerara depresión cuando el puntaje de la mencionada escala sea mayor a 8. Esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92)²⁹. En nuestro estudio se obtuvo un valor alfa de 0.89.

2.4.2: Sucesos vitales estresantes: Para fines de la presente investigación esta variable se cuantificará a través de la aplicación de la Escala de Sucesos Vitales Estresantes (Anexo 2) la cual ha sido validada y diseñada para precisar la intensidad de estos sucesos y cuyo puntaje oscila entre 0 a 264 puntos; para fines de la presente investigación se realizara el análisis de esta variable tomando distintos puntos de corte de este instrumento. Se reportó en estudios anteriores un coeficiente alfa que oscila entre 0.68 y 0.83³⁰. En nuestro estudio se obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0.82.

2.5 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresaron al estudio aquellos adolescentes estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo Diciembre 2013 – Enero 2014 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes. Se abordó directamente al estudiante durante su estancia en la Institución Académica desde donde se procedió a:

1. Se seleccionó a aquellos adolescentes que pertenecieron a uno u otro grupo según el puntaje de la Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 1) obtenido tras su aplicación.
2. Se aplicó la Escala de Sucesos vitales estresantes (Anexo 2) para precisar la intensidad de la variable independiente a través del puntaje obtenido tras la aplicación de la misma.
3. Se recogió los datos pertinentes correspondientes a los eventos en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos (Anexo 3).
4. Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio (Ver anexo 3).
5. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 20 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas; también se calcularon las medidas de tendencias central y dispersión para las variables cuantitativas.

Estadística analítica:

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas; se aplicó al test t de student para establecer la relación entre las variables cuantitativas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que el estudio evaluó asociación a través de un diseño de casos y controles entre las variables cualitativas el Odds ratio (OR) de los distintos puntajes de la escala de sucesos vitales estresantes respecto al desarrollo de depresión. Se procedió al cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		DEPRESIÓN	
		SI	NO
SUCEOS VITALES ESTRESANTES	Si	a	b
	No	c	d

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.7. ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio contó con la autorización del comité de Investigación y Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego. Por ser un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos de la entrevista directa al paciente; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)³¹ y la ley general de salud (Titulo cuarto: artículos 117 y 120)³².

III. RESULTADOS

En la tabla 1 observamos las características sociodemográficas de los adolescentes incluidos en el estudio, el promedio de edad es entre 17.4 – 18.7 años. En relación al género, el sexo femenino tuvo una frecuencia de 56% y 60% en el grupo con depresión y sin depresión, respectivamente. Asimismo el puntaje de la Escala de Sucesos Vitales Estresantes (ESVE) fue de 216.4 para el grupo con depresión y de 173.5 para el grupo sin depresión.

En las tablas 2, 3 y 4 observamos la asociación de los sucesos vitales estresantes (SVE) con la depresión con puntajes en la ESVE 100, 150 y 200. Con un puntaje en la ESVE >100 puntos, el Odds ratio (OR) fue 2.75 y el intervalo de confianza (IC) al 95% entre 0.49 y 15.33. Y en la prueba chi cuadrado se obtuvo un valor de 1.43 con un $p > 0.1$. Por otro lado, con un puntaje >150 y >200 el OR fue de 3.26 y 6.79 respectivamente, con un IC al 95% de 1.07 – 9.96 y 2.83 – 19.8 respectivamente. Y en en la prueba chi cuadrado se obtuvo 4.53 y 13.34 respectivamente y un valor $p < 0.05$ y < 0.01 , respectivamente.

Finalmente en la tabla 5, se comparan los promedios de la ESVE entre los adolescentes con y sin depresión; obteniendo un promedio de 216.4 (DE: 28.8) para el grupo con depresión y 173.5 (DE: 25.2) para el grupo sin depresión. La relación del puntaje de la escala y los adolescentes con y sin depresión con la prueba t fue de 3.92 con una alta significancia estadística ($p < 0.01$).

Tabla 1: Características Sociodemográficas de los adolescentes estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:

Características	Depresión (n=34)	Sin depresión (n=34)
Sociodemográficas		
Edad: - Promedio - Rango	17.4 (16-20)	18.7 (16– 20)
Sexo : - Masculino - Femenino	44 (44%) 56(56%)	40(40%) 60(60%)
Puntaje promedio de escala de Sucesos Vitales Estresantes (SVE).	216.4	173.5

FUENTE: FACULTAD DE MEDICINA - UPAO-Encuestas: 2013-2014.

Tabla 2: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 100 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:

Puntaje escala Sucesos vitales estresantes	Depresión		Total
	Si	No	
>100	32 (94.1%)	29 (85.3%)	61
≤100	2 (5.9%)	5 (14.7%)	7
Total	34	34	68

FUENTE: FACULTAD DE MEDICINA - UPAO-Encuestas: 2013-2014.

- Chi cuadrado: 1.43
- p= 0.23
- Odds ratio : 2.75
- Intervalo de confianza al 95%: (0.49–15.33)

Tabla 3: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 150 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:

Puntaje escala Sucesos vitales estresantes	Depresión		Total
	Si	No	
>150	28 (82.4%)	14 (41.2%)	48
≤150	6 (17.6%)	20 (58.8%)	20
Total	34	34	68

FUENTE: FACULTAD DE MEDICINA - UPAO-Encuestas: 2013-2014.

- Chi cuadrado: 4.53
- $p < 0.05$.
- Odds ratio : 3.26
- Intervalo de confianza al 95%: (1.07 – 9.96)

Tabla 4: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 200 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:

Puntaje escala Sucesos vitales estresantes	Depresión		Total
	Si	No	
>200	23 (67.6%)	8 (23.5%)	31
≤200	11(32.4%)	26 (76.5%)	37
Total	34	34	68

FUENTE: FACULTAD DE MEDICINA - UPAO-Encuestas: 2013-2014.

- Chi cuadrado: 13.34
- $p < 0.01$
- Odds ratio : 6.79
- Intervalo de confianza al 95%: (2.33 – 19.80)

Tabla 5: Comparación de promedios de la Escala de Sucesos Vitales Estresantes entre adolescentes con y sin depresión de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:

Escala SVE	Depresión clínica		t	p
	Si (n=34)	No (n=34)		
Promedio	216.4	173.5	3.92	<0.01
Desviación estándar	28.8	25.2		

FUENTE: FACULTAD DE MEDICINA - UPAO-Encuestas: 2013-2014.

IV. DISCUSIÓN:

La muestra quedó integrada por 48 adolescentes estudiantes del I – VII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO, en quienes se aplicó la Escala de Hamilton, versión reducida de 17 ítems, que ha sido validada y adaptada al idioma español desde hace más de 2 décadas, para evaluar la sintomatología depresiva en los adolescentes en el marco temporal actual con un punto de corte de 8 puntos para discriminar la presencia (puntajes mayores al corte) o ausencia (puntajes menores al corte) de sintomatología depresiva. Y posteriormente se aplicó a los estudiantes la Escala de Sucesos Vitales Estresantes (ESVE) para relacionar la condición de riesgo, la cuál se analizó tomando ciertos puntos de corte (100, 150 y 200 puntos) y por ultimo se tomó en cuenta el valor absoluto en los pacientes de cada grupo por medio de los promedios correspondientes.

En el análisis de la asociación de las variables de interés se observa que el puntaje >100 , muestra un $OR > 1$, indicando que se comporta como un factor de riesgo, sin embargo el nivel de confianza al 95%, margen inferior es <1 por lo tanto, la asociación es no significativa. Por otro lado con los puntajes >150 y >200 de la ESVE los OR también fueron > 1 , así como el IC al 95% > 1 expresando pues un riesgo para depresión clínica a nivel muestral y poblacional con un riesgo relativo >1 y siendo altamente significativa ($p < 0.05$). Como era de esperarse con un puntaje >200 la asociación tuvo una mayor intensidad al desenlace esperado.

Los resultados de este estudio corroboran la hipótesis de que la presencia de sucesos vitales estresantes influye en la depresión en los adolescentes de la Facultad de Medicina. Esto se confirma con lo reportado en varios estudios, donde también hubo una asociación consistente entre sucesos vitales estresantes y depresión. Lo que significa que si desarrolláramos un estudio de similares características en otra muestra representativa de la misma población; se mantendría la tendencia de riesgo de los

sucesos vitales estresantes en cualquiera de los puntajes evaluados para potenciar la aparición de depresión clínica en adolescentes.

Al comparar los promedios de la ESVE en los adolescentes con y sin depresión, el promedio de esta escala fue mayor en el grupo de casos 216.4 comparada con el grupo control 173.5. La relación de las variables cuantitativas con la prueba t tuvo una significancia estadística importante ($p < 0.01$).

Los modelos teóricos que intentan explicar por qué aproximadamente el doble de mujeres que de hombres sufren depresión a menudo incluyen el papel de los sucesos estresantes de la vida. Sin embargo la evidencia empírica detallada sobre las diferencias de género en las tasas de eventos de la vida que preceden a depresión es deficiente, debido en parte a la utilización común de las evaluaciones de la lista de control de la tensión que se ha demostrado que poseen escasa validez. Harkness et al en 2010 en Canadá, en una muestra combinada de 375 personas procedentes de 4 estudios en los que todos los participantes fueron diagnosticados con trastorno depresivo mayor y evaluados con una lista de acontecimientos vitales y dificultades, una entrevista y un sistema de calificación del estrés de la vida. En el cual las mujeres informaron significativamente más graves y no graves, independientes y dependientes, enfocados y no enfocados sucesos vitales antes de la aparición de depresión comparada con los hombres. Además estas relaciones fueron moderadas significativamente según la edad, tal que las diferencias del género en las tasas de la mayoría de tipos de eventos fueron encontrados principalmente en la edad adulta joven¹².

Podemos observar los resultados obtenidos por **Badassin S et al**, en 2008 en Brasil quienes determinaron que la educación y formación médica pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos que pueden conducir a posibles consecuencias académicas y profesionales²⁴. A diferencia de nuestro estudio, esa muestra fue más grande (481 estudiantes de medicina) quienes fueron investigados con el Inventario de Depresión de Beck (IDB). De los cuales 38.2% estudiantes presentaron síntomas depresivos (IDB >9). El internado tuvo el mayor puntaje IDB respecto a básicas (p

<0.001) e intermedia (p <0.001). Mientras que en nuestro estudio sólo incluimos a los estudiantes de básicas e intermedios (I – VII ciclos).

En cuanto a la evidencia clínica observada por **Kumar G et al**, en 2012 en La India quienes evaluaron la prevalencia de depresión y sus factores asociados en estudiantes de medicina. Su muestra también fue más amplia (400 estudiantes) y también fueron evaluados por el IDB. Investigaron además, las asociaciones entre la depresión y la de estudio, los factores sociales, como el consumo de alcohol, la drogadicción, problemas familiares, antecedentes familiares de depresión y estar lejos de casa fueron analizados por un análisis univariado. La prevalencia global de depresión fue 71.25%²⁵. A diferencia de nuestro estudio, la prevalencia de síntomas de depresión predominó en el sexo masculino 53.7% sobre el sexo femenino 46.3%. La prevalencia de depresión fue comparativamente menor entre el primer y segundo año de los estudiantes de medicina (57% y 50%, respectivamente) y la diferencia entre el grado de depresión y el año de estudio resultó ser significativa ($X^2 = 122$, p <0.001). Al igual que en el apartado anterior en nuestro estudio sólo incluimos a los estudiantes de básicas e intermedios (I – VII ciclos).

Consideramos las tendencias descritas por **Veyta M et al**, en 2012 en México quienes identificaron la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en 2292 adolescentes encontrando una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social (r=0.34; p<0.001).²⁶. En este caso el referente ofrece algunas características de semejanza en relación a nuestro estudio partiendo de la población que es de un país centroamericano con el que se puede identificar algunos elementos socioeconómicos y demográficos comunes así como por ser una publicación reciente que dispone de un diseño de casos y controles y en un grupo etario que se superpone exactamente con el que tomamos en cuenta e nuestra investigación corroborando finalmente la significancia de la relación entre las variables de interés lo que resulta común a lo expresado en nuestras conclusiones.

Describimos también los hallazgos encontrados por **Shapero B et al**, en 2013 en Norteamérica quienes mediante un estudio multivariado analizaron los

acontecimientos vitales estresantes y los síntomas de depresión en 281 pacientes; encontrando incrementos en los síntomas depresivos cuando estos pacientes se enfrentaron a factores estresantes dependientes actuales²⁷. Este estudio resulta de relevancia por ser uno de los más recientes identificados, aun cuando la población en la que se desarrolla el análisis presenta particularidades demográficas diferentes a la nuestra ya que considera un tamaño muestral superior e incluye a un grupo etario bastante semejante a nuestra investigación incluyendo además, un elemento adicional, el antecedente de violencia física y emocional durante la niñez; al margen de esta variable interviniente nuestra investigación coincide con el estudio en verificar significancia para la influencia de los sucesos vitales estresantes y depresión.

Recientemente **Reyes – Rodríguez et al**, en 2013 en Puerto Rico quienes evaluaron a 2163 adolescentes de primer año de la Universidad de Puerto Rico usando el Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario abierto de sucesos vitales estresantes. 9% de la muestra reportaron síntomas de depresión de moderado a severo. El modelo que mejor explica la varianza de los puntajes del inventario de depresión de Beck entre las mujeres fue la presencia del riesgo suicida, ruptura de la relación, enfermedad, reubicación de la escuela, mientras que en los hombres un modelo similar sin la variable ruptura de pareja resultó en un mejor ajuste²⁸. De manera similar a otros estudios, los estudiantes del primer año se ven vulnerables a los síntomas de depresión y la influencia de los sucesos vitales estresantes va de la mano remarcándose una detección temprana de la sintomatología depresiva y agregando programas de prevención adaptados para mejorar la salud mental y el desempeño académico de la población universitaria.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación podemos mencionar el hecho de haber sido un estudio de casos y controles lo que pudo haber condicionado la presencia de sesgos de información ya que el diagnóstico de depresión se hizo al momento del estudio y no durante una consulta médica, que sería la manera más correcta de garantizar una adecuada selección de la muestra y por otro lado se encuentra el sesgo de selección puesto que por nuestro diseño es más difícil obtener una adecuada aleatorización, situación que puede minimizarse a través de la

valoración retrospectiva de los datos en donde el investigador tendría la posibilidad de intervenir directamente en la verificación de las mismas.

Finalmente sería conveniente continuar la presente línea de investigación por medio de investigaciones experimentales de intervención por medio de las cuales se observe el efecto de la mejoría de la variable dependiente: depresión clínica luego de aplicar programas educativos de asesoría conductual y consejería orientados a una mejor adaptación de los sucesos vitales estresantes; esto está fuera de los objetivos de la presente investigación pero daría continuidad a los hallazgos obtenidos en la misma.

V. CONCLUSIONES

- Los sucesos vitales estresantes influyen en la depresión en los adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- La edad promedio de los adolescentes fue de 17.4 y 18.7 años, el sexo femenino predominó en el grupo con y sin depresión 56% y 60%, respectivamente.
- La frecuencia de sucesos vitales estresantes en los adolescentes fue mayor en el grupo con depresión.
- Al comparar las frecuencias de sucesos vitales estresantes en los adolescentes con y sin depresión el promedio fue mayor en el grupo con depresión con un $p < 0.01$.
- La presencia de sucesos vitales estresantes con una puntuación de 150 y 200 según la escala influyen en la depresión clínica en adolescentes.

VI. SUGERENCIAS

- 1.** Realizar estudios con mayor muestra poblacional para obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo a la depresión.
- 2.** Realizar trabajos multidisciplinarios que incluyan especialistas en salud mental, los cuales presenten intervención mediante la aplicación de terapias cognitivo conductuales y asesoría especializada para prevenir la depresión clínica en adolescentes de nuestra universidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Helmut R, Myron B. Mental health care for children and adolescents worldwide: A review. *World psychiatry*. 2009 oct; 4(3): 147–153.
- 2.-American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4^a Edición) Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2002; pp. 323-352.
- 3.-Lara MC, Robles R, Orozco R, Real T et al. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental* 2010; 33:301-308.
- 4.-Gillespie NA, Whitfield JB, Williams B, Heath AC, Martin NG: The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychol Med* 2010, 35(1):101–111.
- 5.-Zaid ZA, Chan SC, Ho JJ: Emotional disorders among medical students in a Malaysian private medical school. *Singapore Med J* 2009, 48(10):895–899.
- 6.-Üstün TB, Ayuso-Mateos L, Chatterji S, Mathers C, Murray JL. Global burden of depressive disorder in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-392.
- 7.-Instituto Peruano de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Ministerio de Salud. MINSA. Disponible en página web: <http://www.inism.gob.pe/oeaide.htm>
- 8.-Zong J, Cao X, Cao Y, Shi Y, Wang Y, Yan C, Abela JRZ, Gan Y, Gong Q, Chan RCK: Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health Qual Life Outcomes* 2010, 13(8):66–71.

- 9.-Hammen C: Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010, 1:293–318.
- 10.-Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 31:155-163.
- 12.-Harkness KL, Alavi N, Monroe SM, Slavich GM, Gotlib IH, Bagby RM. Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *J Abnorm Psychol.* 2010 November; 119(4): 791-803.
- 13.-Sanz J, Vázquez C. Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (eds). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill; 2010.
- 14.-Vázquez C, Hernangómez L, Hervás G. Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. En: Vázquez- Barquero JL (ed). *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*. Barcelona: Masson & Elsevier; 2010.
- 15.-Muscatell KA, Slavich GM, Monroe SM, Gotlib I. Stressful Life events, chronic difficulties, and the symptoms of clinical depression. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197:154–160.
- 16.-Kercher JA, Rapee MR, Schniering AC. Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37:903-915.
- 17.-Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 1:293– 319.
- 18.-Andrews B, Wilding JM: The relation of depression and anxiety to lifestress and achievement in students. *Br J Psychol* 2009, 95(4):509–521.

- 19.-Christensson A, Vaez M, Dickman P, Runeson B: Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden. *Soc Psychiatric Epidemiology* 2011, 46(4):299–310.
- 20.-Al-Faris EA, Irfan F, Van der Vleuten CPM, Naeem N, Alsalem A, Alamiri N, Alraiyes T, Alfowzan M, Alabdulsalam A, Ababtain A, Aljabab S, Bukhari M, 19.-Alsinaidi O, Alofaisan Y: The prevalence and correlates of depressive symptoms from an Arabian setting: a wake up calls. *Med Teach* 2012, 34:32–36.
- 21.-Monroe SM, Slavich GM, Georgiades K. The social environment and life stress in depression. En: Gotlib IH, Hammen CL (eds). *Handbook of depression*. New York: The Guilford Press; 2008.
- 22.-Monroe S M, Torres LD, Guillaumot J, Harkness KL et al. Life stress and the long-term treatment course of recurrent depression: III. Nonsevere life events predict recurrence for medicated patients over 3 years. *J Consult Clin Psychol* 2010; 74:112-120.
- 23.-Oliva A, Jiménez J, Parra A, Sánchez-Queija I. Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista Psicopatología Psicología Clínica* 2010; 13:53-62.
- 24.-Baldasin S, Alves T, De Andrade A, Martins L: The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* 2010, 8:60
- 25.- Kumar GS, Jain A, Hegde S: Prevalence of depression and its associated factors using beck depression inventory among students of a medical college in Karnataka. *Indian J Psychiatry* 2012, 54(3):223–226.

- 26.-Veyta M. González N. López A. Andrade P. Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. 2012; 35:37-43.
- 27.-Shapero B. Negro S. Liu R. Klugman J. Bender R. Abramson L. Alloy L. Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. 2013; 70(3): 23-209.
- 28.-Reyes-Rodríguez ML, Rivera-Medina C, Cámara-Fuentes L, Suárez-Torres A, Bernal G: Depression symptomatology and stressful life events among college students in Puerto Rico. J Affect Disord 2013, 145:324–330.
- 29.- Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986).Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr, vol 14:324-334.
- 30.- Sandín, B., 2008. El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas.2ª ed. Madrid: Klinik
- 31.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
- 32.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 1997.

Trabajo y actividades <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	0 1 2 3 4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	0 1 2 3 4
Agitación psicomotora <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	0 1 2 3 4
Ansiedad psíquica <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2
Síntomas somáticos generales <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. - Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

ANEXO 2

ESCALA DE SUCESOS VITALES ESTRESANTES

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de sucesos vitales que suelen ocurrir a la gente. Estos sucesos no siempre acontecen a toda la gente, ni tampoco todas las personas experimentan los mismos sucesos. Cada persona vivencia los sucesos particulares que le ocurren.

Lea detenidamente la lista de sucesos. Cuando se encuentre con sucesos que usted no le ha ocurrido en los últimos años (aproximadamente en el último año), no señale nada. Sin embargo, cuando se encuentre ante sucesos que si le han ocurrido en el último año deténgase y señale con una X el grado de estrés o tensión psíquica que le ha producido, o le está produciendo. La X debe marcarse en el cuadro que mejor indique el estrés o tensión producido por cada suceso que a usted le haya ocurrido.

Para hacer esto, debe tener en cuenta que si marca en el cuadro correspondiente al cero, indicaría que no le ha producido ningún estrés o tensión (libre de preocupaciones o cansancio psíquico, estado más bien de relajación, etc.), mientras que si marca en el cuadro correspondiente al cuatro, indicaría que le ha producido un grado extremadamente elevado de estrés o tensión. En general, a medida que el número señalado es mayor, quiere decir que el nivel de estrés o tensión es también mayor.

Atención: No señale nada cuando el suceso no le haya ocurrido.

SUCESO VITAL	GRADO DE ESTRÉS O TENSION				
	Nada	Muy Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
	0	1	2	3	4
1. Quedarse sin trabajo					
2. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico o psicológico					
3. Problemas con colegas o compañeros de trabajo					
4. Retiro laboral					
5. Matrimonio					
6. Dificultades en la educación de los hijos					
7. Nacimiento de un hijo					
8. Divorcio o separación					
9. Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento					
10. Exámenes importantes					
11. Ingresos reducidos sustancialmente					

12. Reformas en la casa					
13. Muerte del cónyuge					
14. Ascenso en el trabajo					
15. Problemas relacionados con el alcohol o drogas					
16. Dificultades sexuales					
17. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar					
18. Cambio de lugar de trabajo					
19. Compra de casa					
20. Muerte de un amigo íntimo					
21. Rotura de un noviazgo o relación similar					
22. Muerte de un hijo					
23. Relaciones sexuales fuera del matrimonio					
24. Muerte de algún familiar cercano (padre, hermano, etc.)					
25. Problemas con vecinos o con familiares que no viven en la casa familiar					
26. Hijos lejos del hogar					
27. Problema legal menor (multa, etc.)					
28. Problemas con superiores en el trabajo					
29. Préstamo o hipoteca de más de 1,000 soles					
30. Cambio en las costumbres personales (salir, vestir, estilo de vida, etc.)					
31. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama					
32. Éxito personal de gran envergadura					
33. Complicación en una pelea					
34. Repentino y serio deterioro de la audición o visión					
35. Enamorarse o iniciar una amistad íntima o profunda					
36. Aborto (provocado o no provocado)					
37. Aborto de su mujer o pareja					
38. Periodo de alejamiento del hogar					
39. Cambio de casa					
40. Periodo de fiestas					
41. Embarazo					
42. Embarazo de su mujer o pareja					
43. Enfermedad de un miembro de la familia (o cercano a la familia)					
44. Ruptura de relaciones sexuales fuera del matrimonio					
45. Cambio en el ritmo del sueño					
46. Cambio de horario o de las condiciones del trabajo actual					
47. Nuevo empleo laboral					
48. Realización de algún largo viaje					

49. El cónyuge deja de trabajar fuera de casa					
50. Reconciliación matrimonial o de pareja					
51. Ruptura de la familia (separación de padres)					
52. Finalización de estudios					
53. Sufrir un accidente					
54. Fracaso en algún negocio importante					
55. Hospitalización de algún miembro de la familia					
56. Sufrir asalto o situación de violencia física					
57. Lesión física importante					
58. Problemas académicos					
59. Realizar el servicio militar					
60. Sufrir robo					
61. Pérdidas económicas importantes no relacionadas con el trabajo					
62. Cambio de centro de estudios					
63. Desplazamiento al lugar o lugares de trabajo					
64. Estrés (tensión) producido por el tipo de trabajo					
65. Estrés (tensión) general vivido durante el último año					
66. Estrés o presión general que vive actualmente					

N° SVE:

Puntaje:

ANEXO 3

“Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión en adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. 2013-2014”.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:.....

Sexo:.....

Ocupación:.....

Ciclo:

1.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Puntaje de Escala de sucesos vitales estresantes:.....

.....

2.- DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión: Si ()

Leve Moderada Severa Muy severa

No ()

Puntaje de Escala de Hamilton:.....

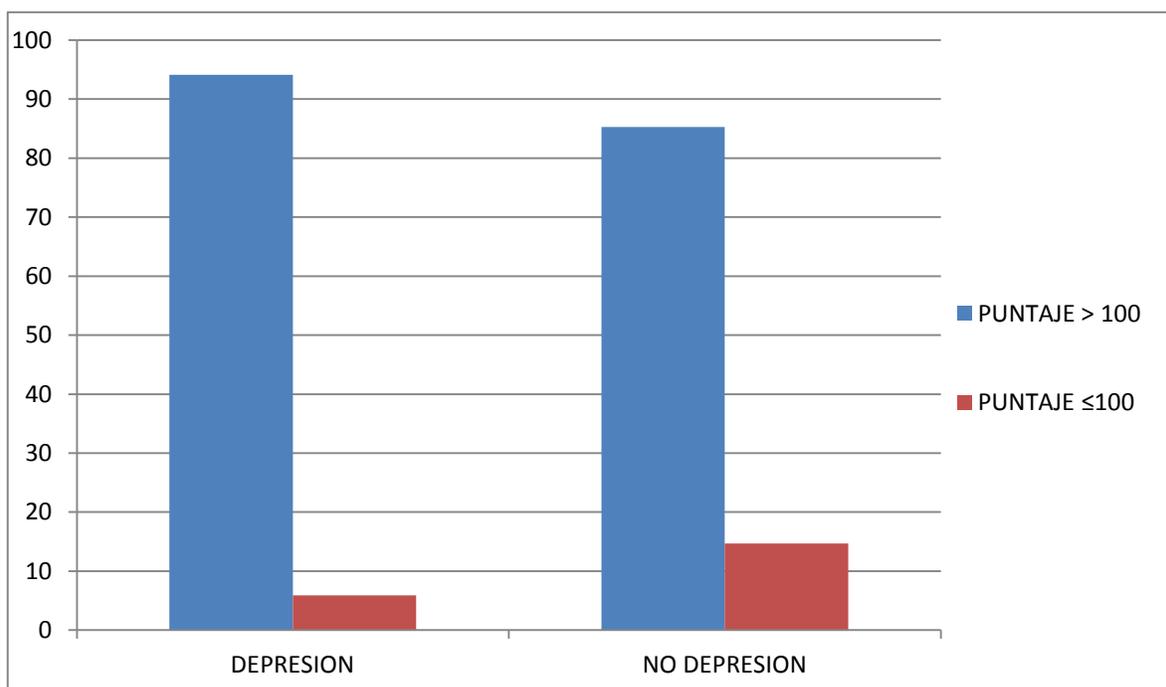
3.- COMORBILIDADES.

Psiquiátricas:.....

No psiquiátricas:.....

ANEXO 4

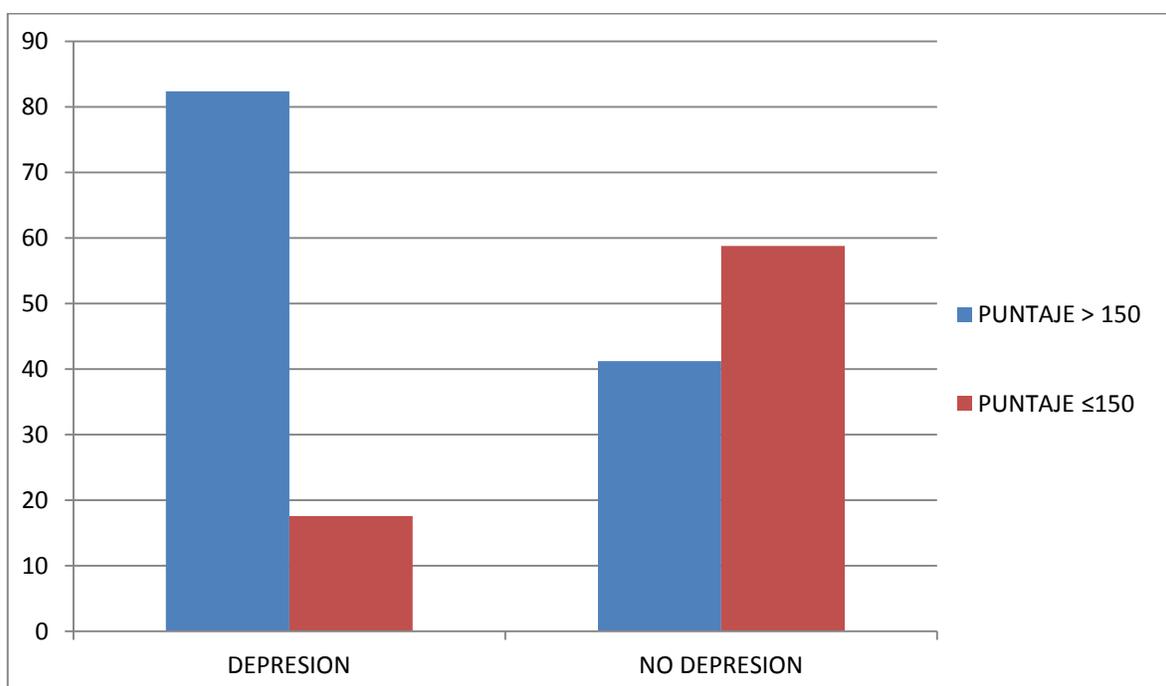
Gráfico 1: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 100 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:



La frecuencia de puntaje de SVE > 100 en el grupo con depresión clínica fue de 94.1% mientras que en el grupo sin depresión clínica fue de 85.3%.

ANEXO 5

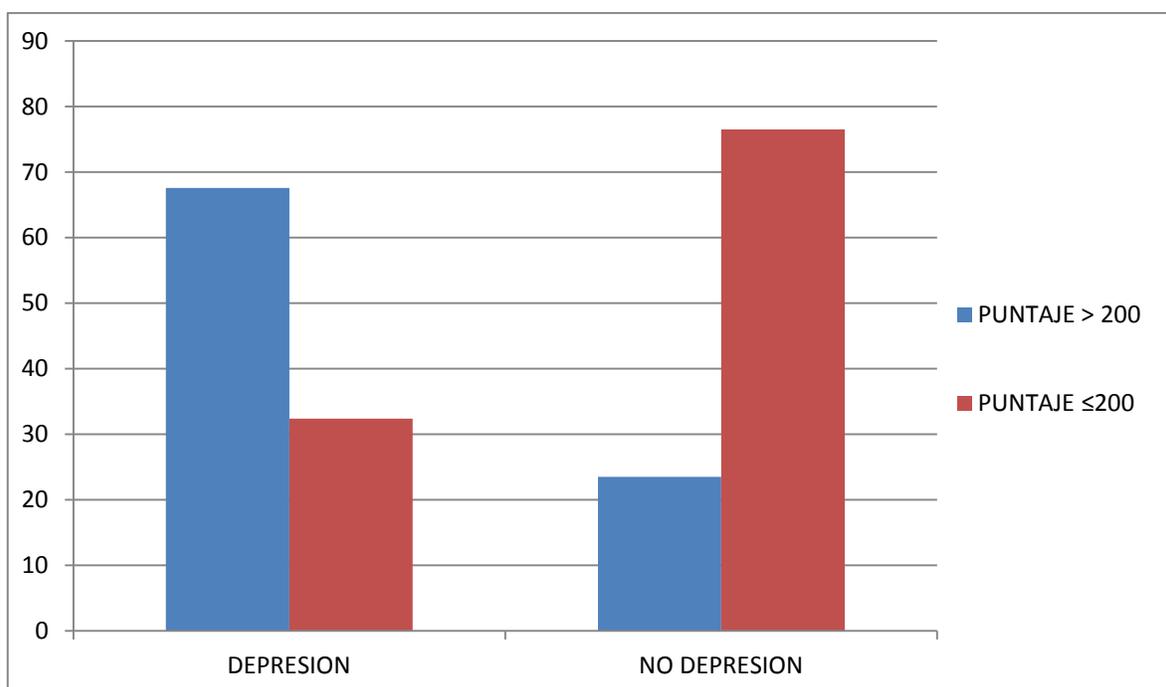
Gráfico 2: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 150 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:



La frecuencia de puntaje de SVE > 150 en el grupo con depresión clínica fue de 82.4% mientras que en el grupo sin depresión clínica fue de 41.2%.

ANEXO 6

Gráfico 3: Influencia de los Sucesos Vitales Estresantes en la depresión con un puntaje de 200 en la Escala de Sucesos Vitales Estresantes en adolescentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego periodo Diciembre 2013 – Enero 2014:



La frecuencia de puntaje de SVE > 200 en el grupo con depresión clínica fue de 67.6% mientras que en el grupo sin depresión clínica fue de 23.5%.